

Reich, Günter

Familiendynamik und Familientherapie bei Zwangsstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 6, S. 486-498

urn:nbn:de:bsz-psydok-48284

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/

Familiendynamik und Familientherapie bei Zwangsstörungen

Günter Reich

Summary

Family Dynamics and Family Therapy of Obsessive-compulsive Disorder

Obsessive-compulsive disorders and behaviours characterising an anancastic personality disorder have a direct interpersonal impact. Conflicts of subjects with OCD are often focussed on control and submission, order and cleanliness, a technical-signal processing cognitive style and insecure self-object-boundaries. In the patients families obsessive compulsive disorders and behaviours, restrictions in the development of autonomy and a controlling parenting style are often to be found. Unsecure attachment is discussed as one possible contribution to the development of OCD. Relatives are often involved in obsessive-compulsive symptoms. The psychosocial burden on them is often considerable. The inclusion of the family into the treatment of children and adolescents improves treatment results.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 486-498

Keywords

Obsessive-compulsive disorder – anancastic personality – family dynamics – family therapy

Zusammenfassung

Zwangsstörungen und Verhaltenweisen, die zu einer anankastischen Persönlichkeitsstörung gehören, haben einen unmittelbaren interpersonellen Bezug. Konflikte von Menschen mit Zwangsstörungen sind oft um Kontrolle und Unterwerfung, Ordnung und Sauberkeit, einen technisch-signalverarbeitenden Wahrnehmungs- und Erlebensstil und um unsichere Selbst-Objektgrenzen zentriert. In den Familien finden sich nicht selten Zwangsstörungen und zwanghafte Verhaltensweisen, Einschränkungen der Autonomie-Entwicklung und ein kontrollierendes elterliches Verhalten. Eine unsichere Bindung wird als eine mögliche Ursache von Zwangsstörungen diskutiert. Angehörige werden oft in Zwangssymptome involviert. Sie sind durch Zwangsstörungen selbst erheblich belastet. Die Einbeziehung von Angehörigen verbessert die Therapiemöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen.

Schlagwörter

Zwangsstörung – zwanghafte Persönlichkeit – Familiendynamik – Familientherapie

1 Interpersonelle Aspekte von Zwangsstörungen

Zwangsstörungen auf der symptomatischen Ebene und zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörungen haben oft einen unmittelbaren interaktionellen Bezug. Sowohl Zwangshandlungen als auch persönlichkeitsstypische zwanghafte Verhaltensweisen beziehen, vom jeweiligen Subjekt gewollt oder ungewollt, die Umgebung mit ein. Angehörige werden in Rituale mit einbezogen, oder sehen sich gezwungen, auf diese Rücksicht zu nehmen, unterwerfen sich Kontrollbedürfnissen oder geraten in rechtshaberische Streitigkeiten um Prinzipien. Bereits die „klassischen“ in der so genannten „anal Trias“ genannten Eigenschaften Sparsamkeit, Ordentlichkeit und Eigensinn sind ohne unmittelbare zwischenmenschliche Auswirkungen nicht denkbar. Diesbezügliche Beobachtungen wurden von psychodynamisch orientierten Klinikern schon früh gemacht. Schwidder (1972) stellte zusammenfassend fest, dass Zwangsneurotiker nach dauerhaften oder absoluten Werten streben und von daher häufig ideologisch festgelegte Gemeinschaften suchen. Deren Leben orientiere sich in allen Bereichen an Regeln, Normen und übergeordneten Prinzipien, die Sicherheit vor den, Unruhe und Unsicherheit erzeugenden, Emotionen geben sollen (vgl. auch Quint, 1976). Grundsätzlich falle es ihnen schwer, andere Menschen als gleichwertig zu akzeptieren. Sie erleben Partner (oder auch Kinder oder Mitarbeiter) als Besitz und versuchen, sie zu formen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen werden unter dem Aspekt von Regeln, Macht und Kontrolle gesehen. Sie werden dementsprechend als „Hammer-Amboss-Verhältnis“ (Heigl-Evers u. Heigl, 1967) strukturiert. Die emotionalen Bedürfnisse ihrer Mitmenschen frustrieren sie durch die Haltung, dass es „nichts Neues unter der Sonne“ gebe (Heigl-Evers u. Heigl, 1967), und dadurch, dass sie keine Gefühle ausdrücken (Schwidder, 1972). Dies ist nach Shapiro (1991) dadurch zu verstehen, dass sie die gefühlsmäßige Tönung von Situationen, das „Atmosphärische“ oder „Beeindruckende“, oft nicht wahrnehmen, weil sie sich in rigider Weise auf Details konzentrieren. „Solche Menschen hören sich beispielsweise eine Schallplattenaufnahme mit größtem Interesse und besonderer Aufmerksamkeit an – sie achten nämlich auf die Qualität der Instrumente, die Aufnahmetechnik und -qualität und so weiter, aber sie hören dabei kaum auf die Musik als solche und lassen sich schon gar nicht von ihr gefangen nehmen“ (Shapiro, 1991, S. 35). In ähnlich rigider Weise werden neue Gesichtspunkte oder andere Sichtweisen ignoriert. Der „technisch-signalverarbeitende Stil“ (Shapiro, 1991) ist verbunden mit einem getriebenen Modus der Aktivität, eine generellen Verzerrung des Autonomieerlebens, die die Person alle Aktivitäten in einer zwingenden objektiven Notwendigkeit begründet erleben lässt, und einer Verzerrung des Realitätserlebens, in der sich Zweifel und Dogmatismus gepaart finden. Die Zentrierung auf Detail lässt einerseits ein Gefühl der Sicherheit entstehen („Solange bestimmte technische Anforderungen erfüllt sind, „müssen“ seine Vorstellungen richtig sein...“ Shapiro, 1991, S. 58). Zugleich erhöht dies die Unsicherheit: „Was dem normalen Menschen als unwichtiges Detail im Verhältnis zum Ganzen erscheinen mag, wird dem Zwanghaften oft Grund genug, nun alles ganz anders zu sehen“ (a. a. O.). Die

Themen Sicherheit, Autonomie und rigide Einengung des Denkens unter Abwehr des Emotionalen spielen auch in weiteren Darstellungen interpersoneller und familiendynamischer Aspekte eine wesentliche Rolle.

Auf der Ebene der Paardynamik beschrieb Willi (1975) die anal-sadistische Kollusion. In dieser interpersonellen Konstellation ist einer der Partner in der Rolle des autonomen (bzw. so erscheinenden) Herrschers, der andere in der des heteronomen Untertans. Ersterer erscheint als aktiv, mächtig, willensstark, letzterer als passiv und gefügig. Diese Konstellation entgleist im Konflikt dahin gehend, dass der autonome, aktive Partner zum herrschsüchtigen Tyrannen wird, der passive gefügte Partner als pflichtvergessen und nachlässig erscheint. Beide Interaktionspartner haben denselben Grundkonflikt um Autonomie und Abhängigkeit bzw. um Kontrolle und Unterwerfung (nach OPD). Der Dominante wehrt in dieser Konstellation seine Trennungsängste und Abhängigkeitswünsche ab und delegiert sie an den Partner, der Gefügte seine eigenen Autonomiewünsche. Diese Art der Kollusion kann sich auch zwischen Eltern und Kindern entwickeln. Eine Variante ist die Eifersucht – Untreue - Kollusion. Hier wehrt der Eifersüchtige seine eigenen Autonomiewünsche über die Kontrolle des Partners ab, der Untreue seine Trennungsängste, die im Partner repräsentiert sind.

Eine wesentliche Befürchtung von Patienten mit Zwangsstörungen ist die, vom Gegenüber kontrolliert zu werden. Über das Zwangssymptom werden nicht nur bedrohliche Emotionen und Impulse kontrolliert. Auch Beziehungspersonen werden auf Distanz gehalten. Diese Distanz ist genau geregelt und ritualisiert. Versuche, den Abstand zu verringern, lösen panische Ängste aus (Amitai, 1977). Meares (1994) bezeichnet die Zwangsstörung als Pathologie der Privatheit („Pathology of privacy“). Die Selbst-Objekt-Grenzen der Betroffenen sind nicht stabil. Die Nähe zum Objekt wird als bedrohlich erlebt, weil dieses in den unzureichend gesicherten Binnenraum einbricht.

Streeck-Fischer (1998) diskutiert die Entstehung von Zwangsstörungen ebenfalls unter dem Aspekt der Selbst-Objektgrenzen. In einer Untersuchung von Jugendlichen mit Zwangsstörungen, die in stationärer Behandlung waren, zeigte sich immer wieder „ein zu nahes grenzüberschreitendes, übergriffiges Verhalten von Seiten wichtiger Beziehungspersonen, in der Regel der Mütter“ (S. 91). Diese konnten die Bedeutung ihres Verhaltens für ihr Kind und dessen reale Situation nicht erfassen. Daher konnten auch die Kinder eine innere Welt, die klar von der Außenwelt abgegrenzt ist, nicht entwickeln. Eine ähnliche Folge können Traumatisierungen haben.

Scham als ein Affekt, der die Selbstgrenzen sichern hilft und vor Demütigung schützen soll, tritt nicht nur sekundär bei, als peinlich empfundenen, Zwangsgedanken, -impulsen und -handlungen auf, sondern auch als Versuch, einen Schamkonflikt zu bewältigen. Dass „Unzulänglichkeiten“ oder „Fehler“ von anderen gesehen werden könnten, soll durch Zwangshandlungen verhindert werden. Hilgers (2006) beschreibt einen Patienten mit Zwangsstörungen, der die Scham durch eigenes entwertendes, kritisierendes Verhalten gegenüber anderen externalisierend abwehrt und so deren befürchtete entwertende, die Zwangshandlungen und -gedanken mit bedingende Interaktionen erzeugt.

2 Familiendynamische Aspekte von Zwangsstörungen und anankastischen Persönlichkeitsstörungen

2.1 Klinische Beobachtungen

Mehrere Autoren beschreiben, dass Eltern mit zwanghaften Charakterzügen und Verhaltensweisen deren Entstehung bei Kindern begünstigen (Reich, 1925; Massing et al., 2006). Quint (1976) skizziert eine von steriler Sauberkeit und herzloser Ordentlichkeit geprägte Familienatmosphäre. Hier werden Schmutz und Unordnung zum Verwerflichen und Bösen. Sexualität wird als etwas Schmutziges abgelehnt. Von Viehbahn (1972) beschreibt Probleme von Eltern mit der Autonomie-Entwicklung der Kinder. Für jene wird die zunehmende Eigenständigkeit der Kinder schwierig. Benedetti (1978) findet ablehnende und feindselige Gefühle der Eltern den Kindern gegenüber, die durch eine Fassade von Liebe und Fürsorge verborgen werden. Erziehungspersonen von Patienten mit Zwangsstörungen zeichnen sich zudem durch ein ausgeprägtes Willkürverhalten und große Inkonsistenz aus (Quint, 1976).

Benedetti (1978) weist zudem auf eine Diskrepanz zwischen sprachlichen Mitteilungen (Liebe und Fürsorge) und verdeckt spürbaren Affekten (Ablehnung, Aggression, Hass) in der Kommunikation der Familien hin, die den für Familien psychotischer Patienten beschriebenen „Beziehungsfallen“ ähnelt. „Im Sinne der ‚Realität der stärkeren Persönlichkeit‘ (Stierlin, 2001) rationalisieren die Eltern ihr Bedürfnis als objektiv richtig, die Selbstbehauptungswünsche des Kindes als falsch, so dass die Kinder es vermeiden, für sich Schlussfolgerungen zu ziehen“ (Massing et al., 2006, S. 179).

Benedetti (1978) beschreibt zudem eine typische paradoxe Abhängigkeitssituation: Das Kind wird innerhalb der Familie infantil gehalten, während außerhalb, in der Schule, bei der Arbeit, im Sport, Höchstleistungen erwartet werden. Hieraus resultiert eine Diskrepanz zwischen emotionaler und interpersoneller Unsicherheit bzw. Eingengtheit und „technischen“, sachorientierten Fähigkeiten, die, wie z. B. bei Shapiro (1991) beschrieben, immer ein unsicheres Fundament haben.

Tominschek und Schiepek (2007) nennen einen wenig einfühlsamen, manchmal traumatisierenden Umgang mit dem späteren Patienten, der aus Angst vor Strafe eigene Aggressionen unterdrückt. Die Anspannung wird in der Zwangsstörung kanalisiert. Zudem dienen Zwänge einer in der Familie sonst nicht akzeptierten Abgrenzung. Eine weitere Variante ist das überbehütende Elternhaus, das eine adäquate Autonomieentwicklung behindert. Die entsprechenden Defizite machen sich in Schwellensituationen (z. B. Schulwechsel, Eintritt in eine Berufsausbildung) bemerkbar. Zwangssymptome sollen die verlorene Sicherheit zurück bringen. Auf diesem Hintergrund haben Patienten mit Zwangsstörungen auch wenig Übung im Umgang mit Aggressionen. Sie können diese nicht adäquat dosieren. Entsprechende Impulse sind Angst auslösend.

Aus der Mehrgenerationen-Perspektive (Massing et al., 2006) steht die Verschiebung von Konflikten im Vordergrund. In Familien mit Zwangsstörungen finden sich nicht selten bereits in den Vorgenerationen Sadismen und sexueller Ekel, die unterschwellig oder offen tradiert oder durch Reaktionsbildungen, z. B. die Betonung von

Reinlichkeit oder Genauigkeit, abgewehrt werden. Die eigentlichen Affekte, insbesondere Angst, Scham und Ekel, werden auf den Streit um Details verschoben. Auch die Herausbildung von Ideologien des „Besonderen“ und der Überlegenheit, die mit der peniblen Einhaltung von Ordnungsvorstellungen verbunden wird, dient der Abwehr von Bedrohlichem. Streeck-Fischer (1998) betont ebenfalls die Möglichkeit, dass Zwänge als Folge einer Transmission von Traumatisierungen in Familien auftreten. All diese Aspekte sind nicht selten bewusst, aber vom affektiven Erleben isoliert und „ich-synton“, so dass sie erst bei längerer Zusammenarbeit mit den Patienten und ihren Familien deutlich werden. Sie werden bei kurzen Explorationen oder Fragebogen-Untersuchungen in der Regel übersehen, da sich die Familien als „normal“ erleben.

Fallbeispiel

Ein Vierzehnjähriger war seit mindestens vier Jahren durch ein ausgedehntes abendliches Ritual im Bad eingeschränkt, das sich über mehrere Stunden hinzog und von der Familie als „Waschzwang“ bezeichnet wurde. Die aufgeschauerten Hände zeugten von extensivem Waschen, aber es blieb unklar, ob dies seine einzige Betätigung war. Versuchten die Eltern, ihn zu kontrollieren, indem sie das Bad betraten, sah er sich „gezwungen“, wieder von vorn zu beginnen, so dass sich das Ritual bis weit nach Mitternacht hinzog und die Eltern auf entsprechende weitere Maßnahmen verzichteten. Auf das Bad-Ritual folgte dann ein Ordnungsritual im Zimmer, das ebenfalls nicht unterbrochen werden „durfte“. Beides wiederum führte dazu, dass der Patient morgens oft unausgeschlafen war, den Schulbus nur mit Mühe oder gar nicht erreichte und von einem Elternteil gefahren werden musste.

Die Mutter hatte bis zu ihrer Frühberentung im 40. Lebensjahr in einer Apotheke als Pharmazeutisch-technische Assistentin gearbeitet. Die Frühberentung erfolgte wegen rezidivierender manisch-depressiver Psychosen, die auch zu stationären Aufenthalten führten. Während der manischen Phasen zeigte sie eine ausgesprochene Umtriebigkeit und einen Hang zu großen Geldausgaben. Sie stammte, wie der Vater des Patienten, aus Ostpreußen. Im Verlaufe der Gespräche stellte sich heraus, dass sie während der Flucht mehrfach miterleben musste, wie Cousinen sowie Mädchen und junge Frauen aus der Nachbarschaft vergewaltigt wurden. Ein Cousin wurde vor ihren Augen erschlagen. Sie selbst schützte anscheinend die Nähe zur gehbehinderten Großmutter, die sich auch in der Gruppe befand. Sie hatte, auch während der Psychiatrie-Aufenthalte, nie hiervon erzählt. „Ich hatte den Eindruck: ‚Das interessiert sowieso niemanden. Ich war eine Manikerin und damit war der Fall klar. Da muss man anscheinend nicht weiter fragen.‘“ Nach dem Kriege fühlten sie und ihre Familie sich als „Flüchtlinge“ in einem Dorf als „überflüssige Mitesser“. Sie arbeitete sich in „ihrer“ Apotheke zur Stellvertreterin der Chefin hoch. Als der Betrieb mit deren Berentung verkauft werden sollte, setzte die erste manische Phase ein. Sie verlor quasi zum zweiten Mal ein Zuhause.

Der Vater des Patienten war als Filialleiter in einer Sparkasse tätig. Er stammte ebenfalls aus den ehemals deutschen Ostgebieten. In den Wirren der Flucht war er einmal

als Dreijähriger verloren gegangen, dann nach einigen Tagen wieder zu seinen Eltern gekommen. Auch seine Familie hatte einen schweren Stand in der Kleinstadt, in der sie einer Kaufmannsfamilie untergebracht worden waren. „Es wurde sogar Schmutz auf die Treppe geworfen, um zu zeigen, dass meine Mutter nicht richtig geputzt hatte, dass wir „dreckig“ waren. Auch in der Schule war ich lange Außenseiter.“ Mit seiner Frau traf er eine Partnerin und Familie mit ähnlichem Schicksal. Sie schlossen sich zusammen, erwarben mit Unterstützung beider Familien ein Haus, in dem auch seine Mutter und eine ältere, unverheiratete Cousine seiner Frau untergebracht wurden. Die beiden vertrugen sich nicht. Ebenso kritisierte seine Mutter, die Großmutter des Patienten, seine Frau, weil sie im Haushalt zu „schlampig“ sei. In dem ständigen Streit bezog er nie Stellung, was seine Frau tief enttäuschte. Sie brachte ihren Zorn nur in Andeutungen zum Ausdruck. Der Patient wurde während der Berufstätigkeit der Mutter von Großmutter und Tante versorgt und zwischen diesen zum „Zankapfel“. Er sei als Kind oft still und zurückgezogen gewesen. Die Cousine sei, insbesondere nach dem Tod der Großmutter des Patienten, zunehmend „komisch“ geworden, habe sich zurückgezogen, ihren Haushalt vernachlässigt und „gezählt“, vermutlich eine paranoid-zwanghafte Entwicklung. Die um sechs Jahre jüngere Schwester des Patienten wurde von der Großmutter mütterlicherseits betreut, die „auch ein Betätigungsfeld suchte“. Hier war sie mit den Kindern der Geschwister der Mutter zusammen, hatte also sehr viel mehr Austausch. Die Zwänge des Patienten entwickelten sich manifest, als die besagte Cousine der Mutter in seinem zehnten Lebensjahr in ein Geriatriisches Pflegeheim kam.

Die Mutter berichtete zudem, allerdings erst nach einer Reihe von Gesprächen, dass der Vater bei dem Patienten immer sehr stark auf Sauberkeit geachtet und angewidert reagiert habe, wenn dieser als Säugling und Kleinkind „sabberte“. Dies habe sie sofort wegwischen müssen. Auch kritisiere er häufig ihre Unordnung.

Die tief sitzenden Gefühle der Familienmitglieder von Bedrohung und Angst kamen erst ganz allmählich ins Gespräch, ebenfalls das damit zusammen hängende Bedürfnis, durch Ordentlichkeit, Fleiß, Genauigkeit und Sauberkeit eine „Daseinberechtigung“ zu erlangen. Was sich in den Interaktionen zwischen dem Patienten sowie Großmutter und Tante abspielt hatte, konnte in den Familiengesprächen nur peripher aufgeklärt werden.

2.2 Quantitative Untersuchungen zur Familiendynamik bei Zwangsstörungen

Systematische biographisch orientierte Studien zur Mehrgenerationenperspektive bei Zwangsstörungen fehlen bislang leider. Ebenso sind direkte und vergleichende Beobachtungen der Interaktion in solchen Familien selten. Reich et al. (1988) fanden in einer quantitativen, fallorientierten Studie bei drei Familien mit mindestens einem Mitglied, das Zwangssymptome oder eine deutliche zwanghafte Persönlichkeitsstörung hatte, die mit einer Familie mit mehreren Mitgliedern mit deutlich hysterischer (heute: histrionischer) Persönlichkeitsstörung anhand der Family Interaction Scales von Riskin und Faunce verglichen wurden, eine eher latente und indirekte Äußerung von Aggressivität. Der Affektausdruck war neutraler und sachlicher. Die Eltern interagier-

ten häufiger miteinander als mit den Kindern, noch stärker mit den Therapeuten, die als Richter oder Schlichter angesprochen wurden. In der Familie mit überwiegend hysterischen Zügen der Mitglieder waren die Beziehungen positiver eingefärbt, die Interaktionsmuster weniger starr, die Affekte deutlicher wahrzunehmen. Diese Ergebnisse bedürfen natürlich weiterer Überprüfung an größeren Stichproben und können wegen des post-hoc-Charakters der Studie keinesfalls kausal interpretiert werden.

Eine Reihe von Studien betätigt klinische Beobachtungen, die von einer erhöhten Rate von Zwangsstörungen, anankastischen Persönlichkeitsstörungen sowie zwanghaften Verhaltensweisen und Persönlichkeitszügen bei Verwandten ersten Grades von Personen mit Zwangsstörungen sprechen – was keinesfalls „rein genetisch“ interpretiert werden kann (s. hierzu weiter unten). Diese Befunde gelten für Erwachsene wie für Kinder und Jugendliche (Alsopp u. Verduyn, 1988; Flament u. Rappoport, 1984; Hollingsworth et al., 1980; Honjo et al., 1989; Last u. Strauss, 1989; Riddle et al., 1990; vgl. auch Waters u. Barrett, 2000). In einer Studie mit ausführlichen diagnostischen Interviews auch der Angehörigen (Lenane et al., 1990) erfüllten 17 % der Eltern der Patienten die Diagnose einer Zwangsstörung (Väter 25 %, Mütter 9 %). Bei den Geschwistern waren es aktuell 5 %, bei Korrektur auf das Lebensrisiko für diese Erkrankung 30 %. Eine subklinische Zwangsstörung wurde bei 13 % der Eltern und 4 % der Geschwister gefunden. 20 % der Väter (und nur 2 % der Mütter) zeigten zwanghafte Persönlichkeitszüge. Eine Parallele in den Symptomen von Eltern und Kindern konnte nicht gefunden werden. Dies schließt allerdings eine elterliche Modellwirkung nicht aus, da Zwangssymptome sich im Verlauf verändern können. Vermutet wird eine eher indirekte Transmission durch einen generellen ängstlichen oder vermeidenden Stil (vgl. Waters u. Barrett, 2000).

Wie für andere Störungsbilder auch, liegen für Zwangsstörungen Untersuchungen zu den Expressed Emotions vor. Hier zeigte sich u. a., dass feindselige Kritik, nicht Kritik überhaupt, prädiktiv für ein schlechtes Ergebnis bei kognitiver Verhaltenstherapie ist. Bei Familien von Kindern mit Zwangsstörungen wurden hohe Raten an hohen Expressed Emotions („High EE“) gefunden (Hibbs et al., 1991; Leonard et al., 1993; Renshaw et al., 2005). Bei Leonard et al. zeigten insgesamt 85 % der Familien dieses Verhalten, das auch in Nachuntersuchungen 35 % der Varianz des generellen Funktionierens in den Familien aufklärte. Allerdings können die hohen EE-Raten nicht als spezifisch oder ursächlich für Zwangsstörungen angesehen werden.

In Untersuchungen zum Erziehungs- und Beziehungsstil erschienen die Familien im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe als weniger emotional unterstützend und Nähe vermittelnd (Vallensi-Basile et al., 1995), die Eltern als stärker zurückweisend, überprotektiver (Mütter, Merkel et al., 1993) und weniger emotional warm (Ehibuche, 1988). In der Studie von Hoover und Insel (1984) erschienen die Väter als fordernd und perfektionistisch, die Mütter als überinvolviert und intrusiv. Die Patienten waren sehr abhängig von den Familien und isoliert von externer Unterstützung.

In einer Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe unter Kontrolle von Depressivität, Angst und Neurotizismus fanden Cavedo und Parker (1994) ein hohes Ausmaß an Überprotektion bei Probandinnen und Probanden mit hohen Werten be-

züglich der Zwanghaftigkeit. Bei den Probandinnen galt dies für das mütterliche und väterliche, bei den Probanden lediglich für das väterliche Verhalten.

Nordahl und Stiles (1997) fanden, bei Kontrolle der Depressivität und gleichzeitiger Untersuchung anderer Persönlichkeitsstörungen und einer gesunden Kontrollgruppe, dass die anankastische Persönlichkeitsstörung mit einem geringeren Ausmaß an väterlicher Fürsorge und erhöhter väterlicher Überprotektion verbunden war.

Ein weiterer familiärer Beitrag zur Entwicklung von Zwangsstörungen besteht in der Vermittlung von typischen kognitiven Verarbeitungen, insbesondere einer übermäßigen Verantwortlichkeit und einer Wahrnehmung der Umwelt als vorwiegend bedrohlich. Bei Kindern mit Angstsymptomen konnte gezeigt werden, dass Familien bedrohliche Interpretationen der Umwelt und vermeidendes Verhalten verstärken (Family Enhancement of Avoidant Response; Waters u. Barrett, 2000).

Als ein wesentlicher Vulnerabilitätsfaktor für Zwangsstörungen, wie für andere seelische Erkrankungen auch, wird unsichere Bindung angesehen. Hierdurch sollen für Zwangskranke typische Überzeugungen bzw. kognitive Stile (Erleben der Welt als bedrohlich, schlechtes Ertragen von Ambiguitäten, Überverantwortlichkeit, Erleben der Welt als kontrollierbar bei genügender Anstrengung), die mit einer Fragilität des Selbst- und Sicherheitserlebens korrespondieren, gefördert werden (Doron u. Kyrios, 2005). In einer ersten vorliegenden Untersuchung konnten Myhr et al. (2004) zeigen, dass Patienten mit Zwangsstörungen, bei Kontrolle der Depressivität, ein höheres Ausmaß an unsicherer Bindung aufwiesen als die gesunde Kontrollgruppe. Allerdings unterschied sie sich nicht von der ebenfalls untersuchten Gruppe der Depressiven.

Andere Untersucher (Wewetzer et al., 2003; vgl auch Myhr et al., 2004) konnten in Familien von Patienten mit Zwangsstörungen keine Einschränkungen der Autonomie-Entwicklung sowie keine weiteren von der Norm abweichenden Erziehungsmethoden finden.

2.3 Familien und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen

Familienmitglieder können sich an Zwangsrituale und Zwangsgedanken anpassen oder in diese eingebunden werden. Letzteres kann bis zu 70 % der Eltern betreffen (Allsopp u. Verdun, 1990). Auch gegenteilige Reaktionen, Versuche zum Gegensteuern, Feindseligkeit und Kritik sind zu beobachten – und ebenfalls Ausdruck einer oft hilflosen Verstrickung. Bisweilen können Familienmitglieder in ihren Reaktionen auch gespalten sein. Von Geschwistern sind nicht selten Hänseleien, Sabotage der Rituale und Erniedrigungen zu beobachten (Waters u. Barrett, 2000). Alle skizzierten Verhaltensweisen können die Symptomatik verstärken. Kritische oder feindselige Reaktionen oder Versuche, Rituale forciert zu unterbrechen wirken offensichtlich ähnlich wie hohe Expressed Emotion. Sind Familienmitglieder davon überzeugt, dass der Patient sein Verhalten eigentlich kontrollieren könnte, führt dies zu mehr Kritik, Feindseligkeit, Emotionalem Überinvolviertsein, erhöhter Anpassung, Faktoren, die mit einem erhöhten Ausmaß an Symptomen verbun-

den sind (Renshaw et al., 2005). Günstig erscheint eine ausbalancierte Haltung, die den Patienten nicht völlig als „Herr“ seiner Symptome, aber auch nicht als völlig „behindert“ oder diesen „ausgeliefert“ ansieht. Zwangshandlungen sollten kritisch, aber nicht entwertend kommentiert und auch kleine Therapiefortschritte positiv kommentiert werden.

2.4 Auswirkungen auf Familienmitglieder

Zwangsstörungen haben gravierende Auswirkungen auf das Zusammenleben von Familien und Partnern. Die gilt sowohl für Erkrankungen von Kindern wie von Erwachsenen (Renshaw et al., 2005). Bei Kindern und Jugendlichen scheint die Einbeziehung in die Zwangsstörung und die Anpassung an Rituale stärker zu sein als bei Erwachsenen (Cooper, 1996). Wesentliche Folgen sind z. B. Reduktion sozialer Aktivitäten, Zunahme von Isolation und Erschöpfung (Steketee, 1997). Calvocoressi et al. (1999) fanden, dass sich 89 % der untersuchten Familien an das Symptom anpassten. Dieses Verhalten war verbunden mit Familienstress, Belastung, Disharmonie und zurückweisenden Haltungen gegenüber dem Patienten.

3 Familientherapie bei Zwangsstörungen

Bei Kindern und Jugendlichen erscheint eine familiäre Unterstützung der Therapie als hilfreich und z. T. als wesentlich für den Behandlungserfolg (Water u. Barrett, 2000; Wewetzer u. Walitza, 2005). Insbesondere die Einbeziehung von Familienmitgliedern in verhaltenstherapeutische Programme hat sich in kontrollierten Studien als wirksamer erwiesen als Behandlungen ohne diese Einbeziehung (Metha, 1990; Van Noppen et al., 1997; Renshaw et al., 2005; Tominschek u. Schiepek, 2007). In den verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungen werden die Familienmitglieder über das Störungsbild aufgeklärt und dazu angeleitet, sich von der Symptomatik abzugrenzen bzw. schrittweise weniger involvieren zu lassen. Emotionales Überinvolviertsein und hohe Expressed Emotions sollen vermieden werden. Die Angehörigen lernen zudem, die Angst der Patienten beim zunehmenden Verzicht auf Zwangshandlungen (mit) zu ertragen und Alternativen aufzubauen. In systemisch orientierten Behandlungen wird mit (Gegen-) Ritualen, Musterunterbrechungen und auch mit „gewaltfreiem Widerstand“ gegen die Einbindung in Zwangshandlungen gearbeitet (vgl. Schweitzer u. v. Schlippe, 2006). In der psychodynamisch orientierten Familientherapie (Massing et. al., 2006; Reich et al., 1988, 2007) wird hauptsächlich auf den Konflikte vermeidenden, Affekt isolierenden Interaktionsstil zentriert, um eine affektive Neubewertung sowie einen durchlässigeren Umgang mit Affekten und Impulsen und mehr interpersonelle Sicherheit hierbei zu ermöglichen. Dabei können das Genogramm, Verschreibungen und auch Video-Konfrontationen mit dem Interaktionsstil zur Hilfe genommen werden.

Fallsbeispiel: Psychodynamische Familientherapie bei einer Zwangsstörung

Familie V. kommt wegen des elfjährigen Holger in Therapie, der seit ca. einem Jahr einen Waschzwang, ausgedehnte abendliche Rituale mit Fantasy-Figuren und eine Kontrolle der Hausaufgaben sowie einen Zählzwang entwickelt hatte (ausführlich s. Reich et al., 2007).

Frau V. ist Mitte vierzig, selbständige Architektin, Herr V. ist Ende 50, selbstständiger Rechtsanwalt, Monika, die Halbschwester von Holger aus der ersten Ehe von Frau V. ist 17 Jahre alt, Schülerin.

Bereits im ersten Gespräch werden eine deutliche Belastung der Familie durch den Bau eines großen Hauses, Schwierigkeiten in der Firma von Frau V., eine starke Orientierung der Eltern auf den Eindruck „nach außen“, ein überaus penibles Achten der Eltern auf Ordnung und Sauberkeit sowie ein zwanghaftes kontrollierendes Verhalten von Herrn V. deutlich, der sogar die Adressenetiketten von Zeitschriften wegschneidet, bevor er sie ins Altpapier wirft. Der Indexpatient erscheint als sehr stark mit diesem Familienstil identifiziert und in die Beziehung zu den Eltern eingebunden, während seine Schwester sich hier deutlich und altersangemessen abgrenzen kann. Der manifeste Beginn der Zwangssymptomatik bei Holger fiel mit dem Tod der mit in der Familie lebenden Großmutter mütterlicherseits zusammen, die in den letzten Lebensjahren an einer Altersdepression litt. Hierüber war bis zu Therapiebeginn nie offen gesprochen worden, auch „wegen der Nachbarn“, so dass sie den Kindern, insbesondere dem Index-Patienten zunehmend „unheimlich“ erschienen war. Die Familie erscheint insgesamt wie eine „Festungsfamilie“ (Richter, 1970), von der unmittelbaren, kleinstädtischen Umgebung mit etwas paranoid anmutenden Befürchtungen abgeschirmt.

Insbesondere wird eine enge Bindung des Indexpatienten an die Mutter deutlich, der hier als eine Art Partnerersatz fungiert, sie am Wochenende ins Büro begleitet, ihre geschäftlichen Ängste und Konflikte sehr genau spürt. Zunächst wird Holger hier entlastet und ein engerer Austausch zwischen den Ehepartnern eingeleitet, bei denen rasch ein Paarkonflikt deutlich wird. Frau V. fühlt sich von ihrem Mann ebenfalls in verschiedenen Lebensbereichen kontrolliert, was sie erstmals deutlich ausspricht.

Frau V. stammt aus einer Handwerkerfamilie, in der das Klima durch eine weiche, sehr nachgiebige Mutter und einen Alkoholmissbrauch betreibenden, gewalttätigen Vater sowie einen sozial gescheiterten, alkoholabhängigen Bruder gekennzeichnet war. Frau V. war „Vatertochter“, was sie oft in Loyalitätskonflikte brachte. Sie fühlte sich im Wohnort und auf dem Gymnasium als Außenseiterin, schämte sich wegen ihres Vaters, dessen Schwierigkeiten bekannt waren. Als „Aufsteigerin“ war sie sozial sehr unsicher, was durch ihre erste Ehe mit einem gewalttätigen Mann noch verstärkt wurde. Jede „Peinlichkeit“ sollte vermeiden werden, was sich in der „Ordnungsliebe“ und dem Achten auf das äußere Erscheinungsbild zeigte.

Herr V. stammt aus einer Fabrikantenfamilie. Für die Erziehung der Kinder „war das Personal zuständig“. Die Mutter schildert er als kühl, ambitioniert und unnahbar, in „gesellschaftlichen Verpflichtungen“ aufgehend, den Vater als distanziert, kontrollierend,

penibel und cholerisch. Er schlug die Kinder auch als Bestrafung. Beide Eltern seien sehr materiell orientiert.

In der Bearbeitung der Geschichte beider Eltern mit Hilfe des Genogramms lockert sich die Affektabwehr insbesondere bei Herrn V. deutlich. Er spürt die Parallelen zwischen dem Verhalten seines Vaters, und auch seiner Mutter, ihm gegenüber und seinem Verhalten Holger gegenüber. Die Partnerwahl war für beide Eltern mit dem Wunsch nach Veränderung, insbesondere nach „mehr Herzlichkeit“ verbunden gewesen, bei Herrn V. ebenso mit dem Wunsch nach einer Familie, dem er in seinem Leben erst vergleichsweise spät nachkam. Im Zuge der 26-stündigen Therapie nahm das Paar auch wieder eine sexuelle Beziehung auf. Bei Holger besserten sich das Kontrollbedürfnis und die Rituale, wenig jedoch der Waschzwang. Deswegen wurde eine Fortführung der Behandlung als Kinder- bzw. Jugendlichenherapie empfohlen, auch weil die Behandler vermuteten, dass er sich innerlich im Rahmen der vorpubertären Entwicklung noch mit der engen Bindung an die Mutter beschäftigte.

Literatur

- Alsopp, M., Verduyn, C. (1988). A follow up of adolescents with obsessive compulsive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 154, 829-834.
- Amitai, M. (1977). Die Zwangsneurose. Die Bedeutung der Objektdistanz. *Psyche*, 31, 385-398.
- Benedetti, G. (1978). *Psychodynamik der Zwangsneurose*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Cavedo, L. C., Parker, G. (1994). Parental Bonding Instrument. Exploring for links between scores and obsessionality. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 29, 78-82.
- Calvocoressi, L., Mazure, C., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vesgo, S. J., Van Noppen, B. L., Price, L. H. (1999). Family accomodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 636-642.
- Cooper, M. (1996). Obsessive compulsive disorder: Effects on family members: *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.
- Doron, G., Kyrios M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representataions within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432.
- Ehiobuche, I. (1988). Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns amongst Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl. 344), 78, 115-120.
- Flament, M. F., Rappoport, J. L. (1984). Childhood obsessive-compulsive disorder. In T. R. Insel (Hrsg.). *New findings in obsessive-compulsive disorder*. American Press, Washington DC., S. 24-43.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1967). Zum Problem der Einsamkeit in der Ehe und bei Unverheirateten. In W. Bitter (Hrsg.), *Einsamkeit*. Stuttgart: Klett.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J. P., Keysor, C. S., Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 757-770.

- Hilgers, M. (2006). Scham. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hollingsworth, C. E., Tanguay, P. E., Grossman, L., Pabst, P. (1980). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 134-144.
- Honjo, S., Hirano, C., Murase, S., Kaneko, T., Sugiyama, T., Ohtatka, K., Aoyama, T., Takei, Y., Inoko, K., Wakabayashi, S. (1989). Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 83-91.
- Hoover, C. F., Insel, T. R. (1984). Families of origin in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 207-215.
- Last, C. G., Strauss, C. C. (1989). Obsessive compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 295-302.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Screery, W., Rapoport, J. L. (1990). Psychiatric disorders in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 407-412.
- Leonard, H., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., Rapoport, J. L. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Massing, A., Reich, G., Sperling, E. (2006). Die Mehrgenerationen-Familientherapie (5. akt. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meares, M. (1994). A pathology of privacy: toward a new theoretical approach to OCD. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 83-100.
- Metha, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 133-135.
- Myhr, G., Sookman, D., Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatr. Scand.*, 109, 447-456.
- Nordahl, H. M., Stiles T. C. (1997). Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 11, 391-402.
- Quint, H. (1976). Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reich, W. (1925). Der triebhafte Charakter. Wien.
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C. (1988) Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 37, 17-24.
- Reich, G., Massing, A., Cierpka, M. (2007). Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 164-175.
- Richter, H. E. (1970). Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R., Hardin, M. T et al. (1990). Obsessive compulsive disorder in adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 766-772.
- Shapiro, D. (1991). Neurotische Stile. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., v. Schlippe, A. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwidder, W. (1972) Klinik der Neurosen. In K. P. Kisker, J.-E. Meyer, M. Müller (Hrsg.). *Psychiatrie der Gegenwart Bd. II/I*. Heidelberg: Springer

- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can. J. Psychiat.*, 42, 919-928.
- Stierlin, H. (2001). Die Anpassung an die Realität der „stärkeren Persönlichkeit“. Einige Aspekte der symbiotischen Beziehung des Schizophrenen. In ders.: *Psychoanalyse – Familientherapie – systemische Therapie. Entwicklungslinien, Schnittstellen, Unterschiede* (S. 55-72). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A. (1998). Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 47, 81-95.
- Tominschek, I., Schiepek, G. (2007). *Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Vallensi-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., Cuffe, S. P. (1995). Family and psychosocial predictors of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 193-206.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H., Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 431-446.
- v. Viehbahn, I. (1972). *Seelische Entwicklung und ihre Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Waters, T. L., Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 173-184.
- Wewetzer, C., Jans, T., Beck, N., Reinecker, H., Klampfl, K., Barth, N., Hahan, F., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B., Warnke, A. (2003). Interaktion, Familienklima, Erziehungsstile und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. *Verhaltenstherapie*, 13, 10-18.
- Wewetzer, C., Walitza, S. (2005). Kombinierte Therapie hilft kleinen Zwänglern. *MMW – Fortschr. Med.*, 48, 989-993.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Günter Reich, Ambulanz f. Familientherapie u. f. Essstörungen, Abteilung f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen; E-Mail: greich@gwdg.de