

Rudolf, Gerd

Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 5, S. 351-366

urn:nbn:de:bsz-psydok-42333

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
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

| | |
|--|-----|
| Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories) | 285 |
| Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce) | 275 |
| Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents) | 109 |
| Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools) | 779 |
| Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals) | 210 |

Originalarbeiten / Original Articles

| | |
|---|-----|
| Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth) | 385 |
| Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism) | 97 |
| Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families) | 399 |
| Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory) | 677 |
| Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds) | 83 |
| Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help) | 641 |
| Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children) | 177 |

| | |
|--|-----|
| Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study) | 765 |
| Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry) | 656 |
| Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas) | 251 |
| Schwarck, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders) | 340 |
| Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157 | |
| Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions) | 329 |
| Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents) | 419 |
| Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients) | 200 |
| Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hemmch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up) | 315 |

Übersichtsarbeiten / Review Articles

| | |
|---|-----|
| Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts) | 261 |
| Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy) | 596 |
| Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ (“Reading a baby” – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies) | 537 |

| | |
|---|-----|
| Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life) | 477 |
| Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families) | 563 |
| Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment) | 511 |
| Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy) | 580 |
| Hundsals, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century) | 747 |
| Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?) | 36 |
| Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention) | 16 |
| Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) | 489 |
| Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction) | 550 |
| Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children) | 3 |
| Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) | 611 |
| Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung) | 737 |
| Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model) | 351 |
| Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion) | 689 |
| Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview) | 728 |
| Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy) | 497 |
| Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling) | 435 |

Diskussion / Discussion

| | |
|--|-----|
| Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots? | 127 |
| Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt | 707 |
| Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell | 704 |

Werkstattberichte / Brief Reports

| | |
|--|----|
| Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin) | 53 |
|--|----|

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber) | 235 |
| Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) | 529 |
| Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko) | 523 |
| Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke) | 300 |
| Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke) | 371 |
| Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch) | 73 |
| Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch) | 145 |
| Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski) | 306 |
| Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss) | 375 |
| Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert) | 373 |
| Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski) | 232 |
| Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber) | 304 |
| Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner) | 301 |
| Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke) | 791 |
| Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich) | 237 |
| Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger) | 140 |
| Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke) | 528 |
| Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel) | 632 |
| Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Mickley) | 716 |

| | |
|--|-----|
| Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>) | 465 |
| Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>) | 527 |
| Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>) | 630 |
| Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>) | 239 |
| Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>) | 713 |
| Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>) | 144 |
| Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>) | 463 |
| Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>) | 461 |
| Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>) | 629 |
| Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>) | 377 |
| Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>) | 142 |
| Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>) | 141 |
| Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>) | 791 |
| Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>) | 72 |
| Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>) | 75 |
| Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>) | 460 |
| Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>) | 233 |
| Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>) | 368 |
| Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>) | 302 |
| Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>) | 74 |
| Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>) | 373 |
| Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>) | 372 |
| Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>) | 790 |
| Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>) | 715 |
| Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>) | 793 |
| Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>) | 717 |
| Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>) | 240 |

| | |
|---|-----|
| Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>) | 717 |
| Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>) | 77 |
| Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>) | 635 |
| Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>) | 238 |
| Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>) | 523 |
| Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>) | 634 |
| Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>) | 376 |
| Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>) | 714 |
| Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L.Unzner</i>) | 462 |

Neuere Testverfahren

| | |
|---|-----|
| Ciepka, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>) | 242 |
| Lohaus, A.; Fler, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>) | 466 |
| Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>) | 719 |

| | |
|---|---|
| Editorial / Editorial | 1, 475, 535, 725 |
| Autoren und Autorinnen / Authors | 70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789 |
| Aus dem Verlag / From the Publisher | 71 |
| Zeitschriftenübersicht / Current Articles | 134, 452 |
| Tagungskalender / Calendar of Events | 78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790 |
| Mitteilungen / Announcements | 82, 152, 249, 384, 473, 640, 798 |

Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell

Gerd Rudolf

Summary

How psychogenic disorders develop: an integrative model

On the basis of clinical experience and empirically based data an integrative model of how psychogenic disorders develop is described in this article. The development-psychological steps of maturation from the uterine period to adolescence are examined with regard to the respective basic conflict to be derived from the step, and the disorder forms neurotisation, structural disorder, and traumatisation are differentiated. Especially the process character of the respective development from the basic conflicts over the different coping strategies up to the symptom outbreak is emphasized.

Zusammenfassung

Auf der Grundlage von klinischem Erfahrungswissen und empirisch-fundierten Daten wird ein integratives Modell der Entstehung psychogener Störungen skizziert. Es werden die entwicklungspsychologischen Reifungsschritte von der intrauterinen Zeit bis zur Adoleszenz im Blick auf die daraus jeweils abzuleitenden Grundkonflikte untersucht und die Störungsformen der Neurotisierung, strukturellen Störung und Traumatisierung unterschieden. Dabei wird insbesondere der Prozeßcharakter der jeweiligen Entwicklung von den Grundkonflikten über deren unterschiedliche Bewältigungsformen bis zum Symptomausbruch betont.

1 Einleitung

Die Frage nach Modellen der Entstehung psychogener Erkrankungen wird in psychotherapeutischen Arbeiten im Kontext der jeweils zugrunde gelegten theoretischen Annahmen beantwortet. So sehen wir triebtheoretische Modelle mit den zugehörigen Trieb-Abwehr-Konflikten, ich-psychologische Modelle mit der mehr oder minder defi-

zitären Reifung der Ich-Struktur; Modelle der phasenspezifischen Entwicklung von Persönlichkeit und Identität, objektbeziehungstheoretische Modelle der Internalisierung wichtiger Beziehungserfahrungen; emotionstheoretische Modelle von beeinträchtiger Generierung, Expression und dem fehlenden Verständnis affektiver Prozesse, kognitionstheoretische Modelle von deformierten Überzeugungen und kognitiv-emotionalen Schemata und anderes mehr.

Das im folgenden beschriebene Konzept versucht eine Synopsis von Modellannahmen, wie sie auf der Grundlage therapeutischer Erfahrungen und klinischer Diskussion im psychodynamischen Bereich entstanden sind (Details dazu in Rudolf 2000). Es stützt sich, soweit wie möglich, auf wissenschaftlich begründete Fakten, ohne sich einzig und allein auf das evidenz-basierte Wissen zu beschränken. So kann das klinische Erfahrungswissen in die Gestalt eines geschlossenen Konzepts gebracht werden, welches den Charakter eines Denkmodells besitzt und durch eigene Erfahrungen und Überlegungen ergänzt werden kann. Als roter Faden wird eine Abfolge von Entwicklungsschritten dargestellt, welche im Umgang mit verschiedenen Grundbedürfnissen erfolgen und das Risiko beinhalten, daß unterschiedliche Grundkonflikte resultieren.

2 Die Entwicklungspsychologie der Störungsdispositionen

Die entwicklungspsychologische Sichtweise hat eine psychoanalytische Tradition in der Phasenlehre. Sie besagt, daß in unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsabschnitten unterschiedliche Teilstrukturen der menschlichen Persönlichkeit heranreifen und daß solche reifenden Strukturen in besonderer Weise störbar sind. Wir wissen heute, daß es in der diagnostischen Untersuchung des erwachsenen Patienten nur begrenzt möglich ist, frühe Störungseinflüsse sicher zu identifizieren und damit eine Störung gewissermaßen kausal zu begründen. Was wir aber klinisch tun ist etwas anderes, wir orientieren uns in der Diagnostik an einem möglichst plausiblen Störungsmodell. So können wir z. B. bei einem erwachsenen Patienten nachweisen, daß seine Fähigkeit zur emotionalen Bindung an wichtige Objekte gestört ist, und wir wissen andererseits aus empirischen Studien der Kleinkindforschung, wann und wie das System der emotionalen Bindung im Kleinkind aufgebaut wird und wie beim Kind Störungen dieser Entwicklung aussehen. Die entwicklungspsychologische Perspektive liefert also das Modell für menschliche Entwicklung oder Fehlentwicklung, und wir bedienen uns dieses Modells, um die Schichtung der menschlichen Persönlichkeit auch im Erwachsenenalter besser verstehen zu können. Ein solches Modell bezieht sich auf die Abfolge von Entwicklungsschritten (um im Beispiel zu bleiben: die sichere Bindung ist Voraussetzung der Autonomieentwicklung, die gelungene Autonomieentwicklung ist Voraussetzung von triangulären Strukturen und Identität usw.). Die entwicklungspsychologische Abfolge macht das System in sich kohärent. Im Vergleich dazu wirken andere psychologische Persönlichkeitsmodelle additiv, da stehen Eigenschaften wie Aggressivität, Religiosität, Introversion, Expressivität nebeneinander, der innere Zusammenhang dieser Merkmale wird nicht konzeptualisiert. Im folgenden werden die lebensgeschichtlich frühen Entwicklungsstufen durchgegangen und auf ihre pathogenen und protektiven Faktoren hin untersucht.

2.1 *Die angeborene biologische Ausstattung*

Die befruchtete Eizelle enthält das genetische Material, aus dem später die Persönlichkeit geformt wird. Da die Interaktion zwischen genetischer Ausstattung und der Umwelt bereits im Mutterleib beginnt, ist es relativ schwer, die rein genetischen Einflüsse zu identifizieren. Zweifellos sind Themen der Begabung, des Temperaments, der körperlichen Konstitution, der Stimmungsbereitschaft, der Impulsivität, der Schmerzempfindlichkeit, der Dünnhäutigkeit oder Dickfälligkeit, der motorischen Bewegungslust und vieles andere mehr in den Genen mitgegeben. Das Interesse der medizinischen Grundlagenforschung an diesem Thema ist zur Zeit überwältigend stark. Die Hoffnungen richten sich auf die Früherkennung und Behandlung von immer mehr genetisch verankerten Krankheiten. Vermutlich wird aber selten eine komplette Störung vererbt (wie z. B. die Chorea Huntington), sondern eine partielle Disposition, die später die Entstehung etwa einer Zwangsstörung oder Depression begünstigt. Diesen Sachverhalt mit zu reflektieren kann wichtig sein für die Familiendynamik des Patienten, wenn sichtbar wird, daß nicht das Versagen und die Schuld des Individuums im Vordergrund stehen, sondern ein familiär gehäuftes Risiko, welches mehrere Mitglieder der Familie betrifft. Ob die heute im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen untersuchten biologischen Marker eines Tages die Bedeutung gewinnen werden, die man jetzt nur vermutet, ist noch nicht abzusehen.

2.2 *Die intrauterine Entwicklung*

Die Frage, ab wann ein Mensch ein Mensch ist, wird seit der Antike diskutiert. Vom Moment der Geburt an läßt sich Erleben und Verhalten beobachten. Man sieht die Bedürftigkeit des Neugeborenen, sein Schwanken zwischen Unlust und Zufriedenheit, zwischen Ruhe und Erregtheit unter dem Einfluß verschiedenster Bedingungen. Warum sollten sie nicht schon eine Woche vor der Geburt wirksam sein oder einen Monat vorher oder ein halbes Jahr vorher? Es gibt seit rund einem Jahrzehnt intensive Forschungsbemühungen, sehr anregende Überlegungen und viele Einzelergebnisse (Bibliographie z. B. Maiwald 1994). So wie der Alkohol, das Nikotin, die Medikamente oder HIV-Viren aus dem Blut der Mutter auf den Fötus einwirken, so werden mit einiger Wahrscheinlichkeit auch die mütterlichen Streßhormone und Angststoffe das Kind beeinflussen. In welchem Ausmaß die Panikzustände oder depressive Verzweiflung der Mutter sich dem Kind nachhaltig vermitteln, ist bei aller Wahrscheinlichkeit dieser Einwirkung letztlich noch unbelegt.

Korrigiert wurde die zeitweise vorherrschende Vorstellung vom intrauterinen Paradies und vom schwerelosen Gleiten im Fruchtwasser. Gegen Ende der Schwangerschaft verschlechtert sich die Sauerstoffversorgung in dem zunehmend enger werdenden Uterus, so daß die Geburt weniger ein Verlassen des Paradieses, als ein lebensnotwendiges Ausgestoßenwerden aus einem zunehmend toxischen Milieu erscheint. In diesem Zusammenhang wird kontrovers diskutiert, in welchem Maße der oft vielstündige und körperlich hochbelastende Geburtsvorgang eine psychische Traumatisierung darstellt, von möglichen perinatalen Schädigungen einmal abgesehen.

Durch Studien besser belegt ist ein psychologischer Vorgang, nämlich die Bedeutung der Beziehungsaufnahme der Schwangeren zu dem ungeborenen Kind als Prädiktor der weiteren Beziehungsgestaltung. Eine psychisch und sozial stabile, schwangere Frau ist imstande, zu dem ungeborenen Kind in eine personale Beziehung einzutreten, das Kind mit Phantasien und Emotionen zu besetzen und ihm den Status eines wichtigen persönlichen Gegenübers zu verleihen, an das sie sich wenden und mit dem sie einen imaginären Dialog führen kann. Sozial und psychisch sehr belastete Mütter scheinen dazu nicht in der Lage zu sein, für sie ist das Schwangersein ein körperlich beeinträchtigender Zustand. Ein Personenverhältnis zu dem ungeborenen Kind stellt sich nicht her; erst mit der Entbindung tritt ihnen das immer noch fremde Kind gegenüber. Die Bindungsforschung konnte beeindruckender Weise zeigen, daß der Bindungsstil der Mütter, d.h. die Art ihrer Beziehungsrepräsentanzen, die im Interview bereits vor der Entbindung untersucht wurden, eine Vorhersage erlauben über die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind (Dornes 1997; Grossmann et al. 1989; Schüssler u. Bertl-Schüssler 1992; Spangler u. Zimmermann 1995). Mit dieser Betrachtungsweise haben wir die Blickrichtung verändert, weg von dem noch nicht geborenen oder neugeborenen Individuum hin zu dem System Mutter-Kind; Stern (1998) spricht von der motherhood constellation, um dieses spezielle Beziehungsgefüge zu kennzeichnen.

Die Entwicklungsaufgabe der frühesten, auch intrauterinen Zeit ist unter dieser Perspektive die basale Beziehungsaufnahme, die Herstellung einer emotional zugewandten Ausrichtung im Sinne eines Containings. Das Kind findet seinen Platz in der psychischen Welt der Mutter, d.h. in ihrem Lebensentwurf und in ihrer sozialen und gesellschaftlichen Welt, so, wie es zunächst körperlich in der Mutter Platz gefunden hat. Die Folgen einer gestörten Beziehungsaufnahme in diesem frühesten Abschnitt sind zum Teil noch hypothetisch, werden aber mit zunehmender Aufmerksamkeit für das Thema wahrscheinlicher.

2.3 Die frühe Beziehung: Aufbau des Kommunikationssystems

Der nun folgende Entwicklungsschritt innerhalb des Mutter-Kind-Systems erfordert, daß die Mutter und das neugeborene Kind sich aufeinander ausrichten, aufeinander einschwingen (attunement) und ein gemeinsames System der Kommunikation aufbauen (Rudolf 2000, S. 145f.) Das zentrale Thema ist die Herstellung von Nähe in geeigneter Intensität. Die Näheregulierung ist freilich eingewoben in die körperliche Versorgung des Kindes und insbesondere in seine Ernährung, in das Stillen oder Füttern. Wenn die ältere Psychoanalyse die frühe Beziehung durch die orale Triebbefriedigung oder -frustration geprägt sah, hat sich der Akzent heute auf die frühen Aspekte der Kommunikation, d.h. die gegenseitige Wahrnehmung, die Synchronisierung von Bedürfnissen und Mitteilungsimpulsen verschoben (Papousek 1989). In dem eindrucksvollen klinischen Bild des Schrei-Babys zeigt sich das Scheitern dieser frühen Beziehungsaufnahme, in der das Kind durch die Nähe der Mutter nicht beruhigt und zufriedengestellt werden kann, stattdessen aus seinen Erregungstürmen nicht herausfindet (von Klitzing 1998). Wenn das Kind z.B. durch Frühgeburt sehr störbar ist, oder

wenn die Mutter durch eigene psychische oder soziale Belastungen außerstande ist, sich dem Kind in gelassener Freundlichkeit zuzuwenden, kommt es zu Störungen, die als Grundkonflikt der Nähe beschrieben werden können, weil das Kind basal zwischen Nähe-Wunsch und Nähe-Aversion hin- und hergerissen bleibt und damit einen frühen Beziehungskonflikt internalisiert. Hier geht es freilich auch um die Grundlagen der Existenz, um Selbstsein-Können oder Nicht-Sein-Können, um basale Themen des Beruhigtwerdens und Geborgenseins versus dem hilflosen Ausgeliefertsein gegenüber der eigenen Erregungsspannung. Diese Themen lassen sich im Kontext der Struktur (im Sinne der OPD) besser beschreiben als im Rahmen der Konflikte.

2.4 Aufbau des Bindungssystems

Nachdem Kind und Mutter sich voneinander unterscheiden gelernt haben und einen gemeinsamen Weg des Naheseins finden konnten, läßt sich als nächste Entwicklungsaufgabe der Aufbau des Bindungssystems beschreiben. Für das Kind geht es darum, eine psychische Repräsentanz der zentral wichtigen und interessanten Beziehungsfiguren zu errichten und diese emotional positiv zu besetzen. Als Urvertrauen entwickelt es die Zuversicht, die wichtige Person herbeirufen und aktivieren zu können. Bei ihr holt sich das Kind Sicherheit, Rückversicherung, Tröstung im Falle von Unlust, aber auch Anregung, Freude und spielerisches Vergnügen in einer dyadischen Beziehung. Hier beginnt als wichtige Basis der Selbstentwicklung die Internalisierung positiver Beziehungserfahrungen und der Aufbau positiver Selbstaspekte, die für die künftige Selbstwertentwicklung entscheidend sind. Der Grundkonflikt der Bindung oder der depressive Grundkonflikt (Rudolf 2000, S. 149f.) beinhaltet die Tatsache, daß diese sichere Bindung nicht erlangt werden konnte, daß dem Wunsch nach Gebundenheit die Angst vor dem Objektverlust gegenübersteht und daß die idealisierende Sehnsucht nach dem guten Objekt von der Wut auf das enttäuschende Objekt unterhöhlt wird. Die aus der Psychologie kommende Bindungsforschung hat in diesem Feld den psychoanalytischen Vorstellungen sehr weitergeholfen, indem sie ängstlich-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindung als Ausdruck der nicht erreichten sicheren Bindung beschrieb (Brisch 1999). Als strukturellen Ausdruck dieser frühen Konflikte sehen wir zahlreiche Merkmale der unreifen Objektbeziehung, z.B. starke Objektbedürftigkeit, starke Empfindlichkeit für Verluste und Zurückweisungen, heftige Affektspannungen oder etwa fehlende Möglichkeiten von Trauer und Abschied, also Zeichen der strukturellen Störung (Bowlby 1976; Söldner 1994). In einem großen Teil aller Psychotherapien spielen diese Themen ausdrücklich oder unterschwellig eine wichtige Rolle

2.5 Aufbau des Autonomiesystems

Das Kind, das nunmehr im ersten und zweiten Lebensjahr seinen Bindungsstil gefunden hat, entwickelt zunehmend eine motorische und psychische Autonomie, die darauf drängt, das eigene Handeln, das eigene Denken, das eigene Wollen zu erproben und un-

ter die Kontrolle des zunehmend wachsenden Ich zu stellen (Mahler 1985). Wenn im vorausgegangenen Bindungssystem die Überzeugung gewachsen ist, Schutz und Geborgenheit beim anderen zu finden, so reift jetzt die Vorstellung, sich auf sich selbst verlassen und in der Welt interessante Dinge erfahren zu können. Es wächst die Neugier, die Explorationslust, die aggressive Durchsetzungsfähigkeit und das Vermögen, sich zu wehren, es reift in allem die Eigenwilligkeit als Ausdruck der Autonomie-Entwicklung (Rudolf 2000, S. 208f.) Bei einer neurotisch-konflikthaften Entwicklung ist dieser Schritt nach außen verbaut, durch Verbote oder Ängstigung verschlossen. Das Kind wird auf die Gebundenheit zurückverwiesen, es bleibt hängen zwischen Bindungswunsch und Verselbständigungsimpuls. Es ist vor allem das aggressive Potential, welches nicht ausreift und in der Regel übersteuert wird, so daß sich die Angst vor der aggressiven Mächtigkeit der anderen ausbildet, aber auch die Angst vor der eigenen Aggressivität (der eigene Verselbständigungsimpuls droht das wichtige Objekt zu vernichten). Selbst kontrolliert zu werden oder unter Kontrolle der anderen stehen, selbst beschädigt zu werden oder andere zu beschädigen, sich selbst zu übersteuern oder von den eigenen Impulsen mitgerissen zu werden, sind wichtige Themen der psychodynamischen Konfliktspannung auf dieser Ebene. Aber auch die Steuerung und Regulierung des Selbstwerts zwischen den Polen von Grandiosität und Minderwertigkeit lassen sich hier zuordnen.

2.6 *Aufbau des Identitätssystems*

Im 4. bis 6. Lebensjahr, nachdem die Autonomieentwicklung abgeschlossen ist, reift schließlich die kognitive Entwicklung bis zur weitgehenden Realitätsprüfung. Zu den wichtigsten akzeptierten Realitäten gehört die der eigenen sexuellen und sozialen Eindeutigkeit. Das Kind entwickelt ein Gefühl von Identität, zugleich auch ein Verständnis von Grenzen; Grenzen zwischen den Generationen, Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Eindeutigkeit und daher Begrenztheit der Begriffe und Zahlen. Wenn nun die Entwicklungsbedingungen in der Familie so sind, daß Grenzen und Eindeutigkeiten nicht eingehalten werden, kommt es zu neurotischen Konstellationen, wie sie in dem ödipalen Konflikt vorliegen. Der Junge wird zum Partnerersatz für die Mutter, das Mädchen steht dem Vater als bessere Frau zur Verfügung. Das Kind wird auf der Ebene der Erwachsenengeneration behandelt, Erwachsene übernehmen kindliche Rollen und lassen sich von den Kindern parentifizieren. So kann sich ein sicheres Identitätsgefühl als Ausdruck des wirklichen Selbst nicht entwickeln, es bleibt die Angst vor dem Falschsein, die Angst vor dem Entdeckt- und Bestraftwerden, das ständige Bemühen, sich richtig zu verhalten, eine zugeschriebene Rolle gut auszufüllen und gerade an der Unechtheit dieser Rolle wiederum zu scheitern (das Thema der Hysterie). Da der Blick der anderen hier eine so wichtige Rolle spielt, ist die Neurose des Individuums durchtränkt von gesellschaftlichen Wertnormen und Widersprüchen; hier zeigt sich der soziokulturelle Anteil der Geschlechtsidentität und der Geschlechtsrolle (Rudolf 2000, S. 235).

Mit dieser Entwicklungssequenz ist die Grundlage der Persönlichkeit gelegt. Die Zeit bis zur Präpubertät bringt keine prinzipiell neuen Entwicklungsaufgaben, sondern dient der Erprobung und Vertiefung des bisher Erreichten.

2.7 Die Umstrukturierung durch die Adoleszenz

Mit der Pubertät und der nachfolgenden Adoleszenz-Zeit setzen nochmals neue Entwicklungsaufgaben ein. In dieser stürmischen Zeit werden alle bisher erworbenen Kompetenzen auf den Prüfstand gestellt und alle bereitliegenden Konflikte aktiviert. Die Veränderung des Körpers unter dem Einfluß der Geschlechtshormone, die Veränderung der sozialen Rolle, die Verselbständigung aus der Obhut der Eltern, die Annäherung und Auseinandersetzung mit den Gleichaltrigen, das Auftauchen sexueller Beziehungsmöglichkeiten stellen große Anforderungen an das psychische System des einzelnen Jugendlichen und an das soziale System seiner Familie (Rudolf 2000, S. 61f.). Wenn die Fähigkeit, Nähe herzustellen, Sicherheit in der Bindung zu finden, die eigene Autonomie zu behaupten, eine Gewißheit der eigenen Identität, des eigenen Wertes zu haben, fragil und konflikthaft eingeschränkt waren, kann es schwer werden, die nun anstehende Umstrukturierung zu leisten. Die Adoleszenz ist gewissermaßen der Härtestest für die bis dahin aufgebaute Persönlichkeitsstruktur. Diese kann beispielsweise in lärmenden Adoleszenzkrise aus den Fugen geraten und in eine bunte Vielfalt von Leistungs- und Kontaktproblemen, Eßstörungen, suizidalen Krisen, Selbstschädigungsverhalten, Suchtendenzen ausmünden (Horn 2000).

2.8 Die Umstrukturierung im Lebenszyklus

Die Adoleszenz ist nicht die einzige Lebensschwelle, an der sich die bisher entwickelte Persönlichkeitsstruktur bewähren muß. Jedes Lebensalter hat seine eigenen Schwellensituationen, z. B. im jungen Erwachsenenalter die Stufen der Berufsausbildung und Berufstätigkeit, die Partnerbindung und Elternschaft; in den mittleren Lebensjahren die Übernahme elterlicher Verantwortung für Jüngere, die Nutzung der eigenen Kreativität und Leistungsfähigkeit, die Gestaltung sich wandelnder langdauernder Beziehungen; in späteren Lebensjahren der Abschied von wichtigen Menschen, wichtigen Aufgaben oder eigenen Illusionen, der Verlust von körperlicher Gesundheit und körperlicher Attraktivität, die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem eigenen Tode.

Tabelle 1 zeigt im Überblick die entwicklungspsychologischen Reifungsschritte und die daraus resultierenden möglichen Störungen, welche die Disposition für spätere Erkrankungen bilden. Das Thema der Traumatisierung (s.u.) ist hier nicht einbezogen, weil es zu jeder Lebenszeit erfolgen kann.

3 Störungstypen und ihre prozeßhafte Ausgestaltung

3.1 Pathogene und protektive Faktoren in der Entwicklung

Wie kommt es zu einer Fehlentwicklung, die dauerhaft erhalten bleibt und die Disposition für spätere Erkrankungen liefert. Auf jeder Stufe der Entwicklung begegnen wir dem Prinzip der Passung, d.h. es gibt Entwicklungsaufgaben auf der einen Seite und

Tab. 1: Übersicht zu Entwicklungsschritten und Störungsfolgen

| | |
|------------------------------------|---|
| Angeborene Ausstattung | Genetische Dispositionen |
| Intrauterine Entwicklung | Störung der frühen Beziehungsaufnahme |
| Geburt | Perinatale Schädigung |
| Aufbau des Kommunikationssystems | Grundkonflikt der Nähe Strukturelle Vulnerabilität |
| Aufbau des Bindungssystems | Depressiver Grundkonflikt Strukturelle Vulnerabilität |
| Aufbau des Autonomiesystems | Grundkonflikt der Autonomie Strukturelle Vulnerabilität |
| Aufbau des Identitätssystems | Grundkonflikt der Identität |
| Umstrukturierung in der Adoleszenz | Aktualisierung der Grundkonflikte und strukturellen Vulnerabilität angesichts spezifischer Entwicklungsaufgaben |
| Umstrukturierung im Lebenszyklus | Aktualisierung der Grundkonflikte und strukturellen Vulnerabilität angesichts spezieller Entwicklungsaufgaben |

mehr oder weniger günstige oder gar schädigende Entwicklungsbedingungen auf der anderen Seite. Zwischen beiden besteht das Verhältnis einer Ergänzungsreihe (ein sehr belastbares Kind kann evtl. schwere Einschränkungen bewältigen, ein sehr wenig belastbares Kind wird schon durch mäßige Belastungen neurotisiert). Diese Logik führt dazu, daß Störungsbedingungen und resultierende Störungen in starkem Maße individualisiert betrachtet werden müssen (Resch 1996).

Ein zweites Prinzip unterstreicht diese Notwendigkeit der individuellen Betrachtung: Neben den pathogenen Faktoren lassen sich stets auch die protektiven Faktoren untersuchen. Es sind dies Ressourcen des Individuums selbst oder solche seiner Familie oder Gruppe, die es unter Umständen erlauben, auch schwierige Lebensbedingungen zu überstehen und zu bewältigen (Egle et al. 1997). Wir werden diesen Themen der Verarbeitungsmöglichkeiten später noch besondere Aufmerksamkeit schenken.

3.2 Neurotisierung, strukturelle Störung und Traumatisierung

Welche Folgen hat die Nichtpassung, das Überwiegen pathogener Einflüsse gegenüber protektiven Faktoren? Es lassen sich vier unterschiedliche Folgeerscheinungen unterscheiden:

(a) *Charakterliche Prägung*: Die gegebenen belastenden Einflüsse sind prägend aber nicht unbedingt pathologisierend. In der Geschwisterkonstellation z.B. kann es eine Belastung darstellen, das älteste (und verantwortliche) Kind zu sein vor mehreren

jüngeren oder das jüngste (überflüssige) nach vielen größeren, ein Junge neben vier Schwestern oder umgekehrt. Solche Bedingungen in Verbindung mit den sozialen Gegebenheiten der Familie, der jeweiligen Soziokultur und der Zeitgeschichte haben beträchtlichen Einfluß auf das Selbstverständnis und die Verhaltensbereitschaften, aber sie begründen nicht zwangsläufig einen neurotischen Konflikt. Es hängt von der oben genannten Passung zwischen Belastbarkeit und Belastung ab, ob die Anforderungen und Einschränkungen der frühen Kindheit lediglich eine Herausforderung für die Charakterbildung sind, oder ob sie als Konfliktspannung nicht bewältigt werden und zur Neurotisierung führen.

(b) Neurotisierung: Die gegebenen sozialen und familialen Verhältnisse schaffen für das Kind unlösbare Widersprüche, d.h. eine Konfliktsituation, welche internalisiert wird und als unbewußter neurotischer Konflikt weiter wirkt. Bleiben wir bei einem Geschwisterbeispiel: Das erste Kind ist kurz nach der Geburt verstorben, es war ambivalent willkommen, weil unerwünscht und Heiratsanlaß; bewußt aber wird es idealisiert und bleibt Objekt der Trauer für die Eltern. Für das nachfolgende Kind liegt mit einer Wahrscheinlichkeit ein neurotischer Konflikt bereit. Es kann werden wie es will und tun was es kann, es gelingt ihm nicht, die trauernde Vorwurfshaltung seiner Eltern zu überwinden, es bleibt immer hinter einem unerreichbaren Ideal zurück. Es ist irgendwie falsch, ein unzureichender Ersatz für das Eigentliche, seine Existenz scheint ohne Berechtigung. Die depressiven Eltern haben keine Kraft, sich ihm emotional zuzuwenden. Womöglich wird es versuchen, betont autonom zu werden und seine Existenzberechtigung durch Leistung nachzuliefern, und es bleibt dabei doch in einer starken Bindungssehnsucht abhängig von den Eltern. Das Gemenge von unerfüllten Bedürfnissen, emotionalen Anspannungen und pathogenen Überzeugungen bezüglich der Welt und der eigenen Person bleibt wirksam als unbewußter neurotischer Konflikt.

(c) Unzureichende strukturelle Entwicklung: Führen wir die begonnene Vorstellung weiter, daß die durch ihre Lebensumstände belasteten und subdepressiven Eltern massive Beziehungskonflikte entwickeln und versuchen, durch Alkoholgebrauch oder Medikamentenbenutzung ihrer Spannungen Herr zu werden. Dann haben wir eine Situation, in welcher sie eine beschützende und fördernde Haltung gegenüber einem Kind nicht einnehmen können und das kleine Kind seinerseits starken Frustrationsspannungen ausgeliefert wird. Heute ist es die einzige Hoffnung der verzweifelten Mutter, morgen bleibt es unbeachtet, übermorgen entladen sich die aggressiven Spannungen der Eltern in Form von Entwertungen oder körperlichen Mißhandlungen an ihm. Neben den Konflikten, die auf diese Weise internalisiert werden (z.B. Nähe- und Geborgenheitswünsche versus ängstliche Nähe-Vermeidung) sind es vor allem die psychischen Regulationssysteme, der Aufbau des Bindungssystems, das Kommunikationssystem, das System der Selbstwertregulierung, also strukturelle Bereiche, die hier Schaden nehmen. Es entsteht eine strukturelle Vulnerabilität, ein nicht sicheres Verfügen über die strukturellen Funktionen, welche für das innere Gleichgewicht und die Möglichkeit der Beziehungsregulierung erforderlich wären (Rudolf 1995). Über die Folgen dieser Entwicklung werden wir später zu sprechen haben. Eine solche strukturelle Vulnerabilität hat von klein auf Auswirkungen auf das Beziehungsverhalten und die Selbstregulation und ist daher der Motor für vielfältige Prozesse, die unten zu beschreiben sind.

(d) *Traumatisierung*: Denken wir uns die skizzierte familiäre Belastungssituation noch weiter ausgeprägt in dem Sinne, daß die sozial und psychisch schwer belasteten Eltern nicht mehr in der Lage sind, eine familiäre Struktur aufrecht zu erhalten, in welcher die Generationen durch Schranken getrennt sind, ihre eigenen Rechte und Pflichten besitzen und sich in einem Klima der Wechselseitigkeit emotional zuwenden und austauschen. Stattdessen entsteht ein Klima der raschen Entladung von aggressiven oder sexuellen Triebimpulsen, welche die relativ Schwächsten, d.h. die Kinder, innerhalb und außerhalb der Familie Gewalterfahrungen aussetzt. Wenn schon der internalisierte neurotische Konflikt eine große Hilflosigkeit erzeugt, weil der Betreffende seinen unbewußten Internalisierungen ausgeliefert ist, so ist das Ausmaß der Hilflosigkeit bei der Traumatisierung noch wesentlich größer. Die Traumata können emotional nicht verarbeitet werden, weil sie meist mit überwältigend intensiven Affekten der Panik, des Ausgeliefertseins, der Demütigung verknüpft sind. Sie können auch kognitiv nicht verarbeitet werden, weil sie häufig in double-bind-Strukturen eingebettet sind: Die Demütigungen und Verletzungen erfolgen oft durch die wichtigsten Objekte, bei denen zugleich Sicherheit, Zuwendung gesucht wird; es ist unverständlich, was hier geschieht und gleichzeitig selbstverständlich; keiner darf es wissen, aber jeder scheint im Bilde. So ist die Folge des Traumas die Nichtintegration von Erlebnisbereichen, welche abgespalten, als Bruchstücke von Gedanken, als emotionelle Erregung oder massive Körpersensationen fortbestehen und die Erfahrung vermitteln, nicht Herr der eigenen Erinnerung und nicht Herr im eigenen Körper zu sein.

3.3 *Abwehr und Bewältigung*

Zwischen den lebensgeschichtlich frühen Einflüssen und der beim erwachsenen Patienten beobachtbaren Störungdisposition liegt keine leere Fläche (so als würde der kindliche neurotische Konflikt unverändert ins Erwachsenenalter hinübergetragen). Vielmehr folgen auf jede biographisch frühe Beeinträchtigung intensive Bemühungen, neue Gleichgewichte herzustellen. Das geschieht durch Prozesse der Abwehr, welche vor allem die Wahrnehmung nach innen, und Prozesse der Bewältigung, welche das interpersonelle Verhalten nach außen neu strukturieren (Rudolf 2000, S. 134f.).

3.3.1 *Der unbewußte Konflikt und seine Folgen*

Lebensgeschichtlich frühe Beziehungskonflikte bewirken, daß zentrale menschliche Bedürfnisse unerfüllt bleiben und in emotional negative Erfahrungen eingebettet werden. Der unbewußte Konflikt kann verstanden werden als ein Schema unerfüllbarer Wünsche und zugehöriger Affekte. Von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung ist hier die Abwehr. Sie schützt vor dem Gewährwerden der andrängenden Wünsche und der heftigen Affekte und schafft so ein neues Gleichgewicht durch die neurotische Einengung des Erlebens. Die Folge ist eine starke innere Anspannung und damit eine Fragilität des Gleichgewichts zwischen den Polen der unerledigten Bedürfnisse und der abwehrenden Haltung. In der Übertragung wird beides aktiviert: Der Wunsch nach Befriedigung und Abschluß der unerfüllten Sehnsüchte einerseits und – für das Ver-

ständnis der Therapieprozesse noch wichtiger – das Beharren auf ihrer Nichterfüllung, das Festhalten an den pathogenen Überzeugungen und die entsprechende destruktive Beziehungsgestaltung.

3.3.2 *Die strukturelle Vulnerabilität und ihre Folgen*

Hier sind es nicht konflikthafte frühe Beziehungen, sondern defizitäre Beziehungserfahrungen, welche den strukturellen Aufbau der kindlichen Person beeinträchtigt haben. Die Verfügbarkeit über regulierende psychische Funktionen ist eingeschränkt, die Differenzierung des psychischen Binnenraums ist erschwert. Es fehlt an internalisierten guten Objektrepräsentanzen und somit auch an guten Selbstrepräsentanzen und es überwiegen aggressiv-destruktive Beziehungsrepräsentanzen. Die durch diese frühen Störungen angestoßene Prozeßentwicklung hat weniger den Charakter von Abwehr, denn der Bewältigung. Um die Beziehung zu anderen einigermaßen befriedigend zu gestalten und das fragile Selbst halbwegs ins Gleichgewicht zu bringen, werden neurotische Bewältigungsmuster aktiviert (Beispiele: schizoider Rückzug, altruistisches Bemühen, narzißtische Selbstaufwertung, maniforme Überaktivität, süchtige Suche nach Ersatzbefriedigungen). Ähnlich wie die Abwehrmuster sind auch diese Bewältigungsmuster nicht dauerhaft stabil, sondern sie laufen Gefahr, angesichts von Lebensschwellen und äußeren Veränderungen zusammenzubrechen, um dann entweder in Symptombildung einzumünden oder durch neue Bewältigungsmuster stabilisiert zu werden. Auf diese Weise entstehen komplizierte psychodynamische Abfolgen, wie sie am Beispiel der depressiven Somatisierung beschrieben wurden (Rudolf 1998).

Ein kompliziertes Zusammenspiel zwischen neurotischen Konflikten und struktureller Vulnerabilität sehen wir im Hintergrund der Somatisierungsvorgänge. Einerseits liegen ihnen frühe Konflikte zugrunde (Grundkonflikt der Nähe oder der Bindung), andererseits haben diese frühen Konflikte massive strukturelle Folgen, insofern die gestörte frühe Interaktion dazu führt, daß emotionales Verständnis nicht nur für Beziehungsabläufe, sondern auch für Körpervorgänge unentwickelt bleibt. So wird der eigene Körper, der emotional nicht verstanden werden kann, zum Gegenstand ängstlicher Beobachtung und hypochondrischer Überzeugungen.

3.3.3 *Die Traumatisierung und ihre Folgen*

Auch die Traumatisierung läßt einen prozeßhaften Verlauf erkennen, der von der unmittelbaren Notfallreaktion über die Bewältigungs- und Kompensationsbemühungen zu einer chronifizierten Langzeitauswirkung hinführt. Diese Vorgänge sind noch komplizierter als die beschriebenen neurotischen und strukturellen, weil das Trauma häufig psychisch nicht repräsentiert werden kann, insofern auch nicht auf dem üblichen Wege abgewehrt oder bewältigt wird, sondern als psychisch nicht gut integrierte, emotionale und körperliche Erregungsbereitschaft erhalten bleibt. Entscheidend wichtig ist natürlich die Entwicklungsstufe, in welcher die Traumatisierung stattfindet. Je jünger das traumatisierte Kind ist, desto körpurnäher und emotionaler ist die Spur der Ereignisse und desto ausgeprägter sind die Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur. Charakteristisch für die strukturellen Auffälligkeiten scheint zu sein, daß sie bestimmte Dimensionen bevorzugt betreffen (z.B. Erleben des Körper-Selbst, der

Identität, der Affektsteuerung, der Kommunikation), während andere Bereiche besser integriert erscheinen. In der Traumafolge können aber auch Auffälligkeiten entstehen, welche wie neurotische Konflikte wirken, z.B. wie Nähe-Ängste oder Autonomieprobleme.

Man ist gegenwärtig bemüht, die traumatisierenden Prozesse in ihrer Auswirkung auf die Struktur, auf die Beziehungsrepräsentanzen, auf das Gedächtnis und die kognitiven Leistungen besser zu verstehen (vgl. Fischer u. Riedesser 1998). In den psychodynamischen Therapien gibt es eine wechselvoll verlaufende Diskussion über die Frage, ob den Realtraumatisierungen die größere Bedeutung zukommt oder den neurotischen Phantasien. Der aktuelle Trend, der durch Studien einigermaßen gut belegt ist, zeigt den relativ großen Umfang von aggressiven und sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend und seine schwerwiegenden Folgen für die Beziehungsgestaltung und Selbststeuerung (Egle et al. 1992; Endres u. Biermann 1998; Streeck-Fischer 1998). Bei einem nicht geringen Teil der Persönlichkeitsstörungen, speziell der Borderline-Persönlichkeitsstörung, dürfte es sich um Traumatisierungsfolgen handeln.

Es ist offenbar schwierig, gegenüber dem Thema des Traumas, das soviel von Gewalt, Entwürdigung, Beschämung, Schuld, Verleugnung und Empörung an sich hat, eine ruhige distanzierte Einstellung zu bewahren, stattdessen schlägt nicht selten die Täter-Opfer-Dynamik durch. Die Zweifel der Patient(inn)en an ihrer eigenen Wahrnehmung korrespondieren mit den Zweifeln der Experten, welche die Gefahr betonen, daß die Opfer-Erfahrung im Sinne eines false-memory-Syndroms z.B. in Psychotherapien suggeriert werden könne (Fiedler 1999). Auf der Gegenseite finden sich kämpferisch vorgetragene Opfer-Überzeugungen. Das Thema bringt des weiteren erhebliche Veränderungen in der Gedächtnis-Theorie mit sich: Trauma-Erfahrungen werden offenbar weitgehend im Bereich emotional aktiver Gehirnzentren gespeichert, während es kaum zu kognitiven Verarbeitungen kommt. Ein solches Konzept hat große Auswirkungen für die Therapietechnik: Der psychoanalytische Versuch, die Dissoziation und Körpererregung als Abwehr zu überwinden, um an die dahinterliegenden Vorstellungen und Erinnerungen zu gelangen, führt in Ermangelung einer kognitiven Strukturierung gerade nicht zur entlastenden Einsicht, sondern beinhaltet das Risiko der Retraumatisierung. So bewirkt die Traumathematik wie kaum eine andere auch eine Polarisierung zwischen wissenschaftlichen Gruppierungen und Therapieschulen.

3.4 Symptomausbruch und Krankheitsverarbeitung

Unsere bisherige Betrachtung hat die möglichen Dispositionen für Erkrankungen zusammengetragen. Jetzt stellt sich die Frage, unter welchen inneren und äußeren Bedingungen diese Risikofaktoren der Persönlichkeit Symptomatik auslösen oder selbst zu Symptomen werden. Auch hier begegnen wir wieder dem Thema der Passung zwischen Belastbarkeit und Belastung. Problematische innere Bedingungen können unter günstigen äußeren Bedingungen ohne Symptombildung ertragen werden; es gibt je-

Tab. 2: Dispositionen für psychische Störungen

| | |
|--|--|
| Charakterliche Prägung | |
| Lebensgeschichtliche und soziale Verhältnisse wirken prägend | Geprägtheit der Person (nicht unbedingt pathologisch) |
| Neurotisierung | |
| Unlösbare interpersonelle Konflikte werden internalisiert | Unbewußte neurotische Konflikte |
| Strukturelle Störung | |
| Hochbelastete defizitäre Entwicklungsbedingungen beeinträchtigen die Reifung der Persönlichkeitsstruktur | Strukturelle Vulnerabilität Strukturelle Defizite |
| Traumatisierung | |
| Überwältigende Ereignisse können psychisch nicht integriert werden | Posttraumatische Langzeitfolgen Nichtintegrierte körperliche und psychische Erfahrungen |

doch Entwicklungen, unter denen das Gleichgewicht nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Ich nenne die wichtigsten Bedingungen:

- a) Äußere Veränderungen und Ereignisse konstellieren eine Situation, welche für die innere neurotische Verfassung eine Versuchungs- oder Versagungssituation darstellt. Die Abwehr wird destabilisiert und bricht unter Symptombildung zusammen. Dieser Modus gilt vor allen für neurotische Konflikte.
- b) Neue Lebensabschnitte und neue Ereignisse bringen neue Entwicklungsaufgaben mit sich, die eine Überforderung für die bisherigen Bewältigungsstrategien darstellen.
- c) Der Fortgang des Lebens führt zu einer Erschöpfung der bisherigen Bewältigungsstrategien, die, wie auch im vorigen Falle, überraschend und krisenhaft bei mehr oder weniger bedeutsamen Anlässen zusammenbrechen können.
- d) Ausgeprägte Abwehrhaltungen und neurotische Bewältigungsmuster haben viele Lebensbereiche soweit durchtränkt, daß sie sich verselbständigen, selbst verstärken und von irgendeinem Zeitpunkt an selbst symptomwertig sind. Diesen Vorgang sehen wir häufig bei den Persönlichkeitsstörungen, welche bekannter Maßen tiefreichende neurotische Konflikte und strukturelle Störungen in sich vereinen.
- e) Die auslösenden Bedingungen für Symptombildung auf der Grundlage von Trauma-Erfahrungen sind weniger eindeutig, es scheint sogar, daß das Uneindeutige und Unverständliche geradezu ein Merkmal des Posttraumatischen ist. Die heftigen symptomwertigen Zustände lassen sich in der gemeinsamen Bemühung von Patient und Therapeut oft nicht in einen stimmigen Zusammenhang von äußeren Belastungsereignissen und inneren Konfliktbedingungen stellen, so daß es schwer fällt, die Symptome und Auffälligkeiten in Sprache zu fassen, was wiederum mit dem oben beschriebenen Modell der geringen kognitiven Repräsentanz in Einklang steht.

Generell gilt, daß der Vorgang der Symptombildung aus der psychodynamischen Perspektive nicht mit der Metaphorik des Rohrbruchs zu beschreiben ist (wo eine Struktur zerbricht und nun nicht mehr funktioniert), sondern eher in der Metapher ei-

nes erneuten Stabilisierungs- und Selbstheilungsversuchs. Im Symptom wird nun drastischer als zuvor etwas zum Ausdruck gebracht, das bisher nicht artikuliert werden konnte. Diese Sicht hat wichtige therapeutische Konsequenzen: Es geht nicht darum, das Symptom rasch zu beseitigen (wie den Rohrbruch), sondern die Botschaft, die im Symptom verschlüsselt ist, verstehen zu lernen, um den dahinter liegenden Konflikt angehen zu können. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, daß das beschriebene psychodynamische Konzept in erster Linie therapeutische Ziele verfolgt. Vereinfacht gesagt: Wir konstruieren uns ein Störungsmodell, welches geeignet ist, uns therapeutische Strategien und Instrumente zur Verfügung zu stellen.

Mit dem Ausbruch der Symptomatik und dem darin liegenden Problemlösungsversuch (primärer Krankheitsgewinn) ist das Modell noch nicht ganz abgeschlossen. An dieser Stelle beginnt das Individuum auf seine Krankheit zu reagieren. Es kann die Symptome im Sinne des sekundären Krankheitsgewinns notfallmäßig einsetzen und dadurch soziale Rücksichten erzwingen; es kann im Sinne der Krankheitsbewältigung dagegen ankämpfen und z.B. kontraphobisch, kontradepressiv eine Gegenbewegung einleiten. Der Einzelne kann aber auch von dem Krankheitsgeschehen erfaßt und in Teufelskreise der Selbstverstärkung hineingezogen werden. Je mehr Angst, desto mehr Angst vor der Angst usw. bis zur völligen sozialen Einengung; je mehr Schmerz, desto mehr Schmerzbereitschaft und desto größere Wahrscheinlichkeit weiterer Schmerzen; je suchartiger ein Symptomverhalten, desto größer wird die suchartige Abhängigkeit auf Dauer. Diese Art der zirkulären Verstärkung bewirkt bei vielen Störungen ein Ausgeliefertsein an die Krankheit ohne eigene Kontroll- und Korrekturmöglichkeiten. Die chronische Krankheit ist etwas völlig anderes als die akute Krankheit. Das hat wiederum bedeutsame therapeutische Konsequenzen, denn bei einer weitreichenden Chronifizierung genügen Motiviertheit und Einsichtsfähigkeit des Patienten häufig nicht mehr. Er braucht vorübergehend die strukturierenden Grenzen, beispielsweise die eines stationären Settings, in welchem z.B. ein völlig entgleistes Eßverhalten restrukturiert werden kann.

3.5 *Praktische Anwendungen des Modells*

Welche praktisch-klinische Nutzenanwendung kann ein solches entwicklungsgeschichtliches Modell der Störungsentstehung haben? Bezogen auf das therapeutisch vorrangige Ziel, Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen und Differentialindikationen vorzunehmen, legt das Modell zunächst einmal Schritte der diagnostischen Abklärung nahe. Folgende Fragen gilt es in der Diagnostik zu beantworten:

- a) Welche unbewußten Konflikte sind für diesen Patienten lebensbestimmend?
- b) Welche strukturellen Beeinträchtigungen erschweren ihm den Umgang mit sich selbst und den anderen?
- c) Durch welche Muster der Abwehr hält der Patient sein inneres Gleichgewicht aufrecht?
- d) Durch welche neurotischen Bewältigungsmuster schafft er sich ein Gleichgewicht in seinem Selbsterleben und seiner Beziehungsgestaltung?
- e) Welche biographischen Erfahrungsmuster werden im Hintergrund des aktuellen psychodynamischen Geschehens erkennbar?

- f) In welchem Umfang sind in die Persönlichkeitsstruktur traumatische Belastungen eingesprengt, welche von der Persönlichkeit nicht integriert werden konnten?
- g) Vor welchen aktuellen Entwicklungsaufgaben seines Lebens steht dieser individuelle Patient jetzt, und welche Dispositionen hindern ihn daran, sie zu lösen und sich damit persönlich weiterzuentwickeln?

Die Beantwortungen dieser Fragen dienen wiederum keinem diagnostisch-klassifikatorischen Selbstzweck, sondern sie ermöglichen uns etwas zu finden, was nach den aktuellen Erfahrungen der Psychotherapieforschung von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Psychotherapie ist. Es ist das Auffinden des dynamischen Fokus, also des Knotens oder des Brennpunktes, in dem die problematischen Linien zusammenlaufen und die therapeutisch verändert werden müßten, damit der Patient aus seiner dysfunktionalen Beziehungsgestaltung und Selbstregulierung herausfindet. Ein Instrument wie die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 1996) bietet eine gute didaktische Unterstützung, sowohl in der Interviewführung wie in der Befunderhebung, um diese zentralen Punkte zu erfassen, uns mit den Patienten über deren Wichtigkeit zu verständigen und in einer gemeinsamen therapeutischen Bemühung daran zu arbeiten.

Ein Modell wie das hier erstellte formuliert keine Naturgesetze und keine bindenden Richtlinien für das praktische Handeln; ein Modell ist der Versuch, viele Fakten in einen plausiblen Erklärungszusammenhang zu stellen. Es ist ein Entwurf, der sowohl empirisch geprüfte Anteile als auch vorläufige Hypothesen beinhaltet und damit die Aufforderung enthält, das Beschriebene mit eigenen Erfahrungen anzureichern und geäußerte Vermutungen zu bestätigen oder zu entkräften.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.)(1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber, 2. Aufl. 1998.
- Bowlby, J. (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.
- Brisch, K.H. (1999): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Egle, U.; Hoffmann, S.O.; Steffen, M. (1999): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennen und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer.
- Endres, M.; Biermann, G. (Hg.)(1998): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München: Reinhardt.
- Fiedler, P. (1999): Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Grossmann, K.E.; Becker-Stoll, F.; Grossmann, K.; Kindler, H.; Schieche, M.; Spangler, G.; Wensauer, M.; Zimmermann, P. (1989): Die Bindungstheorie. Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Heidelberg: Springer, S. 51-96.
- Horn, H. (2000): Psychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Rudolf, G. (Hg.): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme, S. 478-484.
- von Klitzing, K. (Hg.)(1998): Psychotherapie der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mahler, M. (1985): Studien über die ersten drei Lebensjahre. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Maiwald, M. (1994): Development, behavior and psychic experiences in the prenatal period and the consequences for life history. A bibliographic survey. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 6, Suppl. 1-48.
- Papoušek, M. (1989): Frühe Phase der Eltern-Kindbeziehung. *Prax. Psychother. Psychosom.* 34: 109-122.
- Resch, F. (1996): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rudolf, G. (1995): Diagnostik struktureller Störungen. In: Schneider, G.; Seidler, G.H. (Hg.): *Internalisierung und Strukturbildung in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 313-328.
- Rudolf, G. (1998): Der Prozeß der depressiven Somatisierung. In: Rudolf, G.; Henningsen, P. (Hg.): *Somatoforme Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 172-184.
- Rudolf, G. (2000): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme, 4. Aufl.
- Schüssler, G.; Bertl-Schüssler, A. (1992): Neue Ansätze zur Revision der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. *Z. Psychosom. Med.* 38: 77, 87, 101-114.
- Söldner, M.L. (1994): *Depression aus der Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spangler, G.; Zimmermann, P. (Hg.) (1995): *Die Bindungstheorie. Grundlagenforschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta, 6. Aufl. 1998.
- Stern, D.N. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A. (Hg.) (1998): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Gerd Rudolf, Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische Klinik, Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg.