

Dellisch, Heide

## **Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M. S. Mahler)**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32 (1983) 8, S. 305-310

urn:nbn:de:bsz-psydok- 30094

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

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

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

|   |     |
|---|-----|
| <i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager) . . . . .  | 224 |
| <i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families) . . . . .  | 273 |
| <i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure) . . . . .   | 45  |
| <i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases) . . . . .  | 93  |
| <i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler) . . . . .   | 305 |
| <i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders) . . . . .   | 298 |
| <i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving) . . . . .  | 132 |
| <i>Gehring, Th.M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry) . . . . .   | 218 |
| <i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency) . . . . .   | 37  |
| <i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery) . . . . .   | 95  |
| <i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania) . . . . .   | 53  |
| <i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind) . . . . .  | 257 |
| <i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation) . . . . .   | 245 |
| <i>Lehmkuhl, G., Eisert, H.G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities) . . . . .   | 293 |
| <i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems) . . . . .   | 161 |
| <i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis) . . . . .   | 181 |
| <i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation) . . . . . | 4   |
| <i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy) . . . . .  | 278 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom) . . . . .  | 206 |
| <i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation) . . . . .                       | 252 |
| <i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy) . . . . .  | 237 |
| <i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome) . . . . .               | 125 |
| <i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families) . . . . .   | 89  |
| <i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism) . . . . .   | 128 |
| <i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors) . . . . . | 166 |
| <i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama) . . . . .   | 213 |
| <i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior) . . . . .                      | 67  |
| <i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders) . . . . .   | 11  |
| <i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic) . . . . .  | 286 |
| <i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity) . . . . .  | 57  |
| <i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children) . . . . .                                   | 193 |
| <i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence) . . . . .   | 1   |

### Pädagogik und Jugendhilfe

|  |     |
|--|-----|
| <i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School) . . . . .  | 76  |
| <i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children) . . . . .  | 150 |
| <i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism) . . . . .  | 261 |
| <i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation) . . . . . | 105 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Lauth, G.:</i> Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .  | 142 |
| <i>Schulteis, J. R.:</i> Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . . . | 16  |
| <i>Will, H.:</i> Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education) . . . . .   | 71  |

#### Berichte aus dem Ausland

|  |    |
|--|----|
| <i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.:</i> Adoption und Adaption (Adoption and Adaption) . . . . .   | 21 |
| <i>Martin, P., Diehl, M.:</i> Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . . . . . | 26 |

#### Tagungsberichte

|   |     |
|---|-----|
| <i>Remschmidt, H.:</i> Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne . . . . .             | 312 |
| <i>Schmidt, M. H.:</i> Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg . . . . . | 310 |
| <i>Sellschopp, A., Häberle, H.:</i> Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie . . . . .                          | 114 |
| <i>Steinhausen, H.-Cb.:</i> Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich . . . . .                           | 186 |

#### Kurzberichte

|  |  |
|--|--|
| <i>Hargens, J.:</i> Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand- |  |
|--|--|

|   |     |
|---|-----|
| lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“ . . . . .   | 82  |
| <i>Leistikow, J.:</i> Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens . . . . . | 85  |
| In memoriam Heinz-Walter Löwenau . . . . .  | 117 |
| Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag . . . . .   | 233 |
| Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag . . . . .   | 267 |
| Hellmut Ruprecht – 80 Jahre . . . . .   | 315 |

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen

|  |     |
|--|-----|
| <i>Häfner, H. (Hrsg.):</i> Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland . . . . . | 233 |
| <i>Hauschild, Th.:</i> Der böse Blick . . . . .  | 157 |
| <i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.):</i> Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten . . . . .  | 187 |
| <i>Leber, A. (Hrsg.):</i> Heilpädagogik . . . . .  | 157 |
| <i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.):</i> Emotion und Kognition . . . . .   | 269 |
| <i>Mertens, W. (Hrsg.):</i> Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen . . . . .  | 317 |
| <i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.):</i> Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . . .   | 234 |
| <i>Schneider, H.:</i> Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . . . . .   | 268 |
| <i>Zimmer, D. (Hrsg.):</i> Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung . . . . .  | 316 |

**Mitteilungen:** 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

## Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M. S. Mahler)

Von Heide Dellisch

### Zusammenfassung

Es scheint sich zu zeigen, daß für Kinder die Doppelbelastung durch anlagebedingte Ichdefekte oder frühkindliche Hirnschädigung einerseits und durch eine emotional gestörte Mutter andererseits eine erhöhte Gefahr hinsichtlich einer psychotischen Entwicklung beinhaltet. Diese Kinder sind sowohl durch die Wahrnehmungs- und Perzeptionsstörungen in ihrer Realitätsprüfung beeinträchtigt, als auch seitens der Mutter im Aufbau einer ausreichenden Objektbeziehung zusätzlich gestört. Einzelne Symptome und Verhaltensweisen eines siebeneinhalbjährigen psychotischen Kindes werden analysiert und die ununterbrochene Verstrickung zwischen gestörter Wahrnehmung und beeinträchtigter Objektbeziehung deutlich gemacht. Der therapeutische Ansatz versucht beides zu berücksichtigen.

### Einleitung

Margaret S. Mahler prägte diese Bezeichnung für ein seltenes und sehr bizarres kindliches Zustandsbild, das sich weder den Neurosen noch dem „Sammeltopf des Organischen“ zuordnen läßt. Sie stellte es 1947 dem Syndrom des „frühkindlichen Autismus“ (Kanner, 1944) gegenüber. Anhand einer Fallgeschichte und klinischer Beobachtungen wird auf die Wechselwirkung zwischen einer organisch bedingten Beeinträchtigung der Realitätsprüfung und einer Störung der Objektbeziehung bei der frühkindlichen Psychose hingewiesen.

### Mahlers theoretisches Konzept

Mahler (1980) geht in ihren theoretischen Überlegungen davon aus, daß Kinder in der Entwicklung ihrer Objektbeziehungen eine normale *autistische Phase* (in den ersten vier Lebenswochen), eine *symbiotische Phase* (von der fünften Woche bis zum sechsten Monat) und eine Entwicklungsphase der *Loslösung und Individuation* (vom fünften bis sechsunddreißigsten Monat) durchlaufen. Es wird angenommen, daß der Säugling in der autistischen Phase nichts außerhalb seines Körpers wahrnimmt. In der symbiotischen Phase erlebt das Kind Anteile der Mutter, zum Beispiel die stillende Brust oder die Hände, zu sich gehörig. Diese Teilobjektrepräsentanzen sind noch mit der Selbstrepräsentanz verschmolzen. Verschwommen wird dem Kind in dieser Phase bewußt, daß die Bedürfnisbefriedigung von außen kommt. In der dritten Phase erlebt sich das Kind zuneh-

mend als ein von der Mutter getrenntes Individuum mit von der Mutter unterschiedlicher Identität. Den symbiotisch-psychotischen Kindern mißlingt die Loslösung von der Mutter in der Phase der „Loslösung und Individuation“, und die trügerische, omnipotente, symbiotische Verschmelzung mit der Mutter wird wiedererrichtet.

Es wäre einseitig, und das betont Mahler (1979) als ausschließliche Ursache des psychotischen Prozesses, den Einfluß einer emotional gestörten Mutter auf ein normales Kind ansehen zu wollen. Diese Kinder sind konstitutionell verletzlich oder für die Entwicklung einer Psychose prädisponiert. Durch hereditäre Komponenten, durch anlagebedingte Ichdefekte oder durch prä- und perinatale Hirnschädigung (Delacato, 1975, durch Teilleistungsstörungen (Lempp, 1973) und Wahrnehmungsstörungen (Affolter, 1972; Weber, 1970) können das Prüfen der Realität und das Erfassen und Annehmen des Angebotes an „ausreichender Bemutterung“ zur Bildung einer optimalen Symbiose schwer beeinträchtigt sein. In anderen Fällen lassen grobe Vernachlässigungen, gehäufte Trennungen oder die psychische Gestörtheit einer psychotischen oder narzißistischen Mutter eine schwere emotionale Mangelsituation und Deprivation mit der Folge einer Fixierung zurück. Zu schwache oder verzerrte „Signale“ des Säuglings beeinträchtigen den verbalen „Dialog“ mit der Mutter (Spitz, 1975). Der mütterliche Anteil an dieser „verfehlten Verständigung“ liegt im Nichtverstehenkönnen der Signale des Kindes, der Verleugnung triebhafter Impulse, die die Mutter bei sich selbst massiv abwehren muß. Mängel der primär autonomen Funktionen des Ichs tragen zur Verletzlichkeit von Abwehr und Neutralisierung (und anderer Ich-Funktionen) bei und stellen daher einen ätiologischen Faktor für die Schizophrenie dar (Hartmann, 1972). Hier schließt sich der Bogen zu neurophysiologischen Erkenntnissen, wo uns bekannt ist, daß es nach einer frühkindlichen Hirnschädigung infolge einer Beeinträchtigung der Filter- und Hemmungsfunktion des Cortex zu einer Reizüberflutung des kindlichen Organismus kommt.

Gerade das Vorhandensein eines konstitutionellen Ich-Defektes beim Kind hilft den *circulus vitiosus* der pathogenen Mutter-Kind-Beziehung schaffen, indem die Mutter dazu stimuliert wird, auf das Kind in einer Weise zu reagieren, die dessen Bemühung um Loslösung und Individuation schadet (Mahler, 1979). Der Kern dieser infantilen Psychose kann also in einer aus verschiedenen Gründen hervorgerufenen Verzerrung der symbiotischen Phase zu suchen sein.

Zum Unterschied des frühkindlichen Autismus Kanners, bei dem das Kind das „soziale Lächeln“, diesen ersten Indikator einer höheren Integrationsebene (Spitz, 1975),

nicht erreicht und sich, so früh es dazu in der Lage ist, körperlich gegen die Mutter wehrt, machen die später symbiotisch-psychotischen Kinder im ersten Lebensjahr meistens einen durchaus normalen Eindruck. Ihr Verhalten fällt schlagartig von dem Zeitpunkt auf, ab dem sie infolge der Reifung der motorischen Funktionen fähig sind, sich von der Mutter zu entfernen und sie psychisch das Getrenntsein von der Mutter erleben. Diese Diskrepanz zwischen Reifungsvorgängen, die zur Loslösung drängen und psychischer Abhängigkeit löst massive Trennungsreaktionen aus.

Dem normalen Kind, das in der symbiotischen Phase eine „ausreichende Bemutterung“ wahrgenommen hat, gelingt es, in sich zunächst eine „gute“ Selbst-Objektrepräsentanz aufzubauen, später, aus diesem überwiegend positiven Erleben heraus, die Selbst- und Mutterbilder zu trennen und bei sich und bei der Mutter, in einem überwiegend „guten“ Gesamtbild, auch negative Eigenschaften zu akzeptieren. Dieses Kind ist etwa nach dem dritten Lebensjahr mit Erreichen dieses „guten“ Mutterbildes in sich – also mit Errichtung einer stabilen Objektkonstanz – von der realen Mutter unabhängiger, kann Frustration und Trennung wesentlich leichter ertragen und ist in der Lage, seine libidinösen und aggressiven Triebe im ausreichenden Maß zu neutralisieren. Normalerweise wird das Objektbild im Verlauf der Entwicklung der Objektkonstanz zunehmend mit vorwiegend libidinöser und neutralisierter Energie besetzt. Im Falle der kindlichen Psychose (Mahler, 1979) ist die vorwiegend aggressive Besetzung des Objektes und der Selbstrepräsentanzen für die relativ häufige Neigung zur Regression von der Objektkonstanz auf die symbiotische Phase verantwortlich zu machen. Die extremen Wutanfälle dieser Kinder ab dem zweiten Lebensjahr können als erstes manifestes Anzeichen einer fortschreitenden Störung der Neutralisierung aggressiver Triebenergie angesehen werden. Hartmann (1972) betont, daß die Labilität der Neutralisierung ein wesentlicher Charakterzug der Ich-Störung der Schizophrenie darstellt.

Irgendwelche in diesem Alter üblichen Trennungserlebnisse können zur Panik führen und einen dramatischen Abbau bereits vorhandener Ich-Funktionen auslösen. Spätestens in der ödipalen Phase ist das Kind dem reifungsbedingten Triebdruck und den daraus entstehenden differenzierten emotionalen Anforderungen nicht gewachsen und regrediert. Die symbiotische Abwehrorganisation faßt Mahler (1979) primär als eine Reaktion auf Trennungsangst auf. Es lassen sich bei diesen Kindern Zeichen und Ausdrucksformen eines späteren Stadiums einer normalen Entwicklung und Aspekte einer Verschmelzung zwischen Mutter und Kind mit schlecht differenzierten Selbst- und Objektrepräsentanzen feststellen. Durch diese symbiotisch-psychotische Abwehr scheinen sich die Kinder aber erst recht in eine katastrophale psychische Position begeben zu haben. Sowohl das phasenweise, trotz allem nicht vermeidbare, Erkennen des Getrenntseins von der Mutter löst Panik aus, als auch die Furcht vor der Auflösung des Selbst (Grenzverlust) in einer aggressiv besetzten Zweierheit, die Furcht vor dem Verlust von Einheit und Identität mit sich bringt. Da diese häufigen symbiotischen Panikzustände

nicht ertragen werden können, wird das Kind u.U. mit Ausschließen der menschlichen Umwelt in eine sekundär autistische Abwehrposition gezwungen. Mahler sieht die autistische Abwehr primär als Reaktion auf die Angst vor menschlichen Kontakt, als Panzerung an.

### Phänomenologie des symbiotisch-psychotischen Syndroms

#### Primäre Symptome:

1. Störung der Wahrnehmung und Realitätsprüfung
2. Störung der Objektbeziehung
3. Regression (pathologische)

#### Sekundäre Symptome:

1. Schwere Trennungsreaktionen
2. Schlafstörungen
3. Extremes Ambivalenzverhalten
4. Anzeichen primärprozeßhaften Denkens, Sprechens und Handelns (Halluzinationen)
5. Störung der Abwehrfunktionen
6. Störung der Neutralisierung, Anpassung und Synthese
7. Störung der Ich- und Überblickkontrolle mit Esdurchbrüchen (impulsiv ungebremsten Äußerungen oraler Gier, nicht neutralisierter Aggression und Libido).
8. Störung der Speicherung und der Lernvorgänge
9. Knick in der Entwicklungslinie

Wir sehen die primären Symptome als Voraussetzung für ein psychotisches Geschehen und sind der Ansicht, daß jedes dieser Hauptsymptome die anderen beiden nach sich ziehen kann. Die sekundären Symptome ergeben sich aus den primären. Sie sind miteinander verflochten und stehen, einander verstärkend, in vielfach wechselseitiger Beziehung.

Zur Regression muß gesagt werden, daß die psychotische Regression in Qualität und Quantität von der partiellen, reversiblen und flexiblen Regression im Dienste des Ichs des normalen Alltags und der neurotischen Regression abzugrenzen ist. Es handelt sich hier um z.T. irreversible Vorgänge mit destruktiven Begleiterscheinungen. Regression kann in bezug auf Objektbeziehungen, auf die Trieborganisation, aber auch im Rahmen der Topologie als Übergang vom Sekundärvorgang auf den Primärvorgang angesehen werden. Gill (1963) glaubt, dies habe auch eine strukturelle Regression zur Folge, eine Regression der Wahrnehmungsfunktion des Ichs, ausgedrückt in einer Umwandlung von Gedanken in visuelle Bilder (zit. n. Greenson, 1975). Winnicott (1958) ist der Meinung, der wichtigste Aspekt der Regression sei die Regression der Ich-Funktionen und der Objektbeziehungen, besonders in Richtung auf den primären Narzißmus.

### Kasuistik

Anna wurde im Alter von 7,8 Jahren in die Heilpädagogische Abteilung in Klagenfurt zur stationären Aufnahme gebracht. Der Grund dafür waren multiple schwerste Verhaltensstörungen, die das Familienleben beeinträchtigten und einer Beschulung des Kindes im Wege standen. Es

wurden uns extreme Wutausbrüche geschildert, panische Ängste vor dem Alleingelassenwerden, vor dem Einschlafen, vor dem Sterben u.a., außerdem wurden auch Halluzinationen berichtet.

### *Zur Vorgeschichte*

Die Mutter der Patientin erschien uns als eine puppenhaft hübsche, narzißtische und letztlich sehr selbstunsichere Frau, die mit 21 Jahren auf die Schwangerschaft mit diesem, ihrem ersten Kind, mit einer Hyperemesis reagiert hatte. Die Geburt war angeblich normal verlaufen. Anna wurde nur ganz kurz gestillt. Die Mutter begann sechs Wochen nach der Geburt wieder mit ihrer Berufstätigkeit als Sekretärin, obwohl dies finanziell nicht erforderlich gewesen wäre. Das Baby wurde in dieser Zeit von der damals 57jährigen Großmutter mütterlicherseits versorgt, die zeitweise an Depressionen litt. Der Familie fiel im ersten Lebensjahr nichts an dem Kind auf. Anna war ein hübsches und, wie es scheint, auch zugängliches Baby. Die Analyse der Filmrollen aus den ersten zwei Lebensjahren zeigten uns eine diskrete motorische Ungeschicklichkeit des Kindes beim Greifen und Gehen. Annas Entwicklung verlief etwas verzögert. Sie lernte erst mit 15–16 Monaten laufen und legte da schon ein überempfindliches, ängstliches Verhalten an den Tag. Im Gegensatz dazu schien das Kind kein Gefühl für Real Gefahren zu haben und begab sich wiederholt in bedrohliche Situationen. Wenn die Mutter Zeit hatte, versuchte sie, Anna in verschiedener Weise zu bestechen, sperrte sie dann aber auch wieder allein in einen Raum, um Ruhe zu haben. Dort tobte das Kind, schlug mit dem Kopf auf den Boden, kratzte und biß sich, spuckte und schrie, bis es heiser war. Die Mutter war zunehmend enttäuscht und reagierte auf die anwachsenden, sich mit dem Kind ergebenden Schwierigkeiten entweder mit blanker Aggression – Anna wurde, soweit die Mutter sie betreute, überstreng behandelt und zeitweise schwer geschlagen – oder mit totaler Hilflosigkeit, indem sie dem zerstörerischen und selbstdestruktiven Verhalten tatenlos zusah.

Dem Vater, der in leitender Position im Schuldienst und außerdem politisch tätig war, blieb sehr wenig Zeit, sich mit dem Kind zu beschäftigen. In seiner spärlichen Freizeit spielte er geduldig und verwöhnend mit ihr, vermied es aber, sich in der Öffentlichkeit mit Anna zu zeigen.

Die Verhaltensauffälligkeiten begannen mit dem 16. Monat, als sich Anna frei im Raum bewegen konnte, mit gesteigerter Unruhe, extrem ausgeprägtem Negativismus, Angstzuständen und Wutausbrüchen. Nach dem Beginn des Toilettetrainings mit 10 Monaten entstand mit 14 Monaten ein massiver Widerstand. Anna wollte nicht sitzenbleiben. Später saß sie dann stundenlang „freiwillig“, vergeblich, auf dem Topf und beschmutzte sich, wenn man sie anzog. Eine zeitlang konnte das Kind überhaupt nur im Freien, im Garten – bei Abwesenheit der Mutter (!) – defäzieren. Anna wurde mit zweieinhalb Jahren sauber. Während eines Urlaubes, den Anna allein mit der Großmutter verbrachte, traten Schlafstörungen auf. Durch Monate ließ Anna die Eltern keine Nacht länger als 2–3 Stunden schlafen, was schließlich den Hausarzt zu einer hochdosierten Neuroleptikamedikation veranlaßte, die nach unserer Meinung bei

dem dazu prädisponierten Kind die extrapyramidale Störung (Tremor, leichte Ataxie) auslöste.

Später erzwang sich Anna nachts ihren Platz im Ehebett, neben der Mutter. Der Versuch, Anna mit 3 1/2 Jahren im Normalkindergarten unterzubringen, scheiterte an ihren blinden Aggressionen und ihrer Zerstörungswut. Sie konnte sich in die Kindergruppe überhaupt nicht eingliedern. Etwa gleichzeitig kam Annas Schwesterchen, „das Sonnenkind“, wie es Annas Mutter bezeichnete, zur Welt. Anna reagierte mit extremer Eifersucht auf die Schwester und mit Haß auf die Mutter, die ihr das angetan hatte. Annas Wut auf Babys äußerte sich noch Jahre später, als sie alle Puppengesichter mit Kugelschreiber beschmierte, einer schwangeren Schwesternschülerin mit aller Kraft gegen den Bauch trat und im Szeno-Spiel das „Baby“ immer wieder ins Klo warf, in der Imagination die Spülung betätigte und dann fragte, ob die Großmutter in Trauer sei.

Anna hatte normal, mit einem Jahr, die ersten Worte zu sprechen begonnen und sprach mit zwei Jahren kleine Sätze. Von 3 1/2 Jahren an beobachteten die Eltern einen Sprachabbau. Die Sprache wurde zunehmend dysgrammatisch, von Echolalien und Iterationen durchsetzt. Anna führte Selbstgespräche oder quälte ihre Umgebung mit pausenlosem Reden und sich endlos wiederholenden, stereotypen Fragen. Die Eltern hatten den Eindruck, das Kind sei in diesem Alter in seiner Entwicklung steckengeblieben.

### *Befund*

Die Patientin war ein grazil gebautes, somatisch stark retardiertes Mädchen (Gewicht und Größe an der 3 Perzentilgrenze), mit schüttertem Haar, wulstigen Lippen und etwas vorgebauter Mundpartie. Die neurologische Untersuchung ergab eine leichte, allgemeine Steigerung des Muskeltonus mit lebhaften Reflexen, Fingertremor und einer geringfügigen Ataxie. Wir haben das neurologische Bild als MCP-Syndrom in Kombination extrapyramidaler Nebenwirkungen bei einer jahrelangen, hochdosierten Neuroleptikamedikation im Klein- und Vorschulalter angesehen. Bei den Untersuchungen fanden sich keine Hinweise für das Bestehen einer Stoffwechselstörung. Die psychologische Untersuchung ergab einen IQ von 81 nach Binet-Kramer, Teilleistungsstörungen im Bereich der visuellen Wahrnehmung, Störung in der Realitätsprüfung, im Kausalbezug, in der Abstraktionsfähigkeit, eine Raumlagerelabilität und das Fehlen eines Zeitbegriffes.

### *Beobachtungen, theoretische Überlegungen und Interpretationsversuche*

Anna legte ein bizarres Verhalten an den Tag, bei dem Unruhe, Distanzlosigkeit, eine recht wahllose Kontaktsuche und ein anklammerndes Verhalten, vorwiegend weiblichen Personen gegenüber, auffiel. Sie ergriff einfach von ihnen Besitz, benutzte sie als „verlängerten Arm“ und erteilte ihnen Befehle, hingegen gestattete sie gerade von diesen keine Zärtlichkeiten. Wurden sie ihr angeboten, beantwortete sie Anna mit Faustschlägen. Besonders der Mutter gegenüber verhielt sich das Kind in solchen Situationen extrem feindselig, beschimpfte sie unflätig und forderte sie auf zu verschwinden.

Nach Mahler (1979) sind Symptome wie extremer Negativismus oder gleichzeitiges Anklammern und Wegstoßen für diese Krankheit typisch. Sie sieht darin die Darstellung eines intrapsychischen Konfliktes, einer Phantasie, die gleichzeitig den Wunsch nach Verschmelzung mit dem Objekt und die Furcht vor erneuter „Verschlingung“ durch das Objekt enthält, als projiziertes Gegenstück der oralen Gier dieser Kinder. Aus einem inneren Bedürfnis heraus sucht das Kind die Mutter, die dann aber dem idealisierten geistigen Bild der „nur guten Mutter“ nicht entspricht. So reagiert das Kind auf die auf es zukommende Mutter mit wilder Abwehr. Dieses ambivalente Verhalten scheint ein Ergebnis der Unfähigkeit zu sein, eine zusammengesetzte, gemischte Repräsentanz seiner Mutter sowie seines eigenen Selbst zu schaffen.

Am ehesten kam ein Erwachsener allein mit Anna zu recht. Beginn dieser sich mit jemandem anderen zu unterhalten, fuhr A. wütend dazwischen, schrie und attackierte ihn mit Fäusten. Wenn während der Therapiestunde ein Anruf kam, versuchte A. der Therapeutin den Hörer aus der Hand zu nehmen, oder sie unterbrach den Kontakt, indem sie auf die Telefongabel drückte. All dies diente der Aufrechterhaltung einer Zweierbeziehung und der Abwehr und Vermeidung komplizierterer sozialer Situationen, die bei A. Angst und Ratlosigkeit auslösten.

Diese Kinder scheinen in ihrem Anspruch nach einem passiv verfügbaren, symbiotischen Partner unersättlich, jedoch keineswegs spezifisch zu sein: A. schien es gleichgültig zu sein, wer in den Raum kam, benutzte ihn sofort, sich etwas zureichen oder bringen zu lassen. Die Person wurde dabei offensichtlich nicht als eigenständiges Lebewesen wahrgenommen, sondern als symbiotisches Teilobjekt, bestenfalls zur Bedürfnisbefriedigung.

Sehr belastend für den Umgang mit diesen Kindern, aber recht charakteristisch für ihre Störung, ist der extreme Zwang, den sie auf ihre Beziehungspersonen ausüben, um die Kontrolle zu behalten. Darin äußert sich aber auch die Ambivalenz.

Für A. bestand die Möglichkeit einer halluzinatorischen Wunscherfüllung. Als sie sich einmal in der Therapiestunde nach dem Vater sehnte, sah sie ihn draußen auf der Wiese vor dem Therapieraum. Sie führte auch am Spieltelefon mit dem Vater lange imaginierte Gespräche.

Je länger wir A. beobachteten, um so deutlicher wurden uns ihre elementaren Wahrnehmungsstörungen hinsichtlich der Orientierung von Innen und Außen, Selbst und Objekt, Orientierung in Zeit und Raum sowie Differenzierung zwischen Belebtem und Unbelebtem. A. irrte noch nach 4wöchigem Aufenthalt in der Abteilung herum und war nicht in der Lage, ihr Zimmer zu finden. Es fehlten aber auch jede Vorstellung einer räumlichen Entfernung und ein Zeitbegriff. So geriet sie nach einem Anruf der Mutter völlig außer sich, weil sie nicht verstehen konnte, daß diese, die aus einem anderen Bundesland angerufen hatte, nicht sofort hier war, obwohl sie es befohlen hatte. Dieser Zusammenbruch der phantasierten Omnipotenz und Symbiose löste einen massiven Angstzustand aus. Anna brüllte und beschimpfte die Mutter hemmungslos: „Du Schwein!

Mama, du Sau!“ und schlug sich dabei mit der Hand klatschend ins Gesicht und schließlich mit aller Wucht mit dem Arm auf die Tischkante, daß ich mir Sorgen machte, sie habe sich verletzt. Nach einigem Zögern betrachtete A. ohne Schmerzáußerung den Arm und fragte erstaunt: „Ah, ist das meine Hand?“. Anna wollte die Mutter schlagen und schlug sich selbst als Selbst-Objektrepräsentanz. Die eigene Hand wird zunächst als nicht zu sich gehörig erlebt. Durch die mangelnde libidinöse Besetzung der Körperoberfläche und durch die Störung des Körperschemas wird der Schmerz stark abgeschwächt, erst verzögert wahrgenommen und lokalisiert. Jacobson (1978) wies darauf hin, daß bei Zusammenbruch der perzeptuellen Integrationsfähigkeit des Ichs äußere Wahrnehmungen massiv verleugnet werden. Zu einer ähnlichen völligen Konfusion zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, zwischen belebter und unbelebter Materie war es anlässlich eines Spiels mit Handpuppen gekommen. A. geriet in heftigste Erregung und konnte nicht mehr unterscheiden, ob die Puppe lebendig oder eine leblose Figur sei, ob sie nun die Therapeutin oder sie selbst sei.

Charakteristisch für das autistische Kind ist ja die eigenartige Unfähigkeit, zwischen lebenden und unbelebten Objekten – sei es auch nur im perzeptuellen Sinn – zu unterscheiden. Unsere symbiotisch-psychotischen Kinder konnten dies, außer sie wurden mit einer menschenähnlichen Figur oder Darstellung konfrontiert. Die Kinder gerieten dann in auffällige Unsicherheit und Verwirrung. „Lebt das Bild?“, „Hört mich die Puppe?“, „Spricht jetzt der Jesus am Kreuz mit mir?“. Es scheint sich dabei um Schwierigkeiten in der visuellen Differenzierung und Realitätsprüfung zu handeln. Außerdem besteht eine erhöhte Bereitschaft, menschenähnliche Gebilde projektiv zu besetzen. Anna schob Überichgebote dem Ölbild der Großmutter oder dem Kruzifix zu und erlebte sie von dort als akustische Halluzinationen. Noch etwas schuldbewußt nach einem Vorfall, flüsterte A. nach einem scheuen Seitenblick zum Kruzifix: „Jetzt hat er gesagt, ich soll brav sein!“

Anna verfügte über ein erstaunliches Gedächtnis. Affektgeladene Vorfälle, die bis zu 4 Jahre zurücklagen, konnten detailliert wiedergegeben werden. Das führte allerdings auch dazu, daß unangenehme Erlebnisse, wie z.B. ein iatrogen ausgelöster Schlundkrampf (im Rahmen der oben erwähnten Neuroleptikabehandlung), Angst und Eßverweigerung auslösten, wenn sie ihr einfielen. Diese Koppelung eines unangenehmen Reizes an eine bestimmte Situation und die Unfähigkeit, selektiv zu vergessen, hängt mit dem Unvermögen des psychotischen Ichs zu verdrängen zusammen. Nebensächliche Details, scheinbar unbedeutende Ähnlichkeiten des Vorfalls in der Vergangenheit können dazu führen, daß das Kind vom vollen Ausmaß des wiedererlebten damaligen Affektes überwältigt wird. Es war dem Kind aber auch nicht möglich, selektiv die Erinnerung abzurufen, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen, sondern es verknüpfte recht wahllos assoziativ Gleichzeitiges, Ähnliches, logisch Unzusammengehörendes primärprozeßhaft. Dies und die Schwierigkeiten, Wahrnehmungen zu kombinieren, zu mischen und zu ordnen, verursachten eine schwere Lernstörung.

Diese Kinder können nicht warten. Sie müssen alles jetzt und sofort haben. Die „vertrauensvolle Erwartung“ (Urvertrauen, Erikson), die aus der Introjektion eines „guten“ Objektes resultiert, fehlt bei diesen Kindern weitgehend. Wenn sie die Mutter aus den Augen verlieren, scheint ihre Existenz für sie verloren oder zumindest fraglich zu sein. Anna fragte in so einer Situation: „Gibt es die Mama?“ Dieses Fehlen an introjezierter, sicher verfügbarer Mütterlichkeit könnte letztlich auch ein Faktor für das mangelnde Zeit- und Raumgefühl dieser Kinder sein. Das normale Kleinkind lernt, räumliche Entfernung in seinem Entferntsein von der Mutter zu begreifen und räumliche Orientierung in Relation der Mutter im Raum zu sich zu erwerben. Schließlich wird im Sicherheitsgefühl der internalisierten „guten Mutter“ auch größere Entfernung von der Mutter ertragen. Das Zeitgefühl wird durch regelmäßig wiederkehrende Ereignisse, z.B. durch die Mahlzeiten und Pflegeleistungen, die durch die Mutter gesetzt werden, erworben. Die positive Objektbeziehung ist also für diesen Struktur- aufbau von elementarer Bedeutung. In Übereinstimmung dazu sehen wir, wie psychotische Kinder den Zeitbegriff aus dem Intervall von Therapiestunde zu Therapiestunde zu erfassen und erwerben beginnen und sich räumlich nach den Fixpunkten der eigenen Position und denen der Therapeutin orientieren. Ähnlich den autistischen Kindern, wenn auch nicht in diesem Ausmaß, haben auch die symbiotisch-psychotischen Kinder Probleme mit neuen Situationen oder Veränderungen. Das Verlangen nach Gleichförmigkeit scheint ihrem Bedürfnis nach Sicherheit und Verstehenkönnen der Umwelt zu entsprechen und ihrem Streben nach omnipotenter Kontrolle über Umwelt und Objekte entgegenzukommen. Echolalie und Echopraxie scheinen ihnen weitgehend ununterbrochen beides zu bestätigen. Den selben Zweck haben wohl auch die stereotypen Fragen, die ja bezeichnender Weise in angstbesetzten Situationen besonders häufig auftraten. Iterationen und Fragen, die eine gleichbleibende Antwort erwarten lassen, erscheinen als Manöver Antwort und Handlung des Objektes im Griff zu haben und Änderungen zu vermeiden, da diese Kinder nur im sehr begrenzten Maß zu einer Umorientierung, Mischung von Eindrücken, zur Synthese und Anpassung fähig sind.

Man kann bei symtiosch-psychotischen Kindern regelmäßig Schlafstörungen beobachten, das autistische Kind hingegen schläft gut und reagiert erst bei Zerbrechen der „autistischen Schale“ und Auftauchen in die Symbiose mit Schlafstörungen (Mahler, 1979). Anna geisterte abends lange herum, hielt sich und andere stundenlang mit einem Redeschwall wach oder mit stereotypen Fragen, die inhaltlich vorwiegend um die Mutter kreisten, an ihrem Bett fest. Nach kurzem Schlaf sprang sie aus dem Bett, lief auf den Gang und weckte mit einem gellenden: „Guten Morgen, Mama!“ die ganze Station um 2 oder 3 Uhr früh. In ihrer Wunschphantasie verleugnete sie die Abwesenheit der Mutter und die Finsternis draußen, machte die trennende Nacht zum Tag und zwang energisch die anderen Kinder zum Aufstehen.

Dunkelheit und Schlaf bedeuten für das Kind Getrenntsein von der Mutter, Objektverlust, Verlust der Symbiose,

die es um jeden Preis aufrechterhalten will, z.B. dadurch, daß es sich die ganze Nacht wachhält. Einschlafen bedeutet aber auch Kontrollverlust, Angst vor dem Überwältigtwerden von zurückgestauten, oral-aggressiven Impulsen, Angst vor Zerstörung und dem Verschlungenwerden. Auch die vertrauensvolle Hingabe im Schlaf an Unbekanntes ist diesen Kindern ja nicht möglich. Wir haben schon in einer früheren Arbeit auf Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und einer Fixierung in der symbiotischen Phase hingewiesen (Dellisch, 1982).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die auffallend häufige Auseinandersetzung dieser Kinder mit der unwiderruflichen Trennung, dem Tod. In stereotypen Fragen forschen sie danach, mit magischen Formeln wehren sie ihn ab. Als Anna den Vater einmal mit Trauerkleidung sah, griff sie sich entsetzt ans Herz und fragte: „Leb' ich noch?“. Diese Episode zeigt die Störung in der kausalen Verarbeitung der Wahrnehmungen. Ursache und Wirkung werden in unrichtiger Abfolge aus Zufälligkeiten der Situation zusammengesetzt, um restitutiv eine logische Gesetzmäßigkeit in der verwirrenden Umwelt zu erreichen. Nachdem Anna vom Vater wegen einer Ungezogenheit bestraft worden war, fragte sie ihn: „Lebst' eh noch lang?“. Hier läßt sich unschwer der Todeswunsch, das magische Denken, die Allmacht der Gedanken, die Angst davor und das Ungeschehenmachen durch Gegengedanken und -handlung erkennen – ein Mechanismus, der uns ja bei den Zwangsnerven geläufig ist. Anna fürchtete sich auch selbst vor dem Tod, als Ausdruck einer Angst vor projizierten, destruktiven Impulsen, denen sie in Ermangelung eines stabilen Persönlichkeitskernes schutzlos ausgeliefert war. Im Erleben der eigenen, impulshaften, nicht neutralisierten Aggressivität, hält sie von außen kommende Zerstörung als Strafe durchaus für möglich. Oft hatte aber auch das bizarre, extrem belastende und mit normalen Erziehungsmethoden so wenig beeinflussbare Verhalten des Kindes bei den Eltern tatsächlich ungeheure Aggressionen ausgelöst.

Anna hatte sich zur Überbrückung der Trennung von daheim ein „Übergangsobjekt“ (Winnicott, 1969) mit auf die Station genommen, an dem sie nun symbolisch die Problemlösung agierte. Annas „psychotischer Fetisch“ (Mahler, 1979) war ein kleiner, glatter Stein, den sie in der Nachtkästchenlade, neben ihrem Bett auf Taschentücher gebettet und damit sorgfältig zugedeckt, aufbewahrte. Sie hielt seine Existenz ängstlich vor uns geheim und zitterte am ganzen Leibe, als ich ihn zufällig entdeckte. In der Wahl des Fetischs, einem Stein, kommt schon der Wunsch nach Unzerstörbarkeit und die dahinterstehende Vernichtungsangst des Kindes zum Ausdruck. Im Umgang mit dem Fetisch symbolisierte das Kind den Wunsch nach der Symbiose mit der Mutter, die ihr in der Realität nachts im Ehebett neben der Mutter am ehesten gelungen war – und so bettete Anna den Stein, als Mutterrepräsentanz, neben ihr Bett. Die Unterbringung des Steins in der Lade, eingewickelt in Hüllen, kann aber auch als Selbstrepräsentanz den Wunsch nach intrauteriner Geborgenheit, nach Wärme und Sicherheit ausdrücken, zeigt uns aber auch die ganze Härte und Kälte der realen Beziehung.



### Therapieansatz

Dieses Fallbeispiel einer kindlichen Psychose zeigt uns das Zusammenspiel zwischen einer organisch bedingten Störung der Wahrnehmung und Realitätsprüfung und der gestörten Objektbeziehung. Wir versuchten therapeutisch, dieser Gegebenheit Rechnung zu tragen und einerseits über die Therapeutin eine korrigierende symbiotische Erfahrung anzubieten, andererseits gezielt ordnend und strukturierend adäquate Wahrnehmung und Realitätsprüfung zu fördern. Ein besonderes Problem in der Arbeit mit diesen Kindern stellen die enormen Trennungsreaktionen dar. Kurze Beurlaubungen oder die Entlassung (Trennung von der Therapeutin) können zu einem totalen Zusammenbruch des bis dahin Aufgebauten führen. Im Falle der Notwendigkeit einer stationären Behandlung, erscheint es uns daher wichtig, schon vor Beginn der Behandlung zu klären, ob es möglich ist, die Mutter während des Stationsaufenthaltes des Kindes in die Therapie einzubeziehen und ob eine ambulante Fortführung der Behandlung nach der Entlassung des Kindes gesichert ist.

### Summary

#### *The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M. S. Mahler*

Children who are doubly stressed by endogenous ego defects or brain damage in early childhood on the one hand and an emotionally disturbed mother on the other may be at an increased risk for development of psychotic behaviour.

Such children are handicapped in their judgement of reality by disturbances in their perception and are addition-

ally hindered by their mothers' emotional state in the development of an adequate object relationship.

Isolated symptoms and patterns of behaviour in a psychotic child of seven and a half years of age are analyzed and the continual entanglement of impaired perception and disturbed object relationship is pointed out. The therapeutic approach attempts to take into account both these phenomena.

### Literatur

- Affolter, F. (1972): Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen. In: Pädiat. Fortbild. Praxis 34, 49–55. – Delacato, C.H. (1975): Der unheimliche Fremdling, das autistische Kind. Freiburg: Hyperion. – Dellisch, H. (1982): Schlafstörungen und Angst. In: Prax. der Kinderpsychologie, 31. – Gill, M.M. (1963): Topography and Systems in Psychoanalytic Theorie (Psychological Issues, Monogr. 10). New York: International Universities Press. – Greenson, R.R. (1975): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett. – Hartmann, H. (1972): Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett. – Jacobson, E. (1978): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/Main: Suhrkamp. – Kanner, L. (1944): Early Infantile Autism. In: J. Pediat., 25, 211–217. – Lempp, R. (1973): Psychosen im Kindes- und Jugendalter – eine Realitätsbezugsstörung. Bern: Huber. – Mahler, M.S. (1979): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta. – Mahler, M.S., Pine, F. und A. Bergmann (1980): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/Main: Fischer. – Spitz, R. (1975): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Cotta. – Weber, D. (1970): Der frühkindliche Autismus unter dem Gesichtspunkt der Entwicklung. Bern: Huber. – Winnicott, D.W. (1958): Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psychoanalytical Set-up. New York: Basic Books. – Winnicott, D.W. (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Psyche 22, 666–682.

Anschr. d. Verf.: OA Dr. Heide Dellisch, Heilpäd. Abteilung LKH-Klagenfurt, St. Weiterstr. 47, A-9020 Klagenfurt.