

Zwang und Psychose

Michael Dümpelmann, Tiefenbrunn

20. Jahrestagung des FPP, Frankfurt a.M., 2.12.2017

Dieser Vortrag baut auf einer Untersuchung auf, die von mir zusammen mit Henning Böhlke 2003 durchgeführt wurde.

Zwänge und Psychosen berühren viele wichtige konzeptionelle und behandlingstechnische Fragestellungen unseres Fachs.

Von klinischen Erfahrungen ausgehend möchte ich besonders Aspekte der nosologischen Einteilung sowie von Affektivität und Autonomie darstellen. Dazu verwende ich weitgehend psychodynamische Mittel und möchte zeigen, was sich zu der Fragestellung dieser gemischten Krankheitsbilder in dieser Perspektive erfassen und verstehen lässt.

Vorbemerkungen

Zwangssymptome, die oft alternierend wie auch zusammen mit Psychosen auftreten, können als besondere und klinisch bedeutsame Form der Affekt- und Autonomieregulierung bewertet werden. Psychotische Manifestationen werden so oft gemildert oder gar latent gehalten. Daher sind in diesen Fällen für Zwangsstörungen spezifische Therapieversuche sehr riskant. Systematische Studien zu dieser Thematik, auch zur Behandlung, sind rar. An 3 Fallskizzen aus der stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Praxis werden Wechselwirkungen zwischen Zwang und Psychose diskutiert, besonders ausgiebig an einem Fall mit negativem Behandlungsergebnis. Ausgehend von den vorgestellten Kasuistiken werden schließlich einige Therapieansätze für typische Schwierigkeiten dieser Krankheitsbilder gemacht.

Einleitung

Zwangssymptome im Kontext von Psychosen sind Klinikern geläufig und ihre Koinzidenz wird in der Literatur oft erwähnt. Umgekehrt werden auch psychosenahe und psychotische Störungen als Erkrankungen des Zwangsspektrums beschrieben (Niedermeier et al., 1998). Von einigen Autoren werden diese Syndrome als besondere Krankheitsentitäten angesehen, wie etwa „obsessive-compulsive psychosis“ (Insel u. Akiskal, 1986) oder „wahnhaftige Zwangsstörung“ (Niedermeier et al., 1998).

Die vorliegenden epidemiologischen Daten sollten vorsichtig interpretiert werden, weil bislang nur wenige Studien zu dieser Thematik existieren. Auch hirnorganische Aspekte können eine Rolle spielen (Frommhold, 2005). Die Studienergebnisse streuen, was auch auf unterschiedliche Erhebungskriterien zurückzuführen ist. Die gefundenen Zahlen sind aber eindrucksvoll. Bezieht man breit Fälle mit psychotischen und zwanghaften **Symptomen** ein, lassen sich Koinzidenzen von 25 % und mehr finden (Eisen et al., 1997; Ganesan et al., 2001). Aber selbst dann, wenn nur **Vollbilder** von schizophrenen und Zwangsstörungen berücksichtigt werden, kommt es noch zu Zahlen um

3-7 %, was die klinische Relevanz der Thematik unterstreicht (Insel u. Akiskal, 1986; Eisen et al., 1997). Daneben verweisen auch aufwendige Untersuchungen dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale auf die Nähe von Zwangssyndromen zu psychosenahen und psychotischen Störungen (Klosterkötter et al., 1997; Saß et al., 1997). Eigene Untersuchungen einer unausgewählten Stichprobe zeigen, dass bei 10 von 84 PatientInnen mit der Diagnose einer zwanghaften Störung (F 42 nach ICD-10) auch psychotische einschließlich schizophrener Symptome bestanden, was einem Anteil von etwa 12 % entspricht. Bei PatientInnen mit einer Zwangsstörung fanden wir im Vergleich zu solchen ohne Zwangsstörung signifikant erhöhte Psychotizismus-Werte (SCL-90-R; $p=0,05$) bei nahezu identischer Gesamtbelastung (SCL-GSI).* Die prognostische Aussagekraft des gemeinsamen Auftretens von Zwang und Psychose für das zu erwartende Therapieergebnis wird sehr unterschiedlich beschrieben und reicht von guter (Ganesan et al., 2001) bis zu erheblich eingeschränkter Prognose (Fenton u. McGlashan, 1986).

Studien über mögliche Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen psychotischen und zwanghaften Verarbeitungsmustern sind ausgesprochen selten (Ganesan et al., 2001), gerade auch Konzepte für die Behandlung betreffend (Eisen et al., 1997). Eine Erklärung dafür lässt sich in der nosologisch-kategorialen Dichotomisierung zwischen psychotischen und neurotischen Erkrankungen sehen, die etwa im ICD-10 noch fortbesteht. Danach sind Zwangsstörungen nur dann eigens zu klassifizieren, wenn sie nicht durch andere psychische Störungen bedingt sind, insbesondere durch Psychosen und affektive Erkrankungen, was psychotische Formen von Depression und Manie einschließt. Zwangsphänomene werden in diesen Fällen als ein Anteil des psychotischen Syndroms subsumiert. Aber auch die klinisch bedeutsamen psychosenahen Aspekte vieler Zwangssymptome können so nicht gut abgebildet werden. Durch die Vorgabe, diagnostisch auseinander zu halten, was häufig zusammen und gemischt auftritt, wird vor allem erschwert, das jeweilig Besondere der gemeinsamen Manifestation von Zwängen und Psychosen im Einzelfall genügend zu bewerten.

F/ Dazu eine erste Fallskizze: Eine 29-jährige Patientin kam wegen Wasch-, Spuck-, Schnaub- und Expektorationszwängen in unsere Behandlung, die in Verbindung mit Zwangsgedanken auftraten, sie sei innerlich schmutzig und verkommen. Sie wirkte zunächst völlig hilflos und weinte viel, was den Therapeuten aktivierte, sich sehr um sie zu bemühen. Die Zwänge nahmen dann aber massiv zu. Je intensiver er sich um die Patientin bemühte, desto mehr hustete, spuckte und schnaubte sie und wusch sich Stunden lang ihr Gesicht mit kochend heißem Wasser, was im wahrsten Sinn des Wortes brandgefährlich war. Sie gab dieses Verhalten nicht auf und war ständig von Häufchen gebrauchter

Wir danken Herrn Dipl.-Psych. Sven Rabung, NLKH Tiefenbrunn, für seine Hilfe bei der Berechnung und Zusammenstellung der Daten.

Papiertaschentücher umgeben, die den aus Mund und Nase heraus beförderten „Schmutz“ enthielten. Man stand vor einem kleinen Limes. Quälende Hilflosigkeit herrschte auf beiden Seiten. Nach langer Vorbereitung konnte schließlich durch ein Expositionstraining der Waschzwang von 4 Stunden auf 1 Stunde Dauer täglich reduziert werden. Auch die anderen Zwänge besserten sich moderat. Das hielt aber nicht lange an. Schon kurz nach der Entlassung nahm die Besessenheit, den von „innen“ kommenden „Schmutz“ aus dem Körper und dem Gesicht entfernen zu müssen, dramatische Formen an. Sie rieb und kratzte sich ständig ihr Gesicht blutig. Danach entwickelte sie eine schizodepressive Psychose des Inhalts, für ihre Schlechtigkeit und Schmutzigkeit angeklagt und verfolgt zu werden. Deren Inhalt wurde auch inszeniert, einmal dadurch, dass sie eine männliche Zufallsbekanntschaft so weit provozierte, dass er sie zusammen zu schlug. Danach war ihr Gesicht durch Schwellungen und Hämatome entstellt.

Die Zwänge wirkten in diesem Fall wie ein verzweifelter Kampf gegen das Schlechte in ihr, um Abstand vom Therapeuten und darum, die eigene Anstrengung um jeden Preis, auch gegen die Behandlungsziele durchzuhalten. Die therapeutische Intervention war zu einem Eingriff und zu einem Angriff geworden, der zwar zunächst partiell erfolgreich verlief, bald aber zu einer gravierenden Verschlechterung führte. Die Patientin konnte keinen interpersonellen Abstand mehr halten, sondern lieferte sich in Beziehungen aus und wurde psychotisch, beides ein gravierender Verlust ihres autonomen Selbsterlebens.

Zwang und Autonomie

Verläufe wie dieser werfen ein Schlaglicht darauf, wie zwanghaftes Verhalten, scheinbar sinnlos und grotesk, die Funktion übernehmen kann, das Empfinden von Autonomie und Kohärenz der eigenen Person zu stabilisieren (Quint, 1984) und vor Fragmentierung und psychotischer Regression zu schützen (Lang, 1981). Deshalb bezeichnet Shapiro (1991) Zwänge prägnant als verzerrtes Autonomieerleben: sich bis zur Selbstqual abzumühen, sich permanent anzutreiben und angestrengt aktiv zu sein, ermöglicht auch eine positive Erfahrung des eigenen Bemühens und Wollens, die dann zumindest ein Gegengewicht zu Ängsten und Befürchtungen bildet. Dass eine vermeintlich störungsspezifische, auf zeitnahe Beseitigung oder Verminderung von Zwängen zielende Behandlung schlimme Folgen in Form massiver Regression nach sich ziehen kann, wird so verständlich. Autonomie und Zwang werden klassisch-psychoanalytisch eng verknüpft mit Trieb-Abwehr-Konflikten gesehen. Ist Autonomie die Fähigkeit zu gekonnter Selbststeuerung von Triebimpulsen durch ein reifes und in die eigene Person integriertes Über-Ich, sind Zwänge eine Art Antipode dazu und werden als Kompromiss zwischen dem Es und einem rigiden, strafenden Über-Ich betrachtet, in dem die Fremdsteuerung des Kindes durch die Eltern weiter lebt.

Autonomie kann aber auch anders verstanden und fundamentaler konzeptualisiert werden: als die Fähigkeit, sich erst einmal selbst als individuelles, von anderen Menschen abgegrenztes Zentrum eigener Handlungen zu erleben (Lang, 1981; Dornes, 1997). Der Unterschied zwischen den beiden Konzepten wirkt vielleicht prima vista nicht allzu groß, markiert aber eine klinisch sehr bedeutsame Differenzierung: hier geht es um die Kontrolle von Handlungen und ihrer Vorstufen, dort um das Erleben der eigenen Person durch die Regulierung von Selbstbild und Selbstgefühl, von Affekten und Impulsen und von Beziehungen. Zwanghaftes Verhalten hat in dieser Perspektive von Autonomie die Funktion, intrapsychische und interpersonelle Grenzen abzudichten und damit die Selbstkohärenz zu verstärken sowie für Affekte und Impulse die Erfahrung von eigener Wirkmächtigkeit zu ermöglichen, und wenn auch nur durch das starre „Durchziehen“ eines Rituals gegen jeglichen inneren oder äußeren Widerstand.

Zwang und Psychose – Wechselwirkungen

Das häufige gemeinsame Auftreten von psychotischen und Zwangssymptomen stellt die Frage nach einem Zusammenhang, was sich aber, worauf ich schon hingewiesen habe, in gebräuchlichen nosologischen Kategorien nicht präzise abbilden lässt. Ich möchte deshalb mit einigen Fallskizzen idio-graphisch darstellen, welches dynamische Zusammenspiel und welche klinisch relevanten Wechselwirkungen zwischen beiden Manifestationen wir oft beobachten können und wie wir sie bewerten. Dabei ist für uns wichtig, welche Funktionen Zwänge bei Psychosen und welche Psychosen bei Zwängen übernehmen.

F/ Dazu zur weiteren Anamnese des schon begonnenen Falls: Die Patientin wuchs als Tochter eines alkoholkranken Vaters auf, der die Mutter oft vor ihren Augen verprügelte. Im Alter von 9 J. bot sie, wie sie erinnerte, der Mutter an, an deren Stelle im Ehebett zu schlafen. Die sehr ordentlich und prüde geschilderte Mutter nahm dieses Angebot an und zog in das Kinderzimmer der Patientin um, machte ihr aber zugleich massive Vorwürfe, wie sie nur zu einem „so verkommenen Alkoholiker ins Bett steigen“ könne. Manifeste Inzest wurde nicht erinnert. Ein Albtraum enthielt aber eine Szene mit dem Vater, die einer Fellatio sehr nahe kam. Mit 14 J. begann die Patientin eine Liebesbeziehung zu einem wesentlich älteren, auch alkoholkranken Mann. Bei sexuellen Kontakten war sie wie gelähmt und wehrte sich nicht. Dafür beschimpfte sie die Mutter, der sie davon berichtete, als „Flittchen“ und bestand darauf, sie möge sich ja nicht „anfassen“ lassen. Danach begannen die Zwangssymptome. Es war entlastend für sie, wenn die Mutter sie nach Stunden vom Waschbecken weg zerrte. Dabei sog sie den „sauberen“ Duft von deren Körper ein. Später entwickelte die Patientin als Gegenzwang ein Ritual. Sie nahm sich frische Unterwäsche von der Mutter, besonders

ihre Slips, in die sie dann bis zu 500-mal nacheinander hinein schnaubte und spuckte. Das löste ein Empfinden von Reinigung aus und beruhigte sie.

Viele Elemente dieses Verlaufs können als typisch für eine Zwangsstörung interpretiert werden: Gedanken und Handlungen, deren Sinnlosigkeit die Patientin erfassen, aber nicht aufgeben konnte, augenfällige Kompromisse zwischen schmutziger Sexualität und Reinigungsritualen, die entweder Handlungen der Mutter oder ein sie stellvertretendes, ihre sexuelle Sauberkeit beschwörendes Wäschestück einbezogen, ließen sich als regressive und anal-sadistische Verarbeitung genitaler Konflikte unter dem Einfluss eines unreifen, auf die Mutter externalisierten Über-ich interpretieren.

Aber warum kam es dann zur Psychose ? Erst recht dann, wenn die Patientin sich nach 5 Monaten stationärer Behandlung und 10 Familiensitzungen des Mitgefühls, der Hilfe, der Schuldgefühle entlastenden und steuernden Funktionen ihrer Mutter viel sicherer sein konnte als vorher ? Diese Annäherung an und die Versöhnung mit der Realperson „Mutter“ trugen paradoxer Weise zu einer gravierenden Verschlechterung bei. Anstelle tyrannisierender und strafender Über-Ich-Botschaften traten danach psychotische Erlebnisse von Verfolgung und Beschuldigung auf.

Kurz: Der zunächst erfolgreiche Versuch einer Über-Ich-Modifizierung half nicht nur nicht, sondern verschlimmerte den Verlauf erheblich. Mit einem Trieb-Abwehr-Modell allein lässt sich das nicht erklären.

Aber eine Beobachtung hilft hier weiter: Solange die Patientin nämlich die Einbeziehung ihrer Mutter nur symbolisch durch den Griff zu ihrer Wäsche vollzog, funktionierte sie zwanghaft und nicht psychotisch. Nach der Wiederannäherung an die Mutter kam es zur Psychose. Das demonstriert, dass diese Zwänge auch für emotionale Distanz zur Mutter sorgten und dass der Griff nach ihrer Wäsche, nicht nach ihr selbst, auch ein Ritual ausgedünnten Kontakts war, das interpersonelle Grenzen abdichten und so Fragmentierung und Fusion verhindern konnte. Dieser indirekte Modus der Verbindung zum mütterlichen Objekt vermittelte kompromissartig dosierten Kontakt und zugleich Kontrast zwischen Subjekt und Objekt und wurde eisern gegen alle äußere Annäherung aufrecht erhalten. Die Zwänge sicherten so ein Stück Privatheit und Autonomie. In der Behandlung der von ihren Symptomen gequälten jungen Frau wurde anfangs die Symptomatik wesentlich als Ausdruck eines Trieb-Abwehr-Konflikts zwischen sexueller Erregung und deren Kontrolle interpretiert und der Akzent daher auf die Bearbeitung der Beziehung zur Mutter gelegt. Durch die so mobilisierte Nähe zu ihr wurde jedoch das Trauma der frühen Auslieferung an den Vater aktualisiert, neben dem die Mutter die Patientin als Kind schlafen ließ, um sich selbst zu schützen. Das dazu gehörende und im Zwang gebundene Enactment, den ekelhaften „Schmutz“ der Sexualität an die Mutter und an ihr durch den Slip repräsentiertes Genital zurück zu geben, wurde nicht als handelnd kommuniziertes Schließen von Grenzen und Inzestschranken und nicht als zumindest versuchte Wieder-

herstellung von Unberührtheit und Abstand bewertet, mit dem die Patientin sich selbst immer wieder verbissen ein Stück Integrität, Eigenleben und Autonomie bewies. Wie sie diese Selbstversicherung nicht mehr aktiv in Szene setzen konnte, kam es zur Psychose.

Zwanghafte Verarbeitungsmuster verändern psychische Inhalte oft erheblich. Durch Isolierung, Verschiebung, magisches Denken etc. werden konflikthafte Beziehungen als Tatbestände und Sachen mit oft betont technischen Details konkretisiert und ding-fest gemacht, etwa die schmutzig erlebte Sexualität im geschilderten Fall als Schleim der Atemwege, der dann gleichsam durch mechanische Handlungen entsorgt werden kann. Das nur als Verlust von Realität zu bezeichnen, wird den Phänomenen nicht gerecht. Angemessener erscheint es, hier von einer anderen Konstruktion innerer und äußerer Realität zu sprechen. Brisante Gefühle, Impulse, Traumatisierungen und Beziehungskonflikte werden als ein abgetrennter, aber doch noch eigener Teil der Person behandelt, der bewusst zwar ich-dyston und fremd erlebt wird, dessen subjektive Brisanz aber zugleich mit grotesker Intensität bearbeitet wird (Shapiro, 1991). Das stellt eine partielle Überschneidung mit psychotischen Symptombildungen dar, von denen sich Zwänge manchmal schon klinisch nicht leicht unterscheiden lassen, was auch die jeweiligen Denkstörungen betreffen kann (Eisen et al., 1997). Bei Zwängen sind in der Regel aber die Subjekt-Objekt-Differenzierung und damit interpersonelle wie auch intrapsychische Grenzen stabiler erhalten und innere Erlebnisszenarien werden mehr konkretistisch und weniger magisch und verdichtet wie bei Psychosen metaphorisiert.

Wichtig für das Verständnis von Zwangssymptomen ist der Begriff der Symbolisierung und seine Bewertung. Werden zwanghafte Phantasien und Gedanken als Symbole im Sinn einer innerpsychischer Entsprechung für (noch) nicht vollzogene, aber schon immanente Handlungen interpretiert, führt das deterministisch zurück in das Trieb-Abwehr-Modell der frühen Psychoanalyse, wie es oben erwähnt wurde. Wird Symbolisierung aber als die Fähigkeit zur Bildung von Symbolen und als ein Prozess mit dem Ziel verstanden, Orientierung stiftende Metaphern zu konstruieren, um psychische Inhalte überhaupt repräsentieren zu können (Benedetti, 1991), bekommen Zwänge einen anderen Sinn. In ihnen werden dann Erfahrungen, Affekte, Gefühle und Impulse als Objekte und Sachen symbolisch abgebildet, die anders nicht erlebt und erst recht nicht sprachlich kommuniziert werden können. In der so entstehenden Privatwelt der Zwänge kann die eigene Person von brisanten Beziehungskonflikten abgekoppelt, aber gerade dadurch noch autonom und aktiv erlebt und somit die Erfahrung der „Kontinuität des seelischen Ichs“ erhalten werden (Federn, 1978, S. 236). Der Zwängen eigene Stil, Psychisches verschlüsselt in Tatsachen und Dingen sowie deanimiert als eine Art von Mechanik wiederzugeben (Benedetti, 1991), ermöglicht dann, durch Handlungen in Form von Wiederholungen und Ritualen diese konkreten „Sachverhalte“ zu bearbeiten und dadurch die Erfahrung der eigenen Wirkmächtigkeit, ob nun denkend, ausführend, kontrollierend oder verwei-

gernd. Die Erfahrung eigenen Wollens, das Spüren eigener, insbesondere körperlicher Aktivität und das Anarbeiten gegen alle Widerstände intensivieren das Selbstgefühl und sind, entwicklungspsychologisch betrachtet, essenziell für das Erleben psychischer Grenzen (Dornes, 1997).

Fasst man das zusammen, dämpfen Zwangssyndrome Affekte und Impulse, stabilisieren psychische Grenzen und verstärken die Wahrnehmung der eigenen Person wie auch den Kontrast gegenüber dem Objekt. Die Nähe zu psychotischen Krankheitsbildern, die sich psychopathologisch-deskriptiv wie auch psychodynamisch erkennen lässt, ist kompatibel mit der Beobachtung, dass Zwänge häufig bei psychosenahen Störungen auftreten und als Schutz gegen Fragmentierung und drohende psychotische Manifestation wirken. In der Privatwelt der Zwänge (Meares, 1994) wird Unerträgliches nicht so radikal aus dem Kontext der eigenen Person heraus gelöst wie bei Psychosen. Zusammen mit dem Erleben einer von sich selbst ausgehenden aktiven Anstrengung ermöglicht das den Erhalt eines autonomen Selbstgefühls auch unter hoher Belastung. So verzerrt dieser Modus, Autonomie zu erhalten, auch immer sein mag, hat er klinisch und therapeutisch große Bedeutung.

Zwangssymptome gestalten auch die manifesten Beziehungen zu anderen Menschen wesentlich mit. Selbst wenn es zu Arrangements kommt, die auf den ersten Blick sehr infantil, abhängig oder sogar hörig wirken, können sie wichtige Funktionen übernehmen, etwa die, ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz zu sichern, das vor Fragmentierung schützt und das Selbstgefühl stabilisiert. Die nächste Kasuistik soll das veranschaulichen.

F/ Die Eltern des Patienten hatten sich in seinem 13. Lebensjahr getrennt. Der Vater hatte zuvor eine Affaire mit einer 15 Jahre jüngeren Nachbarin begonnen; die sehr ängstliche und gehemmte Mutter reagierte anorektisch und klammerte sich an den Sohn. Bei seiner Geburt waren seine Mutter und er lebensbedrohlich erkrankt. Damals hatte schon begonnen, dass sie ihren Sohn zu ihrem wesentlichen Lebensinhalt machte. Auch in der Ehe mit ihrem 2. Mann war sie zuerst einmal für den Sohn da. Mit 16 Jahren, nach erster Masturbation und dem ersten Zungenkuss, seinem bisher einzigen sexuellen Kontakt, begannen massive Handwasch- und Kontrollzwänge auf sowie Zwangsbefürchtungen, eine Frau zu sein, anal penetriert zu werden und AIDS zu haben. Und weiter kam es zu Ängsten, er sei pädophil, und das könne ihm im Gespräch „herausrutschen“. Eine Zeit lang bemühte er sich sehr, den Kontakt zu seiner peer group zu halten und sich nach außen zu orientieren. Mit 19 J. kam es aber zu einer Psychose mit dem Inhalt, beobachtet, von Wanzen abgehört und von Gott für seine dann offenbare Schlechtigkeit bestraft zu werden. Die fortgesetzte Suche nach Kontakt zu jungen Frauen und die relative Distanzierung von seiner Mutter hatten ihn überfordert. Die produktiven Symptome ließen sich neuroleptisch effektiv behandeln. Die Zwänge bestehen weiter. Seither lebt er in einer Art von Josefsehe mit seiner Mutter. Die teilt mit dem Stiefvater zwar das

Bett, lebt aber sonst nur für den Sohn. Mehrere Behandlungsversuche haben diesen status quo nicht wesentlich verändert. Psychosenahe Zustände wurden immer wieder dokumentiert; zu einem Psychoserezidiv ist es aber seit 9 Jahren nicht gekommen.

Die Beziehung zwischen Mutter und Sohn bietet beiden effektiv Schutz und Sicherheit gegen weitere Krisen, anorektische bei der Mutter und psychotische beim Sohn. Sie leben wie in einer asexuellen Partnerschaft miteinander, was zwar Generationsgrenzen, aber die Inzestschranken gerade nicht überschreitet. Beide stehen sich immer zur Verfügung, auch um den Preis von Abhängigkeit und Parentifizierung, und stimmen alles miteinander ab. Die Zwänge des Patienten traten auf, wie er mit seinem Begehren nach Frauen konfrontiert wurde und sah, dass ihm das möglich war. Die daraus resultierende Angst, seine Mutter und ihre validierende Funktion für seine Wünsche, Affekte und Impulse zu verlieren, hielt er eine Zeit lang durch, reagierte aber schließlich psychotisch. Die Zwänge blieben und bieten einen Kompromiss. Nähe, Intimität und auch Inzestuöses werden erlebt, aber zugleich kontrolliert und blockiert. So ergab sich eine für beide stabilisierende Kollusion: Die Zwänge gestalteten die Beziehung so, dass die die Zwänge unterhielt, die sie zum Austarieren von Nähe und Distanz brauchte, um als diese Beziehung zu funktionieren.

Die Beziehung zu einem passenden Objekt kann die Manifestation psychotischer Störungen verhindern, auch wenn es sich dabei um augenscheinlich gestörte, pathologische und hochgradig kollusive Beziehungen handelt. Bei schwereren Störungen der psychischen Entwicklung, bei Zwängen häufig und bei Psychosen die Regel, bleiben Ich-Funktionen wie etwa die Regulierung von Nähe und Distanz oder von Affektivität und Impulsivität auf die spiegelnde und validierende Anwesenheit eines Selbstobjekts angewiesen. So kann paradoxer Weise Abhängigkeit, selbst Hörigkeit die Regulierung von Autonomie positiv beeinflussen oder sogar erst möglich machen (Krause, 1998). Typisch zwanghaftes Verhalten wie etwa Verlässlichkeit und Unterwürfigkeit erleichtern, solche Beziehungen zu halten, die diese Sicherheit geben.

Die vorigen Kasuistiken zeigten Verläufe, bei denen Zwangssymptome alternierend mit psychotischen Zuständen auftraten und vor ihnen begannen. Zwänge können aber auch nach und während Psychosen auftreten. Dazu eine weitere Fallskizze.

F/ Ein 26-jähriger Mann hatte kurz nach Studienbeginn in einer fremden Stadt das Vollbild einer schizophrenen Psychose mit Verfolgungs- und Beziehungswahn, Gedankeneingebung und akustischen Halluzinationen entwickelt. Die Nähe anderer Menschen empfand er extrem gefährlich und sich wie deren Spielball. Es kam zu 3 brisanten Suizidversuchen, einmal durch einen Schnitt in die Halsschlagader. Mehrere Behandlungen verliefen unbefriedigend. Der Patient währte sich perma-

nent bedroht und hatte auch schon Passanten attackiert. In der Gleichsetzung von zwischenmenschlicher Nähe mit der Gefahr völliger Auslieferung wiederholten sich traumatische Kontingenzen. Mit 4 Jahren war es beim Spielen auf einem zugefrorenen Teich zu einem Unglück gekommen. Sein Vater gab ihm Schwung, wonach er in ein Eisloch rutschte und beinahe ertrank. Er hatte sich anvertraut und wäre daran fast gestorben. Mit der Mutter gab es ähnliche Erfahrungen: suchte er bei ihr Nähe, Trost oder Geborgenheit, wurde er stets mit dramatischen und explosiven Affekten überfahren. Lange nach Beginn der Psychose kam es zu Zwangsbefürchtungen, er könne eine Frau vergewaltigen und sie sich völlig unterwerfen. Darin drehte er den Spieß um. Er lieferte das Objekt an sich selbst aus und dominierte so die Szene. Die deskriptiv eindeutigen Zwangssymptome ängstigten ihn, und wenn sie auftraten, achtete er sehr auf Abstand, insbesondere bei Frauen.

Zwangsgedanken und –rituale helfen oft dabei, eine Balance zwischen Erregung und Steuerung zu halten, weil sie psychotischer Verunsicherung konkrete innere Szenarien oder Bewegungsmuster entgegen setzen und so für Orientierung sorgen (Milch, 2001). Im Zwangssymptom können Gedanken und Affekte bekanntlich nicht gut von Handlungen unterschieden werden. Das wirkt gerade bei Psychosen oft positiv und wird scheinbar genutzt. Zwänge sind ja keineswegs immer Handlungsvorläufer, die schon den Schatten einer Aktion vorauswerfen und deshalb kontrolliert werden müssen, sondern sie liefern erst einmal konkrete innere Bilder davon, was gefährlich und bedrohlich ist. Die Impulskontrolle gelingt per Zwang besser, weil überhaupt ein Bild konstruiert werden kann. Zwangssymptome können in solchen Fällen sehr schnell entstehen (Kohl, 1998).

Fazit für die Praxis

Die zahlreichen Koinzidenzen von Zwang und Psychose stellen Fragen nach der diagnostischen Einordnung und der Klassifikation: sollte man angesichts dieser Häufigkeit von Komorbidität zweier Krankheitsentitäten sprechen (Ganesan et al., 2001) oder Zwänge als Teile psychotischer Syndrome subsumieren? Das psychodynamische Konzept des Syndromwechsels bietet eine Lösung an, die der Klinik dieser Fälle sehr nahe kommt: dieselbe Problematik desselben Individuums wird zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich bearbeitet. Neurotische und psychotische Modi der Verarbeitung desselben Grundkonflikts stehen zur Verfügung (Mentzos, 1997). Zwänge bei Psychosen sind Musterfälle gemischter, vertraute kategoriale Grenzen überschreitender Krankheitsbilder, die nicht selten sind. Ergebnisse genetischer Forschung bestätigen die klinische Bedeutung solcher nur partiell psychotischer Krankheitsbilder und sprechen etwa von formes frustes schizophrener Störungen (Maier et al., 1999).

Diese Befunde verändern zunächst die Rezeption dieser Krankheitsbilder durch die TherapeutInnen, indem sie störungsspezifische Therapieansätze und traditionelle Interpretationen nach dem Trieb-

Abwehr-Modell in Frage stellen und ihre Risiken veranschaulichen. Das beeinflusst Indikationsentscheidungen, wer wann wen in welche Therapie nimmt und welche Chancen PatientInnen mit solchen Symptomen auf einen Therapieplatz haben.

Kategorische Diagnosekriterien engen den therapeutischen Zugang ein. Wir orientieren uns daher an entwicklungspsychologischen Konzepten (Dornes, 1997), die auch für Zwänge (Meares, 1994) und Psychosen (Dümpelmann, 2003) modifiziert beschrieben wurden. Dabei geht es darum, die psychische Entwicklung als Erwerb von Fähigkeiten zu erfassen und individuelle Defizite zu identifizieren, die Symptome bewirken, die dann wiederum Funktionen für die Selbst- und Beziehungsregulierung übernehmen. Auch Traumatisierungen sind hier von Bedeutung, die wie in allen 3 vorgestellten Fällen die Entwicklung erheblich stören können. Unsere Hypothese ist, dass Zwangssymptome wichtige Beziehungserfahrungen in einer nicht psychotischen Privatwelt verschlüsseln, die zwar verzerrt und dysfunktional ist, aber das Erleben von Autonomie effektiv verstärkt. Deshalb achten wir bei Zwängen besonders darauf, ob Störungen der Autonomieregulierung vorliegen: wie werden Nähe und Distanz gesteuert und Grenzen konstruiert? Können die Wirkmächtigkeit von Affekten und Impulsen und die eigene Person als Urheber erlebt werden? Wie groß ist die Abhängigkeit von Selbstobjekten? Wird man hierbei fündig, ist es wahrscheinlich, dass die Zwänge in die Regulierung von Autonomie eingebunden sind.

Einige Fragen der praktischen Behandlung möchte ich abschließend näher beleuchten. Ich beziehe mich dabei auf die Schwierigkeiten aus den vorgestellten Fällen, die uns als typisch für diese Krankheitsbilder erscheinen.

Der Überblick über die eigene emotionale Verwicklung der TherapeutInnen kann durch die Konfrontation mit Abstoßendem, Ekelhaftem oder scheinbar Sinnlosem beeinträchtigt werden. Im ersten Fall trugen Ekel sowie Sorge und Mitleid in der Gegenübertragung dazu bei, das zwanghafte Ausstoßen und Entsorgen von Körpersekreten einseitig als Kontrollverlust zu interpretieren und darauf wie auf eine bedrohliche Kontamination zu reagieren. In ihrer penetranten Inszenierung gab die Patientin aber nicht nur ihren Schleim in der Phantasie an Mutters Genital zurück, sondern warf den TherapeutInnen ganz konkret Haufen frisch gebrauchter Taschentücher vor die Füße, die dann zwischen ihr und denen lagen. Sie kontrollierte mit diesen Handlungen aktiv und in eigener Regie Nähe und Distanz sowie ihre Angst vor erneuter Auslieferung, vor Bemächtigung und Übererregung durch die TherapeutInnen. In der Behandlung wurde das aber nicht als notfallartige Abstandsinszenierung bewertet, sondern die Kontrolle dieses Symptoms so forciert, dass hier letztlich die Selbstkontrolle der Patientin wegkontrolliert wurde. Die `hautnahe´ Einbeziehung wie in diesem Fall verlangt den BehandleInnen viel ab. Aber auch scheinbar nur Skurriles und Abstoßendes muss

auch dann als Mittel der Beziehungsregulierung erfasst und in der Therapie den PatientInnen erst einmal zugänglich gemacht werden, wenn solche Szenen selbst Gegenstand des Interesses und als Kommunikation von Inhalten aufgefasst werden, die sprachlich nicht mitgeteilt werden können. Hier wurden handelnd Nähe und Distanz reguliert, Grenzen abgedichtet, und die eigene Handlungsfähigkeit immer wieder unter Beweis gestellt. Das bewusst erfahrbar zu machen und andere Lösungen für diese Aufgaben zu finden, ist auf die validierende Funktion der therapeutischen Interaktion angewiesen, auf Offenheit und positive Resonanz auch gegenüber schmutzigem und abartig wirkendem Verhalten. Das hätte etwa damit beginnen können, explizit die Angst der Patientin vor Kontakt zu benennen sowie die Anstrengung und die Überwindung anzuerkennen, ihn doch zu riskieren, wenn auch unter dem Schutz der Symptomatik.

Im zweiten Fall wurde in den Familiengesprächen während der stationären Behandlung die Beziehung zwischen dem Patienten und seine Mutter nicht hinterfragt, sondern beide implizit wie ein Paar mit seinen Problemen behandelt. Der stabilisierenden Funktion der Beziehung wurde mit Wertschätzung begegnet und es konnte so erreicht werden, dass sie ihre Beziehung offen problematisierten. Davor hatten sie eine psychotherapeutische Bearbeitung über lange Zeit vermieden, aus Angst, diese Beziehung zu verlieren, wie auch aus Scham, vor Dritten über eine extrem peinliche Mutter-Sohn-Beziehung sprechen zu müssen und sich lächerlich zu machen. Der Patient brachte es schließlich auf den Punkt, indem er formulierte, ob er denn „Opfer magischer Mächte oder ein verwöhnter kleiner Prinz“ sei. Damit hinterfragte er für sich offen die Macht seiner Mutter über ihn, in deren Abhängigkeit er über Jahre hinweg gelebt hatte, um nicht nochmals psychotisch zu werden, was ihm mit Hilfe dieser Beziehung gelungen war.

Zwangsbefürchtungen von Vergewaltigung wie im dritten Fall zum Anlass zu nehmen, hierin das Erleben von Wirkmächtigkeit zu sehen, wirkt auf den ersten Blick vielleicht wie ‚starker Tobak‘ und weit hergeholt. Instinktiv möchte man solche Symptome nur als bedrohlich bewerten und begrenzen, statt daran zu denken, dass auch diese Zwänge dem Chaos des psychotischen Erlebens eine Gestalt geben konnten und der Patient in ihnen mächtig und nicht hilflos ausgeliefert war. Die Zwänge imponierten hier schon impressiv wie ein körpereigenes Antidot. Er wurde in der Behandlung aufgefordert, seine Reaktionen auf Kontakte zu Anderen genau wahrzunehmen und zu verbalisieren. Dabei stellte sich heraus, dass ihn dann, wenn die Zwangsbefürchtungen auftraten, selbst sehr oberflächliche Kontakte extrem ängstigten und verunsicherten, ihm „unter die Haut“ gingen und er sich dabei völlig wehrlos fühlte. Er wurde angeregt, heraus zu finden, welche Form interpersoneller Nähe für ihn noch erträglich war und wann Gefühle von Hilflosigkeit einsetzten. Damit wurde den Zwangsbefürchtungen die Funktion eines „Frühwarnsystems“ verliehen, das bald funktionierte und ihn in Spannungszuständen unterstützte. Eine Deutung der Zwangsbefürchtungen als

Ausdruck unbewusster triebhafter Aggression wäre hier nicht nur falsch, sondern würde auch zu einem Akt der Beherrschung werden (Benedetti, 1991), und würde vor allem aber das Potential dieses Symptoms für die Selbststeuerung sowie für die Konstruktion interpersoneller Grenzen übersehen. Dass es hier keineswegs nur um Aggression, sondern zuerst einmal um Nähe und Sehnsucht nach ihr ging, zeigte sich auch im Verlauf der Behandlung dieses Patienten. Er verliebte sich und zeugte während des Aufenthalts bei uns mit einer Mitpatientin ein Kind.

Zur Behandlung lässt sich weiter festhalten, dass für Fälle von Zwang und Psychose besonders zu Beginn der Behandlung der stationäre Rahmen mit einer Kombination von verbalen mit averbalen Elementen zu empfehlen ist, wozu etwa die psychoanalytisch-interaktionelle Methode wertvolle Konzepte beisteuert (Streeck, 1996).

Psychotherapeutische Kenntnisse von Psychosen und insbesondere Kenntnisse von Entwicklungspsychologie sind sehr nützlich, ganz besonders die Affektentwicklung und ihre Störungen betreffend, denen wir im Psychose-Spektrum begegnen.

Psychotrope Medikamente bieten oft eine wichtige Unterstützung und können in Kombination mit Psychotherapie oft relativ niedrig dosiert werden. Nach unseren Erfahrungen sind in diesen Fällen weniger Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, sondern oft atypische Neuroleptika gut geeignet, gerade auch Substanzen, die auch serotonerg wirken (Poser, mdl. Mitteilung). Wir konnten immer wieder beobachten, dass neben der komplexen Psychotherapie auf den Einsatz solcher Substanzen nicht nur die psychotischen Symptome, sondern auch die Zwangssymptome recht gut ansprechen. Diese Pharmakotherapie entlastet gleichsam die Zwänge in ihrer auxiliär regulierenden, Grenzen abdichtenden und Erregung regulierenden Funktion, die – so quälend sie auch oft sind – psychotische Dekompensationen dämpfen oder gar verhindern können.

Literatur

Benedetti G. Todeslandschaften der Seele. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1991.

Dornes M. Die frühe Kindheit. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1997.

Dümpelmann M. Wie lässt sich praktisch anwenden, was psychoanalytische Augen erfassen? In: Machleidt W, Garlipp, P, Haltenhof, H (Hrsg.): Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Stuttgart: Schattauer, 2003 (in press)

Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-Compulsive Disorders in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Am J Psychiatry 1997; 154: 271-273.

Federn P. Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1978 (1952).

- Fenton WS, McGlashan TH. The Prognostic Significance of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986, 143: 437-441.
- Frommhold K. Zwang und Schizophrenie. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 2005, 74(1): 32 – 48.
- Ganesan V, Kumar R, Khanna S. Obsessive-Compulsive Disorder and Psychosis. *Can J Psychiatry* 2001, 46: 750-754.
- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-Compulsive Disorder With Psychotic Features: A Phenomenologic Analysis. *Am J Psychiatry* 1986, 143: 1527-1533.
- Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Sind selbst wahrnehmbare neuropsychologische Defizite bei Patienten mit Neurose- oder Persönlichkeitsstörungen für spätere schizophrene Erkrankungen prädiktiv ? *Nervenarzt* 1997, 68: 196-204.
- Kohl F. Die „obsessive Krise“ als rapide Verlaufsvariante einer Zwangsstörung. *Nervenheilkunde* 1998, 17: 468-471.
- Krause R. Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Band 2. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer, 1998.
- Lang H. Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Zwang und Schizophrenie. *Nervenarzt* 1981, 52: 643-648.
- Maier W, Lichtermann D, Rietschel M, Held T, Falkai P, Wagner M, Schwab S. Genetik schizophrener Störungen. *Nervenarzt* 1999, 70: 955-969.
- Meares R. A Pathology of Privacy: Towards a New Theoretical Approach To Obsessive-Compulsive Disorder. *Contemporary Psychoanalysis* 1994, 30: 83-100.
- Mentzos S. Psychodynamik der Persönlichkeitsstörungen. In: Hartwich P, Haas S, Maurer K, Pflug B (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis, 1997: 31-44.
- Niedermeier N, Hegerl U, Zaudig M. Zwangs-Spektrum Erkrankungen. *Psychotherapie* 1998, 3: 189-200.
- Quint H. Der Zwang im Dienste der Selbsterhaltung. *Psyche* 1984, 52: 717-737.
- Saß H, Herpertz S, Houben I, Steinmeyer EM. Zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen. In: Hartwich P, Haas S, Maurer K, Pflug B (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis, 1997: 11-29.
- Shapiro D. *Neurotische Stile*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1991.
- Streck U. Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 1996, 43: 157-163.