

Streeck-Fischer, Annette

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 2, S. 81-95

urn:nbn:de:bsz-psydok-40466

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwinde, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKES, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze

Annette Streeck-Fischer

Summary

Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches

Based on neurobiological and development-psychological findings psychodynamic concepts for understanding compulsive disorders are supplemented and extended. A stimulus barrier impaired during development which in the early mother-child system normally develops into an autonomous and self-regulating ability has the consequence in compulsive disorders that the ability of drawing limits between reality and phantasy has only poor success. Based on case examples the function of the situation triggering the compulsive symptoms and the foreseeable relationship quality are examined on the different levels of development. Then it becomes clear how complex the originating conditions for compulsive disorders are, and under which conditions a primary object fails as original external psycho-neurobiological regulator in the development of autonomous self-regulation.

Zusammenfassung

Ausgehend von neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Befunden werden psychodynamische Konzepte zum Verständnis von Zwangsstörungen ergänzt und erweitert. Eine in der Entwicklung beeinträchtigte Reizschutzschranke, die sich normalerweise im frühen Mutter-Kind-System allmählich zu einer autonomen und selbstregulierenden Fähigkeit entwickelt, hat bei Zwangsstörungen zur Folge, daß Grenzziehungen zwischen Realität und Phantasie nur mangelhaft gelingen. Anhand von Fallmaterial werden die Funktionen des Zwangs auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus, die die Zwangssymptomatik auslösende Situation und die vorhersehende Beziehungsqualität untersucht. Daran wird deutlich, wie komplex die Entstehungsbedingungen von Zwangsstörungen sind und unter welchen Umständen ein primäres Objekt als ursprünglich externer psycho-neurobiologischer Regulator bei der Entwicklung autonomer Selbstregulation versagt.

1 Einleitung

Die von FREUD erstmals beschriebenen Erkenntnisse über die Psychodynamik von Zwangsstörungen sind – so ESMAN (1989) und FERSTL (1997) – nicht mehr entschei-

dend erweitert worden. Auch BENEDETTI (1993) fällt bei seiner Zusammenfassung der Literatur zu Zwangsstörungen auf, wie bescheiden sich die späteren Beiträge im Vergleich zu der Genialität des FREUDSchen Entwurfes ausnehmen. So mag es nicht verwundern, wenn ROTHENBERGER und DÖPFNER (1997) zu dem Schluß kommen, daß psychoanalytische Konzepte unzureichend sind und es zweifelhaft sei, ob Zwänge als Abwehrmaßnahmen gegen verbotene unbewußte Impulse verstanden werden dürften.

Neuere psychoanalytische Entwicklungen, die die Ich- und Selbstpsychologie sowie die Objektbeziehungstheorien einbeziehen, werden nach wie vor wenig berücksichtigt. Kaum je werden Zwangsstörungen in psychoanalytischen Arbeiten in komplexeren Zusammenhängen verstanden; fast immer wird lediglich auf den vermeintlich typischen Konflikt zentriert. Sie erschließen die symbolhafte Symptomatik und verweisen auf die Deutung unbewußter Momente (THIEL u. SCHÜSSLER 1995). QUINTS (1984) Hinweis, daß der Zwang bei Selbstpathologie eine andere als die von Zwangsneurosen bekannte Bedeutung habe, nämlich eine selbsterhaltende und selbstreparative Funktion, ist ebenso wenig aufgegriffen worden wie Erklärungsansätze in anderen Arbeiten, die auf ein erweitertes psychoanalytisches Verständnis von Zwangsstörungen mit unterschiedlichen Entwicklungs- bzw. Strukturniveaus abzielen. Hier ist zu hoffen, daß ein einheitliches operationalisiertes psychodynamisches Klassifikationssystem (OPD und OPDKJ), das verschiedene Achsen und Strukturebenen in die Diagnostik einschließt, in Zukunft zu einem komplexeren Verständnis von Zwangsstörungen und ihrer Behandlung beitragen wird.

Qualifizierte Untersuchungen über psychoanalytische Behandlungen von Zwangsstörungen insbesondere im Kindes- und Jugendalter wurden m.W. bisher kaum durchgeführt (vgl. NEUDÖRFL u. HERPERTZ-DAHLMANN 1996). Dieser Umstand hat eine Reihe von Autoren anderer Provenienz zu der Behauptung verführt, daß tiefenpsychologische Ansätze einschließlich spieltherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von Zwangsstörungen wenig hilfreich seien.

Die Erforschung der Bedeutung neurobiologischer Faktoren für die Entwicklung von Zwangsstörungen scheint nahezuzeigen, daß Medikamente und Verhaltenstherapie als therapeutische Mittel der Wahl zu gelten hätten. Tatsächlich sind solche Schlußfolgerungen aber höchst voreilig, übersehen sie doch die Vielfalt psychoanalytischer und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. Vereinzelt gibt es vielversprechende Arbeiten, in denen neurobiologische Befunde mit psychoanalytischen Konzepten verbunden werden. Dies hatte bereits FREUD (1895) versucht, indem er sich bemüht hat, eine integrierte neurobiologische Erklärung für geistig-seelische Prozesse zu finden. Da ihm adäquate neurobiologischen Erkenntnisse noch nicht zur Verfügung standen, mußte er dieses Ziel aufgeben. Im folgenden werden neuere psychoanalytische Sichtweisen dargestellt, die für psychoanalytisch orientierte Behandlungskonzepte von zwangsgestörten Kindern und Jugendlichen relevant sind.

2 Bisherige psychodynamische Sichtweisen

Die Lebensgeschichte von Zwangsneurotikern ist durch besonders ungünstige Entwicklungsbedingungen in der analen Phase gekennzeichnet (FREUD 1907, 1913). In der

weiteren Entwicklung müssen die libidinösen Ansprüche des Ödipuskomplexes abgewehrt werden und es kommt zu einer Regression auf die anale Phase. Die Regression ist mit einem strengen sadistischen Über-Ich verknüpft. Anal-erotische und sadistische Impulse können nicht ausreichend abgewehrt werden und drohen durchzubrechen. Mithilfe von Zwangshandlungen wird versucht, dem entgegenzuwirken.

QUINT (1971) hat die Zwangsstörung, ursprünglich der Antriebslehre SCHULTZ-HENKES folgend, als Folge einer Hemmung von motorisch-expansiven und aggressiven Antriebsbereichen beschrieben. In der Folge entwickelt sich anstelle von Erfahrungen im Umgang mit diesen Antrieben kompensatorisch eine ausgeprägte Vorstellungs- und Gedankenwelt. Wiederholte Abwehrhandlungen dienen der Kontrolle bzw. Steuerung. Die mangelnde reale Erfahrung im Umgang mit dem motorisch-aggressiv-expansiven Antriebsleben führt zu einer komplexen Handlungsstörung. Sowohl die Einleitung der Handlung infolge des Zauderns, als auch die Durchführung und Beendigung einer Handlung, die von der Vorstellung begleitet ist, sich seines eigenen Tuns nicht sicher sein zu können, ist beeinträchtigt (vgl. SCHWIDDER 1975; DÜHRSEN 1954; QUINT 1971).

In einer früheren Arbeit habe ich an zwangsgestörten Kindern und Jugendlichen verschiedene Funktionen des Zwanges abhängig vom erreichten Entwicklungsniveau beschrieben (STREECK-FISCHER 1988; vgl. auch WULFF 1951): Auf einem neurotischen Entwicklungsniveau gilt die Zwangssymptomatik als eine Kompromißbildung zwischen andrängenden sexuellen und analen Triebimpulsen und rigiden Über-Ich-forderungen. Dem klassischen Verständnis von Zwangsneurosen zufolge zeigt sich hier ein intersystemischer Konflikt zwischen Ich, Es und Über-Ich, der eine gewisse Objekt Konstanz voraussetzt. Zweitens wurde der Zwang, der die Bindung an belebte oder auch unbelebte Objekte gewährleistet, in seiner antidepressiven und Ventilfunktion beschrieben. Unerträgliche depressive Affekte, Leeregefühle, Bindung an äußere steuernde Objekte werden dabei durch zwanghafte Aktivität abgewehrt. Selbst- bzw. Objektverlust infolge mangelhaft entwickelter Objekt Konstanz wird so vermieden. Drittens wurde der Zwang in seiner Funktion als Plombe beschrieben. Mit Hilfe der Zwangssymptomatik werden vernichtende, böse Selbstobjektanteile überdeckt und entschärft. Archaisch-vernichtende Impulse werden in der Zwangsbe fürchtung abgespalten und dissoziiert. Der Zwang verschafft so eine gewisse Stabilität. Schließlich wurde auf die selbstreparative Funktion des Zwangs zur Abwehr einer Psychose verwiesen. Hier übernimmt der Zwang die Funktion, Ich-Zerfall zu verhindern. Inkompatible, nicht integrierbare Selbstobjektanteile werden per Zwang voneinander abgespalten. Dies ist vor dem Hintergrund notwendig, daß frühe Ich-Kerne nicht zu einem einheitlichen Kern des Selbstsystems mit ersten integrativen Funktionen organisiert wurden. Eine primäre undifferenzierte Selbst-Objektvorstellung geht mit einer Neigung zu regressiver Wiederverschmelzung einher, die mit Hilfe des Abwehrvorganges der Spaltung – einer tiefen Spaltung – verhindert wird. Die Spaltung auf diesem Niveau führt zu einer generalisierten Fragmentierung des inneren Erlebens und der menschlichen Beziehungen. Völlig widersprüchliche Selbstobjekte können dann nebeneinander existieren. Der Zwang verhindert weiteren Ich-Zerfall.

3 Zur Definition

Der Begriff der Zwangsneurose wurde sinnvollerweise durch den der Zwangsstörung ersetzt (ICD 10, DSM IV). Zwangsbefürchtungen sind wiederholt eindringende Gedanken, Bilder, Vorstellungen von impulsiven Handlungen, die als inadäquat angesehen werden und zu subjektivem Unbehagen führen, und von Widerständen und Anstrengungen begleitet sind, die Befürchtungen zu überwinden (HOOGDIJN 1986; INSEL 1984; RACHMAN 1985; zit. n. CARTER et al. 1995). Zwangshandlungen sind wiederholte Verhaltensweisen und Aktivitäten, die angewandt werden, um Angst, Spannung und Unbehagen zu reduzieren (American Psychiatric Association 1994). Für Kinder gelten darüber hinaus einige Besonderheiten. Das für Erwachsene wichtige Kriterium, daß zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung die Person erkannt haben soll, daß die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind, trifft bei Kindern so nicht zu (DSM IV). Verschiedene Autoren stellen fest, daß bei Kindern vor allem Anstrengungen gemacht werden, sich mithilfe der Zwänge gegen reale Belastungen in der Familie, interpersonelle Gefahren und äußere Gefahren zu verteidigen und daß demgegenüber intrapsychische Konflikte zurücktreten (CARTER et al. 1995; RAPPOPORT et al. 1992; WULFF 1951).

4 Zum Verständnis von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Kinderpsychiatrische Störungsbilder werden heutzutage dem wissenschaftlichen mainstream entsprechend vor allem im Hinblick auf ihre genetischen und biologischen Ursachen untersucht. Angesichts neurobiologischer Befunde, die darauf hinweisen, daß das Gehirn mit seinen Verschaltungen, seinen biologischen und neurochemischen Prozessen abbildet, was wir sind, was wir denken, fühlen und handeln (HÜTHER 1997), ist es unverständlich, warum den äußeren psychosozialen Faktoren in der Forschung nicht mehr Beachtung geschenkt wird. Die Ausformung der kognitiven, emotionalen, motorischen und sozialen Fähigkeiten eines Kindes hängt zwar auch von gewissen angeborenen Voraussetzungen ab, aber besonders auch von den frühen Entwicklungsbedingungen und den traumatischen Ereignissen während der Entwicklung.

Abhängig vom erreichten Entwicklungsstand, den Erfahrungen im primären Pflegeperson-Kind-System und dem aktuellen Kontext können psychosoziale Belastungen als kontrollierbar i.S. einer Herausforderung oder als unkontrollierbar i.S. einer schweren Belastung erfahren und verarbeitet werden. Im ersten Fall führt Stimulation zu Bahnung und Festigung bereits angelegter zentralnervöser Verschaltungen, wodurch adäquate Verhaltensweisen erworben werden. Im letzten Fall, wenn extreme Belastungen unkontrollierbar sind, führen sie zu einem Verlust vorhandener Strukturen, wie Untersuchungen an schwer Traumatisierten zeigen (VAN DER KOLK 1997; HÜTHER 1997; ROTHENBERGER u. HÜTHER 1997).

Zwangsbefürchtungen und Zwangshandlungen stellen eine grundsätzliche Operationsmöglichkeit des Gehirns in Belastungssituationen dar (RIEDESSER 1997). Sie sind als ein häufig artzutreffendes Phänomen im Umgang mit unkontrollierbaren Bedräng-

nissen (APTER et al. 1996) anzusehen: „Der Zwang ist ein ebenso ubiquitäres Symptom der Psychopathologie (vgl. auch SWEDO 1989) wie der Wahn oder die Halluzination, er kann unter den verschiedensten Verhältnissen auftreten, in der Neurose, wie in der Psychose, in funktionellen, wie in hirnganischen Zuständen, in der Schizophrenie, wie in der endogenen Depression“ (BENEDETTI 1993, S. 1) Der Zwang ist eine Regula-tionsmöglichkeit gegen unerträgliche äußere und/oder innere Reize. Die Reaktionen auf diese Reize bewegen sich auf einer breiten Palette von existentieller Bedrohung, Fragmentierungsängsten, Panik, Leere, bis hin zu symbolträchtigen Befürchtungen. Der Zwang kann sowohl der Abwehr von Triebkonflikten als auch der Bewältigung von frühen basalen Dissonanzen dienen, was bedeutet, daß er eine grundsätzliche Regu-lierungsfunktion übernimmt.

Neurobiologische Studien an Patienten mit Zwangsstörungen zeigen, daß Basal-ganglien, das limbische System, der Thalamus und der Cortex an der Entwicklung von Zwangsstörungen beteiligt sind (THOMPSON et al. 1992; BAXTER et al. 1992). BAXTER und Mitarbeiter vermuten bei den Zwangsstörungen eine Dysfunktion des Nucleus cauda-tus, die zur Folge hat, daß unangenehme Reize mangelhaft von der Orbitalregion ge-filtert werden (vgl. auch HERPERTZ-DAHLMANN 1992). Diese Beeinträchtigung führe zu einer Überaktivität von neuronalen Kreisläufen im Orbital-Basalganglien-Thalamus-System. Da äußere und innere Bedrohungen nicht adäquat integriert oder neutralisiert werden können, kommt es zu entsprechenden Erregungszuständen, die für die Ent-wicklung von Zwangssymptomen verantwortlich sind (GLUCKSMANN 1995). Diese neu-robiologischen Befunde können erklären, was Zwangsstörungen im Gehirn bewirken. Sie geben damit jedoch noch keine Hinweise für ihre Verursachung. Dieser Umstand wird häufig in der Bewertung solcher Befunde nicht genügend berücksichtigt (vgl. MEARES 1991).

COHEN (1991) meint, daß Zwangsgedanken und -handlungen als Folge traumati-scher Brüche der Reizschutzschranke auftreten. Das Konzept der Reizschutzschranke ist aufgrund der Säuglingsbeobachtungen umstritten. So plädiert etwa STERN (1992) dafür, es aufzugeben. Andererseits betont STERN (1992, S. 326), daß der Toleranzbe-reich des Säuglings tatsächlich begrenzt ist. Zwar verfüge der Säugling über Fähig-keiten, mit äußerer Stimulierung fertig zu werden, er sei aber darauf angewiesen, daß die Mutter ihm dabei helfe. ESMAN (1989) schlägt vor, in der Reizschutzschranke – besser der Reizabschirmung – einen angeborenen selektiven, heranreifenden Ab-schirmmechanismus zu sehen. Die Entwicklung einer funktionsfähigen Reizschutz-schranke resultiere aus den angeborenen, genetischen und konstitutionellen Bedin-gungen, die ein Kind bei der Geburt mitbringt, *und* aus dem Beziehungsangebot durch die Mutter. Den frühen Entwicklungsbedingungen und insbesondere dem Mut-ter-Kind-System kommt damit ein besonderes Gewicht zu. Die frühe Pflegeperson, in der Regel die Mutter, dient als „externer psychoneurobiologischer Regulator“ (COHEN 1991). Sie befähigt das Kind allmählich reizschutzregulierende Funktionen selbst zu übernehmen, bis diese autonom werden. Diese inneren selbstregulierenden Funktio-nen schließen affektive, autonome, hormonale und neurochemische Komponenten mit ein (vgl. VAN DER KOLK 1997). Traumatische Brüche der Reizschutzschranke – so COHEN (1991) – führen zu einem fundamentalen Aufbrechen von Entwicklungspro-

zessen im Extremfall oder zu punktuellen Einbrüchen in minder schweren Fällen. Wird die Entwicklung der Reizabschirmung während kritischer Phasen beeinträchtigt, können Kinder Sensibilisierungen und Überempfindlichkeiten entwickeln und dadurch gegenüber relativ unbedeutenden Reizen immer stärker ansprechbar werden (VAN DER KOLK 1997). Primitive sexuelle und aggressive Impulse etwa, mit denen sich das Kind ständig und in den verschiedenen kritischen Phasen seiner Entwicklung auseinandersetzt, werden unter bestimmten Umständen mangelhaft gefiltert und können verschiedene Ängste auslösen (Angst vor Fragmentierung, Angst vor Kastration u. a.) (vgl. EGGERS 1991).

Entwicklungsneurobiologische Modelle gehen davon aus, daß Schwachstellen im Hirnwachstum der frühen Entwicklung mit normalen späteren Reifungsprozessen interagieren. Das kann zur Folge haben, daß Störungen erst in späteren Reifungsperioden, z. B. in der Adoleszenz, erkennbar werden.

Die Reizschutzschranke wird in Abhängigkeit von den Bedingungen im Übergangsraum gebildet, die die Mutter bzw. die frühe Pflegeperson mit dem Kind herstellt. Indem die Mutter die vorgegebene äußere Realität an die entwicklungsabhängigen inneren Bedingungen des Säuglings anpaßt, erschafft sie mit ihm einen gemeinsamen intermediären Raum, den Übergangsraum (WINNICOTT 1978). Störungen der frühen Mutter-Kind-Interaktion, z. B. als Folge von Krankheit oder Abwesenheit, führen zu vorzeitigen Brüchen im Übergangsraum. Das dialektische Verhältnis von Phantasie und Realität, von innerer und äußerer Realität, wird gestört (OGDEN 1985; STREECK-FISCHER 1997c), wenn das Kind die Illusion seiner Wirkmächtigkeit nicht erlebt. Eine gestörte Dialektik von Realität und Phantasie ist Folge ungünstiger und/oder traumatischer Einflüsse im sich entwickelnden Übergangsraum zwischen Mutter und Kind. OGDEN (1985) hat verschiedene Störungen der Dialektik zwischen Realität und Phantasie beschrieben. Charakteristisch für die Zwangsstörung ist, daß bedrohliche Impulse, Einfälle und Gedanken als Zwangsbefürchtungen wiederholt und unkontrollierbar in das Bewußtsein einbrechen, zwischen Phantasie und Realität keine klaren Grenzen bestehen¹ und die Zwangshandlung als Stabilisierungs- und Reparationsmechanismus dem entgegengesetzt wird. FREUD (1912) hat die Allmacht des Gedankens als zentrale Störung der Zwangsneurose hervorgehoben. Die Allmacht des Gedankens verweist gerade auf diese unklare Grenzziehung zwischen Realität und Phantasie.

Bei neurotischen Störungen ist die Dialektik von Realität und Phantasie punktuell gestört, z. B. nur in bezug auf aggressive und sexuelle Triebimpulse, bei schwerer Gestörten kann sie genereller bzw. völlig verlorengehen. Bei wahnhaften Zwangsinhalten ist die Grenze zwischen Realität und Phantasie zerbrochen, die dann durch Zwangshandlungen mehr oder weniger erfolgreich repariert wird. Die Zwangshandlung dient als eine Abwehrformation zur Sicherung und Reparatur, die gegen überwältigende Zwangsbefürchtungen schützt, die Realität werden könnten. Der Zwang sollte deshalb als eine Form der Selbst-Bewahrung, Selbst-Sicherung oder Selbst-Rettung angesehen werden, der eine mangelhaft entwickelte Fähigkeit zu einer reiferen Selbstregulierung

¹ Es wird bei Zwangsstörungen auch von einer Denkstörung und von einer Handlungsstörung gesprochen.

zugrundeliegt. Er verhindert, daß bedrohliche Gedanken, Gefühle oder Erinnerungen Realität werden.

Der Betroffene versucht die Kontrolle über Befürchtungen oder Ängste mithilfe der Zwangshandlung selbst zu erreichen und nicht wie für Angststörungen charakteristisch, mithilfe eines Objekts, das ihm mit seinen steuernden Funktionen vorübergehend Sicherheit vermittelt. Das primäre Objekt ist bedrohlich, weil es über bestimmte Eigenschaften verfügt, die die Zwangsproblematik noch verschärfen. MEARES (1994) nennt die Zwangsstörung eine Pathologie der Privatsphäre (pathology of privacy). Er meint, daß dem Patienten mit Zwangsstörungen ein sicherer Innenraum fehlt. Zwischen dem Selbst und dem Nicht-Selbst kann nicht eindeutig getrennt und differenziert werden, eine Voraussetzung, um zwischen Gedanken und Realität zu unterscheiden. Die Nähe zum Objekt, das mit welchen Eigenschaften auch immer (ob anal-sadistisch, inzestuös o.ä.) in den unsicheren Innenraum einbricht, wird deshalb zur Bedrohung. Die Sicherheit geht vom Zwang aus. MENTZOS (1993) bestätigt dies indirekt, indem er die Zwangssymptomatik als eine mehr dem Selbstpol zugeordnete Abwehrkonstellation beschreibt. AMITAI (1977, S. 388) betont, daß die Distanz zum Objekt minutiös geregelt und ritualisiert ist. Sie ist rigide und schlecht dosierbar. Jeder Versuch der Verkleinerung dieser Distanz erweckt beim Zwangsneurotiker panische Ängste, von dem Objekt vernichtet zu werden und jede Individualität zu verlieren.

5 Entwicklungs- und Entstehungsbedingungen des Zwangs

Wie kommt die gravierende Beziehungsstörung zustande? Patienten mit Zwangsstörungen haben kein sicheres oder reifes Konzept in bezug auf ihre Selbstgrenzen entwickeln können. Verschiedene Entwicklungsbedingungen können hierfür verantwortlich sein: eine frühe Störung im Mutter-Kind-System; traumatische Bedingungen in der Entwicklung, die diese Grenzen verletzt haben, oder bestimmte Reifungsprozesse, die mit der Selbstwerdung verknüpft sind und die die bisherigen, möglicherweise mangelhaft entwickelten Grenzen bedrohen.

In Tabelle 1 werden Daten von 17 Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen hinsichtlich ihres Schweregrades (Entwicklungsniveau,) der auslösenden Situation für den Beginn der Zwangssymptomatik, ihres Alters und der Beziehungsqualität in der Entwicklung einander gegenübergestellt. Die Klassifikation nach Entwicklungsniveaus greift der OPD-KJ vorweg. Sie ist seit vielen Jahren in der Kinder- und Jugendlichen-Abteilung im Krankenhaus Tiefenbrunn üblich, wurde bisher jedoch nicht operationalisiert.

Es wird unterschieden zwischen psychosenahem und psychotischem, präpsychotischem, niedrigem, mittlerem und neurotischem Niveau. Bei einzelnen Kindern und Jugendlichen wurde der Schweregrad der Störung auf der Grenze zwischen zwei verschiedenen Niveaus gesehen. Um psychotische bzw. psychosenahe Störungen, die als Folge eines strukturellen Defizits angesehen werden, von solchen Störungen zu unterscheiden, bei denen keine tiefe Integrationsstörung vorliegt, die aber auch von einem

Abgleiten in die Psychose bedroht sind, wurde die diagnostische Kategorie „präpsychotische Störung“ hinzugenommen.

Tab. 1: Merkmale von Patienten mit Zwangsstörungen aus der Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen der Klinik in Tiefenbrunn

Geschlecht/Alter	Struktur	Zwangs- befürchtungen	Entwicklung	Auslösende Situation
(1) männl. 16 J.	neurotisch	Befruchtungs- ängste	nahe, inzestuöse Beziehung	Pubertät, schwere Ehekrise der Eltern
(2) weibl. 19 J. (bei Beginn 17 J.)	präpsychotisch	destruktive Im- pulsdurchbrüche	wenig Beziehung	KH/Adoleszenz- trauma
(3) weibl. 7 J.	neurotisch/regressiv bzw. PTSD mit unterschiedlichen Niveaus	unklar	enge übergriffige Beziehung	KH Trauma, Mißbrauch
(4) weibl. 19 J. (bei Beginn 14 J.)	psychosenah	wahntraft, Verwandlung in Schwein	wenig Beziehung	unklar
(5) männl. 12 J.	mittleres Niveau bzw. PTSD	Angst vor Objekt- verlust	enge Beziehung	Traumata
(6) weibl. 16 J.	niedriges Niveau bis präpsychotisch	religiös, nicht akzeptiert von Gott, Böses in sich	wenig Bezie- hung, Zwillung	unklar
(7) männl. 15 J.	neurotisch	unklar	eingebunden	Pubertät
(8) männl. 16 J.	neurotisch	Masturbations- phantasien	eingebunden	Pubertät
(9) männl. 15 J.	psychosenahe fluktuierend	sexuelle und de- struktive Impulse	mißhandelt	schwere frühe Trau- mata
(10) weibl. 15 J.	neurotisch	Protest, Angst vor Schlimmen	eingebunden	unklar
(11) weibl. 14 J.	neurotisches bis mittleres Niveau	Verlust von nahen Personen	eng	Transmission mit Trauma
(12) männl. 15 J.	mittleres bis psycho- senahes Niveau	Verlust von Im- pulssteuerung	eng/willkürlich	unklar
(13) männl. 16 J.	niedriges bis präpsy- chotisches Niveau	destruktive Durchbrüche	verfehlte Beziehung	Pubertät
(14) männl. 11 J.	mittleres Niveau	Geister	mißbräuchliche Beziehung	unklar
(15) männl. 12 J.	niedriges bis mittleres Niveau	Verlust von Körperteilen	übergriffig	unklar
(16) männl. 18 J.	präpsychotisch	Dysmor- phobie	blande	massive Stoffwech- selentgleisung
(17) weibl. 16 J. (bei Beginn 13 J.)	niedriges Niveau	Angst, sich zu zerteilen	diffuse Beziehungen	Trennung der Eltern

Zwangshandlungen übernehmen entsprechend dem Entwicklungsniveau verschiedene sichernde Funktionen:

(a) Die Zwangshandlung dient der *Reparation* eines grundlegenden Defektes bei mangelhaft entwickelter Integrationsfähigkeit. Sie unterstützt die aktive Grenzziehung zwischen Wahn und Wirklichkeit.

Die 18jährige G. litt unter massiven Zwangsbefürchtungen, u.a. beim Genuß von Schweinefleisch, ein Schwein zu werden, denen sie Kontroll- und Vergewisserungszwänge und Wiederholungszwänge wie wiederholtes Schwellenüberschreiten oder Türe zuschlagen entgegengesetzte. Ihre Symptomatik setzte mit dem 14. Lebensjahr ein. Es gab kein besonderes auslösendes Ereignis für ihre Erkrankung. Im Kontakt wirkte sie ausgesprochen bedroht und brüchig und nutzte die Zwänge, um eine gewisse Stabilität herzustellen. Wir stuften ihre Störung als psychosenah ein. Sie lebte ein doppeltes Leben: Sie war einerseits ein japanischer Flugzeugpilot, der über entsprechende Sprachkenntnisse verfügte und andererseits eine Person, die unter ihren schweren Zwängen und Ängsten litt. Als in einem Interview die Therapeutin den primitiven Abwehrvorgang der Spaltung, das aktive Auseinanderhalten von qualitativ unvereinbaren konträren Affekt-, Selbst- und Objektzuständen in Frage stellte, indem sie gegensätzliche Seiten von ihr zusammenbrachte, dekomensierte sie mit einer manifesten Wahnvorstellung, von Verrätern umgeben zu sein. Mit Hilfe ihrer multiplen Zwänge bemühte sie sich, eine Grenze zwischen den verschiedenen unintegrierten und undifferenzierten Selbstobjekt-kernen und zwischen Wahn und Wirklichkeit herzustellen (STREECK-FISCHER 1988).

(b) Die Zwangshandlung dient der *Vermeidung des Abgleitens* in die Psychose. Hier steht nicht die Integrationsstörung als Defekt im Vordergrund, sondern die Gefahr der Verschmelzung von Selbstobjektanteilen ist vorübergehend und reversibel. Sie ist zumeist Folge von traumatischen Erfahrungen in der Entwicklung.

Der knapp 16jährige W. kam zur stationären Behandlung wegen Kontroll- und Vergewisserungszwängen, Zwangsbefürchtungen (wie Angst vor Tod und Krankheit) im Wechsel mit aggressiven Durchbrüchen und destruktiven Handlungen. In seiner äußeren Erscheinung sah er eher wie ein 13jähriger noch vor Beginn der psychosexuellen Reife aus. Der Beginn seiner Zwangssymptomatik lag im Alter von acht Jahren. Angeblich gab es kein auslösendes Ereignis für seine Erkrankung. Seine Mutter litt unter einer Angststörung. Die Störung von W. wurde auf mittlerem bis präpsychotischem Niveau eingeordnet. Er war in der Lage, in ausreichend sicheren Bedingungen ausreichend gut zurechtzukommen, konnte jedoch unter Belastungen, z.B. beim Besuch der Regelschule, auf eine derart desorganisierte Ebene entgleisen, daß er eine Einzelbetreuung brauchte, um sich und andere nicht zu gefährden. In solchen Situationen konnte er auf die Zwangshandlungen als Stabilisierungen nicht mehr zurückgreifen.

Der 18jährige N. erkrankte im Alter von 13 Jahren an einer schweren Schilddrüsenüberfunktion, die zu einer massiven und spät erkannten Stoffwechsellentgleisung führte. Es erfolgten Einweisungen in die Kinderpsychiatrie gegen seinen Willen. Danach entwickelte er ausgeprägte Kontrollzwänge und eine Dismorphophobie. Von seiner Struktur her wurde er als präpsychotisch eingeordnet.

(c) Die Zwangshandlung wird überwältigenden inneren und/oder äußeren *Bedrohungen*, die in Zwangsbefürchtungen abgespalten oder isoliert werden, *entgegengesetzt*.

Die sechsjährige K. kam wegen ausgeprägter Wasch- und Leckzwänge bei nicht geäußerten Zwangsbefürchtungen zur stationären Psychotherapie. Darüber hinaus war sie ein gut entwickeltes, kognitiv vorgereiftes Mädchen. Ihr Entwicklung wurde auf mittlerem bis neurotischem Niveau eingestuft. Auslösend für ihre Symptomatik war ein fraglicher sexueller Mißbrauch durch

den Vater und die danach erfolgte Trennung der Eltern mit Racheagieren der Mutter. Hier lag eine massive traumatische Erfahrung vor, die zu einer schweren Zwangsstörung führte.

Die in der Übersicht dargestellten auslösenden Situationen machen deutlich, daß Zwangsstörungen sich manifestieren können:

- als Folge belastender Bedingungen in der frühen Kindheit: (a) unspezifischen, ungünstigen Entwicklungsbedingungen oder (b) bei schweren traumatischen Belastungen in der frühen Kindheit und daß (c) diese Entwicklungsstörung kaschiert sein kann und erst in bestimmtem Reifungsperioden erkennbar wird, z. B. durch psychobiologische Reifungsvorgänge der Adoleszenz, die mit Dekompensationen einhergehen;
- als Folge von ödipalen Konfliktkonstellationen, die (a) als neurotisch anzusehen sind, weil keine äußeren Traumata erkennbar sind oder die (b) als reales Trauma, z. B. bei Inzest erfahren wurden.

Die Feststellung verschiedener Autoren, daß der Zwang aus psychoanalytischer Sicht lediglich als eine Abwehrmaßnahme gegen verbotene unbewußte Triebimpulse anzusehen sei, ist vor diesem Hintergrund eine unzulässige Vereinfachung.

6 Zur Diagnostik von Zwangsstörungen in der Klinik Tiefenbrunn

Aufgrund einer genauen Diagnostik hinsichtlich der verschiedenen Entwicklungsniveaus, die in Tiefenbrunn stationär innerhalb der ersten sechs Wochen bei allen Kindern und Jugendlichen durchgeführt wird, und die in die Therapieplanung für die stationäre Behandlung einfließt, zeigte sich rückblickend, daß nur zwei Jugendliche in ihrer strukturellen Entwicklung höher eingestuft wurden, als sich bei der weiteren Behandlung herausstellte. Unter der Behandlung bzw. nach der Behandlung kam es bei ihnen zu psychotischen Dekompensationen. Die Bindung an äußere Strukturen der Station hatte es ihnen offenbar ermöglicht, auf höheren Ebenen zu funktionieren, so daß die zugrundeliegende Problematik kaschiert wurde. Bei den anderen diagnostischen Zuordnungen änderte sich die Einschätzung nicht.

Zwänge können bei Kindern und Jugendlichen auch als Folge einer Transmission von erfahrenen Traumata der Mütter oder Vater auftreten, wie in zwei Fällen deutlich wurde: In einem Fall lagen traumatische Mißbrauchserfahrungen der Mutter durch Vater und Großvater vor, im anderen Fall litt die Mutter an einer traumatische Belastungsstörung nach einem schweren Unfall, den sie als Jugendliche erlitten hatte. Infolge eigener traumatischer Belastungen waren beide Mütter nicht in der Lage, ihrem Kind eine eigene Entwicklung durch optimale Frustration und Grenzziehung zuzugestehen. Jegliche eigenständige Schritte wurden in einem Fall von Seiten der Mutter gekappt, da sie von ihren massiv destruktiven Vorstellungen durch ihre Unfallerfahrungen überrollt wurde. Der Zwang diente gleichsam einer gemeinsamen Kontrolle und Abwehr traumatischer Erfahrungen. In drei Fällen lagen aktuelle traumatische Belastungen vor: bei der siebenjährigen Patientin ein sexueller Mißbrauch, bei einem 12jährigen Jungen die gleichzeitige Konfrontation mit einem schweren epileptischen

Anfall des Vaters infolge von Alkoholentzug und mit lebensbedrohlichen Asthmaanfällen der Mutter sowie bei einem 16jährigen Jugendlichen die plötzliche schwere Erkrankung des Vater nach einem Schlaganfall, der ihn u. a. infolge von Lähmungen und dem Verlust der Sprechfähigkeit berufsunfähig werden ließ.

7 Zur Beziehungsgestaltung bei Zwangsstörungen

Bei den Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen konnten folgende charakteristische Beziehungsmuster beobachtet werden. Es zeigte sich immer ein zu nahes grenzüberschreitendes, übergriffiges Verhalten von seiten wichtiger Personen, in der Regel der Mütter. Zwischen dem Ausmaß der Übergriffe und dem Niveau der Entwicklungsstörung ließen sich deutliche Zusammenhänge feststellen.

- Ein 16jähriger psychotischer Jugendlicher sperrte sich stundenlang für seine Rituale in der Toilette ein. Die Mutter, die diese Grenzziehung nicht akzeptieren konnte, versuchte, durch das Schlüsselloch mit ihm in Kontakt zu bleiben oder spritzte Raumduftspray in die Toilette.
- Die Mutter des 15jährigen neurotischen Jugendlichen mit ausgeprägten Waschzwängen ging so eng umarmt mit ihrem Sohn im Klinikgelände spazieren als wäre er ihr Liebhaber; sie wußte immer über seine intimen Gedanken Bescheid.
- Die Mutter des präpsychotischen 12jährigen B. traute ihm keine eigenen Wege zu und nahm ihm alles aus der Hand. Noch bis zum 10. Lebensjahr hatte sie ihm den Po abgewischt.
- Die Mutter einer 15jährigen mit ausgeprägten Kontroll- und Ordnungszwängen lebte in den Schwärmereien ihrer Tochter, als wären es ihre eigenen, und reiste wie sie zu Auftritten des Popidols der Tochter.
- Eine Mutter beutete ihren neunjährigen Sohn, der an ausgeprägten Zwangsbefürchtungen und -handlungen litt, hinsichtlich seines Phantasielebens für ihre künstlerischen Aktivitäten aus.
- Die Mutter einer siebenjährigen mit ausgeprägten Leck- und Waschzwängen wußte über das Innenleben der Tochter besser Bescheid als sie selbst.

Alle diese Mütter zeigen überprotektive Einstellungen und übergriffiges Verhalten, ohne daß sie jedoch die Bedeutung ihrer Handlung für ihr Kind und seine reale Situation erfassen konnten. Diese deutlichen Grenzüberschreitungen haben zur Folge, daß das Kind ein Konzept der inneren Welt mit Gefühlen, Gedanken und Bildern, das sich von der Außenwelt unterscheidet, wie PIAGET (1974) dies beschreibt, nicht entwickeln kann. WINNICOTT würde von einer mangelnden Grenzschicht zwischen Innen- und Außenwelt, dem Selbst und der Welt sprechen. Mangelnde Grenzziehung und mangelnde Reizabschirmung sind gleichsam zwei verschiedene Seiten derselben Medaille, die Ähnliches mit unterschiedlichen Begriffen erfassen. Ängste vor Ansteckung und Ängste vor magischen Auswirkungen von Gefühlen und Wünschen auf wichtige Personen sind gleichermaßen Folge mangelnder Grenzziehungen und Reizabschirmungen. Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, daß bei einigen zwangsgestörten Kindern bereits früh oder zum Zeitpunkt der Behandlung eine Reizüberempfindlichkeit z. B. gegenüber taktilen Reizen festgestellt wurde. Dies erklärt einmal mehr, weshalb der Zwang als Mittel der Selbstdistanzierung und -bewahrung einem reizüberflutenden Objekt gegenüber eingesetzt werden muß.

8 Implikationen für die Psychotherapie

Auf die Bedingungen stationärer analytisch orientierter Psychotherapie wurden an verschiedenen Stellen ausführlich eingegangen (STREECK-FISCHER 1995, 1997a, b). Im folgenden sollen nur die besonderen Bedingungen stationärer analytisch orientierter Behandlung bei Zwangsstörungen dargestellt werden. Klassisch psychoanalytische Behandlungsansätze, die die Zwangsstörung mit Vorstellungen von symbolträchtigen, unbewußten Triebwünschen und -durchbrüchen in Verbindung bringen und deuten, sind bei Kindern und Jugendlichen ungeeignet. Sie setzen ein Maß an Ich-Entwicklung voraus, das in der Regel in dieser Lebensphase noch nicht vorliegt und lassen außer acht, daß wichtige Entwicklungen noch anstehen. Deutende Behandlungsansätze verschärfen die Störung der unsicheren Grenzziehung und brechen einen ohnehin mangelhaft entwickelten Innenraum auf – psychotische Dekompensationen können die Folge sein. Soweit sich die Kritik an psychoanalytischen Verfahren auf derartige Behandlungskonzepte bezieht, erscheint sie mir gerechtfertigt.

Andererseits widersprechen unsere Behandlungsergebnisse einer wiederholten Behauptung, daß bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter die Verhaltenstherapie die Methode der Wahl sei. Seit vielen Jahren werden im Krankenhaus Tiefenbrunn Kinder und Jugendliche mit zum Teil sehr schweren Zwangsstörungen behandelt. In der stationären Behandlung werden analytisch orientierte Konzepte mit anderen therapeutischen und pädagogischen Ansätzen verknüpft. In besonderen Fällen wird zusätzlich auch medikamentös behandelt.

Von den stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen der letzten Jahre hatten fast alle bereits eine oder mehrere ambulante und/oder stationäre Behandlungen an andere Stelle hinter sich, auch psychiatrische Behandlungen und Verhaltenstherapien. Bei Entlassung aus der stationären Behandlung waren die Zwangssymptome der behandelten Kinder und Jugendlichen bei mehr als zwei Drittel der 20 Patienten gebessert, bei dem restlichen Drittel – abgesehen von zwei Fällen, bei denen es zu einer Verschlechterung kam – unverändert.

Angesichts der Beziehungsstörungen von zwangsgestörten Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, in der Einzeltherapie und im klinischen Alltag auf die Herstellung von Grenzen zu achten, Entwicklung von eigenen und privaten Innenräumen zu ermöglichen und Bedingungen zu schaffen, die zur Stützung des Selbst(pols) beitragen. Abhängig vom Schweregrad der Zwangsstörung ist die Bedrohung durch regressive Wiederverschmelzung oder Selbstverlust mehr oder weniger ausgeprägt. Bei einer leichteren Störung, wie etwa bei Entwicklungskrisen in der Adoleszenz, führt die Trennung des Kindes oder Jugendlichen von der Familie durch die stationäre Aufnahme oft schon zu einer deutlichen Entlastung, insbesondere auch in bezug auf die Zwangssymptomatik.

Bei schweren Störungen sind umfassendere Maßnahmen im stationären Alltag notwendig, die es dem Kind oder Jugendlichen ermöglichen, ausreichend sichere äußere und innere Räume herzustellen. Grundsätzlich ist es in der Behandlung von Zwangsstörungen hilfreich, äußere zwangsbindende Strukturen als Alternative zum Zwang

aufzubauen.² Im folgenden werden einige Grundbedingungen stationärer psychotherapeutischer Behandlung bei Zwangstörungen zusammenfassend dargestellt:

(1) Stützen des Selbstpols, Stützen der Realitätsanbindung, äußere Arrangements als Stützkorsett und zur Grenzziehung (psychosenahe Störung):

- Appell an Selbstbestimmung; Überprüfen, ob Bedingungen hilfreich sind;
- Unterstützung bei Grenzziehung – räumlich (Einzelzimmer);
- Programme für Alltag: Körperpflege, Waschen, Bett beziehen, Aufräumen;
- Entwicklung einer Tagesstruktur als alternative Zwangsstruktur;
- Suche nach gesunden Anteilen und Ausbau derselben;
- Therapeut ist Stationsleiter zum Vermeiden von Realitätsverlust in einer folie a deux;
- Zwang wird als reparative Maßnahme akzeptiert und hat bei Ausweitung zur Folge, das Behandlungskonzept zu überprüfen.

(2) Stützen des Selbstpols, Entwicklung einer funktionsfähigen Ich- und Abwehrstruktur, die Grenzziehung zwischen Selbst und Objekt ermöglicht (niedriges Strukturniveau).

- Aufbau und Entwicklung von Selbstobjektgrenzen durch interaktionelles Vorgehen;
- Erwerb von Schutz- und Abwehrmechanismen, Arbeit an Realitätsprüfung;
- Appell an Selbstbestimmung, evtl. Etablierung von pendelnden Verhältnissen zwischen Station und draußen (z.B. stundenweise Praktika, Unternehmungen außerhalb der Station).

(3) Entwicklung von dyadischen zu triadischen Beziehungen, Stützen von Grenzziehungen im Bereich negativer Selbst/Objekte (mittleres Strukturniveau):

- „Ich kann eigene Wünsche und Bedürfnisse haben, weggehen, ohne den anderen zu zerstören und ohne selbst zerstört zu werden“; „Ich bin ich und Du bist Du“ (es gibt Grenzen zwischen Selbst und Objekt);
- Unterstützung bei altersspezifischen Beschäftigungen, eigenen Wegen (Hobbys, Interessen);
- Rollenspiel: Wie trage ich aggressive Konflikte aus, wie wehre ich mich?

(4) Aufarbeitung der neurotischen Konfliktkonstellation, Entwicklung von Grenzen zwischen Phantasie und Realität (neurotisches Niveau).

- Unterstützen bei der Sozialisierung von aggressiven und sexuellen Triebkonflikten;
- alternative Angebote, Eingrenzung des Zwangs durch andere Strukturierung im Alltag, Unterstützung bei Selbstkontrolle, Entwicklung der Fähigkeit zum Austragen von Konflikten.

² Eine solche Funktion können gerade auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen übernehmen.

9 Schluß

MEARES (1994) spricht von einem Prozeß der Realisierung (realization), den Patienten mit Zwangsstörungen in der Therapie durchlaufen sollten. OGDEN (1985) betont die Notwendigkeit einer ausgewogenen Dialektik zwischen Realität und Phantasie, die solche Patienten entwickeln müssen. Eine Fixierung an kindliche Omnipotenzvorstellungen – Allmacht der Phantasie, des Gedankens, der Gefühle – tritt immer dann ein, wenn es dem primären Objekt – in der Regel der Mutter – nicht gelingt, die entwicklungsabhängige innere Realität ihres Kindes mit der vorgegebenen äußeren Realität in Einklang zu bringen und ihm optimale Frustration entlang seiner Entwicklung zu gewähren. Eine vereinnahmende, grenzüberschreitende, überprotektive oder inzestuöse Mutter/Vater versagt in ihrer Funktion als psychoneurobiologischer Regulator – mit entsprechend komplexen Folgen in der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition Rev. Am. Psychiatric Assoc. Washington 1987.
- AMITAI, M. (1977): Die Zwangsneurose. Die Bedeutung der Objektdistanz. *Psyche* 31, 385-388.
- APTER, A./FALLON, T.J./KING, R.A./RAZONI, G./ZOHAR, A.H./BINDER, M./WEIZMAN, A./LECKMANN, J.F./PAULS, D.L./KRON, S./COHEN, D.J. (1996): Obsessive - compulsive Characteristics: From Symptoms to syndrome. *J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry* 35, 907-912.
- BAXTER, L.R./SCHWARTZ, J.M./BERGMANN, K.S./SZUBA, M.P./GUZE, B.H./MAZZIOTTA, J.C./ALZRAKI, A./SELIN, C.E./FERNG, H.K./MUNFORD, P./PHLEPS, M.E. (1992): Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiat.* 49, 681-689.
- BENEDETTI, G. (1993): Psychodynamik der Zwangsneurose. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchhandlung.
- CARTER, A.S./PAULS, D.L./LECKMANN, J.F. (1995): The Development of Obsessionality: Continuities and Discontinuities. In: CICHETTI D./COHEN J.: Developmental Psychopathology. Vol. 2: Risks disorder and adaptation. New York: John Wiley & Sons.
- COHEN, J.L. (1991): Tourette's Syndrom: a model disorder of integrating psychoanalytic and biological perspectives. *Int. Rev. Psychoanal.* 18, 195-209.
- DSM IV (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- DÜHRSEN, A. (1954): Die Problematik der Zwangsneurose anhand von Kinderfällen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 3, 1-5.
- EGGERS C. (1991): Stimulus Barrier Model of Schizophrenia: Convergence of neurobiological and developmental psychological factors. In: EGGERS, C. (Hrsg.): Schizophrenia and youth. Heidelberg: Springer, S. 29-40.
- ESMAN, A. (1989): Psychoanalysis and general psychiatry: Obsessiv-compulsive disorder as paradigm. *J. Am. Psychoanal. Ass* 37, 319-336.
- ESMAN, A. (1991): Die Reizschranke. Forschungsbericht und Neubetrachtung. *Psyche* 45, 143-156.
- FERSTL, H. (1997): Zwangsstörungen. In: AHRENS, S.T. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart: Schattauer, S. 239-246.
- FREUD, S. (1895): Die Abwehrneurosen. GW I.
- FREUD, S. (1907): Zwangshandlungen und Religionsausübung. GW VII.
- FREUD, S. (1912): Totem und Tabu. GW IX.
- FREUD, S. (1913): Die Disposition zur Zwangsneurose. GW VIII.
- GLUCKSMANN, M.L. (1995): Psychodynamics and Neurobiology: an integrated approach. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 23, 179-195.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B. (1992): Psychobiologische Aspekte bei Genese und Therapie der Zwangserkrankungen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 20, 160-168.

- HÜTHER, G. (1997): *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KNÖLKER, U. (1987): *Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MEARES, M. (1994): A pathology of privacy: toward a new theoretical approach to OCD. *Contemporary Psychoanalysis* 30, 83-100.
- MENTZOS, S.T. (1993): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- NEUDÖRFL, A./HERPERTZ-DAHLMANN, B. (1996): Der Verlauf von Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter - eine Literaturübersicht. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 24, 105-116.
- OGDEN, T.H. (1985): On potential space. *Int. J. Psychoanal.* 66, 129-141 (dt. Über den potentiellen Raum. *Forum Psychoanal.* (1997) 13, 1-18).
- PIAGET, J. (1974): *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- QUINT, H. (1971): Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- QUINT, H. (1984): Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. *Psyche* 28, 717-737.
- RAPPOPORT, J.L./SWEDO, S.E./LEONARD, H.L. (1992): Childhood obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiat.* 53, 11-16.
- RIEDESSER, P. (1997): unveröff. Protokoll einer gemeinsamen Arbeitssitzung zu Zwangssyndromen mit M. Berger, D. Bürgin, A. Streeck-Fischer, J. Wiese.
- ROTHENBERGER, A./DÖPFNER, M. (1997): Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Fragen und Antworten. Informationsheft der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen.
- ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G. (1997): Die Bedeutung von psychosozialen Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung - neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 46, 623-644.
- SCHWIDDER, W. (1975): *Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- STERN, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- STREECK-FISCHER, A. (1988): Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 37, 366-376.
- STREECK-FISCHER, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von frühgestörten Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 40, 79-87.
- STREECK-FISCHER, A. (1997a): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal.* 13, 19-37.
- STREECK-FISCHER, A. (1997b): Stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: AHRENS, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, S. 611-615.
- STREECK-FISCHER, A. (1997c): Was heißt integrierte stationäre Psychotherapie. In: KLOSINSKI, G. (Hrsg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber, S. 86-98.
- SWEDO, S.E. (1989): Rituals and realizers: An etiological model of obsessive-compulsive disorder. In: RAPPOPORT, J.L.: *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington DC: Am. Psychiatric Press, S. 269-288.
- THIEL, A./SCHÜSSLER, G. (1995): Zwangssymptome bei strukturellen Selbstdefekten - eine Untersuchung am Beispiel der Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychosom. Med.* 41, 60-76.
- THOMPSON, J.M./BAXTER, L.R./SCHWARTZ, J.M. (1992): Freud, Obsessive-Compulsive Disorder and Neurobiology. *Psychoanalysis Contemporary Thought* 15, 483-505.
- VAN DER KOLK, B. (1997): Die Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. In: STREECK-FISCHER, A. (Hrsg.): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (im Druck).
- WINNICOTT, D.W. (1978): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WULFF, M. (1951): The problem of neurotic manifestations in children of preöedipal age. *Psychoanal. Stud. Child* 6, 159-179.

Anschrift der Verfasserin: Dr. med. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Tiefenbrunn - Krankenhaus für Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Landes Niedersachsen, 37124 Rosdorf.