

# AUF DER SUCHE NACH SICHERHEIT

## EIN KLINISCH-ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHES MODELL ZUR ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG DER ZWANGSSTÖRUNG

*Gisela Röper*

### Zusammenfassung

Es wird ein klinisch-entwicklungspsychologisches Modell der Zwangsstörung vorgestellt, dessen Kernstück ein angenommenes „chronisches Gefühl innerer Unsicherheit“ darstellt. Die Zwangssymptomatik wird als Bewältigungsversuch auf der Suche nach Sicherheit gesehen. Biologische und biographische Einflußfaktoren begünstigen die innere Unsicherheit, die eine ständige Überprüfung der eigenen Gedanken und Handlungen zur Folge hat. Bewertungen (Salkovskis, 1985) als katastrophisierende Mißinterpretationen (Rachman, 1997) führen durch Rückkopplungsprozesse zur Verstärkung der inneren Unsicherheit. Das Modell beschreibt Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Die Lerngeschichte der Zwangsentwicklung wird über die Beschreibung der Stufen affektiv-kognitiver Entwicklung im dynamischen Widerstreit zwischen dem Streben nach Autonomie und dem Streben nach Zugehörigkeit nachvollzogen. Implikationen für die Therapie werden aufgezeigt.

**Schlüsselwörter** Zwangsstörung - Störungsmodell der Zwangsstörung - Klinische Entwicklungspsychologie

### Abstract

A clinical developmental model of obsessive-compulsive disorder is presented. It is argued that a chronic sense of insecurity is at the core of the disorder. The symptomatology is seen as a coping strategy in search for security. Biological and biographical factors feed into a chronic sense of insecurity, ongoing examination of ones thoughts and actions follows. Appraisal (Salkovskis, 1985) as catastrophic misinterpretations (Rachman, 1997) lead to a feed-back process and to the reinforcement of the sense of insecurity. The model describes development as well as maintenance of the disorder.

The typical learning history is described through the stages of affective-cognitive development oscillating between striving for independence and striving for inclusion.

**Keywords** Obsessive-compulsive Disorder - Clinical-developmental model of OCD - Clinical-developmental Psychology

Die Fragen, die sich bei der Auseinandersetzung mit Zwangsstörungen eröffnen, „cover so wide a field that it is difficult to examine them without examining also the nature of man“, sagt der große britische Psychiater Sir Aubrey Lewis vor mehr als einem halben Jahrhundert (1936, zitiert nach Lewis, 1967, S. 141). Diese Aussage kann durchaus entmutigend wirken, fordert sie doch geradezu zwanghaften Perfektionismus bei der Annäherung an diese Störung heraus. Sie lädt andererseits ein, der Faszination nachzugehen, die diese Störung immer schon auf Menschen ausübte, die als Helfer dem Leid dieser Krankheit begegneten.

1839 beschrieb Esquirol einen Patienten mit Zwangsgedanken und betonte die ungetrübte Intelligenz dieser Menschen und die Einsicht in die Absurdität ihrer Phantasien. Dieser Widerspruch und die in ihm verankerte klare Abgrenzung zur Psychose stand im Mittelpunkt aller Beschreibungen der Störung in der frühen psychiatrischen Literatur und wurde definiert als das zentrale differentialdiagnostische Kriterium zwischen Psychose und Zwangsstörung (Bleuler, 1911; Mayer-Gross, 1969; Kolb, 1973; Curran und Partridge, 1972). Jedoch hatte schon Schneider (1925) darauf aufmerksam gemacht, daß es unterschiedliche Schattierungen von Einsicht in die Sinnlosigkeit gebe und subjektive Zwänge oft nur bei ruhiger Überlegung als sinnlos erkannt werden.

Lewis maß dem inneren Widerstand gegenüber Zwangsgedanken und -impulsen die größere Bedeutung bei (1967).

Bleuler (1911) sah die Zwangsstörung als Vorläufer der Schizophrenie, während Kraepelin (1904) und Lewis (1957) nicht von einer derartigen Beziehung ausgingen.

In den Beschreibungen der frühen psychiatrischen Literatur dominiert die Betonung der Zwangsgedanken. Zwangshandlungen dienen nach Lewis dazu, die Angst, die durch die bedrückenden Obsessionen hervorgerufen wird, zu dämpfen. Heute werden Zwangsrituale als ein Zwangsphänomen gesehen, das gemeinsam mit, aber auch unabhängig von Zwangsgedanken auftreten und einen ebenso großen Leidensdruck verursachen kann. Lewis machte als erster darauf aufmerksam, daß nicht unbedingt Angst das motivierende Gefühl hinter ritualistischem Verhalten sein muß, daß auch Unbehagen (discomfort) ausreicht, um durch ritualistische Handlung dem Verlangen nach einer bestimmten Ordnung nachgehen zu müssen. Dieser Aspekt wurde später von Rachman (1980) wieder aufgegriffen.

Der Zwangsneurotiker wurde auch als der Zweifler beschrieben, dessen ausschweifende, umständliche Sprache davon zeugt, wie wichtig ihm im Gespräch mit dem Arzt die exakte Vermittlung seines Leidens ist (Janet, 1903). Frühere Autoren betonen immer wieder die Übergenaugigkeit und Gewissenhaftigkeit der Patienten.

Diese Auswahl psychiatrischer Texte zur Zwangsstörung gibt einen Einblick in die Phänomenologie der Störung, die im-

mer Grundlage sein muß, wenn Experten den Versuch unternehmen, Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung zu entwickeln.

In diesem Beitrag soll schwerpunktmäßig die entwicklungspsychologische Perspektive bei der Betrachtung der Zwangsstörung diskutiert werden. Ein kurzer Überblick über die bestehenden Modelle wird vorangestellt. Der Einfluß entwicklungspsychologischer Konzeptionen auf therapeutisches Handeln wird im abschließenden Teil skizziert.

## **Modelle der Zwangsstörung**

Als die Verhaltenstherapie sich der Behandlung von Zwangsstörungen zuwandte, ihre neuen Methoden vorstellte, erste klinische Berichte (Meyer, 1966), dann kontrollierte Studien über die Wirksamkeit der Behandlungsmethoden präsentierte (Rachman, Hodgson und Marks, 1971; Ramsey und Sikkell, 1971; Boulougouris und Bassiakos, 1973), begann gleichzeitig eine intensive Diskussion über theoretische Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der charakteristischen Symptomatologie dieser Störung (Mowrer, 1960; Metzner, 1963; Meyer, 1966, Beech, 1974; Beech und Vaughan, 1978; Rachman und Hodgson, 1980). Eine ausführliche Darstellung und Diskussion zur Theorie der Zwangsstörung findet sich bei Reinecker (1991; 1994).

Reinecker betont, daß eine einheitliche Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung derzeit nicht existiert, daß jedoch eine Reihe sehr brauchbarer "Bestandteile" eines theoretischen Modells vorliegen. "Diese Bestandteile stammen aus epidemiologischen Forschungsarbeiten, aus diagnostisch-psychometrischen Untersuchungen, aus der klinischen Arbeit mit Patienten und letztlich aus Befunden kontrollierter Therapiestudien" (Reinecker, 1994, S. 46). Reinecker legt seiner Darstellung ein "pluralistisches Theorienverständnis" zugrunde. Für ihn stehen die verschiedenen Modellvorstellungen in einem "Ergänzungsverhältnis" nicht in Konkurrenz zueinander. Im Folgenden sollen einige wesentliche Meilensteine der Theoriebildung sowie Arbeiten aus jüngster Zeit erläutert werden.

Als das wohl einflußreichste Modell kann die "Zwei-Faktoren-Theorie" von Mowrer (1939, 1950, 1960) bezeichnet werden, die einen Prozeß des Ineinanderwirkens von klassischer und operanter Konditionierung beschreibt. Der zweite Faktor in dieser Theorie ist problemlos auf den Prozeß der Aufrechterhaltung ritualistischen Verhaltens zu übertragen: Verhalten, das zur Vermeidung oder Reduktion von Angst führt, prägt sich ein und verfestigt sich (Tunner, 1979; Rachman und Hodgson, 1980). Lerntheoretisch formuliert kommt der Wirkfaktor der negativen Verstärkung zur Geltung. Prozesse klassischer Konditionierung können jedoch die Entstehung der Symptomatologie nicht ausreichend erklären, bei der Suche nach Entstehungsfaktoren von Zwangsgedanken werden häufig die Grenzen der ersten Komponente des Zwei-Faktoren-Modells besonders deutlich.

Beech und Perigault (1974) machten auf die Auswirkungen eines konstitutionell erhöhten Erregungsniveaus aufmerksam und auf eine Tendenz zu Post-hoc-Erklärungen für inneres Unbehagen. Man kann hier auch von einem "instabilen Arousalssystem" sprechen, "welches rapide und langanhaltende Konditionierungsvorgänge begünstigt" (Sartory, 1997; S. 107). Ein solches instabiles Arousalssystem kann gemäß meiner Auffassung als Ausdruck eines chronischen Zustandes innerer Unsicherheit und der Suche nach Sicherheit gelten.

Schon früh hatte Beech auf die Verbindung zwischen Zwangsstörungen und Depression aufmerksam gemacht (Beech, 1974). Ob die Depression den fruchtbaren Boden für die Zwangsstörung bietet oder als Folge der Zwangsstörung auftritt, konnte damals wie heute nicht bestimmt werden. Vermutlich gibt es beide Verbindungen. Nach Reinecker belegen neuere Untersuchungen, daß bei ca. 75% aller Fälle eine Reihenfolge von Zwang und zusätzlicher Depression anzunehmen ist (Reinecker, 1994).

Rosenberg (1968, zitiert nach Rachman und Hodgson, 1980), hatte in einer Untersuchung an 144 Patienten mit Zwangsstörungen festgestellt, daß 34% der Patienten in den Jahren, die der Erstmanifestation der Zwangsstörung vorausgingen, wegen mittlerer oder schwerer Depression behandelt worden waren. Insbesondere für die Gruppe von Zwangspatienten, bei denen die Depression in die Vorgeschichte der Zwangsstörung gehört, war man der Frage nachgegangen, ob es sich um eine reaktive oder endogene Depressionsform handele. Man war zu dem Schluß gekommen, daß die Depression als Vorläufer der Zwangsstörung dem reaktiven Formenkreis der Depression zuzuordnen sei (Vaughan, 1976; Rachman, 1980).

De Silva, Rachman und Seligman (1977) gingen der Frage nach, ob die Theorie der „vorbereiteten Phobien“ (Seligman, 1971) auf Zwangsstörungen zu übertragen sei. Seligman (1971) hatte solche Ängste als „vorbereitete Phobien“ bezeichnet, die das Überleben der Art aufgrund ihres Signalcharakters gewährleisten. Es zeigte sich, daß zwar ein erheblicher Prozentsatz der Inhalte von Zwangängsten als „vorbereitet“ zu klassifizieren war, daß aber eine zu große Anzahl von Gegenbeispielen gefunden wurde, die nicht als „vorbereitet“ bezeichnet werden konnte. Eine befriedigende Ergänzung zu vorliegenden Modellen konnte hier nicht gefunden werden. Rachman und Hodgson (1980) wiesen in ihrer Diskussion auf die symbolische Qualität von Zwängen hin (z.B. Waschroutine zur symbolischen Reinwaschung), die nicht als „vorbereitete Zwänge“ gelten können. Des weiteren ließen sich eine Vielzahl von Kontroll- und besonders auch Gedankenzwängen nicht in Seligmans Konzept einordnen.

Die Einführung von Modellernen als einleitendes Therapieelement bei Expositionsverfahren (Rachman, 1972; Röper, Rachman und Marks, 1975) führte zu einer Diskussion über den Einfluß von Modellernen bei der Entstehung der Zwangsstörung (Rachman, 1972; Röper, 1975; Beech und Vaughan, 1978; Rachman und Hodgson, 1980). Die therapeutische Wirkung von Modellernen läßt zwar nicht den direkten Umkehrschluß zu, daß ein Verhalten auf die gleiche Weise ge-

lernt wird (Rimland, 1969), doch wiesen vor allem die anamnesticen Berichte der Patienten selbst auf einen derartigen Zusammenhang hin. Erklärungen zur Ausbildung der Symptomatologie durch Imitationslernen als Teil eines kurz umrissenen Entstehungsmodells als Ergebnis einer Eingangsdagnostik, eng gekoppelt an eine der Therapie vorangestellte Präsentation eines Behandlungsrationales, wurden bald fester Bestandteil einer jeden Therapie in den meisten Behandlungseinrichtungen (Röper, 1977).

Wenn die Auswirkung von Modellernen innerhalb der Lerngeschichte bei der Entstehung von Zwangsstörungen eingeschätzt werden soll, kann es nicht darum gehen, einzelne Ereignisse, in denen Modellernen stattfand, isoliert zu betrachten. Auch wenn zwanghaftes Verhalten von Vater oder Mutter häufig vom Patienten selbst als erhebliche Einflußgröße beurteilt wird, so muß dennoch ein größerer Zusammenhang betrachtet werden, der die Atmosphäre der Ursprungsfamilie und die aktive Auseinandersetzung der Betroffenen selbst auf dem Hintergrund affektiv-kognitiver Entwicklung einschließt.

Nachdem behaviorale Erklärungsmodelle der Zwangsstörung ca. zwei Jahrzehnte im Zentrum der Diskussion standen, begann man in den frühen 80er Jahren - unter Berücksichtigung der generellen Entwicklungen in der Verhaltenstherapie - kognitive Modelle zu entwerfen.

Als federführend, besonders in der ersten Phase der Theoriebildung kann hier Salkovskis genannt werden (Salkovskis, 1985; 1989; Salkovskis und Westbrook, 1989), weitere Beiträge folgten (Rachman, 1997; Freeston, Rhéaume und Ladouceur, 1996; Salkovskis und Kirk, 1997).

Salkovskis konnte auf einige theoretische Erwägungen, experimentell-empirische Befunde und klinische Beobachtungen der Maudsley-Gruppe zurückgreifen bzw. seine Modellvorstellungen untermauern.

Da waren einmal Rachmans theoretische Arbeiten über Zwangsgedanken (Rachman, 1971; 1976), in denen Zwangsgedanken als noxische konditionierte Stimuli definiert wurden, an die keine Habituation erfolgt war. In weiteren Ausarbeitungen seines Konzeptes hatte Rachman die sogenannten "noxischen Stimuli" als Gedanken von verabscheutem und unakzeptablem Charakter bezeichnet. Impliziert war eine *Reaktion* auf den Inhalt der Gedanken. Salkovskis sprach hingegen später von der subjektiven *Bewertung* der Bedeutsamkeit von Gedanken. Er bezog damit Kognitive Theorien und Therapiekonzepte, insbesondere von Beck (1976) in seine Konzeptionen mit ein und schuf damit bedeutsame Anstöße für Innovationen bei der Behandlung von Zwangsgedanken.

Bei der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Zwangsgedanken war man auf ein sehr wesentliches Detail im Ablauf der Gedanken gestoßen, das Therapeuten und Forschern lange Zeit verborgen geblieben war. Man stellte fest, daß Episoden von Zwangsgedanken häufig durch ein kognitives Abschlußritual beendet wurden. So sagte beispielsweise ein Patient, der sich von wiederkehrenden blasphemischen intrusiven Gedanken gequält fühlte, jeweils am Ende einer kognitiven Zwangsepisode drei Mal : "Gott ist gut, Gott ist gut, Gott ist

gut". Rachman beschrieb diese Abschlußrituale als erster und bezeichnete sie als Neutralisierungsrituale (Rachman, 1976). In den späten 80er Jahren wies Salkovskis darauf hin, daß die Bedeutung von "kognitiver Reaktionsverhinderung" bei der Behandlung von Zwangsgedanken in der Fachwelt nicht ausreichend gewürdigt sei. Kirk hatte erfolgreich einen modifizierten Ansatz der Gedankenstopmethode eingeführt. Sie hatte den Gedankenstop nicht in bezug auf die zwanghaften Intrusionen, sondern in bezug auf die kognitiven Rituale eingesetzt (Kirk, 1983).

Die Entdeckung von Neutralisierungsritualen, die Wasch- und Kontrollritualen gleichzusetzen sind, führte zu der Aufnahme von Vereinbarungen über interne Reaktionsverhinderung, die den Konfrontationsverfahren in sensu hinzugefügt wurden.

Rachman wies darauf hin, daß kognitive Verfahren nach Beck (1976) zusätzlich eingesetzt werden könnten, um die Habituation durch Detoxifizierung und Minderung der Bedeutung (Deflation) der Gedankeninhalte zu stützen (Rachman, 1980). Hier führte Salkovskis theoretische Konzeption zur Umkehrung des Stellenwertes der Verfahren. Heute baut man stärker auf kognitive Verfahren bei der Behandlung von Zwangsgedanken, während Exposition in sensu eher als flankierende Maßnahme verwendet wird.

Eine weitere Quelle der kognitiven Theorie von Salkovskis waren empirische Untersuchungen über den Einfluß des erlebten Gefühls von Verantwortung in angstbesetzten Situationen (Hodgson und Rachman, 1972; Röper, Rachman und Hodgson, 1973; Röper und Rachman, 1975; Rachman, De Silva und Röper, 1976). Unter kontrollierten experimentellen Bedingungen wurden Konfrontationsübungen mit angstausslösenden Situationen durchgeführt. Vor und nach der Konfrontation, nach Durchführung von Wasch- oder Kontrollritualen bzw. nach einer 30minütigen Pause oder der Unterbrechung des Rituals wurden subjektive Angstmaße und Pulsfrequenzmessungen erhoben. Das für die spätere Theoriebildung wesentliche Ergebnis war die Tatsache, daß in Gegenwart der Versuchsleiterin bei Patienten mit Kontrollzwängen die Angst nach der Konfrontation weniger ausgeprägt entstand. Bei einer Wiederholung des Experiments unter der zusätzlichen Bedingung der Abwesenheit der Versuchsleiterin während der Konfrontation waren Unterschiede zwischen Wasch- und Kontrollzwänglern geringer, d.h., in beiden Patientengruppen stieg die Angst nach der Konfrontation deutlich an sowie auch das Bedürfnis zu ritualisieren. An bzw. Abwesenheit der Versuchsleiterin bei Patienten mit Kontrollzwängen erbrachte signifikante Unterschiede im Angsterleben.

Diese Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert, daß die Verantwortung für die Sicherheit von Patienten mit Kontrollzwängen auf die Versuchsleiterin übertragen wurde (Röper und Rachman, 1975; Salkovskis, 1985). Die Bedeutung der Verantwortungsübernahme für das Ausmaß an erlebter Angst wurde in jüngerer Zeit durch eine komplexer angelegte empirische Untersuchung erneut überprüft. Als unabhängige Variable wurden mittels verbaler Instruktion hohes, niedriges

und unmanipuliertes Verantwortungsniveau eingeführt. Bei subjektiv wahrgenommener niedriger Verantwortung wurde die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen als bedeutend niedriger eingeschätzt. Außerdem zeigte sich, daß die Wahrscheinlichkeit eines katastrophalen Ausgangs als niedriger eingestuft wurde, wenn andere Menschen die gleichen Handlungen durchführten (Lopatka und Rachman, 1995).

Von großem Einfluß auf die kognitive Theoriebildung waren weiterhin die Untersuchungen zu "normalen Intrusionen" (Rachman und De Silva, 1978; Rachman und Hodgson, 1980; Parkinson und Rachman, 1980). Rachman und seine Mitarbeiter widmeten sich dem Phänomen "normaler zwanghafter Gedanken", die auf alle Menschen im Verlauf des Alltags einwirken. Üblicherweise können diese sich aufdrängenden Gedanken nach einer gewissen Zeit abgeschüttelt werden. Intrusive Gedanken von Menschen mit Zwangsstörungen sind "intensiver, länger anhaltend, insistierender, beunruhigender und haftender" (Rachman und De Silva, 1978, zitiert nach Rachman, 1997). "Die Mißinterpretation der intrusiven Gedanken als sehr wichtig, persönlich bedeutsam oder sogar katastrophal hat den Effekt, ganz gewöhnlichen Unsinn in Qual zu verwandeln" (Rachman, 1997, S.794; Übersetzung der Autorin).

Reinecker (1994) stellt das Modell von Salkovskis in einem übersichtlichen Schema dar: Der erste Schritt ist ein *aufdringlicher Gedanke* (als Bestandteil des normalen Gedankenablaufs), diesem wird eine besondere *Bedeutung* (z. B.: der Gedanke ist fürchterlich) beigemessen, es folgt eine Reaktion des *Discomfort* (in Form von Unruhe, Erregung und gegebenenfalls Handlungsbedarf), was zur Durchführung eines *Neutralisierungsrituals* führt. Dann beginnt ein Rückkopplungsprozeß, da das Ritual nur kurzfristig hilft. Dies führt wiederum zu Unbehagen und der Rückmeldung über die Bedeutsamkeit des Gedankens, der erneut aufdringlichen Charakter annimmt (Reinecker, 1994; S. 58, in Anlehnung an Salkovskis).

Das von Salkovskis (1985; 1989; 1998) vorgelegte Kognitive Modell der Zwangsgedanken kann als bestechend klar und überzeugend bezeichnet werden. Darüber hinaus hat dieses Modell wesentlichen Einfluß genommen auf Innovationen bei der Behandlung von Zwangsgedanken, aber auch von anderen Formen der Zwangsstörung.

In seiner ersten Arbeit zur Theorie der Zwangsgedanken hatte Salkovskis (1985) in der Analyse der kognitiven Zwangsgedankenabfolge ein Element benannt, das er in späteren Veröffentlichungen nicht wieder aufgreift: er sprach von ich-dystonen Intrusionen und der darauffolgenden ich-syntonen Grübelphase, gefolgt von Neutralisierungsritualen. Intrusionen, insbesondere wenn sie aggressiven, sexuellen oder blasphemischen Inhaltes sind, werden als extrem ich-fremd empfunden: "Wie kann ich so etwas denken?" ist eine der häufig berichteten Reaktionen. Die nun folgenden Grübelzwänge, die den Versuch darstellen, diese innere Dissonanz zu lösen, sind in der Regel eingebettet in das Wertesystem der Betroffenen: "So etwas darf ich doch nicht denken, ich muß ein schlechter Mensch sein" usw. Diese Differenzierung

zwischen einem ich-dystonen und einem ich-syntonen Teil der Zwangsgedanken erscheint mir vom Standpunkt meines Modells der "Suche nach Sicherheit" bedeutsam. Als ich-fremd erlebte Gedanken müssen eine innere Unsicherheit auslösen. In der Folge soll durch Nachgrübeln die innere Balance wieder hergestellt werden.

Salkovskis faßt den aktuellen Stand der Theoriebildung folgendermaßen zusammen: Der „Unterschied zwischen normalen intrusiven Kognitionen und zwanghaften Kognitionen liegt nicht in ihrem Auftreten, auch nicht in der (Un-)Kontrollierbarkeit der Intrusionen selbst, sondern in der Interpretation, die von den Zwangspatienten vorgenommen wird über Auftreten und/oder Inhalt der Intrusion. Gemäß der kognitiven Hypothese wird ein zwanghaftes Muster auftreten, wenn intrusive Kognitionen interpretiert werden als Zeichen, daß die Person für Unglück oder Unglücksverhinderung verantwortlich sei, gewesen sei oder zukünftig sein könnte. Diese spezifische Interpretation der Verantwortlichkeit für das Unglück, das einen selbst oder andere Menschen befallen könnte, wird als das Bindeglied gesehen zwischen dem erlebten Unbehagen und dem Neutralisierungsverhalten - ob in offener oder verdeckter Form" (Salkovskis, 1996, S. 60; Übersetzung der Autorin).

Vor dem Hintergrund kognitiver Modellvorstellungen, die Prozessen der Informationsverarbeitung eine entscheidende Rolle bei Zwangspänomenen zuschreiben, stellt Reinecker ein sogenanntes "Verkettungsmodell" vor und ein "Allgemeines System-Modell menschlichen Verhaltens" (nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1990) zur Analyse von Zwangspänomenen. Letzteres berücksichtigt selbstregulative Prozesse sowie verschiedene Interaktionen und Rückkoppelungen bei der Genese von Zwangspänomenen und erlaubt den Rückgriff auf den Erklärungswert vorhandener theoretischer Modelle und empirischer Befunde.

Das Verkettungsmodell (Reinecker, 1994) zielt ab auf die Erklärung von selektiver Aufmerksamkeit als Grundlage für Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsgedanken. Den Hintergrund selektiver Aufmerksamkeit bilden die genetische Prädisposition, familiäre Transmission und individuelle Entwicklung in den Dimensionen von Sicherheit und Autonomie. Das Verkettungsmodell schließt als bedeutsam erkannte Erklärungsaspekte ein, die zu einer Verfestigung von Zwangsgedanken führen können (Rebound-Effekte, Merkmale des kognitiven Aufwandes, Stimmungskongruenz etc.). Entscheidend bei diesem Modell sind die mehr oder weniger *zufällige* Aneinanderreihung und das Zusammentreffen von Gedanken, Bewertungen, emotionalen Reaktionen etc., die erst zur Stabilisierung des Zwangsgedankens führen.

Das System-Modell (nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1990) ist ein komplexes und umfassendes Modell, das das menschliche System in seiner Gesamtheit abbildet, d.h. sowohl konkretes Verhalten als auch kognitive, affektive und physiologische Prozesse berücksichtigt. Dieses Modell impliziert die Annahme, daß bei Zwangspänomenen eine Störung kognitiver und emotionsverarbeitender Prozesse vorliegt. Ausgehend von der bio-informationalen Theorie von Lang

(1979) wird eine Netzwerkstruktur im Gedächtnis angenommen, die gebunden ist an bzw. aktiviert wird durch Angst und damit verwandte Emotionen. Mit diesen Emotionen verknüpfte Informationen sind im Gedächtnis neurophysiologisch in propositionalen Netzwerken kodiert, die bei Wahrnehmung relevanter Stimuli schnell aktiviert werden können und dem Individuum erlauben, auf diese Bedeutungsinhalte entsprechend zu reagieren. Dieser im Normalfall nützliche Vorgang verkehrt sich ins Gegenteil, wenn sich durch individuelle Erfahrungen und Lernprozesse eine pathologische Gedächtnisstruktur ausgebildet hat. Verbunden mit bei Zwangspatienten nachgewiesenem geringeren Vertrauen in eigene Gedächtnisinhalte und Vorkommen von Fehlerinnerungen (Handlungsgedächtnis) - was zusätzlich zu Zweifel und Unsicherheit führt - sind diese pathologischen Gedächtnisstrukturen hoch persistent, intern kohärent und hochgradig irrational (s. auch Foa und Kozak, 1986).

Eine ausführliche Diskussion biologischer Befunde findet sich bei Sartory (1997). Das umfangreiche empirische Forschungsmaterial bietet derzeit noch keine ausreichende Grundlage für biologische Theorien der Zwangsstörung, da die Untersuchungen einerseits zu widersprüchlichen Ergebnissen kamen, andererseits vielfach Schweregrad und Symptombild nicht berücksichtigt wurden.

Die Ausarbeitung einer Kognitiven Theorie der Zwangsstörung ist in einer äußerst fruchtbaren Entwicklungsphase begriffen. Die Veröffentlichungsrate ist nach einer längeren Phase der relativen Stille um die Zwangsstörung wieder deutlich angestiegen. Es erscheinen in erfreulicher Regelmäßigkeit Beiträge, die jeweils wieder einen neuen Mosaikstein hinzufügen, wie Reinecker (1994) sagt, einen neuen „Bestandteil“ eines möglichst umfassenden theoretischen Gesamtkonzeptes beitragen.

Rachman (1997) bestätigt die von Salkovskis (1985, 1996) hervorgehobene Bedeutungsgebung für „normale Intrusionen“ und bezeichnet sie als „katastrophisierende Mißinterpretation“ (S. 793). Er betont wiederum, daß zwanghafte Gedankengänge ein universelles Phänomen darstellen, und er wirft zwei weiterführende Fragen auf: „Where do obsessions come from?“ und: „Who is vulnerable?“

Auf die erste Frage führt er die Einflußfaktoren Streß und Depression ins Feld.

Nach Rachman (1997) erhöht die Konfrontation mit Streß die Frequenz von auftretenden Zwangsgedanken. Dies wurde in empirischen Untersuchungen mit Zwangspatienten und normalen Versuchspersonen belegt (Rachman und De Silva, 1978, Rachman und Hodgson, 1980; Parkinson und Rachman, 1980; Horowitz, 1985). Ein weiterer bedeutsamer Faktor ist die Verbindung zwischen Zwang und Depression. Dysphorische Stimmungslagen bieten für Rachman einen fruchtbaren Boden für zwanghafte Intrusionen. „Perhaps in a state of dysphoria the significance and/or feared consequences of the intrusive thoughts are given a nasty twist?“ (S. 798).

Zur speziellen Frage der Vulnerabilität nennt Rachman (1997) folgende Einflußgrößen:

1. Hohe moralische Standards - gelernt oder gelehrt - und das Streben nach moralischem Perfektionismus führen zu einer erhöhten Neigung zu zwanghaftem Denken, da allen Inhalten, die moralische Werte betreffen, besondere Bedeutung zugeschrieben wird.
2. Unmoralische Gedanken werden als vergleichbar oder sogar gleichwertig mit unmoralischen Handlungen gesetzt. Rachman spricht hier von einem besonderen „cognitive bias“, den er an anderer Stelle als „thought-action-fusion“ bezeichnet hatte (Rachman, 1993).
3. Als Vulnerabilitätsfaktor nennt Rachman die Depression und verweist auf die Arbeiten von Riccardi und McNally (1995), die die seit langem vermutete Verbindung zwischen Depression und Zwangsgedanken nachweisen konnten.
4. Die Neigung zur Ängstlichkeit führt er als weiteren Risikofaktor an. Ängstlichkeit erhöht die Frequenz intrusiver Gedanken (s. auch Horowitz et al., 1972; Horowitz, 1985), was immer das Ausgangsmaterial für die Verfestigung bestimmter Inhalte zu Zwangsgedanken darstellt.

Die Frage, woher kommen Zwangsgedanken, bzw. wie entstehen Zwangsgedanken und Zwangsrituale, beschäftigt mich aufgrund meiner klinisch-entwicklungspsychologischen Ausrichtung im besonderen.

Die zentrale These meines Modells bezieht sich auf mangelnde Sicherheit als Grundgefühl des zwanghaften Entwicklungspfad. Zwangsrituale sind Ausdruck der Suche nach Sicherheit. Wie die Entwicklung zur Zwangsstörung verläuft, und inwiefern Zwangsrituale als Ausdruck der Suche nach Sicherheit zu interpretieren sind, soll im weiteren Verlauf dieses Beitrages ausgearbeitet werden.

## **Entwicklungspsychologische Einflüsse bei der Entstehung von Zwangsstörungen**

Die Betrachtung der Zwangsstörung aus entwicklungspsychologischer Perspektive wird auf der Grundlage eines Modells „normaler“ menschlicher Entwicklung über den Verlauf der Lebensspanne vorgenommen.

Das Heranziehen einer entwicklungspsychologischen Perspektive für Modellvorstellungen zur Erklärung einer psychischen Störung und deren Behandlung ist der Fächerkombination der Klinischen Entwicklungspsychologie zuzuordnen.

Vertreter dieser neuen Fächerkombination setzen es sich zum Ziel, theoretische Forschung und klinisch-psychologische Anwendung näher zusammenzuführen. Sie sehen Entwicklung immer über die gesamte Lebensspanne und betrachten normale und abnormale Entwicklungsverläufe in Parallelität zueinander (Sroufe und Rutter, 1984; Noam, 1986a, 1986b,

1991; Cicchetti, 1989). Letztere Prämisse impliziert, daß wir von dem Studium normaler Entwicklung für das Verständnis pathologischer Entwicklungsverläufe lernen können, und umgekehrt, daß weiterhin normale und gestörte Phasen von Entwicklung einander abwechseln und ineinander übergehen können, daß unterschiedliche Entwicklungsverläufe in ein Störungsbild (Äquifinalität) und eng vergleichbare Entwicklungsverläufe in vielfältige Pathologien (Multifinalität) münden können (Sroufe, 1989). Theoretiker des Faches Klinische Entwicklungspsychologie teilen die Auffassung, daß eine negative Entwicklungsbahn<sup>1</sup> zu allen Zeitpunkten des Lebens beginnen kann, eine Korrektur, also der Wiedereintritt in eine gesunde Entwicklungsbahn, entweder durch fortschreitende affektiv-kognitive Entwicklung oder durch Unterstützung von außen ebenfalls zu jedem Zeitpunkt möglich ist.

Für mein Störungskonzept des Zwangs ist von entscheidender Bedeutung die Auffassung, daß alle Menschen im Verlauf ihres Lebens einer Reihe vorhersagbarer Krisen begegnen müssen, jedoch für die Ausbildung einer Pathologie eine Vielzahl von negativen Bedingungen zugrunde liegen muß. Wenn ein Mensch mit einer manifesten psychischen Störung psychotherapeutische Hilfe sucht, so ist er wie alle anderen neben dieser speziellen Belastung ein Mensch in Entwicklung mit Entwicklungsaufgaben, die derzeit durch das akute Leiden besonders schwer zu bewältigen oder gänzlich blockiert sind.

Entstehung und Verlauf der Zwangsstörung stehen in einer individuell geprägten Beziehung zum Entwicklungsverlauf. Diese Beziehung zwischen Zwangsstörung und dem Durchlaufen einer bestimmten Abfolge von Entwicklungsstufen soll im folgenden aufgezeigt werden. Die Darstellung stützt sich auf das Entwicklungsmodell von Kegan, das mit seiner Beschreibung von Entwicklungsstufen des Selbst (Kegan, 1982) für die klinische Anwendung besonders geeignet ist. Kegan erweitert die Modelle von Piaget (1936) und Kohlberg (1969) und bezeichnet sein Modell als ein entwicklungs-konstruktivistisches Konzept. Es bezieht sich auf Entwicklung über die Lebensspanne und betont den konstruktivistischen Aspekt der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt.

Bei meiner entwicklungspsychologischen Konzeption der Zwangsstörung in bezug auf Entstehung, Verlauf und Therapieansatz ziehe ich ein zweites entwicklungspsychologisches Modell heran, nämlich die Theorie von Biographie und Transformation von Noam (1988b; vergl. Röper und Noam, 1998). Noam weist zu Recht darauf hin, daß entwicklungspsychologische Modelle wie das von Kegan und Erikson allein pathologische Entwicklungen nicht ausreichend erklären. Neben den zu erwartenden Entwicklungskrisen nimmt er eine pathologische Lerngeschichte an. Negative Erfahrungen in der Kindheit und im weiteren Verlauf des Lebens (Traumata oder langanhaltende ungünstige Umfeldbedingungen) führen zu

besonders starren Überzeugungen, die er Einkapselungen nennt. Nach Noam können im Verlauf des gesamten Lebens Problembereiche entstehen, die sich aufgrund besonders schmerzhafter Erfahrungen zu solchen Einkapselungen formieren. Diese können wegen ihrer besonderen, belasteten Bedeutung nicht in das sich transformierende Selbst- und Weltbild integriert werden. Sie wirken sich als Diskrepanzen im Selbst-System aus.

Noams Modell betont die repetitiven Strukturen im Erleben und Verhalten auf der Basis früher internaler und interpersonaler Erfahrungen. Diese Erfahrungen wirken formativ für spätere Interaktionen mit der Welt. Als Wurzeln individueller Entwicklung betrachtet Noam nicht nur traumatische frühkindliche Erfahrungen, sondern er geht von einer komplexen Interaktion zwischen biologischer Disposition, Umgebungseinflüssen und Reifungsgeschehen auf der kognitiv-affektiven Ebene aus. Diese Interaktionen schaffen eine "grammar of self-other relationships", die auch erhalten bleibt, lange nachdem der eigentliche Sinn und Zweck dieser spezifischen Weltsicht überholt ist (Noam, 1988b). So sollen bei der Betrachtung von Entstehung und Verlauf der Zwangsstörung 'normale Entwicklung' und Einflüsse einer sich formierenden Pathologie gleichermaßen berücksichtigt werden. Für ersteres wird das Entwicklungsmodell von Kegan herangezogen, für den pathologischen Anteil der Zwangsentwicklung das Modell von Biographie und Transformation. Beide Autoren berufen sich auf Piaget und folgen der klinisch-entwicklungspsychologischen Prämisse der dualen parallelen Sichtweise von normaler und pathologischer Entwicklung.

Nach Kegan befindet sich der Mensch ständig in einem Prozeß der Bedeutungsbildung (meaning-making), der affektiver und kognitiver Natur zugleich ist. Die Aktivität der Bedeutungsbildung vollzieht sich auf der Grundlage zweier menschlicher Strebungen: dem Wunsch, dazuzugehören (yearning to belong), und dem Wunsch, unabhängig, einzigartig zu sein (yearning to be different). Wenn eine der beiden Strebungen zum Kern des Selbst- und Weltbildes wird, entsteht eine klar definierte Lebensphilosophie, in der sich der Mensch vorübergehend in gelassener Haltung zu Hause fühlt. Diese Zeiten des inneren Gleichgewichtes wechseln ab mit Zeiten inneren Umbruchs, in denen das alte Selbst- und Weltbild aufgegeben und ein neues geschaffen werden muß. Jede neue Entwicklungsstufe eröffnet einen größeren Blickwinkel, der die jeweils vorherige Stufe integrativ einschließt.

Die beiden Pole: der Wunsch, dazuzugehören, und der Wunsch nach Unabhängigkeit und Einzigartigkeit stehen sich diametral gegenüber, und so muß immer wieder ein zentraler Lebenswunsch aufgegeben werden, um Platz zu schaffen für ein neues Weltbild. Diese Umbruchsphasen können durch schrittweise Veränderungen erfolgen oder auch in dramatische Lebenskrisen münden.

<sup>1</sup> Entwicklungsbahn (engl.: trajectory) wird verstanden als die innere Haltung zu einem spezifischen Bereich, die sich in einer bestimmten Weise verfestigt - im Gegensatz zu Entwicklungspfad (engl.: developmental pathway), der die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit betrifft.

Abb. 1: Stufen (Spirale) des Subjekt-Objekt-Gleichgewichts

Psychologische Strukturen, die Unabhängigkeit begünstigen

Psychologische Strukturen, die Zugehörigkeit begünstigen

Die von Kegan vorgestellte Darstellung seines Modells als Entwicklungsspirale veranschaulicht das Pendeln zwischen den beiden Strebungen, die inhaltliche Verwandtschaft zwischen Stufen, die dem gleichen Pol angehören, die Integration vorangehender Stufen und damit verbunden die umfassendere Weltsicht auf höheren Stufen.

Der Mensch ist zeitlebens und insbesondere während der Übergangsphasen angewiesen auf die sogenannte "einbindende Kultur", die in der Hauptsache drei Aufgaben hat: Sie muß loslassen, festhalten und in der Nähe bleiben. Loslassen heißt hier: in die Freiheit entlassen und nicht ausstoßen oder fallen lassen, wenn eigene, der Umwelt möglicherweise unangenehme Wege beschritten werden. Festhalten heißt unterstützen und Rückhalt geben, jedoch nicht vor Schwierigkeiten bewahren. In der Nähe bleiben bedeutet Begleiten und Beobachten und Hilfe gewähren, wenn sie gebraucht wird auf der Suche nach dem eigenen Weg. Durch die Berücksichtigung des Strebens nach Autonomie und des Strebens nach Zugehörigkeit überwindet Kegan die Unvollständigkeit früherer Entwicklungsmodelle mit ihrer einseitigen Betonung des Heranreifens zur Individualität. Gilligan (1977, 1982) hatte mit ihrer Arbeit "Die andere Stimme" darauf aufmerksam gemacht, daß bisherige Entwicklungsmodelle Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Entwicklung nicht berücksichtigten.

Kegan betont, daß Frauen und Männer beiden Strebungen nachgehen, daß jedoch Sozialisationseinflüsse den Wunsch nach Unabhängigkeit bei Jungen und Männern und den Wunsch nach Zugehörigkeit für Mädchen und Frauen stärker unterstützen. So werden ein früheres Erreichen sowie ein längeres Verweilen in den Entwicklungsstufen, die dem Streben

nach Zugehörigkeit zugeordnet sind, für Mädchen und Frauen begünstigt und umgekehrt werden Jungen und Männer gefördert, die Entwicklungsstufen der Unabhängigkeit früher zu erreichen und gebremst, diese jeweiligen Stufen zu überwinden. Das Modell beschreibt fünf Stufen, in denen der Mensch vorübergehend zu einem inneren Gleichgewicht findet zugunsten eines der beiden Pole. Die fünfte Stufe wird nicht als der letzte und endgültige Reifungsstand betrachtet; der Pfeil am oberen Ende der Spirale deutet darauf hin. Umfangreiche Untersuchungen von Kegan und seinen Mitarbeitern erbrachten das Ergebnis, daß sich die Mehrheit der gebildeten und aus der Mittelschicht bis Oberschicht stammenden Versuchspersonen irgendwo auf dem Weg von Stufe 3 zu Stufe 4 befand.

Für die entwicklungspsychologische Betrachtung von Entstehung und Verlauf der Zwangsstörung sind die Übergangsphasen genauer zu beleuchten. Besonders die vulnerablen Lebensabschnitte sind einerseits von innerer Unruhe und Unsicherheit gekennzeichnet, andererseits aber auch für Wachstum und Veränderung besonders fruchtbar.

Kegan stellt die These auf, daß Menschen, die therapeutische Hilfe suchen, diesen Entschluß immer in einer Übergangskrise fassen, da dann neben dem Leidensdruck durch die Symptomatologie die fortschreitende affektiv-kognitive Entwicklung zusätzliche innere Verwirrung stiftet, andererseits schafft sie auch neue Möglichkeiten, sich selbst und die Welt anders zu begreifen.

In der fortlaufenden Entwicklung gibt es immer einen neuesten Stand, "the cutting edge", der die Basis unserer Selbst- und Weltsicht bildet und durch innere und äußere Erlebnisse und Erfahrungen im Alltag konsolidiert oder verändert wird (Noam, 1996).

Die von Kegan beschriebenen Übergangsphasen sollen nun in ihrer Relevanz für Entstehung und Verlauf der Zwangsstörung betrachtet werden. Es soll angemerkt werden, daß unter dem Begriff „Verlauf der Störung“ sowohl der natürliche Verlauf einschließlich der Mechanismen der Aufrechterhaltung verstanden wird als auch der Verlauf unter Einfluß von therapeutischer Intervention.

Die Stufe, 0, die noch nicht eindeutig einem der beiden Pole zugeordnet ist, nennt Kegan die Stufe des *Einverleibenden Selbst*, und er beschreibt sie als die Stufe, in der der Mensch noch eins ist mit seiner Umwelt, in der der Selbstaussdruck von Reflexen bestimmt ist.

Die Beschreibung der Stufe des *Einverleibenden Selbst* sowie der ersten Übergangsstufe, so wie sie in dem Buch "Die Entwicklungsstufen des Selbst" von Kegan (1982) ausgeführt wurde, ist überarbeitungsbedürftig. Er bezieht die Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung noch nicht mit ein. Dies wird auch in der Diskussion des Modells von Sulz (1994) kritisiert. Heute wissen wir, daß sich ab frühester Kindheit hochkomplexe Interaktionsprozesse abspielen, aufgrund derer die Ausbildung innerer Repräsentationen bereits beginnt (Stern, 1977; Dornes, 1993).

In dieser Lebensphase entsteht nach Erikson das Urvertrauen, das er beschreibt als Einstellung gegenüber sich selbst und der Welt. Mit dem Begriff **Urvertrauen** impliziert Erikson, daß hierüber keine Bewußtheit besteht und daß die Qualität des Urvertrauens den Menschen über den gesamten Verlauf des Lebens prägt (Erikson, 1950). Und hier liegt nach Bowlby der Beginn eines Bindungsmusters, das durch die Konstruktion eines sogenannten „Inneren Arbeitsmodells“ den Umgang mit Beziehungen in der Zukunft bestimmen wird (Bowlby, 1995).

Folgender von Kegan beschriebener Aspekt der kindlichen Entwicklung bleibt weiterhin von Bedeutung. Das Kind lernt, daß man Menschen und Dinge suchen und finden kann. Als zentrales Beispiel für den Wachstumsgewinn dieser Phase nennt Kegan das Erlernen des Prinzips von Suchen und Finden. Die innere Spannung zwischen Suchen und Finden muß ausgehalten werden; die erste Angst, die das Kind erlebt, ist die Trennungsangst. Hier beginnt das zentrale Lebensthema für den von Zwangsängsten bedrohten Menschen: die Suche nach Sicherheit und das Vermeiden oder Verhindern von Unsicherheit. Das Streben nach Sicherheit wird gekennzeichnet bleiben durch eine Qualität der Impulsivität. Hiermit ist die innere Notwendigkeit gemeint, Zwangsrituale nicht aufschieben zu können. Den stärksten Einfluß bei dem Drang zu sofortiger Ausübung der Rituale übt sicher die erlebte Angst aus. Die Tatsache, daß das Aufnehmen ritualistischer Aktivitäten in derart automatischer Weise auch bei geringem Ausmaß von erlebter Angst erfolgt (vergl. anxiety/discomfort nach Rachman und Hodgson, 1980), spricht von einem Mitwirken der für diese Lebensphase charakteristischen Impulsivität.

Der einbindenden Kultur, d.h. dem elterlichen Versorgungsstil, der die Entwicklung einer Zwangsstörung begünstigt, wird ein Versorgungsstil nach starren Regeln unterstellt. Eine Versorgung, die sich nicht den wechselnden Bedürfnissen eines Kindes oder unterschiedlichen Bedürfnissen von Geschwistern anpaßt, schafft kein Urvertrauen. Die vorgenommene Unterstellung beruft sich auf Aussagen von Patienten.

So berichtet eine Patientin, die Mutter habe ihr erzählt, daß Nachbarn die Eltern wiederholt angesprochen hätten, ob man denn einen Säugling jeden Tag so viel schreien lassen müsse. Es sei ihnen aufgefallen, daß das Kind immer zu bestimmten Zeiten schreie. Die Mutter habe ihnen erklärt, daß sie es für wichtig hielte, das Kind zu regelmäßigen Zeiten zu füttern und auch abends, wenn es vor dem Einschlafen schreie, nicht aus dem Bett zu holen. Eine andere, das jüngste von fünf Kindern, berichtete, die Mutter habe es der ältesten Schwester streng verboten, sich um sie zu kümmern, wenn sie zwischen durch schreie. Die Mutter sprach auch später noch von ihr als dem besonders braven Kind, „das man gar nicht gemerkt habe“.

Kegan stellt die verschiedenen Übergangsphasen unter ein gemeinsames Thema, sie sind alle gekennzeichnet von Wachstum und Verlust. Wenn am Ende einer Übergangsphase ein neu erschaffenes Weltbild steht, so war auf dem Weg dahin einiges aufzugeben. Das engere, eingeschränktere Weltbild ist immer bequemer und beinhaltet weniger Pflichten. So ist

Entwicklung stets von Ambivalenz gekennzeichnet. Es ist für den Menschen immer spürbar, daß Wachstum seinen Preis hat.

Alle Übergangsphasen sind die vulnerablen Perioden des Entwicklungszyklus. Sie können sich einfach als schwerer zu meisternde Lebensphasen oder als gerade noch zu bewältigende Entwicklungskrisen oder auch als Lebensabschnitte gestalten, deren schmerzhafteste Eindrücke den Lebensweg negativ beeinflussen.

Nach Noam (1988a, Noam et al., 1995) kann sich das Selbst in seiner Gesamtheit fortschreitend weiterentwickeln, während Subdomänen steckenbleiben. Dies sind die sogenannten Einkapselungen deren Einfluß sich beeinträchtigend während des gesamten Lebens auswirken kann. Es handelt sich also nicht um „archäologische Einheiten“, sondern um aktiv einwirkende Muster, die in gegenwärtiges Erleben eingreifen. Noam unterscheidet zwei „Schicksale“ von Einschließungen: vertikale und horizontale Einkapselungen. Vertikale Einkapselungen sind innere Haltungen, die in ihrer Bedeutungsstruktur in dem affektiv-kognitiven Niveau verhaftet bleiben, in dem sie gebildet wurden. Trotz fortschreitender Entwicklung wird die alte Erlebnislogik beibehalten, und es entsteht eine immer deutlicher werdende hierarchische Diskrepanz zwischen eingekapselten Themenbereichen und dem Verhaltens- und Erlebenspotential in anderen Lebensbereichen. Ein Beispiel wäre die kindliche Schlußfolgerung, schuld zu sein an der Scheidung der Eltern. Erhalten bleiben kann eine Überzeugung der eigenen Schuldhaftigkeit. Diese vertikalen Einkapselungen führen zu einem schlecht integrierten Affektssystem des Selbst. Sie treten in neuen Primärbeziehungen hervor, und es muß viel Energie investiert werden, um die Abtrennung von der erreichten reiferen Selbststruktur zu erhalten.

Horizontale Einkapselungen sind verdeckte Abweichungen vom erreichten Entwicklungsstand, da sie unter der vorherrschenden Struktur ihren Ausdruck finden. Es handelt sich um Einkapselungen von Subdomänen, nicht im Sinne von Anhalten in der Entwicklung, sondern als eine Art Entgleisung. Horizontale Einkapselungen formen einen Aspekt der Welt-sicht des Individuums. Die Inhalte dieser Einschließungen verändern sich und werden mit fortschreitender Entwicklung differenzierter. Theoretisch mag die Integration „horizontaler Einkapselungen“ in die Gesamtpersönlichkeit einfacher erscheinen als die Integration „vertikaler Einkapselungen“, da hier ein massives Zurückbleiben im Vergleich zur vorherrschenden Struktur vorliegt. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Auflösung der horizontalen Abspaltungen vom Gesamtsystem erweist sich als therapeutisch sehr viel komplizierter.

In ihrer Entstehung beginnen Einkapselungen als entwicklungsangemessene Arten von Bedeutungsbildung, als die bestmögliche Lösung einer als stark bedrohlich empfundenen Situation. Sie nehmen erst im späteren Verlauf ihren beeinträchtigenden, ungelösten Charakter an. Menschen halten diesen alten verfestigten Einstellungen die Treue, auch wenn sie nicht mehr brauchbar sind und nur noch Schmerzen und Konflikte hervorbringen. Die Loslösung von ihnen wird oft als Verlust empfunden, der den erwarteten Entwicklungsgewinn in den



Schatten stellt.

Hier unterscheidet sich Noams Theorie klar von der von Kohlberg, Kegan und Piaget, auf den sich alle beziehen, obwohl Piaget selber scheinbar seine Zweifel an einer einheitlichen Selbststruktur hatte. Er sprach zwar von der Einheit der Persönlichkeit, wies aber darauf hin, daß eine strukturelle Einheit nicht bewiesen sei, und beschrieb die Persönlichkeit an anderer Stelle als "multiple, divisée et contradictoire" (zitiert nach Noam, 1986b).

Als Einkapselung aus dieser ersten Übergangsphase (0 - 1) kann eine Haltung zurückbleiben, die entweder von Angst vor plötzlichem Verlust von Bezugspersonen gekennzeichnet ist oder sich in differenziert begründbaren Verlustängsten verfestigt hat. Als Gegenpol ist auch ein ausgeprägtes Unabhängigkeitsstreben zu finden, das sich in impulsiv vollzogenen Trennungen, oder in differenzierten Begründungen für Gefühle von Einengung äußern kann.

Zurück zu dem Modell von Kegan (1982). Auf der nächsten Stufe, der Stufe des „Impulsiven Selbst“, die dem Streben nach Zugehörigkeit den Vorrang einräumt, wird die enge Bindung an die Umgebung der Ausgangspunkt für den Umgang mit der Welt. Hier ist das Selbst eingebunden in Wahrnehmung und Impulse. Diese müssen unmittelbar ausgedrückt werden. Die engen Bezugspersonen werden noch nicht so weit entlassen, daß erkannt werden könnte, daß sie ihre eigenen Pläne und Ziele verfolgen. Sie bleiben in dieser Phase noch die Garanten für die eigene Bedürfnisbefriedigung. Nicht-Ausdruck von Impulsen bedeutet eine Bedrohung für das Selbst. Der Wutanfall ist der charakteristische Ausdruck von Kummer.

In der Übergangsphase zur nächsten Stufe, auf dem Weg zum *Souveränen Selbst* beginnt das Kind, ein Gefühl für die Privatsphäre zu entwickeln, es entdeckt das Geheimnis. In die Auseinandersetzung mit der Umwelt fließt die Fähigkeit zum magischen Denken ein. Gleichzeitig findet in diesem Lebensabschnitt die Geburt der Rolle statt. Das Kind lernt jetzt, daß die Menschen unterschiedliche Aufgaben und Rollen haben und eigene Pläne, und das macht sie unkontrollierbar. Hier braucht es den Respekt und die Anerkennung der „einbindenden Kultur“ für die wachsende Selbständigkeit des Kindes.

Nach den Schilderungen, die Menschen mit Zwangsstörungen über ihre Kindheit abgeben, müssen wir davon ausgehen, daß es an Einfühlung, Respekt und Anerkennung der elterlichen Bezugspersonen sowohl für die wachsende Selbständigkeit, als auch für Ängste und Schutzbedürftigkeit, entscheidend gemangelt hat. Gehen wir einmal davon aus, daß die „einbindende Kultur“ ihre Aufgaben des Festhaltens, Loslassens und in der Nähebleibens nicht oder mangelhaft erfüllt, so ist diese Übergangsphase (s. auch Erikson, 1950) reich an relevanten Themen, die in die Entwicklung einer Zwangsstörung einfließen können.

Es wird erkannt, daß Menschen und Ereignisse nicht kontrollierbar sind. Gefühle der Einsamkeit, die von anderer Qualität sind als Trennungsängste, können hier erstmals auftreten. Aber den inneren Ängsten kann man mit magischen Ritualen

begegnen, und diese können vor der Außenwelt geheim gehalten werden.

Eine charakteristische Begleiterscheinung jeder Übergangsphase ist die Angst. Sie ist Ausdruck von Entwicklung. Das Aufgeben von Vertrautem und das Hineinwagen in Neues bringt Angstgefühle mit sich.

Nach Auffassung Kegans beeinflusst der Umgang der Eltern mit den Ängsten der Kinder deren Lebensentwurf entscheidend.

Wenn ein Kind Angst zeigt, können sich die Eltern entweder darauf konzentrieren, dem Kind sofort die Angst nehmen zu wollen, oder sie können ihre Aufmerksamkeit auf die Situation des Kindes richten und seine Beweggründe für die Angst. Sie widmen sich also entweder der Angst und deren Linderung oder - dem Menschen in Angst. Richten sie ihre Bemühungen auf das Nehmen von Angst, so vermitteln sie gleichzeitig die Botschaft: „Angst ist nicht gut, darf nicht sein.“ So kann sich mehr oder weniger stark einprägen: alles was Angst macht, alles was neu ist, ist nicht gut, sollte vermieden werden. Wenn Eltern mit den Ängsten ihrer Kinder in dieser Weise umgehen, ist dies bei extremer Ausprägung der ideale Nährboden für das allmähliche Entstehen von zwanghaften Denkstrukturen und für die Schaffung mannigfacher Rituale (Röper, 1992).

Die Tendenz zur Erschaffung einer scheinbaren Sicherheit durch Rituale nimmt vermutlich in dieser Lebensphase ihren Anfang. Wenn wir das Noamsche Konzept der Einkapselung heranziehen, so kann man davon ausgehen, daß in dieser Lebensphase entscheidende Denkschemata geformt werden, die auf dem affektiv-kognitiven Niveau dieser Phase "eingefroren" werden und von daher ebensowenig wie damals rationale Argumenten zugänglich sind.

In der Stufe des *Souveränen Selbst* erlebt sich das Kind erstmals als getrennt von anderen. Es versteht das Prinzip unterschiedlicher Rollen und erprobt sie gern im Spiel. Es kann seine Impulse beherrschen und mißt sie an den Erwartungen von Konsequenzen des eigenen Handelns. Beziehungen spielen sich im Rahmen von Regeln ab und werden danach beurteilt, wie nützlich sie sind. Das Prinzip von Ursache und Wirkung wird in dieser Phase intellektuell erfaßt. Eine Vorliebe für Ordnung, Regeln und Rituale geht einher mit dem Streben nach Kompetenz und Selbstachtung. Der Mensch wird nun erstmals selber Mitglied einer einbindenden Kultur für Schulkameraden und Freunde. Wenn auch der Einfluß der Einbindenden Kultur während der Übergangsphasen als bedeutender erachtet wird, so wird aus dem kurzen Abriss der Stufe des *Souveränen Selbst* deutlich, daß auch die Konsolidierung einer Gleichgewichtsstufe sensible Entwicklungsaufgaben beinhalten kann, deren nicht optimale Bewältigung aufgrund mangelhafter Unterstützung von außen zu einem fragilen Selbstwertgefühl beitragen und in dauerhafte Selbstunsicherheit münden kann.

Die Aufgabe der nächsten Übergangsphase - dem Weg vom *Souveränen Selbst* zum *Zwischenmenschlichen Selbst* - ist es, aus der Identifikation mit den eigenen Bedürfnissen her-

auszuwachsen und die Fähigkeit zu entwickeln, verschiedene Bedürfnisse, auch die verschiedener Menschen, zu koordinieren. Es eröffnet sich ein Bewußtsein für die Gefühle anderer Menschen, und dies wird oft als bedrohlich erlebt. An Kindern bzw. Jugendlichen dieser Übergangsphase sehen wir oft abrupte Schwankungen zwischen kindlichem und erwachsenem Verhalten. Es ist spürbar, daß eine Welt, in der die Gefühle anderer Menschen eine Rolle spielen, komplizierter wird, und dagegen entsteht Widerstand. Wenn bewußt wird, die Gefühle anderer Menschen verletzt zu haben, entstehen Schuldgefühle, eines der von Menschen mit Zwangsstörungen besonders häufig und besonders heftig empfundenen Gefühle. Das Muster der eigenen Schuldhaftigkeit wird in dieser Übergangsphase gewebt.

Verantwortungsgefühl ist bei den meisten Zwangsneurotikern im Übermaß vorhanden. Die Entstehungsgeschichte ist hauptsächlich in dieser Übergangsphase zu suchen. Bei der Suche nach den Wurzeln des übergroßen Verantwortungsgefühls von Menschen mit Zwangsstörungen lassen sich oft weit zurückliegende Ansätze dieses Gefühls ausmachen. Es eröffnet sich ein Bild der Familienatmosphäre aus der Lebensphase des Impulsiven Selbst, in der für launenhaft wechselnde impulsive Bedürfnisse der Kinder kein Platz war, sondern die Grenzen dessen, was sein darf und was nicht sein darf, eng gesteckt waren. Die Kinder mußten lernen, die Verhaltensregeln der Eltern zu akzeptieren, da diese oft mit massiven Mitteln auf kindliche Impulsivität reagierten. In der Phase des Impulsiven Selbst sowie in der Übergangsphase zum Souveränen Selbst bildet sich die Überzeugung: Ich bin verantwortlich für Zufriedenheit oder Unglück meiner Eltern.

Die Schilderungen der Patienten von der häuslichen Atmosphäre, in der sie aufwuchsen, enthalten viele Gemeinsamkeiten. Sie ist im allgemeinen von strengen Regeln und der Beachtung gesellschaftlicher Normen bestimmt. Der Alltag ist von überschaubar eingefahrenen Tagesabläufen gekennzeichnet. Die Eltern werden als fleißig und strebsam geschildert, das gute Ansehen in der umgebenden Gemeinschaft ist wichtig. So forderte eine berufstätige, nach dem Tod des Vaters alleinerziehende Mutter von ihren drei heranwachsenden Kindern, ständig den ordentlichen und aufgeräumten Zustand der Wohnung zu erhalten, es könne ja unerwartet jemand aus der Nachbarschaft klingeln. Sie konnte ihren Arbeitsplatz gelegentlich für kurze Zeit verlassen und machte „Kontrollbesuche“, um den Zustand der Wohnung zu überprüfen.

Die Kinder werden meist zuverlässig versorgt, aber sie müssen funktionieren, sich einfügen. Sie folgen ungewöhnlich früh dem Vorbild der Eltern an Zuverlässigkeit und Fleiß und schildern das Gefühl, nur für Leistung Anerkennung gewonnen zu haben. Es werden keine Erinnerungen geschildert, daß die Eltern Freude gezeigt hätten an Eigenheiten des Kindes. Aus der Rückschau der Erwachsenen schien für persönliche Eigenheiten und Bedürfnisse kein Platz zu sein. Sie mußten sich einfügen. Dies schien häufig keine leichte Aufgabe zu sein. Bei den Schilderungen der Elternpersönlichkeiten fällt auf, daß die Eltern häufig als sehr unterschiedliche Charaktere geschildert werden. Ein Elternteil - meist der dominierende -

hat eine eher zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, der andere Elternteil hat ein lebensfroheres Naturell, das aber durch Zurückgezogenheit oder Anpassung nicht zum Tragen kommt. In der emotionalen Beziehung der Klienten zu ihren Eltern tritt dann zutage, daß zwar der zwanghafte Elternteil imitiert und respektiert wird, die Liebe gilt jedoch dem anderen Elternteil. Zwischen den unterschiedlichen Charakteren der Eltern und einem oft spannungsgeladenen Beziehungsgeschehen einen eigenen Platz auszumachen, erweist sich für die späteren Zwangspatienten als problematisch.

Aus der Perspektive der Entwicklungsstufen des Selbst drängt sich der Eindruck auf, daß die Familienatmosphäre geprägt war von einer Philosophie, die der Stufe 2, der Stufe des *Souveränen Selbst*, zuzuordnen ist. In dieser Philosophie stehen Regeln und Normen im Vordergrund und das nüchterne Abwägen des Prinzips von Ursache und Wirkung. Wenn beide Eltern oder zumindest der dominierende Elternteil aus der Weltsicht der Stufe 2 heraus handelte, so werden viele Detailbeschreibungen der Patienten aus ihrer Biographie plausibel. Erwachsene auf der Stufe des Souveränen Selbst haben die Fähigkeit zur Einfühlung in die Gefühle anderer Menschen noch nicht zur Verfügung und keine Einsicht in eigene, unbewußte Motive. So können die Bedürfnisse und Eigenheiten der Kinder nicht auf dem Boden von Einfühlungsvermögen aufgenommen werden. Der Kontakt mit anderen Menschen fußt auf Kommunikationsregeln. Gute Beziehungen haben viel mit der Nützlichkeit anderer zu tun, s.o.: Anerkennung der Eltern aufgrund von Leistung. Übertreten dieser Kommunikationsregeln führt sowohl innerhalb der elterlichen Beziehung als auch gegenüber den Kindern zu dramatischen Reaktionen, die Angst oder Schuldgefühle auslösen.

Wenn die Familienatmosphäre in der Ursprungsfamilie von der Philosophie der Stufe des Souveränen Selbst geprägt ist, so unterliegen die erwachsenen Repräsentanten dieser Lebenshaltung einer Entwicklungsverschleppung. Dies ist vermutlich wiederum auf in ihrer Kindheit erprobte Mängel, vor allem auch seitens der einbindenden Kultur, zurückzuführen. Menschen, die im Vergleich zu ihren Altersgenossen eine begrenztere Selbst- und Weltsicht haben, spüren dies oft. Sie reagieren gereizt auf die Anforderungen der anstehenden Entwicklungsschritte und verteidigen um so vehementer die für sie gültige Sicht der Dinge.

Wie eingangs erwähnt, befinden sich in meiner Erfahrung die Mehrzahl der Zwangspatienten zu Beginn der Therapie in oder in der Nähe der Stufe des Zwischenmenschlichen Selbst, entweder auf dem Weg hinein, oder auf dem Weg heraus. D.h. sie sind im Begriff, die Lebensphilosophie der Eltern zu verlassen. Dies scheint für alle Menschen generell ein besonders schwerer Entwicklungsschritt zu sein. Das Hineinwachsen in eine Lebensphilosophie, die umfassendere Perspektiven beinhaltet als die von der Elterngeneration eingenommenen, stellt eine große Herausforderung dar. Es gab zum einen kein Vorbild für die Gestaltung der nächst umfassenderen Weltsicht. Wenn darüber hinaus Wandel und Entwicklung nicht Teil der Familienphilosophie sind, wird jeder Entwicklungsschritt von besonderer Unsicherheit gekennzeichnet sein.

Die innere und äußere Loyalität gegenüber den Eltern ist bei Menschen mit Zwangsstörungen sehr ausgeprägt. Sie scheinen mit einer großen Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern ausgestattet und wurden geradezu ein Leben lang dahingehend „gedrillt“. Wenn die Eltern eingebunden sind in die eigenen Bedürfnisse, bleibt den Kindern keine Wahl, als sich mit dieser Situation zu arrangieren. So kämpfen Menschen, die sich aus der elterlichen Lebensphilosophie lösen wollen, einmal mit Schuldgefühlen gegenüber inneren Loyalitäten, zum anderen fehlt das Vorbild innerhalb des familiären Umfeldes. Diese Übergangsphase ist von besonders heftigen inneren Kämpfen gekennzeichnet und kann sich über eine ausgedehnte Zeitspanne erstrecken. In der therapeutischen Arbeit an der Beziehung zu den Eltern ist auch auf der Stufe des Zwischenmenschlichen Selbst oder in deren Nähe die Verzweiflung darüber groß, den Eltern innere Befindlichkeiten oder Bedürfnisse nicht nahebringen zu können. So sagt eine Patientin: „Im Freundeskreis und in der Berufswelt respektieren die Menschen, wer ich bin und was ich anstrebe, nur meine Mutter kann mich nicht so sehen, wie ich bin.“ Und ein anderer: „Immer wieder wirft sie mir vor, daß ich mich nicht um sie kümmere, wenn ich mich nicht für sie bei den Nachbarn beklage, daß diese aus ihrer Sicht im Treppenhaus keine Ordnung halten. Ich kann das aber nicht, mir ist das nicht wichtig. Sie sieht kaum, daß ich sie häufig besuche, um mit ihr zu reden, obwohl es so oft frustrierend ist.“

Die nächste Stufe, die des *Zwischenmenschlichen Selbst*, ist dem Streben nach Zugehörigkeit gewidmet. Das Selbstwertgefühl ist bestimmt von Anerkennung und Zuwendung durch andere. Eigene Gefühle und die anderer Menschen stehen im Mittelpunkt allen Erlebens. Ambivalenzen können nicht im Inneren ausgetragen werden, sie spielen sich ab zwischen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Person und deren Wertesystem und dem einer anderen. Das Selbst ist an andere gebunden, es residiert nicht im eigenen Inneren. Selbst und Selbstwertgefühl schweben zwischen der Person und ihrer Umgebung. Innerhalb der Zugehörigkeit zu einem Menschen oder einer Gruppe werden Verbindlichkeiten eingegangen und Verantwortung übernommen.

Die in dieser Stufe sich entfaltenden Fähigkeiten führen für den Menschen mit zwanghaften Tendenzen nicht nur zu einer Erweiterung der Selbst- und Weltsicht, sondern bedeuten auch eine zunehmende Belastung. Wenn nicht nur erkannt wird, daß auf das eigene Verhalten bestimmte Reaktionen zu erwarten sind, sondern die Einfühlsamkeit in die Gefühle anderer voll entwickelt ist, können sich Schuldgefühle auf einer tieferen Ebene breit machen. Zwangsgedanken lösen intensivere Schuld- oder Schamgefühle aus. Wenn andere Menschen von diesen Gedanken wüßten, wird auch deren gefühlsmäßige Reaktion ausgemalt. Der gute oder schlechte Mensch ist nicht mehr nur der, der sich richtig oder falsch verhält, sondern auch der, der richtig oder falsch fühlt oder denkt. So

wird auf dieser Ebene eine stärkere Verantwortung für die eigenen Gedanken übernommen und aus den Zwangsgedanken oft eine eigene Schlechtigkeit abgeleitet.

Mit diesem knappen Einblick in die Welt der Stufe des Zwischenmenschlichen Selbst wird die Beschreibung von Einflußfaktoren für die Entstehung von Zwangsstörungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive beendet, da bei Beginn der Therapie keiner der von der Autorin behandelten oder supervidierten Fälle in die nun folgende Übergangsphase eingetreten war.

Die Beschreibung der Zwangsentwicklung ist in einer zusammenfassenden Tabelle im Überblick dargestellt. Sie basiert auf der Zusammenschau von theoretischen Modellen menschlicher Entwicklung und Erfahrungen aus biographisch-therapeutischer Arbeit mit Patienten mit Zwangsstörungen.

Wenn es um die Chancen geht, die die fortschreitende Entwicklung für die Behandlung von Zwangsstörungen bietet, soll das Stufenmodell weiter unten bei der Übergangsphase zwischen der Stufe des Souveränen Selbst und der Stufe des zwischenmenschlichen Selbst wieder aufgegriffen werden.

### **Auf der Suche nach Sicherheit - ein entwicklungspsychologisches Modell der Zwangsstörung**

Dieses Modell basiert auf einer Zusammenführung von existierenden theoretischen Konzepten der Zwangsstörung und klinisch-therapeutischer Erfahrung. Die entscheidenden Anstöße verdankt das Sicherheitsmodell den oft schmerzhaften und tapfer ertragenen Bemühungen vieler Patienten ihren eigenen Werdegang zu erkunden und zu begreifen und dies ihrer Therapeutin möglichst genau zu vermitteln.

Ausgangspunkt des Sicherheitsmodells ist ein angenommenes *chronisches Gefühl mangelnder Sicherheit* im Kern der Persönlichkeit von Menschen, die an Zwangsstörungen leiden. Die Intensität dieses Gefühls mangelnder Sicherheit ist von entscheidender Bedeutung. Im Verlauf der Entwicklung muß eine Vielzahl negativer Einflüsse zusammentreffen, eine Reihe von Entwicklungsbahnen bündelt sich zu einem bestimmten Entwicklungspfad, der in eine Zwangsstörung mündet.

Das Modell ist sequentiell und systemisch aufzufassen. Es impliziert gleichzeitig den Entwicklungsverlauf, der von einer Ansammlung folgenschwerer Erfahrungen im Verlauf der affektiv-kognitiven Entwicklung gekennzeichnet ist (s. Tabelle 1), sowie auch die Darstellung der jeweils aktuellen Problemsituation mit ihren die Störung aufrechterhaltenden Wirkfaktoren.



## Das Sicherheitsmodell der Zwangsstörung (in Search for Security Model)

Abb. 2: Das Sicherheitsmodell verdeutlicht Einflussfaktoren als miteinander gekoppelte Wirkkomponenten zu einem möglichen Zeitpunkt in der Lebensspanne. Das Modell ist auch sequentiell aufzufassen, d.h., affektiv-kognitive Entwicklung im Verlauf ist gekennzeichnet durch die Suche nach Sicherheit in sich selbst (Streben nach Unabhängigkeit) und die Suche nach Sicherheit im Kontakt zu anderen (Streben nach Zugehörigkeit). Bei ungünstiger Lerngeschichte addieren sich negative Lernerfahrungen aus der Entwicklungsgeschichte (s. Tabelle 1).

Das *chronische Gefühl mangelnder Sicherheit* wird aus zwei Richtungen gespeist.

Da ist einmal der Komplex: *Konstitutionell erhöhtes Erregungsniveau* (Beech und Perigault, 1974), *problematische/pathologische Netzwerkstrukturen* (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1990), die an die Gefühle von Angst und Depression gekoppelt sind.

Ein konstitutionell erhöhtes Erregungsniveau, das schnelle und überdauernde Konditionierungsprozesse in Gang setzt (Beech und Perigault, 1974), hat zwangsläufig ein chronisches Gefühl innerer Unsicherheit zur Folge. Hiermit ist ein entscheidender Einflußfaktor gegeben. Ein instabiles Arousalssystem ist möglicherweise als Angst wahrnehmbar, begünstigt also ein Grundgefühl der Ängstlichkeit.

Da sind weiterhin die problematischen Netzwerkstrukturen, die sich im Verlauf der Entwicklung zu *pathologischen Netzwerkstrukturen* verfestigen können. Diese sind aktiviert durch Angst und werden zu im Gedächtnis verankerten neurophysiologischen Netzwerkstrukturen, die bei Wahrnehmung relevanter Stimuli schnell aktiviert werden. Diese nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1990; s.auch Lang, 1979) benannten Netzwerkstrukturen finden ihre Entsprechung in dem von Noam (1986b) entwickelten Konzept der *Einkapselungen*, die-

se sind nach Noam explizit inhaltlich definiert, werden also von mir den biographischen Einflußfaktoren zugeordnet.

Der Zusammenhang von Depression und Zwang scheint in 75% aller Fälle dergestalt zu sein, daß sich die Depression als Folge der Zwangsproblematik entwickelt. Von Bedeutung für das Sicherheitsmodell ist die umgekehrte Verbindung, in der die Depression Grundlage der Zwangsstörung zu sein scheint. Hier müssen wir von einer Neigung zu einer negativen Sicht von sich Selbst, der Welt und der Zukunft ausgehen (Beck, 1976), die, gekoppelt mit innerer Unruhe (Vaughan, 1976), zu einem Gefühl chronischer innerer Unsicherheit führt.

Der zweite Komplex von Einflußfaktoren für ein chronisches Gefühl mangelnder Sicherheit bezieht sich auf Umwelteinflüsse. Als wesentliches Element wird die häusliche Atmosphäre erachtet. Diese wird geprägt durch eine von den Eltern geschaffene Familienphilosophie. Im Idealfall wird eine solche Familienphilosophie zu etwa gleichen Teilen, wenn auch mit unterschiedlicher Durchsetzungskraft, in verschiedenen Phasen der Familiengeschichte von beiden Elternteilen geformt.

Aus den Berichten der Patienten geht hervor, daß die Eltern von stark unterschiedlichem Charakter waren und sich bei der Schaffung der Familienphilosophie ein Elternteil durchsetz-

te, und zwar der, der mit einer eher zwanghaften Persönlichkeitsstruktur ausgestattet war. In diesem Spannungsfeld steter Auseinandersetzungen, mal offen geführt, mal durch unausgesprochene Vorwürfe gekennzeichnet, scheint es für ein Kind schwer zu sein, seinen eigenen Platz zu schaffen. So bekämpft das Kind ein Gefühl ständiger innerer Unsicherheit oft schon sehr früh im Leben mit der Erschaffung von Ritualen, die zunächst ein Stück Sicherheit gewährleisten. Wie weiter oben ausgeführt ist die Familienphilosophie geprägt durch rigide moralische Standards, Anerkennung sozialer Normen und einen durch Regeln bestimmten Alltagsablauf.

In diesem Kontext ist das Konzept der Einkapselungen als Einflußfaktor aufgeführt, um zu verdeutlichen, daß sich gebunden an eine spezifische Familienatmosphäre, ganz spezifische emotionale und auch handlungsbestimmende Reaktionsweisen etablieren, die über allgemeine Muster, z.B. ängstlich oder vorsichtig zu reagieren, hinausgehen. Noam spricht von inneren Schemata, die in jede kognitive Aktivität, wie Kegan (1982) es ausdrückt, in jede Aktion der Bedeutungsbildung und auch in alle Handlungen einfließen. Wie oben ausgeführt, gibt es zwei Arten von Einkapselungen, vertikale und horizontale, die in Entstehung und Auswirkung eigenen Gesetzen folgen.

Ein Mangel an Urvertrauen (Erikson, 1950, 1976) kann angenommen werden auf der Basis früherer Erinnerungen, Informationen durch der Familie nahestehende Bezugspersonen und Rückschlüsse auf die frühere Kindheit aufgrund späterer klarer Erinnerungen. Der Faktor des mangelnden Urvertrauens wird an zweiter Stelle aufgeführt, da hier Untersuchungsbeobachtungen, zumindest für die Zwangsstörung, fehlen. Der Einfluß der Familienatmosphäre konnte in einer früheren Untersuchung auf der Basis von umfangreichem Anamnesenmaterial belegt werden (Röper, 1975). Soweit zur Beschreibung der Einflußfaktoren für ein *chronisches Gefühl mangelnder Sicherheit*, um im folgenden die Auswirkungen der inneren Unsicherheit aufzuführen.

Als direkte Folge eines *chronischen Gefühls mangelnder Sicherheit* kann die Tendenz gesehen werden, eigene Gedanken und Handlungen ständig zu überprüfen. Die ohnehin vorhandene innere Unsicherheit wird durch einen Prozeß der inneren Beobachtung weiter verstärkt. Darüber hinaus werden eigene Gedanken und Handlungen an den Anforderungen oder Erwartungen der Umwelt gemessen, je nach Stufenentwicklung auf der Basis von übernommenen Regeln oder später auf der Basis des strengen eigenen Gewissens. Die kritische Überprüfung der eigenen Gedanken und Handlungen, auch im Hinblick auf die Standards der Umgebung, wird intensiviert durch die den Menschen mit Zwangsstörungen im allgemeinen zur Verfügung stehende hohe Intelligenz.

Der Überprüfung der eigenen Gedanken und Handlungen folgt dann die Bewertung (Salkovskis, 1985, 1989). Die oben genannten Einflußfaktoren führen zu einer durch Unsicherheit, Ängstlichkeit und strenge Maßstäbe gekennzeichneten Bewertung. Die Tendenz zur „thought-action-fusion“ (Rachman, 1993), die Überzeugung, daß negative Gedanken ein schlimmes Ereignis bewirken oder die Ausführung des Gedankens

nach sich ziehen, bzw. die moralische Gleichsetzung von Gedanken und Handlungen, geben dieser Bewertung eine um so schwerwiegendere Bedeutung. Diese beiden Schritte der Überprüfung und Bewertung sind zu verstehen als ein *Bewältigungsversuch auf der Suche nach Sicherheit*. Dieser Bewältigungsversuch führt jedoch nicht zu der erwünschten inneren Sicherheit, im Modell daher graphisch als ein Weg in die Sackgasse dargestellt. Der Bewältigungsversuch ist eben gleichzeitig der Weg in die Symptomatik, der die erhoffte Lösung nicht herbeiführen kann. Da die Rituale nur vorübergehende Erleichterung bringen, beginnt der auch in anderen Modellen beschriebene Rückkopplungsprozeß, der über die Schritte der Bewertung und des erneuten Überprüfens oder direkt zur Verstärkung des *chronischen Gefühls mangelnder Sicherheit* führt.

Betont werden soll noch einmal, daß das *Sicherheitsmodell* Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung abbildet. Die Entstehung der Zwangsstörung (s. Tabelle 1.) vollzieht sich auf der Basis von Erfahrungen mit der Umwelt und der Aktivität der Bedeutungsbildung im Verlauf eines affektiv-kognitiven Entwicklungsprozesses in der Auseinandersetzung mit sich selbst (Streben nach Unabhängigkeit und Einzigartigkeit) und den anderen (Streben nach Zugehörigkeit). Der Prozeß der Aufrechterhaltung der Zwangsstörung wird durch das Modell gleichermaßen abgebildet durch das Ineinandergreifen von miteinander gekoppelten Wirkfaktoren.

### **Entwicklungspsychologische Einflüsse bei der Behandlung von Zwangsstörungen**

Entwicklungspsychologische Therapieelemente stellen eine Erweiterung bewährter verhaltenstherapeutischer Therapiemethoden (Röper, 1992, 1994, 1997) dar. Sie bieten zusätzliche Ansatzpunkte für die Arbeit mit Patienten, die entweder erfolglose Therapieversuche oder Rückfälle erlebt haben. Bei Komorbidität von Depression beispielsweise oder Persönlichkeitsstörungen kann die Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Perspektive die entscheidende Bereicherung für den Zugang zum Patienten bieten. Die Einführung des entwicklungspsychologischen Ansatzes hat jedoch seinen Preis: eist wird eine solche Vorgehensweise mehr Zeit beanspruchen. Die Notwendigkeit eines erhöhten Zeitaufwandes muß sorgfältig geprüft werden. In der Regel beginne ich mit einer Phase verhaltenstherapeutischer Arbeit und fahre so lange fort, wie Fortschritt zu verzeichnen ist. Nun ist bei der Behandlung von Zwangsstörungen ein wechselhafter Therapieverlauf mit Phasen des Fortschrittes und Phasen von Stagnation oder auch Rückschritt eher die Regel als die Ausnahme. Typische Komplikationen im Verlauf der Behandlung wurden bereits an anderer Stelle beschrieben (Röper, 1994). Entwicklungspsychologische Arbeit sollte zum Einsatz gebracht werden, wenn sich Komplikationen in den Weg stellen. So kann eine unnötige Verlängerung der Therapie vermieden werden. Für die Verbindung von verhaltenstherapeutischen und entwicklungstherapeutischen Elementen hat sich herausgestellt, daß diese schwerpunktmäßig getrennt einzusetzen sind. Es sollten also Phasen, in denen der eine

Ansatz im Vordergrund steht, mit Phasen, in denen der andere im Vordergrund steht, alternieren. In den Therapieabschnitten, mit entwicklungspsychologischem Blickwinkel muß darauf geachtet werden, vorher erzielte Fortschritte auf der Verhaltensebene zu konsolidieren. In den verhaltenstherapeutischen Arbeitsphasen kann der Therapeut nebenbei Informationen speichern für sich anbahnende Themen in der möglicherweise folgenden entwicklungspsychologischen Therapiephase.

Der entwicklungspsychologische Ansatz in Kombination mit bewährten Standardmethoden in der Verhaltenstherapie beinhaltet zwei Elemente. Zunächst handelt es sich dabei, wie weiter oben ausgeführt, um die biographische Arbeit, das heißt das Aufspüren einer emotionalen Lerngeschichte, vor allem die Beleuchtung der Familienatmosphäre und der Familienphilosophie. Dem biographischen Prozess der Bedeutungsbildung wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet: Wie veränderte sich das Selbst- und Weltbild über die Zeit?

Das zweite Element des entwicklungspsychologischen Ansatzes betrifft den aktuellen Entwicklungsstand, die anstehende Entwicklungsbewegung. Die Herausforderungen der persönlichen Entwicklung werden im Zusammenhang mit und unabhängig von der Symptomatologie betrachtet. Die affektiv-kognitive Perspektive, die gegenwärtig vorherrscht, wird beachtet wie auch kleine Schritte, die eine Erweiterung der persönlichen Sicht der Dinge anzeigen. Der kontinuierliche Prozeß der Bedeutungsbildung wird unterstützt.

Das Modell der Entwicklungsstufen des Selbst von Kegan (1982) beschreibt Entwicklungsstufen und ihre Übergänge. Die Anwendbarkeit solcher Modelle in der klinischen Praxis wird lebhaft diskutiert (Noam, Chandler und LaLonde, 1995; Röper und Noam, 1998). Zusammenfassend kann man sagen, daß die Aufnahme von Entwicklungsmodellen in die klinische Praxis und Diagnostik als fruchtbringend anzusehen ist, daß jedoch Erweiterungen und Differenzierungen bisheriger Entwicklungsmodelle für erforderlich erachtet und auch bereits vorgeschlagen werden (Noam, 1988a, 1997). Die Darstellung dieser Diskussion ist im Rahmen dieses Beitrags nicht möglich; es kann verwiesen werden auf Röper und Noam, 1998.

Basseches (1984) schlägt vor, Entwicklungsstufen eher als philosophische Betrachtung von Entwicklung zu verstehen, die ein Phänomen aufzeigen sollen. Tatsache ist, daß die beschriebenen Entwicklungsstufen und ihre Übergangphasen im Gespräch mit Patienten häufig verblüffend deutlich aufscheinen. Kegan (1982, 1995) weist darauf hin, daß die Entwicklungsbewegung einer sich stetig verändernden und erweiternden Selbst- und Weltsicht von größerer Bedeutung sei als präzise beschriebene Stufen und Übergänge. Berichtet werden von Kegan idealtypische Entwicklungsverläufe, wie sie sich bei einer unterstützenden Einbindenden Kultur entfalten können. Wenn wir berücksichtigen, daß die Nutzung solcher Modelle Flexibilität im Umgang mit ihnen erfordert, können sie generell zu einer fruchtbaren Grundlage werden. In Einzelfällen können entscheidend hilfreiche Anregungen für therapeutisches Handeln gewonnen werden. Es ist leicht

vorstellbar, daß Therapieabbrüche häufig aus einer schiefen Kommunikation resultieren, in der Erwartungen des Therapeuten an den Patienten, beispielsweise in Richtung Einsichtsfähigkeit oder Verantwortungsübernahme, von diesem noch nicht erfüllt werden können. Insbesondere bei Patienten, deren affektiv-kognitiver Entwicklungsstand im Vergleich zu Altersgenossen niedriger ist, besteht die Gefahr der Überforderung, und es hilft die Nutzung eines Entwicklungsmodells, den Patienten da abzuholen, wo er ist.

Wie oben angesprochen, befanden sich die meisten mir bekannten Fälle in der Nähe der Stufe des *Zwischenmenschlichen Selbst*. Es ist mir persönlich nur ein Patient mit einer Zwangsstörung begegnet, der sich zu Beginn der Therapie, die bei einwöchiger Sitzungsfrequenz insgesamt drei Jahre dauerte, auf der erst in Ansätzen brüchig werdenden Stufe des *Souveränen Selbst* befand. Ich verweise auf die ausführliche Darstellung dieses Therapiefalles (Röper, 1992) und fasse hier zur Erläuterung ein paar wesentliche Elemente der therapeutischen Unterstützung in dieser Übergangsphase zusammen. Der Patient ersuchte um Hilfe bei der Überwindung seiner Zwänge, damit er sein Lebensziel, hart und brutal zu werden, erfolgsversprechend angehen könne. Im Zentrum seiner Symptomatik standen die Angst vor drohendem Unheil und vielfältige Symptome zur Neutralisierung seiner Ängste. Es handelte sich um magische Vermeidungsrituale, wie z.B. weiträumiges Umfahren von Krankenhäusern und Friedhöfen, Waschen von Kleidern und exzessives Duschen an Tagen, an denen er von dem Unglück anderer Menschen gehört oder gelesen hatte, das Vermeiden bestimmter Zahlen (Telefonnummern, Geldbeträge und Zahlen auf Geldscheinen, Hausnummern, etc.). Er glaubte, böse Gedanken über andere Menschen könnten diesen tatsächlich schaden, als Folge fürchtete er die Strafe Gottes.

Biographische Arbeit in der Nähe des Souveränen Selbst hat einen anderen Charakter als in der nächsten Übergangsstufe, da Einsicht in die Zusammenhänge zwischen Erfahrungen aus der Kindheit und gegenwärtigen Ängsten noch nicht wirklich möglich ist. Hier enthüllte sich in erster Linie der Therapeuten die Plausibilität seiner Zwangsrituale und auch des von ihm beschriebenen Lebensziels. Als er von dem frühen Tod seines Vaters berichtete, zu dem er ein enges Verhältnis gehabt hatte, und von den besonders für den Patienten tragischen Umständen des Todestages, war zwar sein Gesicht von tiefer Trauer gezeichnet, wahrnehmbar für ihn war jedoch nur der Zorn auf die Ärzte, die den Vater nicht gerettet hatten. Die für ihn nicht wahrnehmbare Trauer verhalf ihm jedoch zu einer genialen Idee. Er bat mich einen männlichen Therapeuten hinzuzuziehen, eine Vorgehensweise, wie sie später von Stiver (1988) und Moser (1991) für Patienten mit Borderline-Störungen vorgeschlagen wurde. Dies fiel in eine Therapiephase, in der seit einiger Zeit Aggressivität gegenüber seiner Therapeuten spürbar war, die er aber nicht ausdrücken konnte. Nach einigen Wochen und wiederholtem Drängen seitens des Patienten folgte ich seinem Vorschlag. In der ersten Sitzung, in der bald ein guter Kontakt hergestellt werden konnte, bat er den Kollegen unvermittelt um Hilfe: "Wenn ich ihr sage, wie böse ich auf sie bin, können Sie ihr dann

sagen, daß ich es nicht so meine?" Es war ihm gelungen, eine Therapiesituation zu schaffen, in der langsam erste Vorstöße in die Welt der Stufe des Zwischenmenschlichen Selbst unternommen werden konnten, in der Wahrnehmen und Beschreiben von Gefühlen ein Teil des Beziehungsgeschehens sind - im Schutz zweier Therapeuten, in dieser Situation vor allem durch die für ihn unproblematischere Vaterfigur.

In der Übergangsphase zwischen den Stufen des Souveränen Selbst und dem Zwischenmenschlichen Selbst hat der Therapeut als Einbindende Kultur die Aufgabe, den Zugang der Patienten zur Gefühlswelt zu unterstützen - zu ihrer eigenen und zu der anderer Menschen. Registriert der Therapeut eine für den Patienten heikle Gefühlsregung, z.B. Trauer, beim Patienten, ist es zu Beginn dieser Übergangsphase nicht unbedingt hilfreich, ihn mit dieser Wahrnehmung zu konfrontieren, und mit Sicherheit nicht hilfreich, auf der eigenen Wahrnehmung zu bestehen. Er könnte lernen, seine Gefühle rechtzeitig zu unterdrücken. Statt dessen kann die wiederholte Hinführung zu gefühlsrelevanten Inhalten einen schrittweisen Zugang zu Gefühlen von Trauer, Wut oder anderen Gefühlen unterstützen. Hilfreich ist auch die Mitteilung der eigenen emotionalen Reaktionen durch den Therapeuten, gefolgt von Nachfragen wie: „Glauben Sie mir das?“ oder: „Wie ist das für Sie?“ Wenn die Welt der Stufe drei mehr Raum gewonnen hat, ist die Unterstützung bei der Erkundung vielfältiger Gefühlsqualitäten in Beziehungen, auch der Patient-Therapeut Beziehung, ein wichtiger Faktor bei der Begleitung in die Stufe des *Zwischenmenschlichen Selbst*.

Eine Fallvignette soll die therapeutische Unterstützung in der Übergangsphase von der Stufe des *Zwischenmenschlichen Selbst* zur anschließenden Stufe des *Institutionellen Selbst* erläutern. Eine kurze Beschreibung dieser Stufe und der vorausgehenden Übergangsphase soll vorausgeschickt werden. In der vierten von Kegan (1982) beschriebenen Stufe steht das Streben nach Unabhängigkeit im Vordergrund. Dies ist die Lebensphase, in der eine eigene Lebensphilosophie erarbeitet wird. Diese steht immer in einem Zusammenhang mit der herrschenden Gesellschaftsordnung, entweder in geprüfter Übereinstimmung mit oder in Abhebung von ihr. In dieser Gleichgewichtsstufe ist der Mensch nicht mehr eingebunden in seine Beziehungen, er hat Beziehungen. Konflikte spielen sich im Inneren ab, Ambivalenzen können ertragen werden. Gefühle sind nicht bestimmend, im Vordergrund stehen Ideologien und Normen. Die Stärke dieser Phase ist eine selbstgeschaffene Unabhängigkeit, die Schwäche ist die Abhängigkeit von der Unabhängigkeit. (An dieser Stelle interessiert sicherlich die Beschreibung der fünften Stufe, der Stufe des *Überindividuellen Selbst*. Ich verweise auf Kegan, 1982; Röper, 1992 sowie Sulz, 1994.) Auf dem Weg in die Stufe des Institutionellen Selbst wachsen Konflikte zwischen dem Wunsch, beliebt zu sein, und dem Wunsch nach Unabhängigkeit. Typisch für diese Übergangsphase sind krasse Schwankungen zwischen Bedürfnissen, umsorgt zu werden, und dem Drang nach Eigenständigkeit. Ängste tauchen auf in bezug auf den eigenen Wert als Mensch. Es wird die Frage gestellt: Wer entscheidet über meinen Wert, ich oder die anderen?

Die Arbeit in dieser Übergangsphase soll durch ein Beispiel

erläutert werden. (Eine ausführlichere Beschreibung der Therapie mit einer Patientin findet sich bei Röper, 1994). Ein junger Mann litt unter Zwangsgedanken in der Folge des tragischen Todes eines kleinen Mädchens. Die Tochter von Freunden, zu der er eine herzliche Beziehung hatte, ertrank an einem Nachmittag, an dem er die Familie besuchte. Als die schreckliche Nachricht überbracht wurde, durchfuhr ihn der Gedanke, er könne verantwortlich sein. Von diesem Tag an grübelte er über dieses Ereignis, immer begleitet von der Frage, war ich schuldig am Tod des Mädchens. Er war nicht in der Nähe des Sees gewesen, in dem das Mädchen ertrunken war, aber er konnte seinen inneren Frieden nicht wiederfinden. Im Laufe von mehreren Jahren weiteten sich seine Ängste aus. Er fürchtete, anderen Menschen Schaden zufügen zu können, z.B. beim Autofahren durch Nachlässigkeit einen Unfall zu verursachen, oder bei Menschenansammlungen jemanden im Vorübergehen zu verletzen. Nach mehreren Monaten Therapie waren durch biographische Arbeit einige der Wurzeln seiner Neigung zu Schuldgefühlen und Verantwortungsübernahme sichtbar geworden. Er begann mehr über soziale Begegnungen bei der Arbeit und in der Familie zu sprechen. Diese Geschichten enthielten gemeinsame Themen: Es zeigte sich, daß Kritik durch Menschen, die ihm nahestanden, zu lähmenden Schuldgefühlen führen konnte und daß er andererseits starke Wünsche hatte, sich zu behaupten, einen klaren Standpunkt zu beziehen und nicht zu schweigen, wenn er anderer Meinung war.

Er begann, seine Besorgnis über die Meinung anderer zu überprüfen. Er hinterfragte sein Bedürfnis nach Anerkennung und bemühte sich um ein Selbstwertgefühl, das nicht auf dem Urteil anderer aufgebaut war. In der therapeutischen Bearbeitung von Alltagsbegebenheiten war mein Augenmerk gerichtet auf kleine Veränderungen, neue Verhaltensweisen, die er selbst respektieren konnte. Oft berichtete er Situationen, in denen ihm seine eigene wachsende Selbstsicherheit nicht bewußt geworden war. Aufgabe des Therapeuten ist hier, besonders aufmerksam zu sein gegenüber Hinweisen auf neu gewagte Verhaltensweisen sowie auf berichtete Handlungen, die Ausdruck persönlicher Stärken des Patienten sind. Diese gilt es bewußtzumachen und zu verankern. Der Patient begann, seinen Alltag als Herausforderung zu sehen, sich in schwierigen Situationen offen nach seinen eigenen Wertvorstellungen zu verhalten. Eines Abends sah er in einer U-Bahn Haltestelle einen betrunkenen Mann über den Bahnsteig wanken, der dann auf die Geleise herunterfiel. Die Versuche des Betrunkenen, auf die Plattform zu klettern, mißlang. Die Menschen in seiner Nähe zögerten, ihm zu helfen, wohl weil er heruntergekommen und verdreht aussah. Ohne lange nachzudenken, kam ihm der Patient zu Hilfe. Er bemerkte, daß einige Passanten ihm anerkennend zunickten. Er stellte fest, daß die Anerkennung durch die anderen unbedeutend gewesen und daß er einfach mit sich selbst zufrieden gewesen war. Nach diesem Ereignis waren alle seine Berichte von sozialen Begegnungen von deutlich mehr Autonomie im Verhalten gekennzeichnet. Die Zwangsgedanken, die auch durch Reizkonfrontation in der Vorstellung behandelt worden waren, hatten im Verlauf der Behandlung bereits deutlich nachgelas-



sen, daß sie schließlich gänzlich wichen, war durch die wachsende Autonomie unterstützt worden.

Das Sicherheitsmodell der Zwangsstörung bezieht in wesentlichen Teilen Elemente existierender Modelle ein. Das zentrale Element: Die chronische innere Unsicherheit und die Suche nach Sicherheit, als Bewältigungsversuch verstanden, werden als ein weiterer „Bestandteil“ gesehen in einer pluralistischen Modellbildung zur Beschreibung und Erklärung der Zwangsstörung. Das Sicherheitsmodell der Zwangsstörung ergänzt sich, wie in seiner Darstellung hervorgehoben, mit anderen Modellvorstellungen. Bei der Entwicklung des Modells fiel mir auf, wie sehr die Komponente der mangelnden Sicherheit aus der therapeutischen Arbeit bekannt ist. Rückfragen der Patienten an Angehörige und Therapeuten mit dem Wunsch nach Unterstützung in Momenten der Angst oder bei der Bewältigung von Reizkonfrontationsübungen waren als „questions for reassurance“ (Absicherungsfragen) bezeichnet worden (Rachman und Hodgson, 1980).

Das Sicherheitsmodell der Zwangsstörung ergänzt existierende Modelle um zwei Elemente, die beide bedeutende Implikationen für die Therapie beinhalten. Das Konzept der mangelnden inneren Sicherheit fordert eine Stärkung derselben und die Anwendung ressourcenorientierter kognitiver Verfahren (siehe auch Meichenbaum, 1994). Der sequentielle Aspekt des Modells weist hin auf gezielte Unterstützung auf dem Weg affektiv-kognitiver Entwicklung, durch die eine erweiterte Selbst- und Weltsicht gefördert werden kann und damit die Chancen, Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges in einem neuen Licht zu betrachten.

## Literatur

- Basseches M: Dialectical thinking and adult development. Norwood, NJ: Ablex, 1984.
- Beck AT: Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
- Beech HR: Obsessional States. London: Methuen, 1974.
- Beech HR & Perigault J: Toward a theory of obsessional disorder. In Beech H.R. (ed.): Obsessional States. London: Methuen, 1974.
- Beech HR & Vaughan M: Behavioral treatment of obsessional states. New York: Wiley, 1978.
- Bleuler E: Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke, 1911.
- Boulougouris JC & Bassiakos L: Prolonged flooding in obsessive compulsive neuroses. Behav Res & Ther 1973, 10: 227-231.
- Bowlby J: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg: Dexter-Verlag, 1995.
- Cicchetti D: Developmental psychopathology: some thoughts on it's evolution. Development and Psychopathology 1989, 1: 1-4.
- Curran D & Partridge M: Psychological Medicine. An Introduction to Psychiatry. Edinburgh and London: Churchill Livingstone, 1972.
- De Silva P, Rachman SJ & Seligman MEP: Prepared phobias and obsessions: Therapeutic outcome. Behav Res & Ther 1977, 15: 54-77.
- Dornes M: Der kompetente Säugling. Frankfurt a.M.: Fischer, 1993.
- Erikson EH: Childhood and Society. New York: Norton, 1950.
- Erikson EH: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1976.
- Esquirol JED: Des Maladies Mentales. Vol. II. Paris: Baillière, 1839.
- Foa EB & Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psych Bull, 1986, 99: 20-35.
- Freeston MH, Rhéaume L & Ladouceur R: Correcting faulty appraisals of obsessive thoughts. Behav Res & Ther 1996, 34: 459-470.
- Gilligan C: In a different voice. Women's conception of self and morality. Harv Edu Rev 1977, 47: 481-517.
- Gilligan C: In a Different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1982. Dt.: Die andere Stimme: Lebenskonflikte und Moral der Frau. München: Piper, 1988.
- Hodgson R & Rachman SJ: The effects of contamination and washing on obsessional patients. Behav Res & Ther 1972, 10: 111-117.
- Horowitz M: Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. Arch Gen Psychiat 1985, 32: 1457-1463.
- Horowitz M., Becker S., Moskowitz H & Reshid, K.: Intrusive thinking in psychiatric patients after stress. Psychological Reports, 31, 235-238.
- Janet P: Les Obsessions et la Psychasthénie. Paris: Baillière, 1903 (2<sup>nd</sup> ed. 1908).
- Kanfer FH, Reinecker H & Schmelzer D: Selbstmanagement - Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer, 1990.
- Kegan R: The Evolving Self. Problem and process in human development. 1982. Dt.: Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt, 1986.
- Kegan R: In Over our Heads. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1995.
- Kirk JW: Behavioral treatment of obsessiv-compulsive patients in routine clinical practice. Behav Res & Ther 1983, 21: 57-62.
- Kohlberg L: Stage and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. In: Goslin D (ed.): Handbook of socialisation theory and research. Chicago, 1969, 347-480. Dt. In: Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt, 1974.
- Kolb LC: Modern Clinical Psychiatry. Philadelphia: Saunders, 1973 (8<sup>th</sup> ed.).
- Kraepelin E: Psychiatrie. 2. Band, Leipzig: Barth, 1904.
- Lang PJ: A bio-informational theory of emotional imagery. Psychopsy 1979, 16: 495-512.
- Lewis AJ: Obsessional illness. Acta Neuropsych Argent 1957, 3: 323-335.
- Lewis AJ: Therapeutic approaches to compulsive rituals. A pilot study. 1967, unpublished M.Phil. Diss. Universität London.
- Lopatka C & Rachman SJ: Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. Behav Res & Ther 1995, 33: 673-684.
- Mayer-Gross W: Clinical Psychiatry. In Slater E & Roth M (eds.): London: Baillière, 1969 (3<sup>rd</sup> ed.).
- Meichenbaum DA: Clinical Handbook. Practical Therapist Manual. Waterloo, Ca.: Institute Press, 1994.
- Metzner R: Some experimental analogues of obsession. Behav Res & Ther 1963, 1: 231-236.
- Meyer V: Modification of expectancies in cases with obsessional rituals. Behav Res & Ther 1966, 4: 273-280.
- Moser T: Therapie im interkollegialen Raum. Vortrag bei Zist München, 1991.
- Mowrer OH: A stimulus-response theory and anxiety. Psych Rev 1939, 46: 553-565.
- Mowrer OH: Learning Theory and Personality Dynamics. New York: Wiley, 1950.

- Mowrer OH: Learning theory and behaviour. New York: Wiley, 1960.
- Noam G: Borderline personality disorders and the theory of biography and transformation (Part I). *McLean Hosp J* 1986a, 11: 19-43.
- Noam G: The theory of biography and transformation and the borderline personality disorders (Part II). *McLean Hosp J* 1986b, 11: 79-105.
- Noam G: A constructivist approach to developmental psychopathology. *New Directions for Child Development* 1988a, 33: 91-121.
- Noam G: The theory of biography and transformation: Foundation for clinical-developmental therapy. In Shirk SR (ed.): *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum, 1988b, 273-317.
- Noam G: Pathways of Ego-Development: Contributions to maladaptations and development. *Development and Psychopathology*, 3, 311-328
- Noam G: High Risk Youth: Transforming our understanding of human development. *Human Development* 1996, 39: 1-17.
- Noam G: Solving the Ego-Development Mental Health Riddle. In: *Investigation of Loevinger's Conception of Ego Development*. S 271-295, 1997.
- Noam G, Chandler M & LaLonde C: Clinical Developmental Psychology: Constructivism and Social Cognition in the Study of Psychological Dysfunction. In: Cicchetti D & Cohen D: *Handbook of Developmental Psychopathology*. 1995, 1: 424-464. New York: Wiley & Sons.
- Parkinson L & Rachman SJ: Are intrusive thoughts subject to habituation? *Behav Res & Ther* 1980, 18: 409-418.
- Piaget J: *The origins of intelligence in children*. N Y, 1952 (1936). Dt.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart, 1969.
- Rachman SJ: Obsessional ruminations. *Behav Res & Ther* 1971, 9: 229-235.
- Rachman SJ: Clinical applications of observational learning, imitation and modelling. *Behav Res & Ther* 1972, 3: 379-397.
- Rachman SJ: The modification of obsessions: A new formulation. *Behav Res & Ther* 1976, 14: 437-443.
- Rachman SJ: Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res & Ther* 1993, 31: 149-154.
- Rachman SJ: A cognitive theory of obsessions. *Behav Res & Ther* 1997, 35: 793-802.
- Rachman SJ & De Silva P: Abnormal and normal obsessions. *Behav Res & Ther* 1978, 16: 233-248.
- Rachman SJ & Hodgson RJ: *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
- Rachman SJ, DeSilva P & Röper G: The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res & Ther* 1976, 14: 445-453.
- Rachman SJ, Hodgson RJ & Marks I: The treatment of chronic obsessional neurosis. *Behav Res & Ther* 1971, 9: 237-247.
- Ramsey R & Sikkil RJ: Behaviour therapy and obsessive compulsive neurosis. In Brengelmann H & Tunner W (Eds.): *Behaviour Therapy - Verhaltenstherapie*. München: Urban und Schwarzenberg, 1971.
- Reinecker H: *Zwänge - Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Hans Huber, 1991, 1994.
- Riccardi JN & McNally RJ: Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *J of Anx Disord* 1995, 9: 249-256.
- Rimland B: Psychogenesis versus biogenesis: The issues and the evidence. In: Plog C & Edgerton RB (eds.): *Changing perspectives in mental illness*. NY: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Röper G: The Nature and Modifikation of Obsessive-Compulsive Behavior: An Experimental Analysis. Unveröff. Diss. Universität London, 1975.
- Röper G: The Role of the Patient in Modelling/Flooding Treatment. In Boulougouris JC & Rababvillas AD (Hg.): *Phobic and Obsessive Compulsive Disorders*. Oxford: Pergamon Press, 1977.
- Röper G: Die Zwangsstörung und ihre Lerngeschichte: Implikationen für die Therapie. *Verhaltensmod & Verhaltensmed* 1992, 1/2: 44-70.
- Röper G: Die entwicklungspsychologische Perspektive in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen. *Prax Klin Verhaltensmed & Reha* 1994, 7: 23-31.
- Röper G: Developmental Behavior Modification for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Eur Psych* 1997, 2/1: 64-70.
- Röper G & Noam G: Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In: Oerter R, von Hagen C, Röper G & Noam G: *Klinische Entwicklungspsychologie*, Weinheim: Beltz, 1998 (in Druck).
- Röper G & Rachman SJ: Obsessional-compulsive checking: Replication and development *Behav Res & Ther* 1975, 13: 25-32.
- Röper G, Rachman SJ & Hodgson R: An experiment on obsessional checking. *Behav Res & Ther* 1973, 11: 271-277.
- Röper G, Rachman SJ & Marks IM: Passive and participant modelling in exposure treatment of obsessive-compulsive neurotics. *Behav Res & Ther* 1975, 13: 271-279.
- Salkovskis PM: Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behav Res & Ther* 1985, 23: 571-583.
- Salkovskis PM: Obsessions and compulsions. In Scott J, Williams JMG & Beck AT (Eds.): *Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook*. London: Routledge, 1989.
- Salkovskis PM: The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behaviour, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions. In Salkovskis PM: *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford, 1996.
- Salkovskis PM & Kirk J: Obsessive-compulsive disorder. In Clark DM & Fairburn C (eds.): *The science and practise of cognitive behaviour therapy* Oxford: University Press, 1997.
- Salkovskis PM & Westbrook D: Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behav Res & Ther* 1989, 27: 149-160.
- Sartory G: *Angststörungen*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1997.
- Schneider K: *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme, 1925.
- Seligman MEP: Phobias and preparedness. *Behav Ther* 1971, 2: 307-320.
- Sroufe LA: Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation. In Cicchetti D (ed.): *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. I: The emergence of a discipline (S. 13-40)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989.
- Sroufe LA & Rutter M: The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 1984, 55: 17-29.
- Stern D: *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1977.
- Stiver I: Introducing a consultant in the treatment of borderline patients. *McLean Hosp J* 1988, 13: 89-103.
- Sulz SKD: *Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien, 1994.
- Tunner W: Experimentelle Analogien neurotischer Zwangshandlungen. In Kallinke D, Lutz R & Ramsey RW (Hrsg.): *Die Behandlung von Zwängen*. München: Urban und Schwarzenberg, 1979.
- Vaughan M: The relationship between obsessional personality, obsessions in depression and symptoms of depression. *Brit J Psychiat* 1976, 129:36-39.

**Gisela Röper**

Institut für Psychologie, Klinische Psychologie  
Ludwig-Maximilian-Universität München  
Leopoldstr. 13, 80802 München  
Tel. 089-2180-5196