

# DIE ZWANGSSTÖRUNG - EINE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE

*H. RATH, P.L. JANSSEN, M. TETZLAFF*

## Zusammenfassung

Gründe für das nachlassende psychoanalytische Interesse an der Behandlung von Zwangsstörungen werden dargestellt. Es wird dargelegt, unter welchen Bedingungen die Therapie erfolgreich verlaufen kann (Psychodynamik, Behandlungstechnik, stationäre Psychotherapie). Die Zwangsstörung wird dabei vorwiegend im Bezugsrahmen gestörter Objektbeziehungen als ein Abwehrmodus „früher“ Ängste verstanden. An mehreren Fallbeispielen wird der Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung, dem Setting und Deutungen aufgezeigt. Erste katamnestiche Daten werden mitgeteilt.

**Schlüsselwörter** Psychodynamik - Objektbeziehungen - „frühe“ Ängste - Übertragung, Gegenübertragung, - Setting-Deutungen - stationäre Therapie

## Summary

Reasons for the decreasing interest of psychoanalysts in the treatment of obsessive-compulsive disorders are given. The conditions for a successful therapy are described (psychodynamic background, technique, inpatient psychoanalytic therapy). The obsessive disorder is perceived as a defense against „early“ anxieties within the framework of disturbed object relations. Several clinical examples demonstrate the use of transference/countertransference, the setting and interpretations. First follow-up results are given.

**Keywords** Psychodynamics - objectrelations - „early“ anxieties - transference/countertransference - setting - interpretations - inpatient therapy

## 1. Der Fall A

Zur stationären Aufnahme wird uns ein jovial und freundlich auftretender Mann mittleren Alters geschickt, dem man so gar nicht ansieht, daß er unter einer Krankheit leidet. Beim ersten Kontakt glaubt man nicht, einen Patienten vor sich zu haben, der an einer schweren Krankheit leidet, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen könnte. Er gibt dann auch an, es sei ihm gelungen, über Jahrzehnte seine Beschwerden vor allen Menschen, auch vor seiner Freundin, zu verbergen. In letzter Zeit jedoch habe er nicht mehr die Kraft gehabt, die Symptome weiterhin geheimzuhalten. Er arbeite als Automechaniker und müsse oft stundenlang kontrollieren, ob er beispielsweise die Reifen richtig angebracht oder so nachlässig gearbeitet habe, daß die reparierten Fahrzeuge mit den Insassen verunglücken könnten. Dies sei nur ein Beispiel für seine Ängste, er könne durch sein Tun anderen Menschen schaden und sie umbringen. Die Ängste seien im Laufe der Zeit immer stärker geworden, so daß die kontrollierenden Zwangshandlungen inzwischen einen so großen Raum in seinem Leben inzwischen eingenommen hätten, daß er seiner Arbeit nicht mehr habe nachgehen können. Auslösend für die Beschwerden sei die Trennung vom Elternhaus, speziell von der Mutter gewesen, als er zur Bundeswehr eingezogen wurde. Er bezeichnet sich als „Mamasöhnchen“. Er habe immer besondere Zuwendung der Mutter erfahren im Sinne einer Wiedergutmachung, da die Mutter aus körperlichen Gründen auf Anraten der Ärzte eigentlich kein Kind

hätte bekommen dürfen. Die Mütter sehe sehr viel jünger aus, als es ihrem wahren Alter entspräche. Anlässlich eines Urlaubs sei die Mutter und er als ein Paar angesprochen worden, und niemand sei auf die Idee gekommen, daß er der Sohn sein könnte. Das habe ihn mit Stolz erfüllt. Die Mutter sei durch ihre Ehe unausgelastet und leide darunter, im Leben etwas verpaßt zu haben. Der Vater sei nämlich sehr passiv. Er züchte Brieftauben und fühle sich zu Hause am wohlsten.

Er lebe mit einer Freundin zusammen, die er auch seit vielen Jahren kenne. Es bestehe zwischen ihnen eine totale Harmonie, sie hätten sich noch nie gestritten. Sexualität sei für beide nicht wichtig, er sei sexuell ein „Spätzünder“. Sie sei seine erste Freundin. Sie könne ganz auf Sex verzichten. Ihn störe das nicht weiter. Für die Freundin sei er das Wichtigste im Leben. Sie seien noch nicht verheiratet. Er fürchte finanzielle Einbußen, wenn es einmal zur Scheidung kommen sollte. Selbstkritisch bemerkt er, hier sei er wohl zu „materiell“.

In der ersten Phase der Behandlung verhält er sich auf der Station extrem angepaßt und ist von allen wohlgehten. Es scheint für ihn außerhalb seiner Zwangssymptomatik keine Konflikte zu geben. Trotz seiner nach außen zur Schau getragenen kooperativen Einstellung wird aber deutlich, daß er daneben sehr ambivalent in seinen Therapieerwartungen ist. Er glaubt eigentlich nicht, seine Zwänge hier aufgrund bloßen „Redens“ zu verlieren. Er hat Angst vor der Leere, die

entstehen könnte, wenn er die Beschwerden nicht mehr hat. Er kann sich auch nicht vorstellen, daß die Symptome etwas mit seinen Gefühlen und seinen Beziehungen zu anderen Menschen zu tun haben könnten. In der Bewegungstherapie arbeitet er auf bewußter Ebene mit, kontrolliert sich aber in seinen Bewegungen so stark, daß sich anfangs „nichts tut“. In einer Gruppenarbeit in der Gestaltungstherapie, bei der die Patienten auf einem großen Blatt eigenen Raum zur Verfügung hatten, malte er ganz in eine Ecke gedrängt ein Haus und einen Baum. Er war dann erschrocken, als die anderen frei malten und sich sein Werk deutlich von denen der anderen unterschied. In der Gruppe nahm er meist die Rolle des Therapeuten ein, ohne sich mit eigenen Schwierigkeiten einzubringen.

Im weiteren Verlauf kam es dann in dem „Schmelztiegel der psychotherapeutischen Gemeinschaft“ dazu, daß neben seinen kooperativen Verhaltensweisen zunehmend auch abgespaltene destruktive Tendenzen in Erscheinung traten. So machte er z. B. abfällige Äußerungen dem Gruppen- und Einzeltherapeuten gegenüber, als der wegen Krankheit fehlte. Am auffälligsten war, daß er oft Äußerungen preisgab, ohne die dazugehörigen starken Affekte auszudrücken, daß er sozusagen Verhaltensweisen von Affekten „isolierte“. Beispielsweise beschrieb er in der Gruppe, wie es ihn gestört habe, daß ein Mitpatient Speisen in der Küche nicht weggeräumt habe. Der Therapeut konnte ihm dann anhand dieses Beispiels aufzeigen, wie er den dazugehörigen Affekt isoliert und verschoben hatte auf Nebengleise, die nichts mehr direkt mit der ursprünglichen Interaktion zu tun zu haben schienen. So fürchtete er sich, in der Küche durch das Einschalten des Herdes einen Brand ausgelöst zu haben.

Anhand solcher konkreten Beispiele konnte zunehmend verstanden werden, warum er aus Ängsten vor Liebes- und Objektverlust seine destruktiven Impulse in das Gegenteil verkehrte, warum er immer so hilfsbereit und jovial auftrat und welche Bedeutung die Verschiebung der Affekte auf Nebensächliches hatte. In den nonverbalen Therapien und in der Übertragung der Einzelgespräche konnten seine frühen Ängste deutlicher hervortreten, nachdem die Abwehr ein Stück weit hatte aufgearbeitet werden können. In der Konzentrativen Bewegungstherapie spürte er körperliche Schmerzgefühle, als er wahrnahm, welche Haltung er beim Gehen gewöhnlich einnahm. Nachdem seine Kontrollbedürfnisse etwas nachließen, erlebte er sich in seinen Bewegungen diffuser und depressiver. In der Gestaltungstherapie malte er ein Baby „so rein wie eine weiße Windel“, jenseits von Gut und Böse. In einer Specksteinarbeit drückte er Kleinsein und Unterwürfigkeit aus. In den Einzelgesprächen erinnerte er sich an Berichte der Mutter, wonach er starke Neidreaktionen auf die Geschwister entwickelt habe, weil die von der Mutter mehr bekommen hätten. Die Mutter habe ihn nicht ausreichend stillen können, sei zwanghaft nach einem bestimmten Plan verfahren, habe ihn nur zu bestimmten Zeiten gefüttert. Wenn er zwischendurch Hunger hatte und schrie, so habe sie ihn schreien lassen. Er habe sehr bald das Schreien aufgegeben und sei von da an ein braves Kind gewesen. Anknüpfend an die schon im Erstinterview geäußerten Ängste, durch eine Heirat und spätere

Scheidung zu verarmen, können wir auch über seine tiefen paranoiden und homosexuellen Ängste in den Einzelgesprächen reden. Zeitlebens habe er Angst gehabt, nicht männlich genug zu erscheinen.

Die Bearbeitung dieser frühen Ängste bereitete dann den Boden für den dritten Abschnitt im therapeutischen Verlauf, in dem er sich deutlich mehr abgrenzte von seinen Mitpatienten. Es kam zu heftigen Konflikten, in denen es ihm auch möglich war, seinen destruktiven Impulsen Ausdruck zu verleihen. Er begann mit anderen Patienten um die Gunst des Gruppentherapeuten zu rivalisieren und wurde von anderen heftigst angegriffen. Dabei machte er erstmalig die Erfahrung, daß er diese Angriffe aushielt und gleichzeitig nicht alle Kontakte zu den Mitpatienten verlor. Die Entwicklung auf der Station machte es ihm dann möglich, erst dem Therapeuten im Einzelgespräch und dann auch in der Gruppe vor sich und anderen zuzugeben, daß er in den ganzen Jahren des Zusammenlebens mit seiner Freundin Trennungsgedanken gehabt hatte, die er aber nicht wahrhaben wollte. Diese Trennungsgedanken hatte er immer wieder „ungeschehen“ gemacht oder ins Gegenteil verkehrt durch besonders aufmerksames Verhalten ihr gegenüber. Jetzt traute er sich ihr gegenüber zum ersten Mal, seine Kritik zu äußern, hatte allerdings anfangs noch große Ängste, sie könne sich daraufhin etwas antun. Er machte dann die Erfahrung, daß sie trotz heftiger Reaktion keinen Suizidversuch unternahm, sie im Gegenteil seine Kritik viel gelassener und gefestigter aufnahm, als er das je erwartet hatte. Es wurde hier deutlich, daß er die Ängste in sie hineinprojiziert und durch projektive Identifikation eine sehr enge Beziehung zu ihr hergestellt hatte, die ihn vor jeder Trennungsgefahr und Individuation schützen sollte. Jetzt wurde auch verständlich, warum die Symptomatik nach der Trennung von der Mutter ausgebrochen war und warum er sich nie die Trennungsgedanken zu seiner Freundin hatte eingestehen können. Er selbst stellte die Verbindung her zwischen den Objekten von Mutter und Freundin. Die Zwangssymptomatik konnte er verstehen als eine Verschiebung der isolierten und abgespaltenen Trennungs- und Aggressionsproblematik mit der Freundin auf seine Arbeit im Beruf. Statt sich mit den Gefährdungen seiner Trennungsgedanken von der Freundin mit dem befürchteten tödlichen Ausgang zu beschäftigen, hatte er sich möglichen Gefährdungen bei seiner Arbeit zugewandt und mit zwanghaften Kontrollmechanismen versucht, diese Gefährdungen wieder ungeschehen zu machen.

Der Patient kann nach viermonatiger Behandlung relativ symptomfrei in arbeitsfähigem Zustand entlassen werden. Er hat sich von seiner Freundin getrennt, ist dabei, sich eine eigene Wohnung einzurichten, und hat sich auch von den Eltern zum ersten Mal in seinem Leben abgegrenzt. In einem katamnestischen Nachgespräch führt er seine Besserung darauf zurück, daß er in der Gruppe zum ersten Mal darüber habe reden können, was ihn emotional belaste. Das sei ihm in seinem Elternhaus und gegenüber seiner Freundin nie möglich gewesen. Zur Mutter habe er immer lieb und brav sein müssen, ohne seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse leben zu können. Eine Pubertät habe er nicht durchlebt. Hier auf der

Station habe er die Erfahrung gemacht, daß es möglich sei, Auseinandersetzungen zuzulassen, ohne daß gleich darauf alles kaputtgehe. Er habe die Erfahrung gemacht, daß er auch eine andere Position einnehmen könne und daß er es aushalte, sich bei anderen auch unbeliebt zu machen. Er habe die Abhängigkeit und vor allen Dingen die Versorgungswünsche von seiner Mutter auf die Freundin übertragen. Das habe zur Folge gehabt, daß er auch seine sexuellen Wünsche unterdrückt habe. Er habe deutlich den Zusammenhang gespürt zwischen seinem gewachsenen Vermögen, sich aggressiv auseinanderzusetzen, und dem Verschwinden der Zwangssymptome.

Abb. 1

## II. Können Zwänge psychoanalytisch behandelt werden

Auf einer internationalen psychoanalytischen Tagung nach der Behandlung von Zwängen befragt, winkt ein renommierter Kollege, ehemaliger Vorsitzender der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, achselzuckend ab: „Überlassen sie diese Behandlung den Verhaltenstherapeuten!“

Diese Aussage steht exemplarisch für die psychoanalytische Forschung der letzten Jahre. Obwohl nicht offiziell zugegeben, werden in der Praxis kaum noch Zwangsstörungen im engeren Sinne hochfrequent behandelt.

In dem 1997 herausgegebenen Sammelband von Stein und Stone "Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder" ist etwa die Hälfte des Buches neuropsychiatrischen Ansätzen, schulpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Untersuchungen gewidmet. Die psychodynamischen Ansätze werden fast ausschließlich von älteren Psychoanalytikern dargestellt (E. Jones, K. Abraham, A. Freud). Es finden sich allein drei (!) Artikel von Sigmund Freud.

Abb. 2

Im Vergleich der am Anfang und am Schluß gemalten Blumenvase (Abb. 1) zeigt sich die deutliche Veränderung des Patienten. Während die Darstellung am Anfang zwanghaft, rigide, irgendwie leer und gläsern wirkt, hat seine Darstellung am Schluß Farbe und Kraft, Vitalität und Lebendigkeit gewonnen (Abb. 2). Es ist deutlich sichtbar, wie durch den Prozeß der Therapie die abgespaltenen Affekte so weit integriert werden konnten, daß sie wieder seinem Ich zur Verfügung standen, was sich in dem letzten Bild ausdrückt.

In „Hemmung, Symptom und Angst“ schreibt er „Woher die besondere Undurchsichtigkeit der Symptombildung bei der Konversionshysterie rührt, können wir nicht erraten, aber sie gibt uns ein Motiv, das unfruchtbare Gebiet bald zu verlassen. Wir wenden uns zur Zwangsneurose in der Erwartung, hier mehr über die Symptombildung zu erfahren“ (S. 141) und etwas später heißt es „Die Zwangsneurose ist wohl das interessanteste und dankbarste Objekt der analytischen Untersuchung, aber noch immer als Problem unbezungen“ (s. Freud 1926). Aus der Untersuchung der Zwangsneurose gewann Freud grundlegende Einsichten in das Wesen neurotischer Erkrankungen. Aus dem Studium der Zwangsneurose gewann er wesentliche Erkenntnisse für die psychoanalytische Krankheitslehre überhaupt. Die entscheidenden Einsichten in das Unbewußte leitete er aus dem Studium der Zwangskrankheiten ab. Die Behandlung eines Zwangsneurotikers, des Wolfsmannes, ist die am längsten und am gründlichsten untersuchte Fallstudie von Freud. Die Behandlungsdauer von über vier Jahren war für die damaligen Verhältnisse eine Seltenheit.

Obholzer (1980) kommt in ihrer Nachuntersuchung zu dem Schluß, daß die Analyse dem Wolfsmann eher geschadet als genutzt habe. Handelte es sich diagnostisch bei dem Wolfsmann vielleicht gar nicht um eine Zwangsneurose, sondern um eine Psychose oder eine Borderline-Störung? Lassen sich Zwänge analytisch doch nicht behandeln?

Esman kommt in einem Übersichtsreferat 1989 zu dem Resultat, daß die Psychoanalyse keine wirkungsvolle Intervention bei der Therapie von Zwangsstörungen darstellt. Während die direkten Schüler von Freud sich weiter intensiv mit diesem Krankheitsbild theoretisch und praktisch befaßten, nahm das Interesse an der Zwangsneurose in den folgenden Jahren stetig ab mit Ausnahme von Melanie Klein, die ebenso wie Freud wesentliche Grundpfeiler ihres neu konzeptualisierten analytischen Systems aus dem Studium dieser Krankheit ableitete.

In der Analyse des Kindes „Erna“ (Frank und Weiß 1996) führte sie weiter, was Freud in der Geschichte einer infantilen Neurose begonnen hatte (Freud 1917). Auf dem Würzburger Kongreß 1925, auf dem Melanie Klein erstmals den Fall Erna vorstellte, pries Abraham nach ihrer Präsentation den Vortrag als einen Meilenstein in der Fortentwicklung der Psychoanalyse, weil er bestätigt sah, daß die weitere Entwicklung in der Kinderanalyse liege, wie Melanie Klein eindrucksvoll dargestellt hatte. Die Behandlung mußte aus äußeren Gründen beendet werden. Jedoch war das Kind nach der Behandlung praktisch symptomfrei. Es gibt Belege dafür, daß es auch im Erwachsenenalter nicht zu erneuten Rückfällen bei dieser Patientin kam. Wie ist es zu erklären, daß die Analytiker weiterhin im System Freuds arbeiten, gerade aber die Krankheitszustände auslassen, aus denen heraus von Freud die Psychoanalyse aufgebaut wurde?

Einer der Gründe dafür könnte in dem Problem der Gegenübertragung liegen. Gegenübertragung soll hier im Sinne der projektiven Identifikation verstanden werden, wie dies von

Feldmann (1992) und von Sandler (1976) dargestellt wurde. Der Patient entledigt sich unerwünschter Selbstanteile und bringt den Analytiker unbewußt dazu, daß dieser diese projizierten Anteile stellvertretend für den Patienten zum Ausdruck bringt und in der Beziehung zum Patienten agiert. Es könnte sein, daß die Analytiker in ihrer Gesamtheit in die Gefahr gekommen sind, im Sinne dieses „Enactments“ die Abwehr der Zwangspatienten mitzumachen.

Vor allen Dingen ist dabei an die Vernebelungsstrategien der Patienten zu denken. Als ein wesentlicher Abwehrmechanismus des Zwangspatienten gilt, daß er den Affekt abspaltert, verschiebt und projiziert. Bei näherem Hinsehen jedoch wird der Sachverhalt noch komplizierter: „Allein es ist kein Zweifel, daß die Zwangsvorstellung vorher den Prozeß der Verdrängung durchgemacht hat. In den meisten Fällen ist der eigentliche Wortlaut der aggressiven Triebregung dem Ich überhaupt nicht bekannt. Es gehört ein gutes Stück analytischer Arbeit dazu, um ihn bewußt zu machen. Was zum Bewußtsein durchdringt, ist in der Regel nur ein entstellter Ersatz entweder von einer verschwommenen, traumhaften Unbestimmtheit oder unkenntlich gemacht durch eine absurde Verkleidung“ (Freud 1926, S. 146). Freud beschreibt damit die erfolgreiche Tendenz des Zwangspatienten, auch die Zwangsvorstellungen so zu entstellen, daß sie dem Patienten und Therapeuten auf den ersten Blick als unsinnig und verrückt erscheinen.

Hinzu kommt, daß sich in den Anfangsstadien der Krankheit, häufig über Jahre hin, der Zwangskranke dieser „verrückten“ Gedanken schämt und diese vor seiner Umwelt zu verstecken weiß. Unter großem Kraftaufwand kann es ihm gelingen, trotz der schweren Erkrankung weiterhin seiner Arbeit nachzugehen und nach außen hin das Leben eines Normalbürgers zu führen. Selbst vor seinen nächsten Angehörigen kann er die Zwangsbeschwerden geheimhalten (siehe Fall A). Bei keiner anderen Krankheit erscheint die Dunkelziffer so hoch wie bei den Zwangsstörungen. Es muß von einer weit größeren Verbreitung ausgegangen werden, als sich dies in offiziellen Statistiken niederschlägt. Im Gegensatz zu anderen neurotischen Störungen sind die entsprechenden Zwangsvorstellungen vom Rest des Erlebens häufig so isoliert, daß die hinter ihnen stehenden Phantasien nicht mehr eruierbar zu sein scheinen. Ein weiteres großes Problem liegt darin, daß sich die Störung der Zwangspatienten sich schon im Vorfeld der Therapie im Arbeitsbündnis niederschlägt. Der Patient ist von vornherein skeptisch, kommt mit einer hohen Ambivalenz der Analyse gegenüber in die Therapie. Aufgrund der Eigenart der Zwangsstörung ist er nicht in der Lage, in gleicher Weise die „Grundregel“ zu befolgen, wie andere Patienten das vergleichsweise leichter tun können. Wenn wir den zentralen Stellenwert der Destruktivität und die Abwehr psychotischer Anteile in der Psychodynamik hinzufügen, wird verständlicher, wie alle diese Faktoren Analytiker davon abhalten können, Zwangskranke zu analysieren.

### III. Die Psychodynamik der Zwangsstörung

Wie im obigen Beispiel von Fall A gezeigt, lassen sich die Zwangsphänomene als Abwehr einer Angst verstehen, die aus Konflikten zu nahen Beziehungspersonen resultiert, welche ihrerseits wieder auf ungelöste Beziehungsschwierigkeiten zu den Eltern hinweisen. Im psychoanalytischen Verständnis ist die Zwangserkrankung nicht ein unsinniges, fehlgeleitetes psychisches Geschehen, sondern drückt ein nicht gelöstes, unbewußtes, aktuelles Beziehungsproblem aus, das auf die gestörten Beziehungen zu den Eltern verweist. Freud konnte in der Analyse des "Rattenmannes" zeigen, wie hinter der "verrückten" Zwangsidee, Ratten könnten sich in den Anus von Vater und der von ihm verehrten "Dame" bohren, unbewußte konfliktuöse Handlungen gegenüber den Eltern, verbunden mit sadistischen Phantasien der Störung des elterlichen Geschlechtsverkehrs, stehen. Die vom Rattenmann internalisierten ödipalen Konflikte sind so stark, daß an bestimmten Punkten seine sonst so kritische und realistische Wahrnehmungsfähigkeit psychotischem Denken Platz macht (Freud 1909).

Die von Freud beschriebenen Abwehrmechanismen der Zwangsneurose haben bis heute nichts an Gültigkeit und Aktualität verloren. Im Vordergrund stehen dabei die Mechanismen des Ungeschehenmachens und des Isolierens. „In der Zwangsneurose begegnet man dem Ungeschehenmachen zuerst bei den zweiseitigen Symptomen, wo der zweite Akt den ersten aufhebt, so, als ob nichts geschehen wäre, wo in Wirklichkeit beides geschehen ist. Das zwangsneurotische Zeremoniell hat in der Absicht des Ungeschehenmachens seine zweite Wurzel. Die erste ist die Verhütung, die Vorsicht, damit etwas Bestimmtes nicht geschehe, sich nicht wiederhole. Der Unterschied ist leicht zu fassen. Die Vorsichtsmaßregeln sind rationell, die „Aufhebungen“ durch Ungeschehenmachen irrationell, magischer Natur. Bei der Hysterie ist es möglich, einen traumatischen Eindruck der Amnesie verfallen zu lassen. Bei der Zwangsneurose ist dies oft nicht gelungen. Das Erlebnis ist nicht vergessen, aber es ist von seinem Affekt entblößt, von seinen assoziativen Beziehungen unterbrochen, so daß es wie isoliert dasteht“ (Freud 1926, S. 149).

Freuds Vorstellung von der Zentralität des Ödipuskonfliktes und der damit verknüpften Kastrationsangst mit der folgenden Regression auf die anale Stufe wurde wissenschaftlich von M. Klein weitergeführt und zu einem Konzept entwickelt, das unseres Erachtens nach den klinischen Behandlungen schwerster Zwangsstörungen gerecht wird. Dies ist vor allen Dingen wohl auch darauf zurückzuführen, daß M. Kleins Ausgangspunkt die Analyse von Kindern war und sie damit mehr noch als Freud direkteren Zugang zu den der Zwangsneurose zugrundeliegenden frühen Ängsten bekam. Klein leitete eine Entwicklung ein, die sich heute auch im Sprachgebrauch niederschlägt. Der Begriff der „Zwangsneurose“ ist mittlerweile ersetzt durch „Obsessive-Compulsive Disorder“ (OCD) bzw. im deutschen Sprachgebrauch durch die Diagnose „Zwangsstörung oder Zwangskrankheit“. Die Zwangsstörung wird als eine Störung für sich, abgegrenzt von den Neurosen, gesehen. Hierin drückt sich unseres Erachtens nach zu Recht die Weiterführung des Verständnisses in Rich-

tung "früher Störung" aus (vgl. Quint 1984). Andererseits ist damit aber eine Abwendung von psychodynamischem Denken impliziert, das schwerwiegende Folgen für die Behandlung dieser Störung hat. Es muß nicht weiter herausgestellt werden, welche Rolle die Analtät in der Ausprägung und Entstehung der Zwangsstörung hat. Nicht genügend ins Blickfeld gerückt wurde dabei aber die zugrundeliegende orale Störung, wie sie besonders von Melanie Klein (1973, siehe auch Fall A.) in der Analyse von zwangsneurotischen Kindern gefunden wurde.

Wir stießen in der ambulanten wie auch stationären Behandlung von Zwangsstörungen regelmäßig auf frühe paranoide Ängste, die regelmäßig mit frühen traumatischen Verlustsituationen zu tun hatten und die in der Übertragung-Gegenübertragung die analen Mechanismen in den Hintergrund drängten. Melanie Klein findet Anhaltspunkte dafür, daß schon bei der Wolfsphobie des Wolfsmannes die Abwehr der aggressiven Triebreuegung eine entscheidende Rolle spielte. Die Phantasien über die Urszene bekommen pathologisches Gewicht durch die damit verknüpften sadistischen Phantasien. Für M. Klein sind die Zwangsmechanismen Mittel, mit frühen Angstsituationen fertig zu werden. „Je schwerer die in der Entwicklung vorausgehende paranoide Störung war, desto schwerer wird die zwangsneurotische Erkrankung sein. Reichen die zu ihrer Überwindung entwickelten zwangsneurotischen Mechanismen nicht aus, dann treten häufig die der Zwangsneurose zugrundeliegenden paranoiden Züge deutlich hervor, oder eine Paranoia bricht aus“ (Klein 1973, S. 207). Brunswick (1972) diagnostizierte bei dem Wolfsmann eine Paranoia.

Nach diesem Verständnis ist die Zwangsstörung zumindest in schweren Fällen als Abwehr psychotischer Prozesse zu verstehen. In dem dargestellten Fall A war auslösendes Moment für den Ausbruch der Zwangsneurose die Trennung von der Mutter. Dies entspricht den Befunden aus der Untersuchung von Kindern, daß die grundlegende Störung ansetzt in traumatischen Verlesterleben der Mutter, in denen die Trennung zu nicht zu bewältigenden Wut- und Destruktionsimpulsen führt. Diese nicht bewältigte „Entwöhnung“ wiederholt sich in der geforderten Trennung in der analen und in der ödipalen Phase, hier durch die Tatsache des Ausgeschlossenenseins von der elterlichen Paarbeziehung. Die Pathologie entsteht um die mit dem Loslassen und der Trennung verbundenen frühen Ängste, Schuld- und Neidgefühle, ausgehend von der oralen Phase. Bion (1959) konnte zeigen, wie gestörte Denkprozesse zurückzuführen sind auf unbewußte Phantasien, die zwischen den Eltern bestehende Verbindung zu zerstören.

Aus heutiger Sicht läßt sich die Symptomatik der Zwangsstörung also als eine Abwehr früher Ängste und Phantasien verstehen, die konflikthafte Beziehungen zu den Eltern und deren Vertretern beinhalten. Die Zwangskrankheit erscheint als Ausdruck gestörter Objektbeziehungen. Die Schwere der Erkrankung hängt davon ab, in welchem Ausmaß die Objektbeziehung gestört ist. Wird der Ödipuskonflikt weitgehend verleugnet und richten sich die Abwehrbemühungen des Zwangspatienten darauf, eine rigide Dualbeziehung unter Ausschluß des dritten Objektes aufrechtzuerhalten, so resul-

tiert ein psychisches Funktionsniveau auf der paranoid-schizoiden Phase. Obwohl der Patient außerhalb seines Symptombereiches seine Ich-Funktionen und den Kontakt mit der Realität weitgehend bewahrt hat, bewegt er sich innerhalb seiner Symptomatik auf psychotischem Niveau. Ein Teil seines Ichs wird durch die für die Abwehr abgezogene Energie in einem solchen Ausmaß geschwächt, daß eine Denkstörung resultiert. Der Patient ist nicht mehr in der Lage, zwischen dem Symbol und dem, was symbolisiert werden soll, ausreichend zu unterscheiden. Hanna Segal (1957) zitiert einen schizophrenen Patienten, der, danach gefragt, warum er das Geigespielen aufgegeben habe, entrüstet antwortet, ob denn von ihm erwartet werde, daß er öffentlich masturbiere. Innere Phantasie und in die Außenwelt projiziertes böses Objekt werden identisch. Besonders Bion (1962) hat beschrieben, wie die frustrierte Befriedigung durch das Primärobjekt, wie der Mangel zum bösen, inneren Objekt wird, das dann in der Folge projiziert, als von außen kommendes, verfolgendes Objekt wahrgenommen wird.

Eine Patientin, die nach außen hin noch uneingeschränkt ihrer Berufstätigkeit nachgehen kann, erleidet extreme Angstanfälle, wenn sie auf der Straße Spucke, Papier oder Flecke sieht, weil sie dann glaubt, daß diese Objekte mit Aids verseucht sind und sie diese berührt haben könnte. Um solchen Gefahren aus dem Wege zu gehen, vermeidet sie es, auf die Straße zu gehen bzw. wenn dies nicht möglich ist, vollführt sie anschließend stundenlange Waschroutinen, um sich von der gefährlichen Ansteckung zu reinigen. Obwohl sie verstandesmäßig "einsieht", daß ihre Befürchtungen unsinnig sind, hat sie doch im Moment des Angst-anfalles die Gewißheit, daß die Gefahr real ist, worauf sie entsprechend die zwanghaften Mechanismen einsetzen muß. – Ein bei uns behandelte Patient litt unter der Angst, Frauen auf der Station zu berühren, weil er glaubte, Sperma zu übertragen und diese Frauen dann zu schwängern. Diese Angst übertrug sich auch auf die Gegenstände, mit denen diese Frauen in Kontakt gekommen waren. Die Zwangshandlungen bestanden dann in rituellen Waschkvorgängen und in extremen Kontrollhandlungen. Er wollte damit in magischer Weise die gefürchtete Gefahr bannen. Einen großen Teil des Tages verbrachte er damit, immer wieder seinen Kontostand zu kontrollieren in der Vorstellung, die von ihm geschwängerten Frauen würden ihn zu Unterhaltsverpflichtungen heranziehen. Der gleiche Patient war außerhalb dieses Beschwerdekomples frei von psychotischen Symptomen. Er imponierte sogar durch eine besonders genaue Fähigkeit zur Realitätswahrnehmung und zu kritischem Denken, was er in der Gruppentherapie immer wieder unter Beweis stellte.

Britton (1989) unterschied zwischen zwei Arten ödipaler Störung. In der ersten Form scheint die Ödipussituation nicht vorhanden. Bei tieferer Analyse aber findet sich ein primitiver und sehr versteckter Kern des Ödipuskonfliktes, der schwer identifizierbar erscheint. In der zweiten Form ist die vorhandene Pathologie weniger stark ausgeprägt. Es geht darum, daß die Aufgabe der ödipalen Bindung vermieden wird. Der Patient hält eine defensive, illusionäre ödipale Konfiguration aufrecht mit dem Ziel, die Realität des Ausgeschlossenenseins zu verleugnen. Es wird an der Illusion festgehalten, daß es möglich sei, in omnipotenter Weise in die Beziehung des Paares einzudringen, sie zu stören, um auf solche Weise an der Urszene zu partizipieren.

Sodre (1994) hat dies an zwei Analysen von Zwangspatienten ausführlich beschrieben. Im ersten Fall handelte es sich um einen Patienten, bei dem zwanghafte Kontrollmechanismen im Sinne eines rigiden Festhaltens im Vordergrund standen. Sodre konnte zeigen, daß dieser schwer gestörte Patient auf einem schizoiden Funktionsniveau um jeden Preis eine exklusive Dualbeziehung zum Analytiker aufrechterhalten wollte, um damit die Existenz eines dritten Objektes auszuschließen. Im Gegensatz dazu standen bei dem anderen Patienten vor allen Dingen zwanghafte Zweifel und Ambivalenz im Vordergrund. Diese Symptomatik ließ sich zurückführen auf eine unbewußte ödipale Verwicklung, in der der Patient immer wieder eine Dreierbeziehung herstellte, ohne es zulassen zu können, daß eine Zweierbeziehung unter Ausschluß des Dritten möglich wurde. Immer wieder mußte eine solche Beziehung in Frage gestellt werden. Dieser Patient war vergleichsweise weniger krank und operierte auf einem eher der depressiven Position angenäherten Niveau.

#### IV. Behandlungstechnik

Sigmund Freud schreibt „Indem das Ich Assoziationen, Verbindung in Gedanken, zu verhindern sucht, gefolgt ist eines der ältesten und fundamentalsten Gebote der Zwangsneurose das Tabu der Berührung. Wenn man sich die Frage vorlegt, warum die Vermeidung von Berührung, Kontakt, Ansteckung in der Neurose eine so große Rolle spielt und zum Inhalt so komplizierter Systeme gemacht wird, so findet man die Antwort, daß die Berührung, der körperliche Kontakt, das nächste Ziel sowohl der aggressiven wie der zärtlichen Objektbesetzung ist. Der Eros will die Berührung, denn er strebt nach Vereinigung, Aufhebung der Raumgrenzen zwischen Ich und geliebtem Objekt (Gefahr der Verschmelzung und des Ich-Verlustes, Anmerkung der Verfasser). Aber auch die Destruktion, die vor der Erfindung der Fernwaffe nur aus der Nähe erfolgen konnte, muß die körperliche Berührung, das Hand anlegen voraussetzen“ (Freud 1926, S. 152). Folgt man diesem Verständnis der Zwangsstörung, so hat dies erhebliche Implikationen für die Behandlungstechnik.

Wenn wir das Konzept der Gegenübertragung fokussieren auf den Vorgang der projektiven Identifikation, so wird die entstehende Problematik noch zugespitzter. Wie bereits beschrieben, spielt die projektive Identifikation bei dem vorhandenen frühen Störungsanteil der Zwangspatienten eine hervorragende Rolle. Der Analytiker wird unbewußt dazu gebracht, projizierte Selbstanteile des Patienten aktiv in Szene zu setzen und dem Patienten gegenüber auszuagieren. Von daher wird verständlich, wie schwierig es für den Therapeuten sein kann, projizierte destruktive Selbstanteile des Patienten aufzunehmen, nicht abzuwehren, in sich zuzulassen, sie bewußt erleben zu können, ohne diese gleich an den Patienten wieder zurückgeben zu müssen. Wenn es ihm gelingt, diese Gefühle wie in einem „Container“ zu halten, für sich zu verstehen und durchzuarbeiten, dann kann es therapeutisch sehr fruchtbar werden, wenn er diese Affekte in verarbeiteter Weise wieder zurückgeben kann, so daß dies zu einer Ich-Erweiterung führt. Wegen der Neigung zum Intellektualisieren und Ratio-

nalisieren des Zwangspatienten kommt es darauf an, daß der Therapeut sich in seiner Kommunikation affektiv verhält und damit nicht die Abwehr der Isolierung des Patienten mitmacht. So kann auch vermieden werden, daß es zu unfruchtbaren und endlosen Machtkämpfen zwischen Patient und Therapeut kommt. Ein Therapeut, der selbst zu zwanghaft ist, wird sehr wenig Erfolg bei der Behandlung von Zwangsstörungen haben können. Gefragt sind dagegen Eigenschaften wie Humor und gelegentlich sogar die Fähigkeit zu Sarkasmus und Übersteigerung. Voraussetzung für ein solches Tun ist allerdings ein richtiges Verständnis der Abstinenzregel.

Abstinenzregel ist häufig mißverstanden worden als ein persönliches, artifizielles und distanziertes Verhalten des Therapeuten, der Gefühle möglichst ausschalten sollte. Abstinenz ist nicht zu verwechseln mit Passivität und emotionaler Kälte. Es geht bei der Abstinenz eher darum, durch erfolgte und fortwährende Selbstanalyse den Patienten vor neurotischem Agieren unbewältigter Konflikte des Analytikers zu bewahren. Dies steht jedoch nicht im Gegensatz zu einem sehr menschlichen Umgang mit dem Patienten. Die Behandlung von Zwangskranken erfordert ein sehr hohes Maß an Aktivität und hohe Subjektivität des Analytikers. Im Hinblick auf die Gefühlsabwehr der Zwangspatienten ist von großer Bedeutung, daß der Analytiker im Übertragungsgeschehen seiner eigenen Gefühle gewahr wird, sie ernst nimmt und reflektiert. Die Analyse der Gegenübertragung kann dann Wesentliches zum Verständnis des Patienten beitragen.. Renik (1997) spricht von der „unverringerbaren Subjektivität“ des Analytikers. „Für das praktische Vorgehen ist die Subjektivität des Analytikers nicht zu verringern. Unter diesen Umständen müssen wir die Subjektivität als eine absolute Bedingung akzeptieren - und müssen davon ausgehen, daß sie in der klinischen Situation in einem unbekanntem Ausmaß immer am Werk ist“.

Das „Tabu der Berührung“ Zwangskranker impliziert einen weiteren entscheidenden Punkt für die Behandlung: die Arbeit an der Übertragung im „Hier-und-Jetzt“. Aus heutiger Sicht würden wir kritisch fragen, ob die Schwierigkeiten in der Analyse des Wolfsmannes auch darauf zurückzuführen waren, daß es Freud nicht ausreichend gelang, die Übertragung, speziell die negative Übertragung, im „Hier und Jetzt“ ausreichend zu analysieren. Hierfür scheint zu sprechen, daß Freud zum Mittel der Terminsetzung greifen mußte, daß zur Aufarbeitung der nicht gelösten Übertragung eine zweite Analyse bei Freud und eine dritte bei Brunswick notwendig waren. Insbesondere sprechen die Gespräche mit Frau Opholzer dafür, daß die negative Übertragung zu Freud nicht ausreichend bearbeitet worden war.

Betty Joseph (1985) hat dargelegt, wie die innere Welt des Patienten sich in der Behandlungssituation zwischen Patient und Analytiker im Hier und Jetzt darstellt. Die innere Welt umfaßt dabei die Totalität an Wünschen, Phantasien und deren Abwehr. Diese Welt stellt sich dar im aktuellen Verhalten gegenüber dem Analytiker und kann von diesem aufgenommen und interpretiert werden. In der Regel ist es nicht notwendig, Ereignisse aus der Vergangenheit zu rekonstruieren, da die relevanten Aspekte der Vergangenheit in der Gegen-

wart leben und ausgedrückt sind. Sofern sie dynamische Relevanz haben, werden sie sich in der aktuellen Übertragung zum Therapeuten wieder in Szene setzen, sind damit aufzeigbar und können dem Verständnis des Patienten nahegebracht werden. Wir haben schon betont, wie wichtig das affektive Moment in der Behandlung von Zwangsstörungen ist. Deutungen außerhalb der Übertragung werden häufig von Zwangspatienten im Sinne ihrer isolierenden und intellektualisierenden Abwehr „ungeschehen gemacht“. Unsere tägliche Erfahrung hat uns deshalb gelehrt, daß in der Regel direkte Übertragungsdeutungen vor allen anderen Maßnahmen den Vorzug haben, den Patienten affektiv zu berühren“ und seine zwanghafte Abwehr zu destabilisieren.

Besonders Wilhelm Reich (1933) hat aufgezeigt, wie wichtig der ökonomische Aspekt in der Behandlung von Charakterstörungen ist. Dies trifft in besonderer Weise auf die Therapie von Zwangsstörungen zu. Einsichten werden von Zwangspatienten mit Hilfe ihrer Abwehr, wie schon vielfach hier beschrieben, zunichte gemacht und isoliert, so daß Deutungen ohne Konsequenzen für das Handeln des Patienten bleiben. Er hat dann sein unbewußtes oberes „Ziel“ erreicht, daß alles so bleibt, wie es ist, in der Zeitlosigkeit des Unbewußten unter Ausschluß der Realität. Trennungen und allgemeine Schwellensituationen des Lebens, angefangen bei der Geburt, der Entwöhnung, Schuleintritt, Verlassen des Elternhauses bis hin zur Gegenwart des Todes, werden zwangsmäßig verleugnet und so behandelt, als hätten sie nicht stattgefunden oder würden nicht stattfinden. Von entscheidender Bedeutung ist in der Behandlung, dem Patienten zu helfen, die gefürchteten Affekte und Ängste nicht nur zu erkennen und darüber zu reden, sondern diese auch tatsächlich zu erleben und durchzuleben.

Darin liegen Gemeinsamkeiten unseres Ansatzes zur Verhaltenstherapie, wenn diese auf Konfrontation und Aushalten der Angstsituation bei Unterlassung der Vermeidungsstrategien abzielt. Selbstverständlich müssen solche Ermutigungen von seiten des Analytikers in Übereinstimmung mit einem kooperativen Teil des Patienten stehen. Ansonsten drohen solche Maßnahmen dazu zu führen, daß der Patient diese wieder als ihn vergewaltigende und ihm die Autonomie raubende aggressive Übergriffe erlebt, denen er sich entweder trotzig widersetzt oder denen er sich passiv-aggressiv unterwirft.

Ein Vorteil der stationären Behandlung von Zwangskranken gegenüber einer ambulanten Therapie liegt darin, daß es auf der Station eher möglich ist, unter diesem ökonomischen Aspekt mit dem Patienten an der Durcharbeitung seiner frühen Ängste zu arbeiten. Hier spielt speziell die Gruppentherapie eine große Rolle. In dem „Schmelztiegel“ der Interaktionen zwischen den Patienten auf der Station ist es eher möglich als in der ambulanten Therapie, zwanghafte Abwehrformationen des Patienten „aufzutauen“ und ihn zum Erleben bisher abgewehrter Affekte zu führen (vgl. Beispiel Patient A). Der Patient lernte seine Problematik nicht nur zu erkennen, sondern, was noch viel wichtiger war, er machte neue affektive Erfahrungen, ohne daß ihm dieses immer bewußt war, er lernte seine Ängste zu erleben und auszuhalten und

erfuhr dabei, daß die gefürchteten Konsequenzen der Zerstörung nicht eintraten, sondern Ausdruck seiner inneren Phantasie waren.

Wenn wir den therapeutischen Raum als projizierten inneren Raum des Patienten auffassen, so ergibt sich besonders auch im Hinblick auf die Therapie "früher Störungen", wie die Zwangsstörung, die Notwendigkeit, diesen Raum klar zu begrenzen. Das therapeutische Setting ist die Bedingung für den Ablauf eines therapeutischen Prozesses. Es hat darüber hinaus aber auch durch sich selbst eine therapeutische Funktion. Daniel Quinodos schreibt: "Wenn ich einen Patienten in Analyse nehme, so empfinde ich das Setting als Ausdruck meiner haltenden Fähigkeit: um meine Aufgaben als Analytiker erfüllen zu können, brauche ich bestimmte Bedingungen und ein solches haltendes Gefäß, einen „Behälter“ (Quinodos 1988, S. 117).

Das Setting ist auch mit der Haut vergleichbar. Sie hat eine Doppelfunktion zu erfüllen: Einerseits schützt sie vor gefährlichen Eindringlingen von außen, läßt nur das herein, was förderlich ist, andererseits stellt sie einen Kontakt zur Außenwelt her, ist durchlässig in dem Sinne, daß ein Austausch mit der Umwelt möglich wird. Sie regelt, um die Analogie mit dem Selbst des Patienten wieder aufzunehmen, die Prozesse von Introjektion und Projektion. Wie schon mehrfach beschrieben, sind diese Prozesse grundlegende Abläufe in der Psychodynamik Zwangskranker. Unbewußt kann das Setting für den Patienten die Mutter repräsentieren im Sinne des „Containers“ von Bion und im Sinne des „Holdings“ von Winnicott.

Eine bei uns stationär behandelte Zwangspatientin konnte sich in ihrem Zimmer kaum noch selbst bewegen und schränkte auch die Bewegungsfreiheit der Mitbewohnerin dadurch ein, daß ihr Bett und ein Teil des Zimmers mit persönlichen Gegenständen umstellt und vollgestellt waren. Das Entscheidende war, daß diese Gegenstände nicht verrückt werden durften und das es nicht möglich schien, diese Gegenstände wegzuräumen oder zu beseitigen. Die Patientin fürchtete, daß sie selbst sich dann auflösen würde. In der Behandlung konnte deutlich werden, wie diese Gegenstände für sie projizierte Selbstanteile repräsentierten, die nicht berührt und verändert werden durften, um nicht die Stabilität ihres Selbst zu gefährden. Sie lebte in der ständigen psychotischen Angst, sich selbst zu verlieren. Änderungen im Setting wie veränderte Gruppensitzungen oder Urlaubstage des Therapeuten stellten regelmäßig eine psychische Katastrophe für sie dar.

Ein anderer Zwangspatient reagierte mit unglaublicher Wut, als er einmal zu spät in die Gruppensitzung kam und einen anderen Mitpatienten auf „seinem Stuhl“ vorfand. Die nähere Analyse zeigte, daß er in eine existentielle Angst geriet, als sein Stuhl besetzt war und daß er den Gruppenraum anders erlebte als vorher, der sich durch dieses veränderte Setting als einen anderen Menschen wahrnahm und plötzlich nicht mehr wußte, wer er selbst war. Die veränderte äußere Umgebung war für ihn zu einer inneren Identitätskrise geworden.

Das Setting kann andererseits für den Zwangspatienten Aspekte der Realität und der Außenwelt repräsentieren, die er ebenso als bedrohlich erleben kann, die aber auch einen progressiven Schritt in Richtung stärkerer Individuation und Einleitung einer Triangulierung mit der Bewältigung von Trennung bedeuten kann.

Ein bei uns stationär behandelter Zwangspatient versuchte, die bestehende Wochenendregelung, die ab einem festgelegten Zeitpunkt ein Verlassen der Station am Wochenende vorsieht, dadurch auszuhebeln, daß er darauf bestand, auch an Wochenenden bei uns zu bleiben, statt in seiner eigenen Wohnung zu übernachten. Die Analyse dieses Konfliktes um das Setting deckte seine symbiotischen Wünsche auf, die darin bestanden, seine Wohnung zu Hause rein zu halten, sie nicht betreten zu dürfen, was unbewußt für ihn bedeutete, daß er sich eine ideale Mutter erhalten wollte. Seine reale Mutter war von seiner Geburt an ständig in psychiatrischer Behandlung. Er wollte sich das Bild einer unendlich befriedigenden Mutter erhalten, spaltete diese Wünsche ab von dem Bild der „bösen Mutter“ und entwickelte Ängste vor Asbest. Er befürchtete, er könne seine Wohnung mit diesem Gift infizieren. Die Folge war, daß er über Jahre ständig seine Wohnung wechselte, um allen Gefährdungen aus dem Wege zu gehen, und er schließlich nicht mehr in der Lage war, einer Arbeit nachzugehen. Durch Projektion und gleichzeitige Kontrolle der projizierten bösen Objekte versuchte er, sich eine reine Welt zu erhalten ohne verfolgende böse Objekte, ohne Umweltgifte und ohne bedrohliche libidinöse Wünsche. Es ging schließlich um die Frage, inwieweit der Patient in der Lage sein würde, das abgespaltene „Böse“ in sich und anderen zu akzeptieren und mit seinen Liebeswünschen zu integrieren, ob er es wagen könnte, an Wochenenden seine Wohnung zu betreten, ohne damit alles Gute zu zerstören.

## V. Methoden der stationären psychoanalytischen Therapie von Zwangspatienten

Wir begannen mit der stationären Behandlung von Zwangspatienten erstmals vor 15 Jahren. Von Beginn an arbeiteten wir bis heute nach dem integrativen Konzept stationärer psychoanalytischer Therapie von Janssen. (1985, 1987, 1989). Dabei werden alle Ereignisse auf der Station und innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft als Inszenierungen der inneren Objektwelt der Patienten verstanden und interpretiert. Es gibt keine Trennung zwischen einem sogenannten Real- und Therapieraum. Das Behandlungsteam als Ganzes arbeitet im Sinne des „Containers“ von Bion, d. h. als Behälter für die Projektionen der Patienten. In regelmäßigen Team-sitzungen, an denen alle Teammitglieder obligatorisch teilnehmen, wird versucht, das Material der Patienten in seinen unbewußten Dimensionen besser zu verstehen, so daß dann in einem weiteren Prozeß dieses in überarbeiteter und "verdauter" Form in den verschiedenen therapeutischen Feldern wieder an die Patienten zurückgegeben werden und von ihnen introjiziert werden kann.

Neben regelmäßigen Einzelgesprächen hat auch von Beginn an die extravertale Therapie (z. B. Gestaltungstherapie) einen wichtigen und bedeutungsvollen Platz eingenommen.

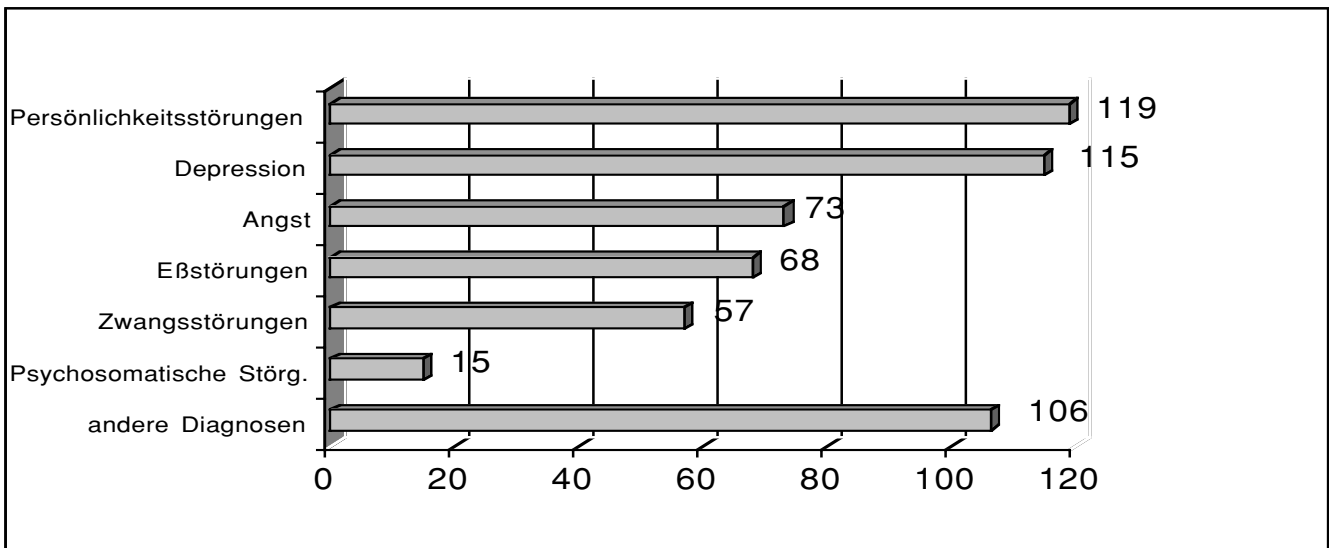
Einen zentralen Stellenwert innerhalb unseres Settings nimmt die "therapeutische Gemeinschaft" ein, die gemeinsam von Pflgeteam und Patienten gestaltet wird. Im therapeutischen Zentrum steht die Arbeit in der Gruppe. Gerade für die Behandlung von Zwangskranken hat sich die gruppentherapeutische Methode als bedeutungsvoller Zugang erwiesen. Im Sinne von Bion (1961) werden in der Gruppe unbewußte „Grundannahmen“ agiert, Haltungen, in denen sich die frühen Ängste der Zwangskranken ausdrücken können. Dabei



treten regressive Abwehrmechanismen der paranoid-schizoiden Phase zutage und können somit therapeutisch bearbeitet werden. Häufig ist hierbei vor allen Dingen die Spaltung in gute und böse Objekte zu beobachten. Während die Gruppentherapie in solchen regressiven Zuständen als feindlich und verfolgerisch erlebt wird, erfährt die Einzeltherapie eine Idealisierung als optimaler Zufluchtsort, wo man vom guten Therapeuten verstanden wird. Handelt es sich bei Gruppen- und Einzeltherapeuten um die gleiche Person, so wird auch diese in einen bösen Gruppentherapeuten und in einen guten Einzeltherapeuten gespalten. Das enorm vergrößerte Regressionspotential der Gruppe kann so therapeutisch genutzt werden. Die Gruppen können homogen zusammengesetzt sein, d. h., die Gruppe kann nach Möglichkeit und Machbarkeit ausschließlich aus Zwangskranken bestehen. Nach unserer Erfahrung hat sich diese homogene Zusammensetzung hervorragend bewährt (Quint, Rath 1987).

Sie führt dazu, daß die Patienten sich schneller öffnen, ihre Abwehr der Scham schneller überwinden können, wobei es überraschenderweise nicht zu der erwarteten gegenseitigen Symptomverstärkung kommt, sondern es ereignet sich eher das Gegenteil. Die Patienten können sich offener und selbstkritischer mit ihren Abwehrmanövern konfrontieren. - Eine eingeschränkte Indikation gibt es unserer Erfahrung nach für Zwangspatienten, die mit Hilfe ihrer Symptomatik ihre nächsten Angehörigen so nah an sich binden, daß ein gegenseitiger Trennungsprozeß unmöglich erscheint. Hier führt eine stationäre Therapie in der Regel nicht weiter und es sollte eine ambulante familientherapeutische Intervention versucht werden, sofern die Familie entsprechend motiviert ist, bevor eine stationäre Therapie eingeleitet wird.

Aus unserer laufenden Evaluation werden im folgenden erste Zwangspatienten-Ergebnisse dargestellt. Eine weitere Auswertung der Daten ist in Arbeit. Aus einer Gesamtstichprobe von 553 Patienten, die in unserer Einrichtung in der Zeit von 1993 – 1997 behandelt wurden, ergab sich folgende Verteilung der Hauptdiagnosen:



Die Patienten wurden bei Aufnahme sowie am Entlassungstag mit folgendem Instrumentarium befragt: Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP; Schneider, Basler & Beisenherz, 1989), Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Derogatis et al., 1977), Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz, Strauß & Kordy, 1994).

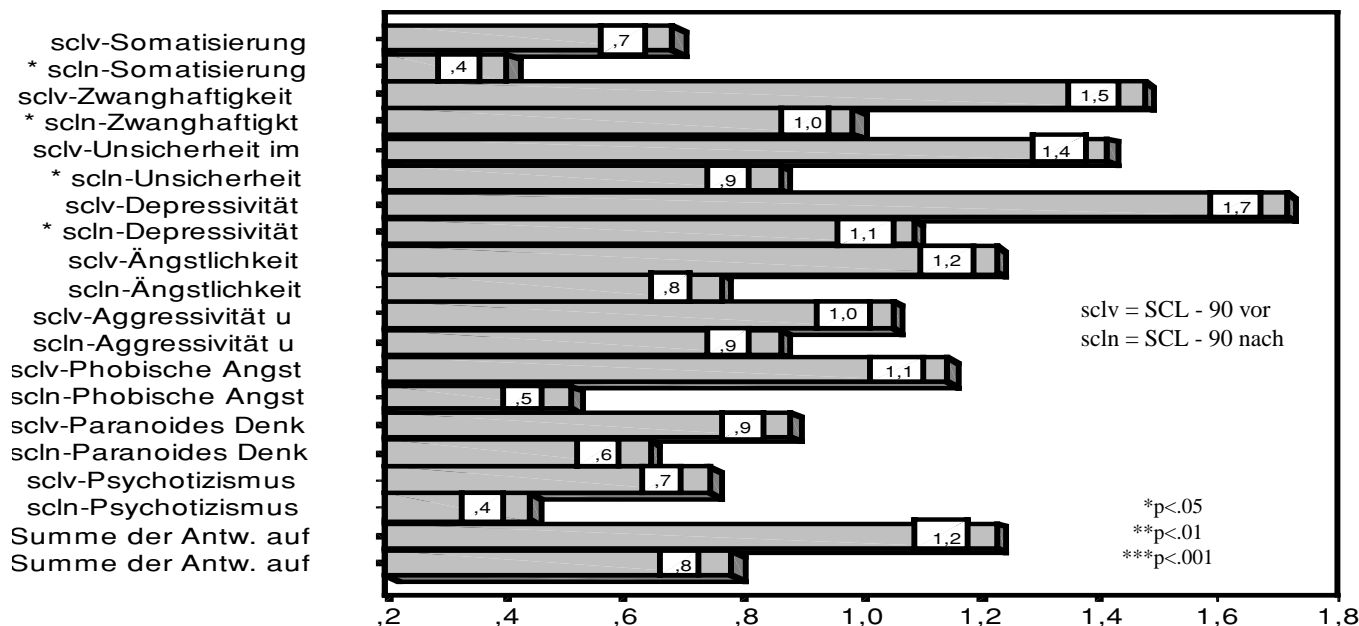
Eine Analyse der hier erhobenen umfangreichen Daten steht noch aus. Ein erster Einblick soll hier anhand eines Vergleichs der Prae/Postergebnisse für folgende durch den SCL-90-R erfaßte Beschwerdekomplexe dargestellt werden:

- |                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| 1. Somatisierung                 | 6. Aggressivität          |
| 2. Zwanghaftigkeit               | 7. Phobische Angst        |
| 3. Unsicherheit im Sozialkontakt | 8. Paranoides Denken      |
| 4. Depressivität                 | 9. Psychotizismus         |
| 5. Ängstlichkeit                 | 10. General Symptom Score |
- (Summe der Antworten auf alle 90 Fragen)

Die Ausprägung eigener Beschwerden wird dabei von den Probanden anhand von 90 Aussagen angegeben, die auf den Zeitraum der letzten sieben Tage bezogen sind; dabei können diese die Testantworten jeweils auf fünf Antwortstufen zwischen "0" ("nicht vorhanden") und "4" ("sehr stark") differenzieren. Die Mittelwertunterschiede der Prae/Postmessungen dieser Skalen sind in der folgenden Grafik wiedergegeben:

Es zeigen sich in allen Bereichen Veränderungen in der Richtung, daß die Patienten am Ende der Behandlung weniger Beschwerden angeben, was sich auch in der Veränderung des General Symptom Score darstellt. Die Veränderungen sind in den Subskalen unterschiedlich ausgeprägt. So sind die Differenzen in den Beschwerdekomplexen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Depressivität statistisch signifikant.

## Prä-post-Vergleich der Ausprägung intrapsychischer Probleme (SCL-90-R) innerhalb der Zwangsstörungen



Eine Interpretation dieser Ergebnisse in Bezug auf die Ergebnisse in den Bereichen der Psychotherapiemotivation und der interpersonellen Probleme bzw. deren Vergleich mit den Ergebnissen aus den Gruppen der anderen Hauptdiagnosen wird erst nach der Analyse aller Daten möglich sein.

## Literaturverzeichnis

- Bion W: Attacks on linking. Inter. J. of Psychoanal 40, 1959, 308-315
- Bion W: Experiences in groups. London: Tavistock Publications, 1961
- Bion W: Learning from experience. London Heipemann, 1962
- Britton R: The missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. In: The Oedipus Complex Today. Karnac Books, 1989
- Brunswick, R M: Ein Nachtrag zu Freuds „Geschichte einer infantilen Neurose“ in: der Wolfsmann vom Wolfsmann, Fischer 1972
- Esman AH: Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as paradigm. J. Am Psychoanal Assoc, 1989, 37: 319-336
- Feldman M: Splitting and projective identification. In: Clinical Lectures on Klein and Bion. The New Library of Psychoanalysis 14, 1992
- Frank C, Weiß H: The origins of disquieting discoveries by Melanie Klein: the possible significance of the case of „Erna“. In: The I.J. of Psych.Anal.1996
- Franke G.: Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - (SCL-90-R). Beltz Test GmbH, Göttingen.1995
- Freud S.: Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, GW Bd. 7: 379-463,1909
- Freud S: Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW Bd. 12. 1917
- Freud S: Hemmung, Symptom und Angst. GW Bd. 14. 1926
- Horowitz L, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version - (IIP-D). Beltz Test GmbH, Weinheim.1994
- Janssen PL: Auf dem Wege zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. Forum Psychoanal. 1985:1: 293-307
- Janssen PL: Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta. Stuttgart.1987
- Janssen PL, G Wiene, H Rath, W Hekele, GH Paar: Zur stationären psychoanalytischen Therapie strukturell ich-gestörter Patienten im „Essener Modell“. In: Reichweite der psychoanalytischen Therapie (Hrsg. P.L. Janssen und G. H. Paar. Springer Berlin-Heidelberg-New York, 1989, S. 93-106
- Joseph B: Transference: the total situation. Inter J. Psychoanal. 1985:66: 447-454
- Obholzer K: Gespräche mit dem Wolfsmann. Rowohlt. 1980
- Klein M.: Die Psychoanalyse des Kindes. Geist und Psyche. 1973
- Quinodoz D: Das psychoanalytische Setting: Organ der haltenden Funktion. Psychoanalyse in Europa:1988: 31: 114
- Quint H.: Der Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. Psyche 1984: 8: 717-737
- Quint H, H Rath: Die Behandlung von Zwangskranken in der homogenen Gruppe. Prax. Psychoth. Psychosom. 1987: 32: 184-191
- Reich W: Charakteranalyse. 1933
- Renik O: Unveröffentlichter Vortrag auf der DPV-Tagung Wiesbaden. 1997
- Sandler J: Countertransference and role responsiveness. Inter Rev of Psycho-Analysis 1976: 3: 43-47
- Schneider W, Basler HD, Beisenherz B: Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP). Beltz Test GmbH, Weinheim. 1989
- Segal H: Notes on symbol formation. I.J. of Psychoanal. 1957: 38: 391-397
- Stein D J, Stone M H: Essential Papers on obsessive-compulsive Disorder. New York University Press. 1997
- Sodre I: Obsessional Certainty Versus Obsessional Doubt: From Two to Three. Psychoanalytic Inquiry 1994: 14: Number 3

Prof. Dr. P.L. Janssen • Dipl.-Psych. H. Rath • Dipl.-Psych. M. Tetzlaff  
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund  
Marsbruchstr. 179 • 44287 Dortmund