

Heigl-Evers, Annelise / Heigl, Wolfgang und Beck, Wolfgang

**Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit  
präödipalen Störungsanteilen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 8, S. 288-296*

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31325

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>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects) . . . . .	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents) . . . . .	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents) . . . . .	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses) . . . . .	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment) . . . . .	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence) . . . . .	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin) . . . . .	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables) . . . . .	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting) . . . . .	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level) . . . . .	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship) . . . . .	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl) . . . . .	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts) . . . . .	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders) . . . . .	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation) . . . . .	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class) . . . . .	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?) . . . . .	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families) . . . . .	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives) . . . . .	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) . . . . .	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients) . . . . .	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components) . . . . .	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist) . . . . .	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry) . . . . .	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy) . . . . .	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry) . . . . .	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein ‚Mimikry‘-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness) . . . . .	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis) . . . . .	183	<b>Ehrungen</b>	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome) . . . . .	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag . . . . .	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children) . . . . .	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag . . . . .	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories) . . . . .	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag . . . . .	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature) . . . . .	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i> . . . . .	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey) . . . . .	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag . . . . .	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents) . . . . .	54	<b>Buchbesprechungen</b>	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization) . . . . .	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen . . . . .	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents) . . . . .	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	281
<b>Pädagogik und Jugendhilfe</b>		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens . . . . .	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education) . . . . .	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie . . . . .	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria) . . . . .	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik . . . . .	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School) . . . . .	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik . . . . .	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment) . . . . .	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind . . . . .	75
<b>Tagungsberichte</b>		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels . . . . .	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin . . . . .	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven . . . . .	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin . . . . .	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie . . . . .	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg . . . . .	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion . . . . .	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock . . . . .	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten . . . . .	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste . . . . .	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child . . . . .	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat . . . . .	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung . . . . .	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim . . . . .	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood . . . . .	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung . . . . .	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß . . . . .	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV . . . . .	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik . . . . .	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe . . . . .	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie . . . . .	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter . . . . .	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will . . . . .	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie . . . . .	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle . . . . .	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular . . . . .	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie . . . . .	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern . . . . .	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern . . . . .	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept . . . . .	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters . . . . .	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit . . . . .	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen . . . . .	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus . . . . .	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern . . . . .	78	<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT) . . . . .	26	<b>Mitteilungen:</b> 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

# Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödpalen Störungsanteilen

Von Annelise Heigl-Evers, Franz Heigl und Wolfgang Beck

## Zusammenfassung

Einleitend wird darauf hingewiesen, daß in Auswirkung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und der u. a. dadurch angeregten analytischen Entwicklungspsychologie zunehmend Pathologien des Ichs in den Mittelpunkt klinischer Aufmerksamkeit gerückt sind, die als strukturelle Ich-Störungen oder auch als präödpale Störungen bezeichnet werden und die zu Modifikationen der psychoanalytischen Technik und der Rahmenbedingungen ihrer Anwendung angeregt haben.

Anschließend werden die wichtigen Merkmale päödpaler Störungsanteile skizziert wie defizitäre Objektbeziehungen, herabgesetztes Angstniveau und Dominieren primitiver Abwehrmechanismen. Es wird die von den Autoren vermutete Bedeutung früher externer Makrotraumen oder kumulativer Mikrotraumen bei der Entstehung päödpaler Störungen erörtert in Anlehnung an Überlegungen, die 1980 von Cohen angestellt wurden. Die daraus zu ziehenden Konsequenzen für die Therapie werden skizziert.

Im weiteren werden die therapeutischen Zielsetzungen besprochen, die bei der von den Autoren vorgeschlagenen psychoanalytisch-interaktionellen Behandlung päödpaler Störungen ins Auge zu fassen sind, und es wird über die Rahmenbedingungen berichtet, unter denen die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie einsetzbar ist, im stationären, im teilstationären und im ambulanten Rahmen.

Es folgt eine Kasuistik, in der die im Sinne angewandter Psychoanalyse durchgeführte Behandlung eines jungen Mannes beschrieben wird, der zu Beginn der Therapie noch ein Jugendlicher war. Es wird insbesondere dargestellt, nach welchen Kriterien die Rahmenbedingungen der Behandlung (zeitweise stationär, zeitweise teilstationär, zeitweise ambulant) verändert wurden und welche Modifikationen psychoanalytisch orientierter Behandlungstechniken, gleichfalls unter Verwendung verlaufsorientierter Kriterien, eingesetzt wurden. Abschließend werden Verlauf der Behandlung und werden deren Ergebnisse skizziert.

Mit der 1923 vorgelegten Struktur-Theorie hatte Freud die Voraussetzungen für eine Entwicklung geschaffen, die u. a. eine differenziertere Untersuchung der von ihm als Ich bezeichneten Struktur ermöglichte. So

kam es zu einem genaueren Verständnis sowohl der normalen frühkindlichen Entwicklung des Ichs als auch ihrer pathologischen Verläufe und deren Auswirkungen. Wir verweisen hier nur auf die Arbeiten von Hartmann, Spitz, Mahler und Jacobson, denen wir theoretisch und klinisch überaus hilfreiche Erkenntnisse verdanken. Diese beinhalten z. B. das Verhältnis der Gegenseitigkeit zwischen dem Organismus und seiner Umgebung, die Anpassungsfähigkeit des Ichs, die Theorie der Triebneutralisierung (Hartmann 1965, 1972), die Bedeutung der Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind und die daraus entstehenden Organisatoren für das Verhalten des Kleinkindes sowie die Entwicklung der Objektbeziehungen (Spitz 1976), die Prozesse der Differenzierung des kleinkindlichen Ichs vom Primärobjekt bis zur Individuation (Mahler et al. 1978) und schließlich die Konzeption der psychischen Repräsentanzen (Jacobson 1973). So entfaltete sich ein genaueres Verständnis sowohl für die normale kindliche Entwicklung wie auch für ihre pathologischen Formen und deren spätere Auswirkungen.

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie wurden – vor allem in den letzten 10 Jahren – die Möglichkeiten und Grenzen einer psychotherapeutischen Behandlung präödpaler Störungsanteile unter den Aspekten psychoanalytischer Theorie und Praxis zunehmend häufiger diskutiert. Diese Diskussion war durch die Bemühungen gekennzeichnet, neben den dynamischen, ökonomischen, genetischen und adaptiven Aspekten die strukturellen Merkmale präödpaler Pathologien genauer zu untersuchen, die Ergebnisse zu systematisieren und daraus Konzeptionen für den psychotherapeutischen Umgang mit ihnen zu entwickeln. Besonders wichtige Resultate dieser klinischen Forschung wurden von Kohut (1973) vorgelegt, der sich mit der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen auseinandergesetzt hatte, von Kernberg (1978), der Borderline-Störungen und den pathologischen Narzißmus untersucht hatte, sowie von Blanck u. Blanck (1978) mit einer systematischen Darstellung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und deren praktischer Anwendung in der analytischen Psychotherapie.

Wir möchten hier einige Fragen der von den genannten Autoren geförderten klinischen Praxis aufgreifen und weiter verfolgen. Unser Interesse daran hat sich daraus ergeben, daß in den letzten Jahren in zunehmender

Zahl Patienten mit präödpalen Störungsanteilen unsere klinischen Einrichtungen aufgesucht haben oder zur weiteren Diagnostik und Behandlung an uns überwiesen wurden. So ist die Behandlung von strukturellen Ich-Störungen eine vordringliche psychotherapeutische Aufgabe geworden.

Wir wollen – vor allem auch anhand einer Kasuistik – versuchen, eine spezielle psychotherapeutische Behandlungsmethode struktureller Pathologien sowie die Rahmenbedingungen ihrer Anwendung darzustellen. Wir haben dazu die verlaufsorientiert organisierte interaktionelle Psychotherapie eines jungen Mannes ausgewählt, der zu Beginn der Behandlung noch ein Jugendlicher war. Damit möchten wir zeigen, daß bei längerfristigen Psychotherapien, wie sie nach unserer Erfahrung bei präödpalen Störungen fast immer notwendig erscheinen, Veränderungen des Rahmens, des Settings nicht etwa resignative therapeutische Reaktionen auf einen nicht zustande gekommenen Therapieerfolg sein müssen, sondern vielmehr geplante, am strukturellen Entwicklungsniveau des Patienten orientierte Veränderungen der Therapie sein können.

Fragen sowohl des Settings wie der Technik bei der psychotherapeutischen Behandlung von präödpalen Störungen sind in den letzten Jahren ausführlich diskutiert worden. Hinsichtlich der Technik wurde dabei vornehmlich erörtert, ob Modifikationen der analytischen Standardtechnik vorgenommen werden sollten und wie sich diese in der Behandlung auswirken (vgl. Fürstenau 1977, Kernberg 1978, Blanck u. Blanck 1978, Rosenfeld 1981, Rohde-Dachser 1982, Heigl-Evers u. Heigl 1980, 1983). In bezug auf das Setting hat die Diskussion der letzten Jahre erkennen lassen, daß die ambulante Psychotherapie von Patienten mit ausgeprägter Ich-Defizienz aus verschiedenen Gründen häufig nicht ausreicht. Als Alternative bzw. als intermittierende Ergänzung der ambulanten Psychotherapie wurde zunächst die stationäre, in jüngster Zeit auch vermehrt die teilstationäre Behandlung bei der Indikationsstellung in Erwägung gezogen. Auf die versorgungspolitischen Aspekte dieser Entwicklung wollen wir hier nicht eingehen, wollen uns vielmehr für die Gründe interessieren, die aus therapeutischer Sicht für eine Modifikation des Settings bei präödpalen Störungen wichtig sind.

Dabei sei zunächst skizziert, welche Pathologien wir den präödpalen Störungen zuordnen und welche klinischen Erscheinungsformen von Ich-Defizienz zu erwarten sind: Zu den in klinischer Alltagssprache sogenannten Frühstörungen zählen wir narzißtische Persönlichkeitsstörungen, Entwicklungspathologien auf Borderline-Niveau, präpsychotische Persönlichkeitsentwicklungen, bestimmte Psychosen, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, schwere Psychosomatosen sowie chronifizierte Charakterneurosen. Diese Zuordnung ergibt sich weniger aus Symptomen oder Symptomgruppen als aus der diagnostischen Einschätzung der Struktur des Ichs, der die Symptome zuzuordnen sind. Wir untersuchen die Ich-Struktur mit Hilfe der deskriptiven Entwicklungs-

diagnose, wie sie von *Blanck u. Blanck* (1978, S. 99–126) vorgelegt wurde. Dabei zeigt sich, daß die eben genannten Krankheitsbilder bzw. Störungssyndrome selten klar voneinander abgegrenzt vorgefunden werden, sondern daß wir vielfach Überschneidungen und Vermischungen antreffen; das scheint insbesondere im Zuge maligner regressiver Prozesse der Fall zu sein. Wesentlich erscheint uns aber die Beschäftigung mit jenen pathologischen Aspekten, die wir im Verlauf der diagnostischen Aufklärung sowie in der Behandlung der so bezeichneten Patienten – gewissermaßen als ihnen allen gemeinsame strukturelle Merkmale – immer wieder beobachten konnten.

Zum einen handelt es sich dabei um defizitäre Objektbeziehungen: Es besteht ein Objektbeziehungs-niveau, das vor Erreichen der Objektkonstanz etabliert worden ist. Dies bedeutet, daß die Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht ausreichend differenziert und voneinander getrennt sind, und bewirkt, daß solche Patienten nicht in der Lage sind, den Therapeuten „zur Verlagerung und Projektion von Gefühlen und Einstellungen gegenüber Objekten aus der Vergangenheit zu benutzen“ (*Blanck u. Blanck* 1978, S. 100). Es ist also damit zu rechnen, daß sie in der Behandlung – im Gegensatz zu Patienten mit neurotischen Strukturen – nicht in der Lage sein werden, stabile Übertragungsbeziehungen herzustellen. Vielmehr müssen wir bei einer derartigen Pathologie mit archaischen Übertragungsmustern rechnen, in denen sich häufig Repräsentanzen von Teilobjekten darstellen.

Zu diesem Objektbeziehungs-niveau gehört meistens auch eine ausgeprägte Nähe-Distanz-Intoleranz, wie sie *Mahler et al.* (1978, S. 101) für die Wieder-Annäherungs-Phase, insbesondere die Wieder-Annäherungs-Krise, beschrieben haben. Ferner scheinen nach klinischer Beobachtung nicht ausreichend neutralisierte aggressive Energien und im Zusammenhang damit eine mangelhafte Impulskontrolle eine große Rolle zu spielen. Das Angstniveau solcher Patienten ist gleichfalls sehr niedrig; im günstigsten Fall ist es durch die Angst vor Verlust der Liebe des Objektes, häufig jedoch, gleichsam noch tiefer angesiedelt, durch die Angst vor Vernichtung gekennzeichnet. Die Abwehrfunktionen erscheinen ebenfalls auf einem niedrigen Niveau: Es dominieren Projektion und Introjektion, primitive Identifikation, Spaltung in gute (befriedigende) und böse (versagende) Objektrepräsentanzen, projektive Identifizierung und primitive Leugnung.

Bei der Beurteilung der Identitätsbildung ist häufig zu beobachten, daß die Trennung und Individuation vom Primärobjekt entweder nahezu mißlungen ist oder nur teilweise vollzogen werden konnte. Bezüglich der Internalisierungsprozesse bewegen sich diese Patienten meistens auf einer Ebene, auf der idealisierte Objekte oder ein grandioses Selbst vorherrschend sind; oft bestehen intensive intrapsychische Verschmelzungswünsche mit den Repräsentanzen des idealisierten Objektes, es herrscht gewissermaßen der Zustand einer „primären Ungeschiedenheit“ (*Sandler, Joffe* 1967, S. 138–157). Die Frustrationstoleranz ist infolgedessen bei diesen Patien-

ten nur sehr gering entwickelt; ferner diagnostizieren wir neben archaisch-destruktiven Über-Ich-Anteilen Defizite in der Affektwahrnehmung und -differenzierung. Außerdem konnten wir im Verlauf der Behandlung häufig die Tendenz zu maligner Regression beobachten.

Wir möchten betonen, daß die hier dargestellten deskriptiven Entwicklungsmerkmale innerhalb des klinischen Gesamtbildes bei den einzelnen Patientengruppen variieren, d. h. daß es sich hierbei schwerpunktmäßig um Merkmale handelt, die zwar charakteristisch für Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen zu sein scheinen, sich im konkreten Fall jedoch – je nach dem erreichten höchsten Entwicklungsniveau – mit strukturell höheren oder niedrigeren Merkmalen vermischen. So konnten wir feststellen, daß häufig Kombinationen von neurotischen und strukturell defizitären Merkmalen auftreten, wie zum Beispiel zwangsneurotische Abwehrmechanismen und Symptome zum Zwecke der Kompensation einer tiefer liegenden und zunächst kaschierten strukturellen Pathologie.

Im Verlauf der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Patientengruppe verfestigte sich bei uns der Eindruck, daß genetisch frühe Einwirkungen von Makro- und/oder kumulativen Mikro-Traumen in einem u. E. erheblichen Ausmaß einen Anteil der Ätiopathogenese dieser Störungen darstellen. Auf die psychoanalytische Traumatheorie wollen wir im einzelnen nicht eingehen, finden es jedoch wichtig, auf einige spezielle Aspekte der neueren psychoanalytischen Traumaforschung hinzuweisen, da sie u. E. für das Verständnis der hernach darzustellenden Kasuistik von Bedeutung sind.

Schon die Beschäftigung *Freuds* mit den Phänomenen des Traumas ließ deutlich werden, daß die nach derartigen Reizüberflutungen verbleibenden Spannungen nicht analog zur neurotischen Kompromißbildung oder, wie es z. B. im Traum geschieht, ökonomisch gesprochen ‚abgeführt‘ werden können. Vielmehr zeigte es sich, daß die an traumatischer Neurose erkrankten Patienten sich in ihren Träumen immer wieder in die höchst unlustvolle traumatische Situation zurückversetzten, sie also ständig reproduzierten, ohne daß dadurch eine Verarbeitung im Sinne einer psychischen Entlastung stattgefunden hätte. *Freud* (1920) folgerte daraus, daß Traumata dem Wiederholungszwang unterliegen, daß sie offensichtlich immer wieder aufs neue reproduziert werden müssen.

*Cohen* (1980) hat diese Frage wieder aufgegriffen und sie aufgrund klinischer Erfahrungen therapeutisch neu durchdacht. Er leitet aus seiner klinischen Praxis ab, daß der Patient in der Analyse niedrig strukturierte Registrierungen traumatisierender Einzelvorfälle oder traumatische Erlebnismuster gleichsam nachbildet. Unter niedrig strukturierten Registrierungen werden dabei Mikrostrukturen im Sinne von Erinnerungsspuren und Bedürfnissen verstanden, die Funktionseinheiten der seelischen Abläufe darstellen.

*Heigl-Evers* und *Heigl* (1982) haben im Rahmen einer Darstellung der psychoanalytischen Angsttheorien nochmals auf die Bedeutung des Traumas für die Entstehung

seelischer Erkrankungen hingewiesen. Die entwicklungsbedingt noch geringe Differenzierung des Ichs macht das Kind sehr anfällig für Reizüberflutungen psychischer, somatischer und somatopsychischer Art, läßt es gegenüber einer traumatischen Situation hilflos sein. Wenn das frühkindliche Ich plötzlich von Reizen überflutet wird, kann das – je nach dem strukturellen Entwicklungsniveau und der Intensität und Dauer der traumatischen Einwirkung – desorganisierend auf seine Fähigkeit wirken, das Geschehen zu perzipieren, zu apperzipieren und daraus Erinnerungsspuren zu entwickeln. Infolgedessen sind solche Traumata nicht in der Weise erinnerbar, wie es die aus der Neurosenklinik wohl bekannten verdrängten Erinnerungen sind (*Heigl-Evers* u. *Heigl* 1982, S. 89). Für die psychotherapeutische Praxis ergibt sich daraus die Frage, wie solche frühen und unreifen Formen der Repräsentanzenwelt bewußt gemacht werden können. *Heigl-Evers* und *Heigl* ziehen für die Behandlungstechnik dieser Pathologien zusammen mit *Cohen* (1980) folgende Konsequenzen:

„Der Therapeut hilft dem Patienten, die Elemente der von ihm produzierten Wiederholungen im Sinne von Nachbildungen früherer Traumata gleichsam zu übersetzen und sie in höhere Strukturen, in Erinnerungsspuren umzuwandeln; er stellt sich dabei als primäres Objekt zur Verfügung, um dem Patienten zu helfen, strukturelle Defizite auszugleichen; er bewegt sich auf der Linie einer entwicklungspathologisch orientierten Psychotherapie, wie sie z. B. von *Kohut* (1971) und *Fleming* (1978), von *Blanck* u. *Blanck* (1978) und von *Heigl-Evers* u. *Heigl* (1979, 1980) vorgelegt wurde“ (*Heigl-Evers* u. *Heigl* 1982, S. 90–91).

Wir meinen, die Darstellung der entwicklungspathologischen Merkmale verdeutlicht, daß bei der psychotherapeutischen Behandlung dieser Störungen keine Konflikte im neurosenpathologischen Sinne zu bearbeiten sind, sondern daß eine solche Behandlung primär zum Ziel haben muß, strukturelle Defizite des Ichs zu vermindern und auszugleichen. Diese Zielsetzung wirft dann freilich weiterführende Fragen hinsichtlich der Technik und des Settings auf. Wir wollen uns deswegen kurz mit einer spezifischen Behandlungstechnik, nämlich der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie sowie mit der Frage des dazugehörigen Settings beschäftigen. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (*Heigl-Evers* u. *Heigl*, 1980 a. u. b., 1983) wurde im theoretischen Zusammenhang mit der analytischen Ich-Psychologie entwickelt. Das dabei angewandte Interventionsprinzip ist in Abgrenzung gegen das Prinzip der in der Psychoanalyse eingesetzten ‚Deutung‘ das der ‚Antwort‘. Die psychoanalytisch-interaktionelle Technik ist auf die aktuelle interpersonale Beziehung zwischen Patient und Therapeut zentriert; wesentlicher Wirkfaktor ist dabei, daß der Therapeut sich in seinen authentischen gefühlhaften wie vorstellungsmäßigen Antworten auf den Patienten im Sinne selektiver Expressivität als reale Person anbietet. Diese ‚Antworten‘ sind dem strukturellen Entwicklungsniveau des Patienten angemessen, der Therapeut übernimmt dabei eine strukturierende Hilfs-Ich-Funktion; er bietet dem Patienten eine Beziehung an, die insbesondere einen Prozeß anregen soll, „ein pathogenes (inneres) Ob-

jekt durch ein förderndes, benignes Objekt, wie es sich im Therapeuten darstellt, allmählich zu ersetzen“ (Heigl-Evers u. Heigl 1983, S.9).

Die Beziehung zum Therapeuten sollte dem Patienten dabei helfen, die Spaltung von guten und bösen Objektrepräsentanzen zu überwinden, Nähe und Distanz angemessen zu regulieren, die Frustrations- und Spannungstoleranz sowie die Impulskontrolle zu stärken und damit mehr neutralisierte aggressive und libidinöse seelische Energien zur Verfügung zu haben. Weitere Ziele sehen wir in einer verbesserten Affektwahrnehmung und -differenzierung, in der Milderung der oftmals archaisch-destruktiven Über-Ich-Anteile und der Weiterentwicklung und Anhebung des Angstniveaus. Es sei noch erwähnt, daß die interaktionelle Psychotherapie in unseren klinischen Einrichtungen sowohl in der Einzel- wie in der Gruppentherapie wie auch in deren Kombination angewandt wird. Welches Behandlungsangebot unter welchen Rahmenbedingungen dabei jeweils zu machen ist, muß in individuumzentrierter Betrachtung geklärt werden; es ist zu entscheiden, welches Behandlungsangebot der psychischen Struktur eines Patienten jeweils angemessen ist.

In der jüngeren psychoanalytischen Literatur ist diese Frage mehrfach bearbeitet worden (vgl. Fürstenau 1977, Heigl 1978, 1981). Die zuvor bereits erwähnte häufigere Einrichtung von psychotherapeutischen Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland scheint uns nicht nur Folge der Empfehlungen der Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD zu sein, sondern steht möglicherweise auch mit einer differenzierteren Diagnostik und Behandlung sogenannter Frühstörungen im Zusammenhang. Wir möchten hier die drei Arten von Rahmenbedingungen aus unserem klinischen Bereich skizzieren, in denen wir die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie einzeln oder in kombinierter Form (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) einsetzen: Wir vergleichen dabei unsere Erfahrungen mit der stationären, der teilstationären und der ambulanten Anwendung dieser Therapie im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, weil wir in der angekündigten Kasuistik zeigen möchten, daß bei manchen Patienten durchaus die Möglichkeit, ja wahrscheinlich sogar die Notwendigkeit besteht, die Behandlung individuumzentriert im Sinne einer „Konzept-Assimilation“ (Heigl 1981, S.5) zu planen.

Der stationären und der teilstationären interaktionellen Psychotherapie, wie sie in unseren klinischen Einrichtungen durchgeführt wird, ist folgendes gemeinsam: Dem Patienten wird ein Behandlungsplan angeboten, der, individuumzentriert, verlaufsorientiert und integrativ, auf die intensive Bearbeitung der strukturellen Pathologie abzielt. F. Heigl schreibt dazu:

„Wir verstehen demnach klinisch analytisch orientierte Psychotherapie als die Kunst und Technik, mit der intrapsychischen und interpersonellen Realität des Patienten geplant und verlaufsorientiert umzugehen. Insofern wird die psychoanalytische Orientierung um die psychosoziale Dimension verbreitert und die Wirksamkeit intensiviert“ (1981, S.6).

Die Herausnahme des Patienten aus dem sozialen Alltag und seine Behandlung in einer stationären Psychotherapie sollte nach unserem Verständnis bei jenen Pathologien erfolgen, bei denen wegen schwerster Ich-Defizienz die relativ kontinuierliche Übernahme der „holding function“ (Winnicott 1974) unerlässlich ist. Zu dieser Patientengruppe zählen wir einige Formen von Psychose oder psychosenahen Zuständen, präpsychotische Manifestationen, bestimmte Borderline-Pathologien sowie spezifische narzißtische Persönlichkeitsstörungen, bei denen eine stärkere Tendenz in Richtung anhaltender Regression besteht. – Das *teilstationäre* Setting dagegen eignet sich nach unserer Erfahrung besonders für solche Patienten, die nicht bzw. nicht stärker von maligner Regression mit akuter Suicidneigung bedroht sind. Für prognostisch besonders günstig halten wir dieses Setting bei solchen Patienten, die eine ausgeprägte Nähe-Distanz-Problematik zeigen, d.h. bei denen vorwiegend Defizienzen aus den Phasen der Trennung und Individuation vorliegen (Mahler et al. 1978). Die Rahmenbedingungen der Tagesklinik mit der Möglichkeit des täglichen Kommens, Gehens und Wiederkommens betrachten wir als wichtige Voraussetzung für eine verbesserte Regulation von Nähe und Distanz. Diese Fähigkeit hat einen besseren Reizschutz zur Folge, sie verstärkt die Neutralisierungsfähigkeit und damit auch die Impuls-, Frustrations- und Angsttoleranz. Das Einüben der Wiederannäherung an die „Mutter-Tagesklinik“ wird durch die tägliche Rückkehr in die gewohnte soziale Umgebung angstmildernd gestaltet. Das Erleben beim In-die-Tagesklinik-Kommen, In-der-Klinik-Sein und Aus-der-Klinik-wieder-Weggehen wird somit immer wieder Gegenstand der psychotherapeutischen Bearbeitung; dadurch wird diese Problematik auf mehreren Ebenen deutlich sichtbar und besser bearbeitbar. Es wäre noch zu ergänzen, daß diese Patienten nach unseren bisherigen Erfahrungen zu Beginn der Behandlung aufgrund ihres strukturell niedrigen Objektbeziehungs-niveaus entweder kaum oder nur mit starken Einschränkungen in der Lage sind, ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis einzugehen, d.h. daß die Therapie in der Anfangsphase überwiegend darin besteht, an den Objektbeziehungen in der Weise zu arbeiten, daß ein Arbeitsbündnis überhaupt erst möglich wird. Unter diesem Aspekt betrachten wir die teilstationäre Psychotherapie auch als eine Möglichkeit der Vorbereitung zu einer ambulanten Behandlung.

Die *ambulante* interaktionelle Einzel- oder Gruppenpsychotherapie oder auch deren Kombination halten wir primär für indiziert bei Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen bei gelungener sozialer Integration, die also trotz ihrer Pathologie über Selbst- und Objektrepräsentanzen in einem Differenzierungsgrad verfügen, der sie in die Lage versetzt, die Beziehungen zu den Objekten, auch zum Therapeuten, nicht schon bei geringfügigen Frustrationen zu beenden oder aber Frustrationen auto-destruktiv zu verarbeiten. Bei solchen Patienten bestehen neben strukturellen Defiziten häufig auch konflikt-pathologische Manifestationen auf neurotischem Niveau. Wie schon erwähnt, eignet sich die am-



bulante interaktionelle Psychotherapie auch zur Nachbehandlung bei einer vorangegangenen stationären oder teilstationären Therapie. Wie bereits angedeutet, kann im Rahmen eines individuumszentrierten, verlaufsorientierten, integrierten Gesamtbehandlungsplanes eine zeitlich aufeinanderfolgende Anwendung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Psychotherapie, in dieser oder einer anderen Reihenfolge, durchaus indiziert sein. Bei dem jungen Mann, dessen Krankheits- und Behandlungsgeschichte wir uns jetzt zuwenden wollen, wurde ein solches Vorgehen im Verlauf seiner Therapie notwendig.

Bei unserem Patienten, der zum Zeitpunkt des Erstkontaktes – er wurde von seinen Eltern gebracht – noch jugendlicher war, dominierten damals zwanghafte Grübeleien sowie Größenphantasien, die einen Großteil seines Erlebens ausmachten. Außerdem litt er an Lernstörungen, Haschisch-Abusus, Miktionsstörungen, Hautausschlag (Psoriasis) und aggressiven Impulsdurchbrüchen.

Aus der Genese dieses Patienten seien auszugsweise jene Aspekte genannt, die für das Verständnis der Behandlung von Bedeutung sind: Der Patient ist Einzelkind; er wuchs, psychologisch betrachtet, gleichsam in einer verkehrten Welt auf: Der Vater ging mit dem Sohn von Anfang an wie eine übermächtige, kontrollierende Mutter um. Die Mutter des Patienten wurde vom Vater gewissermaßen als Funktion „bereitgestellt“; die Beziehung zwischen Mutter und Sohn wurde praktisch vom Vater bestimmt. Dieser versuchte, durch grenzenlose Bedürfnisbefriedigung einerseits sowie ihm nicht bewußte indirekte sadistische Bemächtigung andererseits eine narzißtische Einheit mit dem Kind zu erhalten; der Sohn war Selbstobjekt des Vaters oder mit anderen Worten: dessen narzißtische Extension. Differenzierungsprozesse auf seiner Seite waren nur begrenzt möglich; er verblieb intrapsychisch in einer Welt paradiesischer Bedürfnisbefriedigung, die u. a. zu einer enormen Anspruchshaltung führte. Die Ausbildung stabiler Selbst- und Objektrepräsentanzen und somit die Etablierung von Objektkonstanz konnte nicht erfolgen. Die Fähigkeit, seine Impulse zu kontrollieren, seine Frustrationstoleranz, ferner die Differenzierung seiner Affekte und die Affektwahrnehmung waren nur äußerst gering entwickelt. Die Neutralisierung seiner aggressiven und libidinösen Energien war nicht ausreichend gelungen; in Beziehungen zu anderen suchte er ein haltgebendes und steuerndes Objekt, das jedoch beliebig austauschbar war. Unter Regressionsdruck kam es zur Entdifferenzierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Als Abwehrmechanismen zeigten sich stark ausgeprägte primitive Identifizierungen, Spaltung in ‚nur gute‘ und ‚nur böse‘ Objektrepräsentanzen, primitive Leugnung und projektive Identifizierung. Das Angstniveau war auf einer sehr niedrigen Stufe etabliert: Überwiegend zeigte sich Angst vor Verlust des Liebesobjektes, teilweise Angst vor Vernichtung. Im Hinblick auf

seine psychosexuelle Reifung gingen wir aufgrund der mangelhaften Neutralisierung (s. d. der mangelhaften Impulskontrolle) davon aus, daß keine ausreichende Differenzierung in Libido und Aggression stattgefunden hatte. Die Internalisierungsprozesse erschienen auf einer Ebene etabliert, wo es vorherrschend um idealisierte Objekte oder aber um das Erleben eines grandiosen Selbst ging. In Verbindung mit sehr strengen, archaischen Über-Ich-Anteilen ergab sich insgesamt das Bild einer Störung auf einem niedrigen Organisationsniveau der Charakterpathologie (Kernberg 1976).

Durch gelegentliche psychotherapeutische Kontakte mit den Eltern des Patienten war es möglich, die anamnestischen Angaben zu ergänzen. Hierbei ergab sich, daß der Patient als Kleinkind folgendem Trauma ausgesetzt war: Im Alter von 1½ Jahren fiel er aus dem Bett und erlitt dabei eine Schädelfraktur, die zur Folge hatte, daß er durch Krankenhausaufenthalt längere Zeit von den Eltern getrennt war. Dieses frühe organische und seelische Makro-Trauma wirkte im Zusammenhang mit weiteren Mikro-Traumen kumulativ: So mußte der Patient immer wieder im Bett des Vaters schlafen, wobei der Vater den Sohn, Bauch am Rücken liegend, derart umklammerte, daß sein Penis in der Gesäßfurche des Kindes lag; der Sohn konnte sich dem Zugriff des Vaters nie entziehen. Erschwerend im Sinne eines traumatischen Momentes wirkte sich aus, daß die Mutter als emotionales Hilfs-Ich für den Patienten ausfiel, da der Vater eine Beziehung zwischen Mutter und Sohn nur insoweit zuließ, als sie seinen unbewußten Wünschen entgegenkam. Es ist verständlich, daß der Patient aufgrund dieser Genese im Zusammenhang mit einer bestimmten Strukturpathologie für eine homosexuelle Entwicklung prädisponiert war. Homosexuelle Phantasien beschäftigten ihn in der Adoleszenz häufig, während homosexuelle Handlungen nur ansatzweise in Erscheinung traten. Die in der Adoleszenz drohende präpsychotische Entwicklung konnte der Patient zumindest partiell dadurch abwenden, daß er sich per Identifikation mit Sucht- und Zwangsanteilen des Vaters vor der Dekompensation schützte. Gelegentlich kam es zu heftigen aggressiven Impulsdurchbrüchen, bei denen er die elterliche Wohnung demolierte und bisweilen auch die Eltern tätlich angriff.

Wir vereinbarten mit dem Jugendlichen zunächst eine begrenzte ambulante Psychotherapie, einmal, um das Ausmaß der präödiptalen Pathologie genauer abzuklären, ferner, um zu überprüfen, ob er in der Lage sein würde, die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie ohne stärkere Tendenzen in Richtung maligner Regression zu ertragen. Während der Zeit der ambulanten Psychotherapie verstarb plötzlich sein Vater, zu dem – wie schon berichtet – eine sehr enge Beziehung bestanden hatte. Daraufhin geriet der junge Mann in eine akute Krisensituation mit massiven regressiven Tendenzen. Er entwickelte diffuse archaische Ängste von besonders großer Intensität, fürchtete z. B., von anderen Menschen verschlungen zu werden oder sich selbst aufzulösen; er konnte sich in Beziehungen zu anderen Menschen kaum

selbst empfinden. Manchmal erschien ihm seine Umgebung nur durch eine Nebelwand sichtbar; Kontakte zu anderen Menschen wurden als ungeheuer anstrengend und belastend erlebt. Wegen der genannten Krise bei Vorliegen einer „präpsychotischen Entwicklung“ (vgl. *Kernberg* 1978, S. 29, 140) stellte sich die Frage, welche Form der Psychotherapie diesem Patienten bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten helfen könnte. Wir entschieden uns zunächst für eine stationäre Psychotherapie mit dem Ziel, einerseits die notwendige „holding function“ zu gewährleisten, andererseits das Ausmaß der Regression durch den stützenden Rahmen zu mildern und an den groben strukturellen Defiziten zu arbeiten. Vom Verlauf der stationären Behandlung wollten wir dann abhängig machen, welche Form und welcher Rahmen für die Weiterbehandlung zu wählen sei. Die stationäre Psychotherapie dauerte etwa ein halbes Jahr<sup>1</sup>. Während dieser Behandlung ergab sich eine weitgehende Stabilisierung der präpsychotischen Krise; vor allem im Bereich der Realitätsprüfung und in bezug auf das Angstniveau zeigte sich eine deutliche Weiterentwicklung, so daß wir dem Patienten nach dem stationären Aufenthalt eine teilstationäre Psychotherapie vorschlugen. In der stationären Behandlung war jedoch deutlich geworden, daß ein vollstationärer Rahmen den Patienten in der Hinsicht überforderte, daß er seine Wünsche nach Nähe einerseits mobilisierte, gleichzeitig aber die Angst vor Nähe enorm verstärkte, so daß immer wieder die Gefahr einer malignen Regression auftrat. Die Regulierung von Nähe und Distanz, die – wie vorher bereits erwähnt – in den Subphasen der Trennung und Individuation von großer Bedeutung ist, konnte dem Patienten in der vollstationären Behandlung deshalb nicht recht gelingen. Im Gegensatz dazu hätte eine weitere ambulante Psychotherapie zu jener Zeit die Distanz zu den haltgebenden und steuernden Objekten so vergrößert, daß sie seine Angst vor Verlust des haltgebenden Objektes wiederum verstärkt hätte. Es schien also aus unserer Sicht angebracht, einen Behandlungsrahmen zu wählen, in dem der Patient einerseits einen für ihn weiterhin nötigen strukturierten und haltenden Rahmen zur Verfügung hatte, andererseits des weiteren nicht total aus seinem sozialen Alltag herausgenommen wurde, wodurch es eher möglich war, daß die in der stützenden und einübenden Psychotherapie erworbe-

nen Reifungsschritte in der sozialen Realität erprobt und eingeübt werden konnten. In der Psychotherapeutischen Tagesklinik bestand der Vorteil der Behandlung speziell für diesen Patienten natürlich auch darin, daß die verschiedenen therapeutischen Angebote (Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Beschäftigungstherapie, Gestaltungstherapie, Musiktherapie und Sozialtherapie) sowie die Gestaltung der Beziehungen auf der Station – ebenso wie zuvor in der vollstationären Therapie – in einem integrativen Rahmen geplant eingesetzt wurden.

Bei dem hier vorgestellten Patienten war aufgrund seiner defizitären Ich-Struktur damit zu rechnen, daß es in der teilstationären Behandlung weniger um die Entfaltung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen im neuropsychologischen Sinne gehen würde, sondern vielmehr um reale Erfahrungen mit anderen Menschen innerhalb der Tagesklinik. Dies bedeutete aber auch, daß dem Patienten in Situationen der Überforderung die Möglichkeit zum Rückzug aus der psychotherapeutischen Situation blieb; dies hielten wir insbesondere im Hinblick auf die Verarbeitung seiner Erfahrungen für wichtig. – Die Ergebnisse aus den einzelnen therapeutischen Aktivitäten sowie die Interaktionen in der Stationsgruppe lieferten ebenso wie die Eindrücke der Schwestern und des anderen Stationspersonals Hinweise für einen angemessenen Umgang mit diesem Patienten. So zeigte sich bei ihm schon zu Beginn der Behandlung eine ausgeprägte Nähe-Intoleranz; in der Einzelpsychotherapie entwickelte er einerseits das Bedürfnis, dem Therapeuten ganz nahe zu kommen, andererseits fürchtete er, dann total vereinnahmt zu werden und als Individuum unterzugehen; dabei verschwammen häufig seine Wahrnehmungsgrenzen. Ferner überforderte er sich durch hyperaktives Reden und Grübeln und belastete sich durch extreme Selbstabwertung. Beim Therapeuten entstanden Gefühle von großer Sorge über den Zustand des Patienten, Verwirrung, Tendenzen, sich von der Behandlung zurückzuziehen, und der Wunsch, die Situation stärker zu strukturieren. Auf der Station vermittelte der junge Mann in dieser Behandlungsphase bei den Mitarbeitern das Bild eines verwöhnten Jungen, der bei einer enorm hohen Anspruchshaltung gleichzeitig in völlig passiver Erwartung verblieb. Durch seine kleinkindhaft charmante Art schaffte er es zunächst häufiger, sich vom Personal passiv versorgen zu lassen. In seinem Verhalten dominierte ein kindliches Sich-gehen-Lassen; er wollte alle seine Bedürfnisse grenzenlos ausleben, ohne darauf achten zu müssen, wie das auf andere Menschen wirkt. Er negierte weitgehend deren Anderssein. Er war erfüllt von dem Bedürfnis, andere müßten grenzenlos für ihn da sein; dabei hatte er die Tendenz, sich auch seinerseits grenzenlos anzupassen.

In der Gestaltungstherapie malte er Bilder, auf denen die Grenzen zwischen den Menschen verschwammen oder aufgelöst schienen. Er hatte die Vorstellung, daß er ohne zu fragen, in die Bilder der Mitpatienten hineinmalen konnte; Begrenzungen durch die Gestaltungstherapeutin lösten bei ihm intensive Wutgefühle und Rück-

<sup>1</sup> Dieser stationären Therapie war in den ersten Jahren der ambulanten Behandlung ein klinischer Aufenthalt von ca. 3 Monaten in einer überregionalen größeren Fachklinik vorausgegangen. Dort fiel besonders ein sehr häufig auftretendes „versonnenes“ Lächeln des Patienten auf, das Ausdruck eines ausgeprägten Tagträumens war. Während dieser Phase waren wenige Fortschritte zu erzielen; der Befriedigungscharakter dieser teils symbiotischen Tagträume war so groß, daß beim Patienten zunächst wenig Bereitschaft bestand, seine Probleme zu bearbeiten und seine Ichfunktions-Defizite aufzufüllen. Erst permanentes interaktionelles Eingehen auf diese Ersatzbefriedigung, d.h. deren „Ersatz“ durch das Angebot einer Objektbeziehung, brachte den Patienten dazu, ernsthafter mitzuarbeiten, d.h. sich auch nach den Therapiegruppen- und Einzelsitzungen mit seinen Problemen zu beschäftigen.

zugstendenzen aus. Ähnlich wollte er auch über die Krankenschwestern verfügen; er hatte die Vorstellung, daß diese beliebig für ihn dazusein hätten; im Stationsleben neigte er dazu, sich über die gesetzten Regelungen hinwegzusetzen. Die äußeren Objekte versuchte der Patient unter ständiger Kontrolle zu halten, um sich davor zu schützen, sie zu verlieren. Diese Einstellung hatte ein ständiges angestrenktes Bemühen um andere Personen zur Folge, ohne Rücksicht auf den eigenen Wunsch und Willen. Sich das Wohlwollen der anderen zu erhalten, erschien ihm wichtiger, als auf seine eigene Innenwelt und besonders seine Affekte zu achten. Verhielten sich die Mitpatienten oder das Personal anders, als er es sich wünschte, so kam es aufgrund strenger archaischer Über-Ich-Anteile zu starker Selbstentwertung sowie zur Aufspaltung in befriedigende (gute) und versagende (böse) Objekte.

Später idealisierte er dann vor allen Dingen ihm unbekannte Menschen; die realen Bezugspersonen wurden gleichzeitig entwertet. In den Besprechungen des Therapeuten-Teams wurde deutlich, daß es für den Patienten bei allen Therapieangeboten sehr wichtig schien, ihn daraufhin anzusprechen, wie er auf andere Menschen wirkte. Solche Antworten lösten in ihm sehr starke Wut aus, die er dann zunehmend kanalisieren konnte, indem er sich z. B. an Aktivitäten gegen die Hausordnung beteiligte, die für ihn im übertragenen Sinne stellvertretend für elterliche Autorität stand. Es war für ihn nun auch nicht mehr nötig, die Grenzen zwischen sich und anderen zu verwischen mit der Gefahr, von intensiver Verschmelzungsangst überflutet zu werden.

Seine Erfahrungen im Stationsalltag brachte er verstärkt in die Einzel- und Gruppenpsychotherapie ein. So berichtete er von seinen Versuchen, sich von anderen Menschen abzugrenzen und gleichzeitig eine Beziehung mit ihnen einzugehen – auch im sozialen Raum außerhalb der Klinik. Im weiteren Verlauf der interaktionellen Einzelpsychotherapie kam es bei dem Patienten durch regressiven Sog, der aus Frustrationen in der Beziehung zu anderen Menschen herrührte, zu einer Entdifferenzierung seiner Selbst- und Objektrepräsentanzen; er entwickelte Vernichtungsängste, aggressive und libidinöse Regungen waren entmischt. So hatte er gegenüber dem Einzeltherapeuten Phantasien mit dem Inhalt, dieser möge ihn anal penetrieren und ihn dabei ständig mit dem Kopf auf den Boden schlagen. Es handelte sich dabei möglicherweise um eine Mischung zweier traumatischer Engramme, die beide hoch angstbesetzt waren: zum einen um die Wiederholung des organischen Traumas der Schädelfraktur, die der Therapeut, so die Projektion, immer wieder herbeiführen sollte, zum anderen um die Wiederholung der Schlafsituation mit dem Vater. Versuche, diese Phänomene durch genetische Interpretationen zu bearbeiten, lösten bei dem Patienten Unlust und erneute Reproduktion solcher Phantasien aus. Der Einzeltherapeut versuchte daraufhin, dem Patienten deutlich zu machen, wie er dessen autodestruktive Wünsche erlebte. Erst danach war es diesem möglich, die vormalig diffusen

Affekte bzw. überwiegend körperlichen Sensationen allmählich in Worte zu fassen und sie in sein Erleben einzuordnen. Dabei war wesentlich, daß der Therapeut angst- und spannungsregulierend wirkte, d. h. sich in vielfältiger Weise als Hilfs-Ich anbot und den Umgang mit der Realität gewissermaßen einüben half. Im Zuge dieser Therapie wurde das frühe somatische Gedächtnis des Patienten aktiviert; es kam vermehrt zu Körpersensationen, zum Beispiel zur Vermehrung des Hautausschlages, zu Druckgefühlen in der Herzgegend und zu Magenbeschwerden. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper und dessen Empfindungen rückte immer mehr in den Vordergrund. So erlebte der Patient, daß er dann, wenn er sich mit seinen Gefühlen total auf einen anderen Menschen einstellte, von seinem Körper an andere innere Regungen quasi erinnert wurde: Es fiel ihm zum Beispiel auf, daß er nach solchen intrapsychischen Verschmelzungsvorgängen nicht urinieren konnte, daß die Blase ihm gleichsam Zurückhaltung signalisierte. Diese Körperreaktionen erlebte er zunächst als störend; er wurde äußerst wütend auf seinen Körper, weil dieser nicht so wollte, wie er wollte. Als der Therapeut ihm darauf antwortete, daß er seinem Körper doch dankbar sein könne, weil er ihn vor Überforderung schütze, war der Patient emotional sehr berührt. Er erlebte zunehmend die Sprache seines Körpers als bereichernd und lustvoll, er begann, sie in seine seelische Vorstellungswelt zu integrieren; gleichzeitig gingen die Körpermanifestationen von Symptomcharakter zurück.

Im Stationsleben entwickelte sich immer mehr die Auseinandersetzung mit den Realitäten der Tagesklinik, so damit, daß es im Zusammenleben von Menschen Normen gibt, daß Bedürfnisse in einer Gemeinschaft nicht grenzenlos ausgelebt und befriedigt werden können. Der therapeutische und – darin enthalten – der normative Rahmen der Tagesklinik wirkte durch seinen Realitätscharakter korrigierend und strukturierend, was dem Patienten dazu verhalf, seine seelischen Energien zu neutralisieren und Ich- aufbauend einzusetzen. Erst nachdem dies möglich wurde, konnte sich der junge Mann im eigentlichen Sinne der Objektwelt zuwenden. Er erlebte erstmals eine Beziehung zu einer Frau, was zunächst mit großen Ängsten vor Verschlungen-Werden und gleichzeitigen Wünschen nach Verschmelzung mit dem Objekt verbunden war. Auch auf dieser nun höher strukturierten Ebene war es weiterhin die Aufgabe des Therapeuten – in Kenntnis der Strukturpathologie des Patienten – an der Differenzierung zwischen Vorstellungen vom Selbst und vom Objekt zu arbeiten. Diese Behandlungsphase war durch Schritte der Differenzierung, der Übung und der Wiederannäherung (vgl. *Mahler et al.* 1978, S. 87–101) begleitet. Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang, daß der Patient eine Fotografie des Therapeuten anfertigte, die er im Sinne eines Übergangsobjektes (*Winnicott* 1969, S. 666–682) nutzte, wenn er abends oder am Wochenende den Therapeuten nicht sehen konnte. Der Therapeut wurde in der Vorstellungswelt des Patienten auch immer wichtiger als „dritte Person“

(vgl. Rotmann 1978), zum Beispiel bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter. Das Gespräch mit ihr allein war ihm zu ängstigend, so daß er sie in die Tagesklinik zu einem Gespräch mit dem Therapeuten „mitbrachte“. Die dritte Person war insoweit für die Entwicklung des Patienten nötig, als sie innerhalb der Repräsentanzenwelt mit Hilfe einer ‚Triangulierung‘ die Loslösung aus der Dualunion ermöglichte. Immer mehr übernahm der Patient nun auf der Station freiwillig Aufgaben, er beteiligte sich an sozialen Aktivitäten. Es machte ihm auch Freude, an seinem Auto zu arbeiten, und er beschäftigte sich mit seiner beruflichen Zukunft.

Betrachten wir nun den Behandlungsverlauf retrospektiv, so können wir sagen, daß gerade die rasch oszillierende Projektion von Selbst- und Objektimages, die ja das Niveau der primitiven Objektbeziehung und der Identitätsstörung deutlich machte, einen Behandlungsrahmen erforderte, der steuernd und auch neutralisierend für den Patienten wirkte. Die präpsychotische Ebene der Übertragung dieses Patienten äußerte sich längere Zeit in den anhaltenden Vorstellungen des Eins-Seins mit dem Therapeuten, wobei es sich einerseits um erschreckendes und bedrohliches Erleben starker eigener aggressiver Impulse und andererseits um Gefühle des Verschlungen-Seins handelte. Hierbei war auch wichtig, daß der Patient oft nicht in der Lage war, zwischen dem Verschlingenden und dem Verschlungenen zu unterscheiden. In der Übertragung zeigten sich regressive Vorgänge von Wiederverschmelzung der Selbst- und Objektrepräsentanzen unter Aufhebung der Grenzen zwischen Selbst- und Nicht-Selbst, womit im Zuge der Regression eine Ebene der „primären Ungeschiedenheit“ angestrebt wurde. Übertragungsphänomene auf Borderline-Niveau zeigten sich erst im späteren Verlauf der Behandlung. Hierbei war dann zu beobachten, daß die Realitätsprüfung sowie die Impulskontrolle und Affektdifferenzierung besser funktionierten.

Zur Entstehungsgeschichte dieser schweren Störung ist zu ergänzen, daß der Vater dieses Patienten aufgrund einer schwerwiegenden eigenen Strukturpathologie nicht in der Lage war, zwischen sich und seinem Sohn zu differenzieren. Der Sohn war Selbstobjekt des Vaters, der sich projektiv mit seinem Sohn identifizierte, um sich vor eigener Dekompensation und damit vor einer möglichen präpsychotischen Entwicklung zu schützen. Diese Funktion des Vaters erwartete der Patient nun von anderen Menschen, indem er sich z. B. im Verlauf der Behandlung mit den Therapeuten und anderen Menschen auf der Station projektiv identifizierte und sich so vor weiterer maligner Regression schützte. Die zuvor geschilderten Schutz- und Abwehrmechanismen, die zur Aufrechterhaltung des eigenen Selbst von dem Patienten eingesetzt werden mußten, erschienen uns wegen dieser Funktion im Sinne einer neurosenpsychologischen Konfliktbearbeitung nicht behandelbar. Vielmehr kam es darauf an, in einem geplanten, integrativen Behandlungsprozeß eine Entwicklung in Gang zu setzen, die am Entwicklungs-

stand und der Struktur des Ichs des Patienten orientiert war. So war es auch erst nach Anreicherung der defizitären Ich-Struktur möglich, im Rahmen einer geschützten Dreier-Situation, in Anwesenheit des Therapeuten, der Mutter mitzuteilen, was der Patient sich eigentlich von ihr gewünscht hätte. Mutter und Sohn waren sehr betroffen, nachdem es ihnen gelungen war, sich erstmals gegenseitig mitzuteilen, wie sie sich erlebten; ebenso konnte über den Tod des Vaters gesprochen werden. Die Mutter wiederum war sehr entlastet, als sie mitteilen konnte, daß sie fast die Hälfte ihres Lebens sehr darunter gelitten hatte, daß ihr Sohn eigentlich gar nicht ihr Kind war, sondern total von ihrem Mann beschlagnahmt wurde.

Nach Beendigung der teilstationären Behandlung war es dem Patienten möglich, die ambulante Psychotherapie wieder aufzunehmen, die nun zum Ziel hatte, die noch verbliebenen Strukturdefizite weiterzuentwickeln und dies vor allen Dingen im Bereich der Objektbeziehungen; hier ergaben sich weiterhin Störungen z. B. im Zusammenleben mit der Freundin. Ebenso diente die ambulante Nachbehandlung der Verbesserung der sozialen Integration, da der Patient nun auch damit begann, sich mit seiner beruflichen Zukunft vermehrt konkret auseinanderzusetzen. Ein weiteres Ziel bestand in der psychosexuellen Weiterentwicklung; hier zeigten sich zunehmend phallisch-narzisstische Züge; das genitale Niveau war nach Abschluß der tagesklinischen Behandlung noch nicht erreicht worden.

Vielleicht macht dieses Beispiel deutlich, daß eine Behandlung, die an den strukturellen Entwicklungsprozessen des Patienten ansetzt, Techniken und Ziele in der Therapie wählen muß, die dem jeweiligen Entwicklungsstand des Patienten angemessen sind, daß eine verlaufsorientierte Modifikation des Settings nötig werden kann und dann vorgenommen werden muß, wenn es im Interesse der seelischen Nachreife des Patienten erforderlich erscheint. Der zeitliche Aufwand, insgesamt dauerte die Behandlung von der ersten Kontaktaufnahme bis zur ambulanten Nachbehandlung sechs Jahre, macht deutlich, welche Anforderungen an die Patienten selbst, an die behandelnden Therapeuten und auch an die Kostenträger zu stellen sind, soll es zu einer weitgehenden Gesundung dieser Kranken kommen.

## Summary

### *Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preordial Components*

In the introduction it is pointed out that one of the main consequences of psychoanalytic ego-psychology and the psychoanalytic developmental psychology stimulated by it, has been the increasing amount of clinical attention devoted to ego-pathologies. These are termed structural ego-disorders or preoedipal disorders and have lead to a modification of psychoanalytic technique and the therapeutic setting. The main characteristics of preoedipal disorders such as deficiencies in object-rela-

tionships, reduced anxiety-level and the predominance of primitive defense-mechanisms are described.

The importance of early external macrotrauma or cumulative microtraumata in the development of preoedipal disorders is discussed based on considerations developed by *Cohen* in 1980. The consequences for therapy are outlined.

After this we describe the therapeutic goals of the psychoanalytic-interactional psychotherapy, a kind of therapy especially developed for this patient group. The necessary in-patient, day-patient and out-patient settings for the application of this psychoanalytic-interactional psychotherapy are described.

There follows a case-study in which the treatment of a young man, who was an adolescent at the start of the therapy, is described. In particular the criteria are described according to which the setting (in-patient, day-patient, out-patient) of the therapy was changed and which modifications of psychoanalytically oriented therapy techniques with respect to process oriented criteria were carried out. Finally the course and result of the therapy are outlined.

### Literatur

- Blanck, G. u. Blanck, R.* (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Cohen, J.* (1980): Structural Consequences of psychic trauma: A new look of „Beyond the pleasure principle“. In: Int. Journal Psychoanal. 61, 421. – *Fleming, H.* (1978): Early object deprivation and transference phenomena: Preoedipal object need. Paper presented to the New Orleans Psychoanalytic Society. – *Freud, S.* (1920): Jenseits des Lustprinzips. Gesammelte Werke, Bd. XIII, London: Imago. – *Freud, S.* (1923): Das Ich und das Es. Gesammelte Werke, Bd. XIII, London: Imago. – *Fürstenau, P.* (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. In: Psyche 31, 197–207. – *Hartmann, H.* (1972): Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett. – *Hartmann, H.* (1965): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart: Klett. – *Heigl, F.* (1978): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, 2. neubearbeitete Auflage. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht. – *Heigl, F.* (1981): Psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan. In: *Baumann, U.* (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie, Perspektiven f. Praxis u. Forschung. München: Urban u. Schwarzenberg. – *Heigl, F. u. Neun, H.* (1981): Psychotherapie im Krankenhaus, Behandlungskonzepte und Methoden in der stationären Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht. – *Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.* (1978): Indikation zur analytischen Gruppenpsychotherapie. In: *Heigl, F.*: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, 2., neubearbeitete Auflage. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht. – *Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.* (1980a): Zum interaktionellen Prinzip in der Psychoanalyse. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 4, 234–238. – *Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.* (1980b): Zur Bedeutung des therapeutischen Prinzips der Interaktion. In: Haase, H.-J. (Hrsg.): Psychotherapie im Wirkungsbereich des psychiatrischen Krankenhauses. Erlangen: Perimed Verlag. – *Heigl, Evers, A. u. Heigl, F.* (1982): Angst – Trauma und Signal. In: Prax. Psychother. Psychosom. 27, 83–96. – *Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.* (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. In: Zschr. psychosom. Med. 29, 1–14. – *Jacobson, E.* (1973): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. – *Kernberg, O. F.* (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. – *Kohut, H.* (1973): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen narzißistischen Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. – *Mahler, M. S., Pine, E., Bergmann, A.* (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a.M.: Fischer. – *Rohde-Dachser, Ch.* (1982): Das Borderline-Syndrom. 2. überarbeitete und ergänzte Aufl. Bern: Huber. – *Rosenfeld, H.* (1981): Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten. In: Psyche 35, 338–352. – *Rotmann, M.* (1978): Über die Bedeutung des Vaters in der Wiederannäherungsphase. In: Psyche 32, 1105–1147. – *Sandler, J. u. Joffe, W. G.* (1967): Die Persistenz in der psychischen Funktion und Entwicklung, mit besonderem Bezug auf die Prozesse der Fixierung und Regression. In: Psyche 21, 138–157. – *Spitz, R. A.* (1976): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett. – *Winnicott, D. W.* (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Psyche 23, 666–682. – *Winnicott, D. W.* (1974): Reifeprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.
- Anshr. d. Verf.: Prof. Dr. Annelise Heigl-Evers; Prof. Dr. Franz Heigl, Tiefenbrunn 18, 3405 Rosdorf; Dipl. Soz. Päd. Wolfgang Beck, Scheibenstr. 23, 4000 Düsseldorf.