

Streck-Fischer, Annette

## **Zwang und Persönlichkeitsorganisation im Kindes- und Jugendalter**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 10, S. 366-373*

urn:nbn:de:bsz-psydok-33124

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

### Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) . . . . . 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) . . . . . 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto- limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) . . . . . 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) . . . . . 79

### Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) . . . . . 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) . . . . . 257

### Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) . . . . . 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) . . . . . 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) . . . . . 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) . . . . . 226

### Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) . . . . . 333
- Blanz, B., Lehmkühl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) . . . . . 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) . . . . . 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) . . . . . 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) . . . . . 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) . . . . . 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) . . . . . 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) . . . . . 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) . . . . . 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) . . . . . 2

### Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) . . . . . 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) . . . . . 212

### Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) . . . . . 290

**Psychotherapie**

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) . . . . . 298
- Ebtinger, R., Ebtinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) . . . . . 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) . . . . . 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . . . . 366

**Übersichten**

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) . . . . . 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) . . . . . 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) . . . . . 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) . . . . . 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . . . . . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) . . . . . 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) . . . . . 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatrien Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . . . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie - Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) . . . . . 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) . . . . . 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) . . . . . 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten - Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears - Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) . . . . . 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) . . . . . 326

**Tagungsberichte**

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg . . . . . 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . . . 24

**Buchbesprechungen**

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . . . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . . . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 . . . . . 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 . . . . . 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder - Erziehung in unserer Zeit . . . . . 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung . . . . . 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern . . . . . 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr . . . . . 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . . . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie . . . . . 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung . . . . . 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom . . . . . 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse . . . . . 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem . . . . . 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung . . . . . 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie . . . . . 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie . . . . . 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit - eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität . . . . . 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis . . . . .	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung . . . . .	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie . . . . .	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann . . . . .	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie . . . . .	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden . . . . .	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6 . . . . .	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik . . . . .	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II . . . . .	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie . . . . .	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direktive Spieltherapie . . . . .	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik . . . . .	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume . . . . .	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung . . . . .	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes . . . . .	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter . . . . .	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet . . . . .	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen . . . . .	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen . . . . .	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter . . . . .	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie . . . . .	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie . . . . .	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes . . . . .	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens . . . . .	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie . . . . .	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde . . . . .	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung . . . . .	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst . . . . .	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen . . . . .	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven . . . . .	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement . . . . .	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe . . . . .	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung . . . . .	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden . . . . .	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie . . . . .	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders . . . . .	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance? . . . . .	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children . . . . .	140
<i>Kooij, R. v. d., Helledoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch . . . . .	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40) . . . . .	60
<i>Kormmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen . . . . .	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41) . . . . .	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse . . . . .	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42) . . . . .	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule . . . . .	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie . . . . .	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption . . . . .	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen . . . . .	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion . . . . .	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie . . . . .	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen . . . . .	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik . . . . .	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme . . . . .	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications . . . . .	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien . . . . .	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder . . . . .	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen . . . . .	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten . . . . .	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik . . . . .	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk . . . . .	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen . . . . .	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment . . . . .	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie . . . . .	383	<b>Autoren der Hefte:</b> 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		<b>Tagungskalender:</b> 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		<b>Mitteilungen:</b> 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendliche im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn  
(Fachklinik für psychogene und psychologische Erkrankungen, Abteilungsleiterin: Dr. med. A. Streeck-Fischer)

## **Zwang und Persönlichkeitsorganisation im Kindes- und Jugendalter**

Von Annette Streeck-Fischer

### **Zusammenfassung**

Anhand des als neurotische Störung gekennzeichneten Krankheitsbildes der Zwangssyndrome wird aufgezeigt, daß eine genauere Aufschlüsselung zu einem tieferen Verständnis der jeweiligen Erkrankung beiträgt und damit einen adäquateren therapeutischen Umgang erleichtert. Zu diesem Zweck werden verschiedene psychoana-

lytische Theorieansätze verwendet und integriert. Unterschiedliche, den Zwangssyndromen zugrundeliegende Persönlichkeitsorganisationen werden anhand von kasuistischen Beispielen verdeutlicht.

---

Psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen wie z. B. die Anorexie, die Phobien oder die Depres-

sion bewegen sich hinsichtlich ihres Schweregrades auf einer breiten Palette. Ihre Erscheinungsbilder reichen von einer vorübergehenden anorektischen, phobischen oder depressiven Reaktion bis hin zu psychosenahen Störungen.

Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik, die zunächst als einheitliche Krankheitsbilder imponieren, können sich bei genauer Betrachtung als unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen erweisen (Jacobsen 1977, Kernberg 1978). Das trifft auch zu für neurotische und psychosomatische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Hier kann erst die Berücksichtigung der jeweiligen Persönlichkeitsorganisation und des Entwicklungsstandes des Kindes, bzw. Jugendlichen zu einem umfassenden Verständnis einer Erkrankung und ihres Schweregrades führen.

Die folgende Arbeit geht diesem Problem am Beispiel von Zwangssyndromen im Kindes- und Jugendalter nach. Dabei halte ich mich an die Krankheitsgruppe, die auf der ersten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter et al. (Remschmidt, Schmidt 1977) unter „neurotische Störungen mit vorherrschender Zwangssymptomatik“ oder nach dem DSM III unter „Zwangssyndrom“ eingestuft ist. Ich möchte an diesem als neurotische Störung gekennzeichneten Krankheitsbild aufzeigen, daß eine genauere Aufschlüsselung notwendig ist zum Verständnis und adäquaten therapeutischen Handeln in bezug auf die jeweilige Erkrankung.

Es sollen detaillierte Erklärungen gefunden werden, die mehrere psychoanalytische Theorieansätze einschließen. Vor allem liegt mir daran, über den deskriptiv-symptomorientierten Zugang hinauszugehen, wie er etwa im multiaxialen Klassifikationsschema oder DSM III ausgeführt ist und auf einen strukturellen, genetisch-dynamischen Ansatz hinzuweisen, der ein genaueres diagnostisches Verständnis innerhalb des Krankheitsbildes der Zwangssyndrome ermöglicht.

Das manifeste Symptombild psychischer Erkrankungen bietet weder für deren diagnostische Beurteilung noch für das einzuschlagende therapeutische Vorgehen hinreichende Kriterien. Unter dem Einfluß ich-psychologisch und objektbeziehungstheoretisch orientierter Autoren (Kohut 1977, Kernberg 1978, Blanck und Blanck 1978, Fürstenau 1977) wurde in der Psychoanalyse der Blick dafür geschärft, daß Krankheitsbilder, die zunächst einander gleichen, über einen psychischen Hintergrund verfügen können, der sehr verschieden sein kann. Hier ist ein entscheidendes differentialdiagnostisches Kriterium das psychische Struktur-, Entwicklungs- oder auch Ich-Organisations-Niveau des Erkrankten geworden (vgl. Kernberg 1978).

Es wird in der Literatur öfter erwähnt, daß es bei den sog. Zwangsneurosen häufiger psychotische Verlaufsformen gibt (Eggers 1969, Benedetti 1977, Lang 1981). Es wird aber auch immer wieder darauf hingewiesen, daß es Zwangserkrankungen gibt, die - obwohl psychogen bedingt - sich neurosenpsychologisch nur unzureichend fassen lassen, auch wenn sie nicht in psychotischen Ver-

läufen münden (A. Freud 1966, Sandler 1974). So wird auch eingeräumt, daß differentialdiagnostisch an eine Borderline-Störung gedacht werden muß (Strunk 1987). Kriterien wie das Fehlen des subjektiven Gefühls des Zwangs, der fehlende Leidensdruck, die Weigerung, Verantwortung für die vorliegenden Zwänge zu übernehmen u. a. erscheinen allerdings zur Abgrenzung nicht immer ausreichend und sind auch nicht immer zutreffend.

Ich möchte mit dem Beispiel einer Zwangshandlung eines Patienten beginnen. An dieser Zwangshandlung soll - fokussiert auf diesen Ausschnitt - verdeutlicht werden, wie unterschiedlich sie verstanden werden kann, je nachdem, auf welches psychoanalytische Verstehensmodell sie bezogen wird. Diese Zwangshandlung ist eine der unzähligen eines damals 20jährigen Patienten, den ich über längere Zeit in psychoanalytischer Behandlung hatte, und der mir beigebracht hat, daß ich seine Zwangssymptomatik anders verstehen muß, als dies die bisherigen Erklärungsansätze vorsehen.

Der Patient - ich nenne ihn im weiteren Hans - muß zwanghaft über mehrere Minuten hinweg seinen Hosenschlitz überprüfen und feststellen, ob sein Reißverschluss geschlossen ist. Folgende Erklärungen für diese Zwangshandlung sind geläufig:

1. Die Zwangshandlung ist eine Folge von Kastrationsängsten: Phallisch-exhibitionistische, evtl. sexuelle Triebimpulse liegen seinen Zwängen zugrunde. Verbotene Impulse bei einem triebfeindlichen, rigiden Überich drohen durchzubrechen. Das Überprüfen des Hosenschlusses dient der Kontrolle über die Triebimpulse und der Überprüfung, ob das Genitale noch vollständig ist.

Diese Erklärung geht auf Freud zurück. Nach seinem Grundkonzept heftet sich in der frühen Entwicklung des Kindes die Libido an bestimmte erogone Zonen (oral, anal, genital). Freud nahm an, daß in der Lebensgeschichte von Zwangsneurotikern eine Traumatisierung während der analen Phase (z. B. im Rahmen der Reinlichkeitsentwicklung) stattgefunden hat und daß es in der weiteren Entwicklung zu einer Regression auf die anale Phase zur Abwehr von libidinösen Ansprüchen des Ödipuskomplexes gekommen ist. Die Regression ist verknüpft mit einem strengen, sadistischen Überich. Analerotische und sadistische Impulse können nicht ausreichend abgewehrt werden. Mit Hilfe von zwangsneurotischen Abwehrformen wie dem Verschieben, Isolieren und Ungeschehenmachen, bemüht sich das Ich, zwischen Es und Überich zu vermitteln.

2. Eine andere Erklärung lautet: Die Zwangshandlung ist Folge einer Entwicklungshemmung im motorisch-expansiven und aggressiv-geltungsstrebigen Bereich. Eine frühe massive Einschränkung von aggressiv-geltungsstrebigen Impulsen hat dazu geführt, daß der Symptomträger kompensatorisch eine ausgeprägte Vorstellungs- und Gedankenwelt in diesem Bereich entwickelt hat. Daneben konnte er aber keinen adäquaten Umgang mit seinen Impulsen erwerben. Mit Hilfe von wiederholten Abwehrhandlungen bemüht er sich um Kontrolle bzw. Steuerung. Infolge der Handlungsstörung, sich seines wirkli-

	0.-1. Lbj.		2.-3. Lbj.		4.-5. Lbj.		6.-7. Lbj.	
Triebentwicklung (Freud)	oral		anal		phallisch		ödipal	
Antriebsentwicklung (Schultz-Hencke)	intentional	oral-kaptativ	retentiv-anal		aggressiv-expansiv		uretral sexuell	
Individuation (Mahler)	autistische Phase (1 Monat)		symbiotische Phase Differenzierungs-subphase (4-5-10 Monate) (frühe Übungsphase) emotionales Auftanken		Übungs-Subphase (10-18-36 Monate) Annäherungs-Subphase		Objektkonstanz	
Objektbeziehungen (Kernberg)	Normaler Autismus: undifferenziertes Primärstadium (1 Monat)		Normale Symbiose: Stadium der primären undifferenzierten Selbst-Objekt-Vorstellung (2-6-8 Monate)		Differenzierung von Selbst-Objektvorstellungen Entwicklung einer guten Selbst-Objekt-Vorstellung und einer bösen Selbst-Objekt-Vorstellung (8-18-36 Monate)		Integration von Selbstvorstellungen und Objektvorstellungen; Entwicklung reifer intrapsychischer, aus Objektbeziehungen abgeleiteter Strukturen (3-6 Lbj.)	
Abwehr-/Ich-Struktur	tiefe Spaltung Fragmentierung unklare Ich-Grenzen		aktive Spaltung in Gut und Böse, abgespaltene Ich-Zustände, Projektion, projektive Identifizierung, Idealisierung, Entwertung, Verleugnung		Verdrängung Isolation Ungeschehenmachen Reaktionsbildung			

Abb. 1: Ausgewählte psychoanalytische Verstehensmodelle

chen Tuns nicht sicher sein zu können, muß er ständig scheitern; d.h. also, er muß die Zwangshandlung des Reißverschlußüberprüfens immer erneut wiederholen.

Schultz-Hencke hat die Libidotheorie von Freud abgelehnt und ist von Antriebsbereichen ausgegangen. Er unterscheidet einen intentionalen, oral-kaptativen, anal-retentiven, anal-geltungsstrebigen, uretralen und liebend-sexuellen Antriebsbereich. Nach seiner Meinung entsteht die Disposition zur Zwangsneurose dadurch, daß in einer frühen Entwicklungsstufe der gesamte motorische Anteil des aggressiv-expansiven Antriebserlebens durch Angstreflexe eingeschränkt ist, während die Vorstellungswelt des Kindes in diesem Bereich eine ungehemmte Entwicklung nimmt. Die mangelnde reale Erfahrung im Umgang mit dem motorisch-aggressiv-expansiven Antriebserleben führt zu einer komplexen Handlungsstörung. Sowohl die Einleitung der Handlung infolge des Zauderns, als auch die Durchführung und Beendigung einer Handlung, die von dem Eindruck begleitet ist, sich auf das eigene Tun nicht verlassen zu können, ist beeinträchtigt (vgl. Schwidder 1954, Dührssen 1954, Quint 1971). Dies sind die bis heute am häufigsten verwendeten Erklärungen.

Neuere psychoanalytische Theorieansätze aus dem Bereich der Ich- und Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorien wurden bisher viel seltener aufgegriffen und zur Erklärung von Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen herangezogen. Es hat den Anschein, als würden die genannten Ansätze eher zum Verständnis bestimmter Frühstörungen gebraucht oder aber passend zum persönlichen Stil des Therapeuten verwendet werden (vgl. Eagle 1988). Integrationsversuche blieben dagegen rar.

Die folgende Übersicht (Abb. 1) enthält einen groben Überblick über einige der wichtigsten psychoanalytischen Theorieansätze (vgl. Mahler 1975, Kernberg 1978). Ich möchte diese Verstehensmodelle zum Ausgangspunkt nehmen für eine andere Betrachtungsweise von psychogenen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Sie sollen dazu dienen, zu zeigen, daß eine gleiche Symptomatik unterschiedlich verstanden werden kann, d.h. unterschiedlichen Persönlichkeitsorganisationen aufrufen kann. Das bedeutet, daß sie geeignet sein soll auch auf andere Krankheitsbilder übertragen zu werden, etwa auf die Phobien, die Depres-

sionen oder die Tic-Erkrankungen, um nur einige zu nennen.

Margaret Mahler hat in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen zur frühkindlichen Entwicklung die Symbiose und Individuation gestellt. Diesen Ansatz hat Kernberg weitergeführt. Er hat deutlich gemacht, daß zur gelungenen Objekt Konstanz die Fähigkeit gehört, gute und böse Anteile in bezug auf sich selbst und andere zu integrieren.

Als neurotische Erkrankungen im engeren Sinne werden heute meist nur noch solche bezeichnet, bei denen es zu einer intrapsychischen Strukturbildung mit den Systemen Ich-Es-Überich gekommen ist: Diese Strukturbildung ist aber abhängig von der Fähigkeit zur Objekt Konstanz und der Fähigkeit zur Integration guter und böser Teilobjekte (Jacobsen 1973, Kernberg 1978, Mahler 1975). An dieser Stelle der Entwicklung – der Erlangung der Fähigkeit der Objekt Konstanz – vollzieht sich ein einschneidender Wechsel in bezug auf die gesamte Persönlichkeitsorganisation. Reife Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen rücken an die Stelle der bisherigen primitiven. Die Ich-Organisation bewegt sich auf dem Niveau neurotischer Persönlichkeitsorganisation. Eine stabile Ich-Selbst-Struktur ist vorherrschend, bei der es nur umschriebene konfliktbedingte Ich-Funktionsstörungen gibt (vgl. auch de Boor 1980, Moersch 1980).

Mit Blick auf die Erklärungen zur Zwangssymptomatik nach Freud und Schultz-Hencke heißt es, daß die dort geschilderte Trieb- bzw. Antriebsproblematik sich auf dem Niveau intersystemischer Konflikte zwischen Ich, Es und Überich bewegt. Von einer solchen intersystemischen Konfliktsituation kann man aber nur ausgehen, wenn eine neurotische Persönlichkeitsorganisation vorliegt. Dieses Erklärungsmodell ist brauchbar z. B. für folgenden Patienten:

Der 16jährige Wolfgang kam zur stationären Psychotherapie, weil er bis zu 8 Stunden am Tag mit Wasch- und Reinigungszwängen verbringen mußte. Mit der Explosion seiner Dampfmaschine gerieten die intrapsychischen Bedingungen des damals 12jährigen Pubertierenden aus dem Gleichgewicht. War er anfangs noch bemüht in einem feierlichen Ritual sich frisch zu waschen, sauber, in frischen weißen Bettlaken eingebettet seinem besonderen Interesse der römischen Literatur zuzuwenden, so gelang ihm dies in der Folgezeit immer seltener. Gleichzeitig spannte er seine Mutter immer mehr in seine Reinlichkeitsforderungen ein.

Wolfgang verfügt über gute und konstante Beziehungen zu seiner Umwelt. Er ist bemüht, stets zuvorkommend sich den Erwartungen und Forderungen, die an ihn herangetragen werden, zu unterwerfen. In dem unbeholfenen erwachsenhaften Bemühen wie ein Charmeur aufzutreten, zeigt und verbirgt er zugleich seine tiefe Unsicherheit im Umgang mit sexuellen Triebimpulsen. Seine Zwangssymptomatik ist deutlich als Kompromißbildung zwischen den in der Pubertät besonders andrängenden sexuellen und analen Triebimpulsen, der mangelhaften Entwicklung des aggressiv-geltungstrebigen Antriebsbereiches und einem strengen Überich zu verstehen.

Die Kriterien für Zwangserkrankungen auf dem Niveau neurotischer Persönlichkeitsorganisation sind somit: ein integriertes Selbstkonzept, Objekt Konstanz, reife

Abwehrmechanismen wie Isolieren, Ungeschehenmachen, Reaktionsbildung, umgrenzte, konfliktbedingte Ich-Funktionsstörungen. Anale Triebkonflikte sind ins Es abgedrängt und kommen in Form von Kompromißbildungen mit dem Ich und Überich zum Ausdruck.

Ich komme nun zu anderen Modellen die zur Erklärung der Zwangshandlung des erstgenannten Patienten Hans geeigneter sind:

Die Angst bzw. Gefahr von Selbst-Objekt-Verlust. Die Zwangshandlungen, das Überprüfen des Reißverschlusses, dient dazu einem Objektverlust entgegenzusteuern. In der Zwangshandlung wird der Versuch unternommen, eine Beziehung zur Umwelt bzw. zu sich selbst aufrecht zu erhalten. Unerträgliche depressive Affekte, Leeregefühle werden per In-Aktion-Bleiben abgewehrt. Da eine ausreichende Spannungs- und Depressionstoleranz fehlt, handelt es sich hier um ichbedrohende Affekte. Die Zwangshandlung hat Ventilfunktion und antidepressive Funktion zugleich (vgl. Quint 1987).

Es ist für den Kliniker keine Frage, daß es sogen. Zwangsneurosen auch vor Erreichen von Objekt Konstanz gibt. So kann man bei kindlichen Zwangsneurosen vermuten, daß die Problematik der Loslösung und Individuation häufig anzutreffen ist und daß hier der Zwang vornehmlich dem Schutz oder der Abwehr von Selbst- bzw. Objektverlust dient. Die mangelnde Objekt Konstanz bei gestörter Übungs- und Wiederannäherungsphase, die Aufrechterhaltung von guten und bösen Teilobjekten hat folgende Auswirkungen: Entsteht eine innere Verlassenheitssituation infolge des Verlustes guter Selbst-Objekt-Bilder (z. B. drohende Trennung bei mangelnder Objekt Konstanz), so treten Gefühle auf von Leere, Nichtigkeit, Rastlosigkeit, Langeweile, Verlust der Fähigkeit Alleinsein auszuhalten. Der Zwang ermöglicht die Bindung an das gute Objekt – an das belebte Objekt, z. B. die Mutter, oder auch unlebte Objekte und schützt vor Überschwemmung durch böse Teilobjekte. Besonders deutlich finden sich solche Bedingungen bei Zwangserkrankungen auf dem Niveau einer narzißtischen Persönlichkeitsorganisation. Als Beispiel dazu möchte ich Christians Problematik anführen:

Christian leidet seit dem 12. Lebensjahr unter einer Zwangssymptomatik. Nachdem sein Zimmer renoviert und neu möbliert war, fing er an seine Sachen, seine Kleidung, insbesondere seine Unterwäsche ordnen zu müssen. Dieser Sortierzwang beschäftigt Christian mehrere Stunden am Tag. Wenn er seine Unterwäsche ordnet, muß er vor dem Wandspiegel stehen und es schaffen, daß der untere Rand des Unterhemdes sich im genauen Abstand zum Gummi der Hose befindet. Da er fürchten muß, daß die Kleidung verrutschen könnte, bewegt er sich vorsichtig und bückt sich nicht. Zwar ist er durch seine Symptomatik den ganzen Tag über absorbiert, kann jedoch noch in die Schule gehen und nach außen hin unauffällig erscheinen. An Wochenenden unternimmt er weite Reisen mit der Bahn. Auf der Toilette im Zug ist er unablässig mit seinem Sortierzwang beschäftigt. Wenn er diesen Zwängen nicht nachgehen würde, würde er – so sagt er – in ein Loch fallen. Mit 16 Jahren kommt er in stationäre Psychotherapie, um seine Zwänge zu überwinden.

Die Zwangssymptomatik von Christian läßt zunächst daran denken, daß den Sortierzwängen unbewältigte Triebimpulse zu-

grunde liegen. Seine ständige Beschäftigung mit diesem Bereich – Unterhose und Unterhemd unverrückbar über seine Geschlechtsorgane zu sortieren – spricht für eine ähnliche Kompromißbildung wie bei Wolfgang. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich aber, daß ein tieferes gleichsam existentielleres Problem Christian zum Sortieren veranlaßt. Wichtige differentialdiagnostische Kriterien gewinnt man hier aus seinen Beziehungen zur Umwelt, zu Personen, also aus dem Niveau seiner Objektbeziehungen. Christian hatte gesagt, er fürchte in ein Loch zu fallen, wenn er nicht mit seinen Zwängen ständig beschäftigt wäre, ein Loch, das für ihn nicht zu ertragen wäre, das mit Leerempfinden, mit diffusen depressiven Gefühlen, einem Zustand von Selbst- und Objektverlust verbunden wäre. Indem er sortiert, erhält er einen – wenn auch brüchigen Bezug – zu sich selbst und zur Umwelt aufrecht.

Auffallend ist, wie Christian sich im Verhältnis zu seiner unmittelbaren Umwelt sieht. Er hält sich im Grunde für gesund. Nur seine Zwänge erlebt er als etwas Krankhaftes, das er am liebsten abschneiden würde. Er fürchtet, daß er unter den Kranken, den „Verrückten der Psychotherapiestation“ den Bezug zur Normalität, zur Außenwelt verliert. Wie schwerwiegend sein Bezug zur Umwelt gestört ist, kann er – der mit seinen Sortierzwängen im 3-Bett-Zimmer als der Auffälligste erscheint – nicht erkennen. Mit seiner Großspurigkeit und Verachtung gegenüber seiner Umwelt, die er als krank und unwichtig abwertet, bemüht er sich, ein im Grunde labiles inneres Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Er stabilisiert sich über ein aufgeblähtes Größenselbst, das als Verschmelzungsprodukt von Idealselbst-, Idealobjekt- und Realselbstrepräsentanzen anzusehen ist (Kernberg 1978) – ich bin im Grunde so großartig, wie ich sein will, sein soll und nehme reale Bedingungen nicht wahr. Dieses Größenselbst dient der Abwehr gegenüber unerträglichen realen Gegebenheiten im zwischenmenschlichen Beziehungsfeld und stellt eine innere Stabilität her. Primitive Abwehrvorgänge, wie Spaltung, Verleugnung von Realität, projektive Identifizierung, Allmachtsphantasien, primitive Idealisierung und Entwertung werden eingesetzt, um die Bedrohung durch archaisch-feindlich gesonnene, vernichtend erlebte Objekte zu überwinden. Seine Beziehungen sind flüchtig, gekennzeichnet durch die Spaltung in Entwertete, Verachtete, Böse (Mitpatienten, Erzieher) und Idealisierte, nur Gute (z. B. Therapeuten).

Welche Merkmale kennzeichnen die Symptomatik auf diesem Niveau? Im Vordergrund steht eine gestörte Ich-Selbst-Struktur mit mangelhaft integriertem Selbstkonzept, das Vorherrschen eines aufgeblähten Größenselbst mit entsprechend verkümmerten Objektbeziehungen bei mangelhafter Objekt Konstanz. Primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung und Projektion bei allerdings relativ gut entwickelter Impulskontrolle und relativ guter sozialer Anpassung kennzeichnen die Erkrankung auf dem Niveau narzißtischer Persönlichkeitsstörung. Die Zwangssymptomatik hat hier vorrangig spannungslösende und objektbindende Funktion.

Ich komme zurück auf die eingangs erwähnte Zwangshandlung von Hans. Die Angst bzw. Gefahr vor Selbstobjektverlust kann noch zu einem anderen Erscheinungsbild führen. Die Zwangshandlung – das minutenlange Kontrollieren des Reißverschlusses – dient dem Schutz, bzw. der Abwehr von Selbstbedrohung bei Gefahr von Selbst- bzw. Objektverlust. Dazu kommt es in Situationen, in denen der Patient einem vermeintlich bösen Objekt gegenübersteht und seine Selbstbestimmung zu ver-

lieren droht. Der Zwang hat hier im wesentlichen die Funktion von Angstbewältigung und soll omnipotente Kontrolle über die Situation sichern.

Es geht um die Zwangserkrankung auf dem Niveau einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Die Zwangssymptomatik schützt hier das bedrohte Selbst oder Selbst-Objekt vor vernichtenden bösen Selbstobjektanteilen. Das gelingt, indem archaisch vernichtende Impulse in der Zwangsbefürchtung abgespalten werden (es handelt sich dabei nicht um den Vorgang des Isolierens, sondern den frühen Abwehrmechanismus des Spaltens). Mit Hilfe der Zwangshandlung wird versucht, eine bedrohliche Situation sozusagen in den Griff zu kriegen. Sie dient der Abwehr von Panik und Selbstbedrohung. Die Zwangssymptomatik ist hier, wie bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, ein Selbstheilungsversuch, um den drohenden Selbst-Objekt-Verlust zu überwinden, ähnlich der Funktion einer Plombe (Morgenthaler 1978).

In der Behandlung von Hans lernte ich erst allmählich, wie sehr er sich von meinen vermeintlich vernichtenden, eindringenden Blicken bedroht fühlte. Dieser Blick veranlaßte ihn zu Zwangsgedanken, etwa mit einer Injektionsnadel in meine Schuhe zu piecksen oder mich an Armen und Beinen verstümmelt zu sehen, ohne daß ihn bei diesen Gedanken Schuldgefühle plagten oder daß er sich vorstellen konnte, damit etwas bei mir zu bewirken. Je mehr ich diese Bedrohung spürte, die Panik, die er per Spieß-Umkehren (projektive Identifikation) bei mir auslöste, um so mehr verstand ich, wie sehr er von einem feindlich-vernichtenden Selbstobjekt bedroht war. Hans erkrankte mit 14 Jahren an seiner Zwangskrankheit. Zuvor war er, wie er angibt, sehr ungesteuert und zum Teil bedrohlich aggressiv anderen gegenüber. Seine Wendung um 180 Grad, wie er es selbst nennt, zum zurückgezogenen Sonderling, ging mit einer vielfältigen Zwangssymptomatik einher.

Für diese Pathologie treffen ähnliche Merkmale zu, wie für die narzißtischen Persönlichkeitsstörungen; beide weichen aber in einigen Punkten auch deutlich voneinander ab: Mangelhaft entwickeltes Selbstkonzept bei mangelhafter Objekt Konstanz, primitive Abwehrmechanismen, die im Gegensatz zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung mit herabgeminderter Impulskontrolle und schlechterer sozialer Anpassung einhergehen. Die Zwangssymptomatik hat hier vorrangig die Funktion von ichbedrohender Angstbewältigung.

Im folgenden soll noch eine weitere Erklärungsmöglichkeit für die Zwangshandlungen aufgezeigt werden. Die Zwangshandlung kann ein Versuch sein, die Gefahr des Selbstzerfalls, der Fragmentierung, zu bewältigen. Infolge eines Defektes in der Selbst-Objekt-Differenzierung droht eine Auflösung der Ich-Grenzen. Das Überprüfen des Hosenreißverschlusses hat dann die Funktion, eine Grenzen zwischen sich und der Umwelt zu ziehen. Es handelt sich hier um ein Restitutionsgeschehen auf dem Hintergrund der Gefahr des psychotischen Ich-Zerfalls.

Bevor ich in meinem kasuistischen Beispiel auf diese Erklärung eingehe, möchte ich einen kurzen psychoanalytischen Exkurs über Entwicklungsbedingungen bei psychotischen Erkrankungen anstellen. Nach Kernberg und

*Mahler* wird das erste, undifferenzierte Primärstadium beendet durch die Konsolidierung einer undifferenzierten Selbst-Objekt-Vorstellung. Entsteht beim Kind ein mangelhaftes Selbstobjektbild, so bleibt es unfähig eine symbiotische Beziehung zur Mutter herzustellen. Es kommt nach *Mahler* zum Erscheinungsbild einer autistischen Psychose. Es wäre in diesem Zusammenhang interessant, auf Zwangsercheinungen bei autistisch Gestörten einzugehen, was an dieser Stelle nicht ausgeführt werden soll.

Die symbiotische Phase ist also gekennzeichnet von einer primären undifferenzierten Selbst-Objekt-Vorstellung und wird beendet durch die Etablierung einer guten Selbst-Objekt-Vorstellung einerseits und einer bösen Selbst-Objekt-Vorstellung andererseits. Frühe Ich-Kerne werden in dieser Zeit zu einem einheitlichen Kern des Selbst-Systems mit ersten integrativen Funktionen des frühen Ichs organisiert. Eine pathologische Fixierung oder Regression in dieser Phase hat eine mangelhafte Differenzierung von Ich-Grenzen zur Folge mit Neigung zu regressiver Wiederverschmelzung von Selbst-Objekt-Bildern, wie sie bei psychotischen Erkrankungen zu finden sind. Mit Hilfe des Abwehrvorgangs der Spaltung schützt sich der psychotisch Erkrankte vor etwas anderem als der narzisstisch Gestörte oder der Borderline-Patient, nämlich vor dem Verlust der Ich-Grenzen und der ständig drohenden Verschmelzung. Es handelt sich dabei um einen Spaltungsmechanismus, der zu einer generalisierten Fragmentierung des inneren Erlebens und der menschlichen Beziehungen führt (vgl. *Kernberg* 1978). So können z. B. zwei völlig widersprüchliche Selbst-Objekte nebeneinander existieren wie das z. B. der Fall ist, wenn eine junge Patientin wie selbstverständlich nebeneinander ein 18jähriges Mädchen und ein japanischer Flugzeugpilot sein kann.

Die Schutzfunktion bzw. selbstreparative Funktion des Zwangs zur Verhinderung des Ich-Zerfalls findet in der Literatur häufig Erwähnung (*Eggers* 1969, *Benedetti* 1977, *Quint* 1984). Die Dynamik von Zwangssymptomen bei einer präpsychotischen oder latent psychotischen Persönlichkeitsorganisation läßt von ihrem manifesten Erscheinungsbild zunächst nicht unbedingt auf eine zugrundeliegende Psychose schließen. Der Hinweis, daß es häufiger psychotische Verläufe bei Zwangssyndromen gibt (*Knölker* 1987), verweist aber auf das Vorliegen einer präpsychotischen Persönlichkeitsorganisation.

Der präpsychotisch strukturierte Patient schützt sich, indem er inkompatible, nicht integrierbare Selbst-Objekt-Anteile voneinander abspaltet. Zwangsbefürchtungen und Gedanken, die bis zur Intensität von überwertigen Ideen oder Wahnvorstellungen reichen können, werden von reiferen Persönlichkeitsanteilen abgetrennt. Zwangshandlungen wie z. B. Händewaschen, Türenschlagen dienen der aktiven Herstellung von Grenzen, der Unterstützung von Spaltungsvorgängen und zur Abwehr von regressiven Wiederverschmelzungen. *Quint* (1984) hat darauf hingewiesen, daß die in Zwangshandlungen vorliegende Bewegungperseveration auch als „Vorform einer integrativen, synthetischen, organisieren-

den, die Selbstexistenz garantierenden Funktion des Ichs“ angesehen werden kann. Mit einem Beispiel möchte ich diese Ausführungen veranschaulichen:

Antje leidet seit dem 15. Lebensjahr an einer Zwangssymptomatik. Im Vordergrund stehen bei ihr Zwangsbefürchtungen, denen sie mit Waschzwängen und Wiederholungszwängen entgegnet. Sie befürchteten z. B. in ihrem nächsten Leben ein Schwein zu sein, wenn sie Schweinefleisch ißt oder sich in ein anderes Tier zu verwandeln, das sich ihr gerade in Gedanken aufdrängt. Durch Türenschlagen, Überspringen von Schwellen und anderen Wiederholungszwängen oder Beschwörungsformeln kann sie diesen Ängsten entgegentreten. Zum Zeitpunkt der stationären Behandlung ist Antje 18 Jahre alt. Sie leidet unter ihren Ängsten und Zwängen. In ihrer defizitären Ich-Struktur haben die Zwänge aber eine wichtige reparative Funktion. Die Zwangshandlungen und Rituale, die sie gegen ihre Befürchtungen setzen kann, ein Tier zu werden, oder sich zu infizieren, verhindern, daß sie von diesen Wahnvorstellungen und von bedrohlichen Selbstobjekten überschwemmt wird. Mit deren Hilfe gewinnt das Realitätsprinzip jeweils wieder die Vorherrschaft. Indem sie eine Tür mehrere Male hintereinander gewaltsam zuschlägt, versucht sie gleichsam symbolisch eine von ihr selbst bestimmte Grenze zwischen sich und in sie eindringende, sie überwältigende Ideen zu ziehen. Innere und äußere bedrohliche Selbstobjekte bei mangelhaft entwickelten Ich-Grenzen drohen Antje zu vereinnahmen und zu überwältigen. Die Gefahr liegt im Verlust von Ich-Integrität und psychotischer Dekompensation. Zum Glück – kann man hier sagen – hat sie die Zwangshandlungen, die Ich-Leistungen sind, Versuche, Ich-Grenzen und Autonomie aufrecht zu erhalten und Selbstfragmentierung zu verhindern.

Antje ist ein äußerst mißtrauisches, in sich gekehrtes, nicht gerade ansprechendes Mädchen. Beim Versuch mit ihr über Behandlungsbedingungen stationärer Psychotherapie zu sprechen, wurde mir die o.g. Problematik besonders deutlich. Ich stelle die Frage, ob ihre Traumwelt, in der sie als japanischer Junge in einer akzeptableren Identität lebt, nicht auch in Verbindung steht mit ihrer Zwangssymptomatik. Sie erlebt diese Frage als Einbruch in ihre Selbstbestimmung – in ihre Traumwelt; der japanische Junge, ein sorgsam gehütetes und abgegrenztes gutes Selbstobjekt, droht damit von der anderen Welt, die ich in diesem Moment repräsentiere, überwältigt zu werden. Der primitive Abwehrvorgang der Spaltung, der im aktiven Auseinanderhalten von qualitativ unvereinbaren, konträren Affekt-, Selbst- und Objektzuständen zum Ausdruck kommt und der ein Stabilisierungsversuch darstellt, ist infrage gestellt. Antje kann in dieser Situation nicht auf Zwänge zurückgreifen, sie dekompensiert vorübergehend mit der manifesten Wahnvorstellung von Therapeuten-Verrätern umgeben zu sein. Sie kann sich rasch wieder stabilisieren, indem ich an ihre Selbstbestimmung appelliere und ihr sage, was in der Therapie geschehe, würde letztendlich durch sie selbst bestimmt.

In der folgenden Übersicht (Abb. 2) sind die spezifischen Merkmale verschiedener Persönlichkeitsorganisationen bei Zwangssyndromen noch einmal zusammengefaßt dargestellt.

Ich habe mich in Anlehnung an *Kernberg* auf 4 Ich-Organisationen bei Zwangssyndromen beschränkt und aus Gründen der Anschaulichkeit darauf verzichtet auf sog. Mischformen einzugehen. Hervorzuheben ist, daß diese Differenzierung keine Aussagen über den Schweregrad der Zwangssymptomatik macht, vielmehr die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung beleuchtet. So kann die

Die Zwangssymptomatik				
Konflikt	Triebkonflikt	Angst bzw. Gefahr vor Selbst-/Objektverlust		Gefahr des Selbstzerfalls / Fragmentierung
		vorwiegend Objektverlust	vorwiegend Selbstverlust	
Struktur	Konflikt zwischen den Instanzen Ich-Es-Überich	gestörte Ich-Selbst-Struktur		Ich-Kerne
Objektbeziehung	Objekt Konstanz reife Objektbeziehungen Schuldgefühle	gute und böse Teilobjekte mit Neigung zu flüchtigen Beziehungen	gute und böse Teilobjekte mit Neigung zu extremen Beziehungen	undifferenzierte Selbst-Objekte
Abwehr-Organisation	reife Abwehrmechanismen wie Isolieren, Verschieben, Reaktionsbildung, Verdrängung	primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung in Gut und Böse, abgespaltene Ich-Zustände, Idealisieren, Entwerten, projektive Identifikation		generalisierte Fragmentierung des inneren Erlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen Realitätsverkennung
Ich-strukturelle Bedingungen	Konfliktbedingte Ich-Funktionsstörungen	Stabilisierung über Größenselbst, dadurch bessere Impulskontrolle, Sublimierung und Angsttoleranz	unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche wie mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle, mangelhaft entwickelte Sublimierungen	mangelhafte synthetisch-integrative Funktionen, mangelhafte Ich-Grenzen
Persönlichkeitsorganisation	neurotische Persönlichkeitsorganisation	narzißtische Persönlichkeitsorganisation	Borderline-Persönlichkeitsorganisation	präpsychotische Persönlichkeitsorganisation

Abb. 2: Psychoanalytische Verstehensmodelle bei Zwangssyndromen

neurotische Form mit einer ebenso massiven, alle Bereiche betreffenden Zwangssymptomatik einhergehen wie die präpsychotische Form.

Zur Bedeutung der Triebe bei nicht-neurotischen Organisationsformen sei hier nur kurz erwähnt, daß man gerade auch bei diesen Störungen mit gravierenden Triebkonflikten rechnen muß. Bei genauerer Betrachtung läßt sich feststellen, daß diese Triebkonflikte weniger umschrieben sind und einen z. T. abgespaltenen, eher primärprozeßhaften oder strategischen Charakter haben. Rohde-Dachser spricht bei narzißtischen und Borderline-Störungen von einem strategischen Ödipuskomplex, der „primär eine Abwehrstrategie gegen Konflikte sowohl ödipaler, als auch präödipaler Genese darstellt und dabei viel eher im Dienst der Erhaltung dyadischer Strukturen steht“ (Rohde-Dachser 1987, S. 796).

In den letzten 4 1/2 Jahren wurden in der Abteilung für Kinder- und Jugendliche des psychotherapeutischen Landeskrankenhauses in Tiefenbrunn 30 Patienten mit Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt. Die hier vorgeschlagene Klassifikation ist Teil einer umfassenden Studie, in der verschiedene Theorienansätze anhand von klinischem Material genauer dargelegt und überprüft werden sollen. Unter den 30 Patienten mit Zwangserkrankungen kenne ich nur einen Jungen,

bei dem sich die Erkrankung in der Latenzphase manifestiert hat.

Seinen multiplen Zwangshandlungen und -befürchtungen lag eine Störung auf einem narzißtischen Persönlichkeitsorganisationsniveau zugrunde. Die Symptomatik wurde verursacht durch massive Ängste vor Selbst- bzw. Objektverlust, für die seine bisherige Lebensgeschichte hinreichende Gründe lieferte. Bei allen übrigen Fällen liegt das Erkrankungsalter zwischen 12 und 16 Jahren. Daß davon 11 Jugendliche eine präpsychotische Ich-Organisation aufwiesen, 11 Jugendliche eine narzißtische oder Borderline-Organisation (9:3) und 7 Jugendliche eine neurotische Persönlichkeitsorganisation, gibt lediglich einen Hinweis für den Schweregrad der in der Klinik behandelten Zwangssyndrome. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Bedingungen der Adoleszenz mit Zunahme des Triebdrucks, der notwendigen Loslösung von den Eltern und dem damit einhergehenden Besetzungsabzug von den elterlichen Objektpräsenzen zu einer massiven Schwächung der Strukturen des Ichs und des Überichs führen. Entsprechend der prämorbidem Persönlichkeitsorganisation entscheidet sich hier, ob eine Störung vorwiegend triebkonfliktbedingt ist oder in der Ich-Selbst-Pathologie zu suchen ist (Blos 1973). Auch dies soll noch genauer überprüft werden.

Die dargestellten differentialdiagnostischen Unterscheidungen sind vor allem deshalb wichtig, weil sie das therapeutische Vorgehen bestimmen. Auf der Grundlage von unterschiedlichen Verstehensmodellen habe ich zugleich unterschiedliche diagnostische Wahrnehmungseinstellungen geschildert (Fürstenau 1977), auf die ich an dieser Stelle nur kurz eingehen möchte (Streeck-Fischer). Die erste Wahrnehmungseinstellung war diejenige, die von der Symptomatik und den Charakterwiderständen eines Patienten auf unbewusste Zusammenhänge zurückschließt, die dem manifesten Verhalten zugrunde liegen. Die zweite Wahrnehmungseinstellung war auf die Ich-Struktur des Patienten ausgerichtet, die sich in der aktuellen Arzt-Patient-Interaktion niederschlägt und sich auf die Verlaufsstruktur dieser Interaktion auswirkt. Das bedeutet, je nachdem auf welcher Ebene ich den Patienten verstehe, handle ich therapeutisch anders. Bewege ich mich auf der ersten Wahrnehmungsebene, so ist mein therapeutisches Vorgehen mehr deutend-aufdeckend, entsprechend der klassischen analytischen Einstellung. Dies ist sinnvoll bei neurotischen Störungen. Bewege ich mich auf der zweiten Ebene, so ist mein Vorgehen mehr sorgend-bewahrend. Ein solches Vorgehen ist bei narzißtischen und Borderline-Störungen indiziert. Bei präpsychotischen Störungen richte ich mich danach aus, entlang gesunder Ich-Inseln reifere Persönlichkeitsanteile auszubauen.

#### Summary

##### *Compulsion and Personality Organization in Childhood and Youth*

Drawing on compulsive syndromes that have been defined as neurotic disturbances, the author shows that a more exact categorization of such behavior can lead to a deeper understanding of the illness involved and thus to a better therapeutic approach. To this end, different psychoanalytical approaches have been drawn upon and integrated into this presentation. Case studies are used to illustrate the various kinds of personality organization that underlie different compulsive syndromes.

#### Literatur

- Benedetti, G. (1978): Psychodynamik der Zwangsneurose. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft. – Blanck, G. / Blanck, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Blos, P. (1973): Adoleszenz. Stuttgart: Klett. – Boor, D. de Moersch, E. (1980): Emmy von N. – eine Hysterie – Versuch einer Re-Evaluierung. Psyche 34, 265. – Dührssen, A. (1954): Die Problematik der Zwangsneurose an Hand von Kinderfällen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 3, 1. – Eagle, M. (1988): Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. München: Internat. Psychoanalyse. – Eggers, C. (1969): Zwang und jugendliche Psychosen – Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 18, 202. – Freud, A. (1966): Obsessional Neurosis: A Summary of Psychoanalytic Views as presented at the Congress. Int. J. Psycho-Anal. 47, 116. – Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ichgestörten Patienten. Psyche 31, 197. – Jacobson, E. (1973): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt: Suhrkamp. – Jacobson, E. (1977): Depression. Frankfurt: Suhrkamp. – Kernberg, O. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp. – Knölker, U. (1987): Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Kohut, H. (1973): Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp. – Lang, H. (1981): Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Zwang und Schizophrenie. Nervenarzt 52, 643. – Mahler, M. (1975): Symbiose und Individuation. Psyche 29, 609. – Morgenthaler, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Syndikat. – Quint, H. (1971): Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Quint, H. (1984): Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. Psyche 28, 717. – Quint, H. (1987): Die kontradepressive Funktion des Zwangs. Forum Psychoanal. 3, 1. – Remschmidt, H. / Schmidt, M. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatr. Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Stuttgart: Huber. – Rohde-Dachser, C. (1987): Die ödipale Konstellation bei narzißtischen und Borderline-Störungen. Psyche 41, 773. – Sandler, J. / Joffe, W. G. (1965): Notes of Obsessional Manifestations in Children. Psychoanal. Study Child 20, 425. – Schwidder, W. (1975): Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Streeck-Fischer, A.: Zur Behandlung eines Patienten mit chronifizierter Zwangsneurose. (Unveröffentlichte Arbeit). – Strunk, P. (1987): Zwangssyndrom. In: Remschmidt, H. Schmidt, M. H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. II. Stuttgart: Thieme.

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