

DIE DIMENSION DER (INVERSEN) „TERRITORIALITÄT“ BEI ZWANGSSTÖRUNGEN

Ethologische Aspekte, aufgezeigt an einer Kasuistik

Franz Kohl

Zusammenfassung

Während pharmakotherapeutische und insbesondere verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei Zwangsstörungen seit etwa 20 Jahren zunehmend differenziert und elaboriert werden konnten, ist der Kenntnisstand über psychopathologische und nosographisch-nosologische Aspekte dieser Störungsbilder nicht im gleichen Umfang gewachsen. Anhand einer Kasuistik werden die Möglichkeiten eines ethologischen Betrachtungsansatzes aufgezeigt, wobei insbesondere der Aspekt der Territorialität bei Zwangsstörungen Beachtung findet. Abschließend wird der Spezialaspekt des "inversen Territorialverhaltens" und dessen therapeutische Implikationen erörtert. Als Folgerung ergibt sich, daß bei entsprechend gelagerten Fällen die Territorialaspekte und allgemein die ethologische Verständnisdimension obsessiven Verhaltens stärker beachtet werden sollten.

Schlüsselwörter Territorialverhalten - Zwangsstörung - inverse Territorialität - ethologische Aspekte bei Zwangsstörung

Summary

Ethological and territorial aspects of obsessive-compulsive disorders are demonstrated and discussed by an case report. Special implications for "inverse territoriality" and their effects on therapeutical considerations are reported. The ethological dimension of obsessive-compulsive behavior should be respected in special cases.

Key words Territorial behavior - obsessive-compulsive disorder - inverse territoriality - ethological aspects of obsessive-compulsive disorders

Die Zwangssyndrome und Zwangsstörungen haben seit 2 Jahrzehnten wieder vermehrte forschersiche Beachtung gefunden, wobei einerseits pharmakotherapeutische Innovationen, insbesondere aber kognitiv-behaviorale Ansätze im Zentrum des Interesses standen. Durch kluge Integration dieser beiden Behandlungsdimensionen ist es heute weit besser als noch vor 10 Jahren möglich, den Betroffenen wirksame Hilfe anzubieten (1, 5, 7, 8, 10, 15, 18, 19). Auch haben die klassifikatorischen Diskussionen im Rahmen der Einführung neuer Diagnostik-Systeme seit ca. 1980 die enge nosologische Verwandtschaft der Zwangs- mit den Angststörungen erneut demonstriert (3, 20).

Demgegenüber sind phänomänologische, symptomatologische und andere klinische Aspekte bei Zwangserkrankungen in den letzten Jahrzehnten nicht im gleichen Umfang erforscht worden. Insbesondere der Aspekt der Territorialität von obsessiven Kognitionen und Verhaltensweisen (=obsessions und compulsions) ist - über grundsätzliche Erwägungen insbesondere innerhalb des ethologischen Denkmodells von Süllwold et al. hinaus (21) - kaum weiter spezifiziert und durch Kasuistiken illustriert worden. Zwar wurde in verschiedenen Zeitschriftenartikeln des nervenärztlich-psychiatrischen Fachgebietes die Bedeutung der tier- und humanologischen Grundlagenforschung auch für das Verständnis humaner Verhaltenskomponenten bei psychischen Störungen allgemein herausgestellt; dabei wurden allerdings - ähnlich wie in einem Übersichtsartikel zur Territorialität neueren Datums (12) - klinische Belange nur sehr allgemein bzw. mit Grundsatz-

aussagen berührt. Die symptomatologische Analyse oder auch kasuistische Dokumentation hinkt hier dem allgemeinen Kenntnisstand deutlich nach.

Wir hatten Gelegenheit, im Rahmen einer ambulanten Verhaltenstherapie einen Patienten mit ausgeprägtem Zwangssyndrom - gekennzeichnet durch ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, Handlungsrituale und Zwangsgedanken - kennen zu lernen, bei dem infolge einer spezifischen Zwangsbefürchtung der Raum- bzw. Territorialaspekt eine erhebliche Rolle, zumindest in der ersten Behandlungsphase, spielte.

Aktuelle Anamnese und Vorgeschichte

Der 28jährige Patient kam in unsere ambulante Behandlung, nachdem es innerhalb von ca. 3 Monaten zur Ausbildung eines rasch progredienten Zwangssyndroms, zeitweise begleitet von erheblichen Erschöpfungs- und Depressionszuständen gekommen war. Als "Vorepisode" wurde eine 5 Jahre zuvor eingetretene kurze "obsessive Episode" mit starkem Kontrollverhalten geschildert, wobei sich der Patient einige Monate lang vorwiegend beim Motorradfahren - z.T. durch Zurückfahren - vergewissern mußte, daß er anderen keinen Schaden zugefügt hatte. Nach 10stündiger ambulanter Verhaltenstherapie war diese Symptomatik damals erheblich gebessert worden, und der Patient konnte für etwa 5 Jahre ohne nennenswerte Beeinträchtigungen seinem Beruf als Techniker und später seinem Studium nachgehen. Anfang 1995 hatte er eine ambulante, tiefenpsychologisch ausgerichtete

Therapie von ca. 25 Stunden absolviert, um sich eingehender mit der Familienstruktur und seinem Beziehungsverhalten auseinanderzusetzen. Diese Bereiche bildeten entsprechend die thematischen Schwerpunkte dieser Therapie. Gegen Ende des ersten Therapieschritts war es dann im Zusammenhang mit einer Beziehungskrise zur raschen Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen, die durch die (damals andernorts) noch laufende Therapie nicht adäquat aufgefangen werden konnte. Nach einem einschneidenden Erlebnis auf Beziehungsebene (sehr ambivalente Begegnung) war es dann zu einer rapiden Verschlechterung der Symptomatik gekommen, die als "obsessive Krise" beschrieben werden könnte.

Familien-, Sozial- und Berufsanamnese

Der 28jährige Patient hat zwei ältere Brüder. Er wuchs in bürgerlich geordneten Verhältnissen überwiegend in einer Kleinstadt auf. Ein entscheidendes Erlebnis seiner Jugendzeit war die Diagnose einer Tumorerkrankung bei seinem Vater. Der Patient machte nach dem Abitur eine Berufsausbildung und studierte anschließend ein technisches Fach. Hier waren seine Leistungen bis zum Ausbruch der Symptomatik weit überdurchschnittlich.

Die aktuelle obsessive Symptomatik

Bei Behandlungsaufnahme berichtete der Patient über einen extrem eingeschränkten räumlichen Aktionsradius. Schon seit mehreren Wochen habe er die Wohnung am Studienort bzw. später bei seiner Familie nicht mehr allein verlassen können. Nur mit 2 Begleitpersonen sei er in der Lage, Spaziergänge in der Umgebung des Hauses oder - unter größten Mühen - kleinere "Ausflüge" in die Stadt oder die ländliche Umgebung zu machen. Dabei habe er ein Ritual ausgebildet, wobei seine Mutter etwa 3 Meter hinter ihm und zusätzlich eine andere Person an der Straßenseite gehen mußte. Seine "freie" Flanke habe auch dann stets an der Mauer oder am Wegrand befunden. Dieses Ritual sei erforderlich, um sich zu vergewissern, daß von ihm keinerlei schädigende Handlungen ausgehen könnten. Insbesondere befürchte er, etwa kleine Kinder anzurempeln, die dann hinfallen könnten, oder er könne einen Radfahrer anstoßen, der dann hinfallen und danach verletzt oder tot sein könnte. Als Schutzpersonen mußten seine Mutter und eine weitere Begleitperson seine Rückseite und seine Flanke, die er nicht selbst einsehen könne, "decken", während er selbst damit beschäftigt sei, nach vorne zu sehen und sämtliche möglichen Schädigungen zu vermeiden.

In schlechten Zeiten - häufig mehrere Tage hintereinander - konnte er nicht einmal mit diesen Hilfspersonen das Haus verlassen, weil ihm dies zuviel Angst bereitete. Er mußte dann in der Wohnung bleiben, wobei auch hier das Fenster geschlossen sein mußte, weil er befürchtete, er könne evtl. einen Stein oder ein anderes Utensil aus dem Fenster werfen. Zeitweise habe ihm schon das spaltweit geöffnete Fenster massive Ängste verursacht, wobei er wiederholt die Mutter gebeten habe, ums Haus zu gehen, um ihm zu versichern, daß kein verletzt-

tes Kind draußen liege. Der Gedanke, daß auf diese Art eine Beschädigung von ihm ausgehen könnte, sei ihm ständig im Kopf präsent gewesen und er habe auch beim Einschlafen kaum davon abschalten können. Daher bestand erhebliche innere Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen, Grübelgedanken und ein erhebliches Spektrum an obsessiven Befürchtungen.

Diskussionsstand zur Klinik, Phänomenologie und Pathogenese der Zwangskrankheiten

Zwangssyndrome und ihre klinische Phänomenologie können unter verschiedenen konzeptionellen Blickwinkeln betrachtet werden. Während im letzten Drittel des 19. Jhs. bereits recht gute klinische Beschreibungen (23) vorlagen, stand man der psycho- bzw. pathogenetischen Deutung lange Zeit fast ratlos gegenüber. Zwangssphänomene wurden eher als kurios betrachtet, mitunter auch dem psychotischen Bereich zugeordnet. Die "junge" Psychoanalyse fand ihre exemplarischen Modelle zwar zunächst in den Hysterien, wandte sich mit ihrem theoretischen Ansatz aber später auch den Angst- und Zwangssphänomenen zu. Schon Freud und später Fenichel gaben ausführliche Beschreibungen obsessiver Kasuistiken und ergänzende Erklärungsmodelle auf der Basis der psychoanalytischen Neurosenlehre. Die realen Behandlungserfolge bei der "Psychoanalyse von Zwangskranken" blieben aber erheblich hinter den initialen Erwartungen zurück, so daß man die Behandlung von Zwangskranken jahrzehntelang als die "KruX" der psychoanalytischen Methodik ansehen mußte.

Der eingangs schon skizzierte pharmakotherapeutische Neuanfang infolge der Entdeckung der antiobsessiven Wirksamkeit des Clomipramins brachte seit den späten 1960er Jahren (1) zwar dokumentierte Behandlungserfolge und beförderte die psychopharmakologische Forschung; wirklich neue und systematische Behandlungskonzepte wurden aber erst mit der raschen Verbesserung verhaltenstherapeutischer Ansätze seit den späten 1970er Jahren möglich. In Anlehnung an das Reizkonfrontationsprinzip bei Angststörungen wurde für die Gruppe der Zwangsstörungen das Reizkonfrontations- und Reaktionsverhinderungssparadigma als besonders effektiv erkannt (6). Dies bildet bis heute einen zentralen Bestandteil der verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsmethoden. Die Kombination mit serotoninerg wirkenden Pharmaka kann hier eine weitere Verbesserung der Behandlungsergebnisse bringen (21).

Beim Versuch, die beiden Behandlungsansätze zu integrieren, wurde der Nachweis veränderter neurobiologischer Prozesse in basalen Abschnitten des Neokortex und den damit verbundenen limbischen Strukturen bedeutsam (21). Durch die modernen neuroradiologischen Untersuchungsmethoden wurde - zumindest an kleinen Populationen - mit einiger Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, daß bei Zwangskranken Stoffwechseleränderungen in denjenigen Hirnregionen vorliegen, die auch von der funktionellen Neuroanatomie und Neurophysiologie her als besonders bedeutsam für die "Verschaltung" obsessiver Funktionsabläufe (10a) gehalten

werden müßten. Auch konnte in Einzelfällen die Veränderung dieser Stoffwechselveränderungen unter erfolgreicher (medikamentöser- und Verhaltens-) Therapie nachgewiesen werden.

So beeindruckend inzwischen die Resultate dieser Forschungen sowohl im Einzelfall wie auch in ihrer Integration unzweifelhaft sind, so bleibt doch u.E. eine erhebliche Lücke im "sinnhaften" und auch psychopathologisch bzw. insbesondere paläopsychiatrischen (4, 17) Verständnis der obsessiv-compulsiven Phänomene. Hier leisteten u.E. die auf den tierethologischen und humanethologischen Untersuchungen der Nachkriegszeit basierenden Ansätze eine wesentliche Verständnishilfe. Unter Aufnahme der wegweisenden Grundlagenforschungen von Konrad Lorenz, Niklas Tinbergen und Irenäus Eibl-Eibesfeld hat die unter Leitung von Dieter Ploog stehende Arbeitsgruppe am Münchner Max-Planck-Institut in den 1960er und 1970er Jahren wesentliche Vorarbeiten zu Integration von ethologischen, psychobiologischen und psychopathologischen Aspekten geleistet (4, 12, 13, 16, 17). Leider ist die Bedeutung der Ethologie für die Grundlagenforschung in der Psychiatrie nicht immer klar und vollumfänglich gesehen worden.. Erst kürzlich haben Süllwold et al. (21) eine integrierte Darstellung der Zwangskrankheiten unter Berücksichtigung psychobiologischer, verhaltenstherapeutischer und pharmakotherapeutischer Ansätze gegeben.

Wie bei Süllwold et. al. eingehender dargelegt, lassen sich die Symptome infolge von Zwangserkrankungen vor diesem Hintergrund als Aktualisierung bzw. Desinhibition archaischer Hirnstrukturen verstehen. Phylogenetisch ältere Verhaltensprogramme, die ansonsten von jüngeren und reiferen überlagert sind, werden dadurch demaskiert und wieder verhaltenssteuernd wirksam. Dies ist auch ein Ansatz, um die große formale und auch thematische Monomorphie der Zwangshandlungen zu erklären, insofern hierdurch die instinktmäßigen bzw. erbkoordinativen, also überindividuellen Verhaltensaspekte verständlich bzw. erklärbar werden. Demgegenüber sind die individuell-lerngeschichtlichen Komponenten, die ebenfalls in die klinische Psychopathologie als quasi "pathoplastische" Faktoren eingehen, im Regelfall nachgeordnet, d.h. die überindividuellen Komponenten geben das typische Moment des Zwangsverhaltens ab. Wie Süllwold et. al (21) unter Bezugnahme auf K. Lorenz ausführen, sind die erblichen bzw. invarianten Anteile durchaus einer stammesgeschichtlichen Betrachtung zugänglich, auch wenn dies in der derzeitigen Psychiatrie und Psychopathologie eher selten geschieht. Es lassen sich gerade bei Zwangskranken Parallelen zu den von K. Lorenz eindrücklich beschriebenen "Instinkthandlungen" herstellen, die damit als "endogener Automatismus" verstanden werden können. Häufig unterliegen entsprechend auch die Zwangshandlungen den psychobiologischen bzw. psychophysiologischen Gesetzmäßigkeiten der Instinkthandlungen: sie werden als „endogen“, „impulsiv“ und repetitiv einerseits, aber auch als nach entsprechender Wiederholungszahl erschöpflich charakterisierbar. Den höheren intellektuellen Funktionen erscheinen sie dadurch "irrational" bzw., "ich-dyston". Sie unterliegen eben einer

anderen, mehr endogenen bzw. biologisch präformierten und nach Ausführung drängenden Periodik und Rhythmik.

Von daher wurde bereits mehrfach die enge Beziehung der Zwangsverhaltensweisen zum Aspekt der Territorialität beschrieben. Hier weist Knecht (12) allgemein auf die Beziehungen von Zwangsverhalten und Territorialverhalten hin. Süllwold et. al. diskutieren Zwangsverhalten in seiner Zweckmäßigkeit zur "territorialen Abschirmung" (S. 13). Bei Tieren gehe es nach Eibl-Eibesfeld um die Aufrechterhaltung eines eigenen, individuumbezogenen Lebensraumes, der i.d.R. nur zeitweilig und dann typischerweise zum Zweck der Reproduktion aufgegeben werde. Beim Menschen hat Eibl-Eibesfeld durch vergleichende Kulturstudien die Rituale zur Aufrechterhaltung individueller Distanzbedürfnisse mit reichlich Material belegt. In diesem Sinne stellt das "abgeschirmte Revier" einen Schutz- und Rückzugsraum für das Individuum dar, wodurch es sich von sozialen Annäherungen der "Artgenossen" entlastet. Süllwold et. al. bringen einige Fallbeispiele, um den Zusammenhang von Zwangshandlungen mit dem Funktionskreis der Territorialverteidigung eindrücklich belegen. Dabei handelt es sich aber in aller Regel um Schutzrituale gegen das Eindringen von Außenaspekten, z.B. Säuberungsrituale, um den individuellen Binnenraum oder eben das dem Individuum zugehörige Territorium von "Außenberührung" freizuhalten (21).

Subjektiv ging es den betroffenen Individuen erklärtermaßen darum, den Binnenraum von der Berührung mit der Außenwelt "abzuschirmen" (ohne daß es sich dabei um Infektionsphobien oder Kontaminationsideen handelte, auch nicht um Ekelgefühl). Vielmehr erzeugte die Vorstellung eines durch andere "verletzten" persönlichen Raumes das Unbehagen und die Unruhe. Der psychologische Individualraum fällt in diesem Fallbeispiel mit einem "räumlichen Revier" zusammen, weist also im Sinne unserer übergreifenden Argumentation einen klaren Territorialaspekt auf. In einem anderen, klinisch ähnlichen Beispiel geht die (vorgestellte und dadurch das ritualisierte Verhalten verhinderte) Verletzung des Individualraumes, der mit dem "räumlichen Territorium" zusammenfällt (S. 15) mit einem diffusen Gefühl der Bedrohung einher, das schwer konkretisiert werden kann.

Diskussion der kasuistischen Aspekte des "inversen Territorialverhaltens"

In der von uns vorgestellten Kasuistik ergeben sich zahlreiche Parallelen zu den Falldarstellungen und theoretischen Überlegungen von Süllwold et. al.: Auch hier geht es dem Patienten darum, ein räumliches Territorium zu schützen, wobei er sich einer mitunter militärisch anmutenden Terminologie bedient: So soll zunächst eine Begleitperson seinen "Rücken freihalten", eine weitere die "Flanke decken", während er selbst die "zweite Flanke" dadurch absichert, daß er entlang einer Mauer oder sonstigen Schutzvorrichtung sich bewegt. Nur den Blick nach vorne muß er dann noch beständig "im Visier" haben; territoriale Anklänge und auch – wie wir meinen – Assoziationen aus dem Bereich des Aggressions-

impulses bzw. der Kampfrituale sind hier ganz unverkennbar, bis in die Terminologie und das individuelle Empfinden hin. Es geht auch klar darum, daß das betroffene Individuum sich zu "schützen müssen glaubt" bzw. einen Schutzraum aufrecht erhalten muß.

Allerdings besteht ein zentraler Unterschied zu den von Süllwold et. al. beschriebenen Kasuistiken: während es dort zumeist um den Schutz eines Binnenraums vor "Grenz-übertretungen" von außen bzw. "Raumverletzungen von außen" geht, so geht es in der von uns vorgestellten Kasuistik um genau den umgekehrten Aspekt, nämlich den Schutz vor den Folgen innerer Impulse, also letztlich um eine Begrenzung der Wirkung endogener Impulse auf den persönlichen Binnenraum bzw., das "persönliche räumliche Revier". Der Patient möchte nicht seinen Binnenraum vor der Einwirkung von außen schützen, er möchte vielmehr die aus seiner Person ausgehenden Wirkungen auf sein "räumliches Revier" begrenzen, also letztlich den "Außenraum" freihalten und schützen.

Da er dies nicht aus eigenen Kräften zu leisten können glaubt, benötigt er zunächst zwei – im weiteren Therapieverlauf dann nur noch eine und dann sukzessive gar keine "Schutz- bzw. Hilfsperson" mehr. Von daher erscheint es uns berechtigt, in diesem Phänomen ein analoges zu dem von Süllwold beschriebenen Territorialverhalten, aber mit inverser Zielsetzung zu sehen. Die Bezeichnung als "inverses Territorialverhalten" erscheint uns daher im Kontext der ethologischen Perspektive der Betrachtung von Zwangsverhalten gerechtfertigt.

Diese Auffassung wird auch durch eine zusätzliche Beobachtung weiter gestützt: Während der vom Patienten selbst durchgeführten wie auch der therapeutenbegleiteten Übungen fiel öfters auf, daß der Patient durch kleinere Lichteffekte, etwa ausgehend von einem auf der Straße liegenden Stanniolpapierstreifen oder von einer Reflexion durch ein Kleidungsbestandteil eines Passanten oder eines Radfahrers stark irritiert fühlte. Diese lagen jeweils klar außerhalb des "Binnenraums" bzw. des "persönlichen Reviers" des Patienten. Auf die bei ihm dabei auftretenden Kognitionen oder Befürchtungen/ Irritationen angesprochen, erklärte der Patient, daß er im Kontext dieser Irritation dann die Befürchtung habe, es könne doch jemand außerhalb seines "geschützten Reviers" Schaden genommen haben, z.B. ein Radfahrer könne "touchiert" worden und dadurch zu Fall gekommen sein (auch wenn er "vom Kopf her" wisse, daß dem eigentlich nicht so sein könne, da er selbst und die Hilfsperson ja entsprechenden Schutz biete). Zeitweilig wurde dieses Phänomen im Rahmen der Therapiesprache als "Fernwirkung" bezeichnet, in Analogie zum physikalischen Begriff der "Fernwirkung". Letztlich ging es dabei also um die Befürchtung, von der eigenen Person hätten noch Wirkungen ausgehen können, die nicht auf das "geschützte Revier" begrenzt werden können.

Es gibt schließlich noch eine weitere Beobachtung, die eine nunmehr "doppelte" Inversion als Folge des Therapieprozesses darstellte: In demjenigen Behandlungsstadium, als der Patient begonnen hatte, auf Begleitpersonen ganz zu verzichten und erste eigenständige "Außenübungen" von etwa 5 Minuten Dauer zu machen, beschrieb er einen eigenartigen "Tunnelleffekt": wenn er das Haus verließ, um eine Runde um ein Straßendreieck zu gehen, habe er zunächst die "Außenwelt ausgeklammert", d.h. er habe jeweils für eine "Übungsstrecke" ein Teilziel anvisiert und sei dann schnurstracks auf dieses zugegangen, eben unter weitgehender Ausblendung der Umgebung und der Außenwelt. Es ergeben sich hier zunächst enge inhaltliche Bezüge zu der aus der kognitiven VT der Angststörungen gut bekannten "kognitiven Vermeidung", aber auch zum Territorialverhalten. Es trat nämlich nunmehr eine Inversion der bisherigen Perspektive ein: Zumindest virtuell wurde nunmehr in der Tat – wie bei den Süllwold beschriebenen Fällen – das Binnenrevier geschützt, nunmehr allerdings vor Wahrnehmungen aus der Außenwelt. Der Patient hatte dann vorübergehend das Gefühl, sich in einem virtuellen bzw., imaginären Tunnel zu bewegen, in dem er zwar allein, aber unter Ausblendung der Außengefährdungen (etwa durch nicht bemerkte "Fernwirkungen") sich bewegen könnte. Dieses Stadium wurde im Laufe der Therapie nach etwa 2-3 Wochen durchschnitten, und der Patient war dann in der Lage, ohne diesen virtuellen Tunnel alleine die Außenübungen und unter Zulassung der Wahrnehmungen der Außenwelt – die ihn auch zunehmend weniger irritierten – durchzuführen.

Abschließend bliebe zu diskutieren, wie es zu diesem "inversen Territorialverhalten" und der – therapeutischen gewünschten – "Inversion der Inversion" kommen konnte, die schließlich wieder zum "normalen" Alltagsverhalten überleitete? Hierzu ist offenbar ein lerngeschichtlicher bzw. entwicklungspsychologischer Aspekt zu ergänzen wichtig: Der Patient wies eine ausgeprägte Differenziertheit der Persönlichkeit, aber eine ebenso ausgeprägte "Aggressionshemmung", Überfürsorglichkeit und "Hypermoral" auf, allesamt Verhaltensweisen, derer er sich – z.T. durch frühere Therapien – bereits weitgehend bewußt war. Es erscheint plausibel, daß im Kontext dieser Hypermoral vorwiegend die Umwelt vor den etwaigen Folgen der eigenen Handlungen geschützt werden sollte. Die archaisch determinierten Verhaltenscharakteristika (Territorialschutz) verbanden sich hier mit den individuellen Variablen des erlernten "hypermoralischen" Verhaltens sowie einem hohen Bewußtseins- und Reflexionsgrad bezüglich der obsessiven Phänomene. D.h., die überindividuelle erboordinatorische bzw. invariante Charakteristik (Territorialverhalten) wurde durch eine individuelle, lerngeschichtlich variabel determinierte Variante (Hypermoral) "überformt". Diese Hypothese könnte einen Erklärungsansatz für das "inverse Territorialverhalten" abgeben.

Literatur

- Baer L (1993) Alles unter Kontrolle. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen überwinden. Verlag Hans Huber, Bern/ Göttingen.
- Conradi M (1998) Diagnostik von Zwangsstörungen. In: Psycho 24 Sonderausgabe, 15-18
- Dilling H, Mombour W, Schmidt, MH & Schulte-Markwort E (1994) (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien. Hans Huber Verlag Bern
- Eibl-Eibesfeldt I (1987) Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung – Ethologie. 7. Auflage. Piper, München
- Hand I (1992) Verhaltenstherapie der Zwangsstörung; In: Hand I. et al (Hrsg.): Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse. Berlin, Springer
- Hand I (1993) Expositions-Reaktionsmanagement (ERM) in der strategisch-systematischen Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie 3: 61-65
- Hand I (1998) Ambulante Therapie bei Zwangsstörungen. In: Psycho 24 Sonderausgabe. S. 23-29
- Hauke W (1994) Die Effektivität von multimodaler Verhaltenstherapie bei Zwangsneurosen. Prax. Klin. Verhaltensmed. Rehabil. 26: 82-88
- Heinrich K (1965) Zur Bedeutung der Stammesgeschichte des menschlichen Erlebens und Verhaltens für Neurologie und Psychopathologie. Homo 16, 65-77
- Hoffmann N (1994) Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In: M. Hautzinger (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. Quintessenz Verlag, Berlin/ München S. 99-116
- Hohagen, F. (1992) Neurobiologische Grundlagen der Zwangsstörung. In: I. Hand, W.K. Goodman, U. Evers (Hrsg.): Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse. Band 5. Springer Verlag Berlin. S. 57-71
- Immelmann K (1971) Ontogenetische Entwicklung sozialer Beziehungen bei Mensch und Tier. Naturwiss. Rdsch. 24: 325-334
- Knecht Th (1996) Territorialität – Eine wenig beachtete Determinante in der Genese psychischer Störungen. Krankenhauspsychiatrie 7: 10-14
- Kohl F (1986) Zum Menschenbild bei Konrad Lorenz – Versuch einer Synopsis seiner anthropologisch relevanten Ansätze und ein Vergleich mit Theoremen der Anthropologie Arnold Gehlens. Med. Diss. Marburg (320 S.)
- Kohl F (1996) Carl Westphal (1833-1890) – Ein Repräsentant der naturwissenschaftlich fundierten Neuropsychiatrie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts. In: Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 6: 237-241
- Lakatos A (1997) Kognitiv-behaviorale Therapie für Zwangsstörungen. Eine Therapievergleichsstudie. S. Roderer Verlag Regensburg.
- Lorenz K (1965) Über tierisches und menschliches Verhalten. Gesammelte Abhandlungen Band I und II. Piper-Paperback, München
- Ploog D (1964) Verhaltensforschung und Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Band I/1B. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Reimer M (1994) Ambulante Verhaltenstherapie der Zwangsstörung in der kassenärztlichen Versorgung: Wichtige Therapie-schwerpunkte aus der Erfahrung in der Praxis. Verhaltenstherapie 4: 266-274
- Reinecker H (1991) Zwänge: Diagnose, Therapie und Behandlung. Berlin, Huber
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Süllwold L, Herrlich J, Volk S (1994) Zwangskrankheiten. Psychobiologie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart. 1994
- Tinbergen N (1955) Instinktlehre. Parey-Verlag, Berlin/ Hamburg
- Westphal C (1877) Über Zwangsvorstellung (Vortrag am 5.3.1877, Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft). Berliner klin. Wschr. 14, S. 669-672, S. 687-689

Dr. Franz Kohl
Kartäuserstr. 39
79102 Freiburg