

Wolfgang Tress

Das Rätsel der seelischen Gesundheit

Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1986

Zusammengefaßt von Peter Radakovic im November 2002

1. Hypothese der positiven, stabilen Bezugsperson während der frühen Kindheit

Als Ideal einer optimalen Kindheit postuliert Tress - nach intensivem Studium der seinerzeitigen Psychoanalytischen Literatur - eine soziale Umwelt, die einem materiell genügend versorgtem Kind ein prinzipielles und unerschütterliches Wohlwollen entgegenbringt.

Dabei darf das Kind nicht für eigene Ziele der Bezugsperson benutzt werden. Vielmehr muß die primäre Umwelt auf das sich wandelnde Bedürfnisprofil des Kindes im Fortgang seiner Entwicklung eingehen. Die Bezugsperson soll nicht jeden kindlichen Wunsch erfüllen, ihm aber wohl Interesse und respektvolle Anerkennung seiner Befindlichkeit sowie den Regelmäßigkeiten seiner geistigen Entwicklung entgegenbringen.

Die möglichst unvoreingenommene Zuwendung im Kontext einer konstanten, herzlichen, angstfreien, leib- und sinnesfreundlichen Beziehung trägt zugleich auch immer Forderungen der sozialen Gruppe an das Kind als zukünftiges Mitglied heran, ohne ihre augenblickliche Erfüllung von ihm zu erwarten oder gar zu verlangen. Stattdessen gibt sich die Mitwelt damit zufrieden, wenn das Kind jene pädagogischen Anforderungen anerkennt und ihnen mit der Zeit nachkommt, weil es die empfangene Liebe erwidern möchte. Die sozialen Lernschritte sollen das Kind nicht überfordern, um so den liebevollen Grundtenor nicht nachhaltig zu unterbrechen. Das gilt auch dort, wo das Kind einem Grundbedürfnis nach aggressiver Abgrenzung nachgeht.

Damit wird der notwendige Verzicht des Kindes auf triebhafte Expansivität nicht zur demütigen Niederlage und Unterwerfung, sonder zur Bestätigung und zum Erfolg.

Aus seiner primären Bezogenheit auf die engste Mitwelt erwächst dem Kind die Zufriedenheit, die aus seiner Sicht selbstverständlich rechtmäßigen Erwartungen der Erwachsenen zu erfüllen und damit ein wertvolles Mitglied ihrer Gemeinschaft bereits zu sein oder bald zu werden.

Schwerwiegende Abweichungen von diesem Ideal einer optimalen Kindheit, die eine individuell unterschiedliche Toleranzgrenze überschreiten, hinterlassen im späteren Leben notwendigerweise Spuren, die kein noch so vollkommener kompensatorischer Einfluß wieder völlig zum Verschwinden bringen könnte. Erhebliche Traumatisierungen hinsichtlich der mitmenschlichen Bedürftigkeit des Vorschulkindes lassen - trotz materieller Absicherung - im Erwachsenenalter entweder klinisch manifeste Abweichungen seines Befindens, Erlebens und Verhaltens oder zumindest Einschränkungen seiner kompensatorischen und adaptiven Flexibilität und Toleranz gegenüber unvermeidbaren Anforderungen und Schicksalsschlägen in der mittleren Lebensspanne erwarten.

Von einer breit angelegten Untersuchung in der Bevölkerung wäre aber zu erwarten, einen nicht unerheblichen Anteil erwachsener Personen anzutreffen, denen unter Beachtung psychoanalytischer, psychosomatischer und persönlichkeitspathologischer Gesichtspunkte eine gute seelische Gesundheit bestätigt werden kann, obwohl sie unter schädlichen Bedingungen aufwuchsen.

Interessant wären die Bedingungen, die derartige Abweichungen von dieser allgemeinen Regel erst ermöglichen. Tress fordert von einer epidemiologischen Feldstudie für solche seelisch gesunden Probanden, die in einer nachteiligen und schädlichen psychosozialen Umgebung während ihrer Frühkindheit ausgesetzt waren, den signifikanten Nachweis einer zuverlässig verfügbaren, wohlgesonnenen Bezugsperson. Einer Person, die im Sinne einer Patenschaft gravierende Defizite der Eltern und im Bereich der primären Familie auszugleichen vermag.

Erbbiologisch-konstitutionelle Faktoren wären wohl der Grund dafür, wenn man in einer epidemiologischen Erhebung auch auf Erwachsene stieße, die im Leben gediehen, obwohl wir in ihrer desolaten Kindheit die gesuchte Figur einer solchen Bezugsperson nicht identifizieren können.

Wesentlich häufiger vermutet Tress, Menschen zu begegnen, deren Weg in eine pathologische Entwicklung auch ein sehr bemühter "Helfer" aus vielerlei Gründen nicht aufzuhalten vermochte.

Das Mannheimer Kohortenprojekt

Die Befunde der hier vorgelegten Untersuchung stammen aus der ersten Phase des Projektes von Herbst 1979 bis Dezember 1982. Dafür wurden 1004 Personen nach dem Zufallsprinzip aus dem Register des Mannheimer Einwohnermeldeamtes herausgezogen.

Psychosen oder Oligophrenien wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen.

Nach Abzug von Verzogenen, Verstorbenen und Verweigerern waren schließlich 600 Probanden gewonnen, die sich auch zur Mitarbeit bereit erklärten.

Die Untersucher waren erfahrene Diagnostiker, die sich in fortgeschrittener oder abgeschlossener psychoanalytischer Ausbildung befanden.

Das Untersuchungsgespräch dauerte i.d. Regel 2,5 - 3 Stunden.

Untersuchungsinstrumente waren:

- Ein strukturiertes, halbstandardisiertes psychoanalytisch orientiertes Interview, in welchem zunächst eine relevante psychogene Symptomatik mit Hilfe von Beschwerdelisten (Zerssen u. Koeller 1976) gegliedert nach Vorkommen in vier Prävalenzabschnitte (1 Woche, 1 Jahr, 3 Jahre, lebenslang) erhoben wurde.
- Eine Krankheitsanamnese incl. Arztkonsultationen (gegliedert nach den 4 Prävalenzabschnitten).
- Erfragen der aktuellen Lebenssituation wie Verhalten und Erleben in Beruf, Freizeit, Partnerschaft, sexuelle Gepflogenheiten, Umgang mit Besitz.
- Die biographische Anamnese mit Kinderkrankheiten, Elterndefizite oder -verluste, Beziehung der Eltern zueinander, Vorgeschichte der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Beziehung zu den Geschwistern, Schulzeit, sexuelle Entwicklung, Einstieg ins Berufsleben, Leben in der Gegenwart.
- Ausfüllen eines Life-event-Inventars (nach Siegrist 1980) durch den Probanden.
- Vergabe eines Freiburger Persönlichkeits-Inventars an den Probanden.
- Frage nach der frühesten Erinnerung
- Frage nach einem kürzlichen Traum bzw. der Wunschwelt.

Die Bedingungen, die einen Probanden zum Fall von psychogener Krankheit werden lassen sind:

- Qualitativ: Die Kriterien des ICD 9 aus der Zielgruppe 300 bis 307
- Quantitativ: Schweregrad der Beeinträchtigung durch die Symptomatik.
- Zeitlich: Manifestation der relevanten Störung innerhalb der letzten Tage.

Unter diesen o.g. Bedingungen der Fallfindung bzw Falldefinition wurden 26% der Probanden als Fälle eingestuft. Von diesen litten entsprechend ihrer Hauptdiagnose:

7,2% an Psychoneurosen (ICD9; 300)

5,7% an Persönlichkeitsstörungen (ICD9; 301)

1,5 an Süchten (ICD9; 303, 304)

11,6 an psychosomatischen Störungen (ICD9; 305, 306)

Da aber die Übergänge zwieschen psychischen Störungen von Krankheitswert und seelischer Gesundheit fließend sind, muß in das diagnostische Expertenrating auch eine Beurteilung der Krankheitsschwere, einschließlich eines definierten "Cut-off-point" (Fallgrenze) für die Fallddefinition einbezogen werden. Deshalb erfolgte eine Zerteilung des Ratings der frühkindlichen Belastung sowie der durchschnittlichen Schwere der Beeinträchtigung in niedrige und hohe Werte , wobei die sehr stark besetzte Mittelklasse des Projekts (38,5% der Probanden) aus der weiteren Betrachtung eliminiert wurden (reduziertes Bedingungsmodell). Die Einstufung der Schwere einer Störung wurde von psychotherapeutisch geschulten Klinikern durchgeführt.

Im Mannheimer Kohortenprojekt ließen sich so zwei Gruppen (im folgenden A und B genannt) von jeweils 20 Probanden ausmachen, die beide gleich hohe schwere frühkindliche Belastungen aufwiesen, von denen jedoch nur eine Gruppe sehr schwere Beeinträchtigungen durch psychogene Störungen zeigte.

Nicht verschwiegen werden soll jedoch, daß eine Gruppe von 30 Patienten, die nur eine sehr geringe frühkindliche Belastung aufwies, sehr schwere Beeinträchtigungen durch psychogene Störungen zeigte.

Durchschnittliche Schwere der Beeinträchtigung durch psychogene Störungen

Frühkindliche Belastung	0 - 3	4 - 5	6 - 12	
0 - 1	174 29,2 %	99 16,6 %	30 5,0 %	303 50,9 %
2	71 11,9 %	89 15,0 %	70 11,8 %	230 38,7 %
3 - 4	20 3,4 % Gruppe A	22 3,7 %	20 3,4 % Gruppe B	62 10,4 %
	265 44,5 %	210 35,3 %	120 20,2 %	595 100%

Probanden der Gruppe A wiesen nur einen geringen Score der Beeinträchtigungsschwere von höchstens 3 Punkten für das vergangene Jahr auf, die zumindest nach klinischen Gesichtspunkten keine psychotherapeutische Krankenhausbehandlung rechtfertigen würde.

Fallbespiele: a) 35jährige Frau, geschieden, lebt in fester Partnerschaft, zwei Kinder, arbeitet als Reinemachefrau. Seit vielen Jahren leidet sie 2 Mal monatlich unter depressiven Verstimmungen im Anschluß an aggressive Auseinandersetzungen, in denen sie sich selbst als gereizt erlebt. Dies tue ihr im Nachhinein sehr leid.

Lebenslang kein Orgasmus, obgleich sexueller Kontakt befriedigend erlebt wird. Maikäferphobie seit der Kindheit, ohne sie zu beeinträchtigen. Ekel vor Spinnen und Mäusen sowie die Tendenz, dunkle Räume zu meiden.

- b) 36jähriger Mann, verheiratet, zwei Kinder, qualifizierte technische Ausbildung, Meisterschule, leitende Stellung, jugendliche, fröhliche Erscheinung, vielleicht etwas zu großspurig. Mietwohnung in gemütlicher Atmosphäre. Es gehe ihm sehr gut, er habe keinerlei körperliche Störung, nur gelegentlich Kopfschmerzen. Aufgrund außerehelicher Beziehungen Partnerschaftskonflikte. Keine seelischen Beeinträchtigungen

Die Gruppe B mit gleich schlechten frühkindlichen Bedingungen wies im zurückliegenden Jahr schwere psychogene Störungen auf.

Fallbeispiele: a) 45jährige, schwer alkoholkrankte lesbische Frau, seit 1,5 Jahren arbeitsunfähig. Bruderehe mit vermutlich homosexuellem Partner. Mit ihm lebt sie zerstritten in sozial randständiger Umgebung. Sie ist äußerlich erschreckend vorgealtert, vom Alkohol gezeichnet. Dementsprechen chaotisch wirkt ihre Wohnung. Depressiv verzweifelte Stimmung, vielfache vegetative Beschwerden. Immer wieder Weinkrämpfe und aggressive Ausbrüche. Gleichzeitig massive Konzentrationsstörungen.

- b) 45jähriger Hilfsarbeiter, Junggeselle, lebt im Elternhaus, von der Schwester versorgt. Wohnung deutlich verwahrlost. Ist während des Gespräches alkoholisiert und begegnet dem Untersucher zwiespältig in einer zugleich unterwürfigen wie auch aggressiv bedrohlichen Haltung. Da das Interview durch Streitereien mit seiner Schwester immer wieder unterbrochen wird, wird das Gespräch in eine Zuhälterkneipe verlagert. Lebensgefühl der Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Appetitmangel, Schlafstörungen, soziale Isolation und auch Suizidgedanken.

Das Verhältnis der Geschlechter betrug in der Gesamtstichprobe (N = 600) 1 : 1.

Davon zeigten eine leichte Beeinträchtigungsschwere durch psychogene Störungen für die Prävalentperiode der letzten zwölf Monate 170 Männer und nur 74 Frauen. Eine hohe Beeinträchtigung zeigten 47 Männer gegenüber 74 Frauen.

ICD-Diagnosen für die Extremgruppen A und B

Gruppe A		Gruppe B
-	300.0: Angstneurose	1
-	300.1: hysterische Neurose	2
-	301.1: cyclothyme Persönlichkeit	1
-	301.2: schizoide Persönlichkeit	1
-	301.4: anankastische Persönlichkeit	2
-	301.7: antisoziale Persönlichkeit	1
-	301.8: andere Persönlichkeitsstörung	2
-	303.1: gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	1
-	303.2: chronischer Alkoholmißbrauch	1
1	305.0: psychosomatische Störungen der Haut	1
1	305.1: der Muskulatur u.d. Skeletts	2
1	305.5: des Magen-Darm-Traktes	2
1	305.6: des Urogenitalsystems	-
-	305.9: andere psychosomatische Störung	1
-	306.4: Schlafstörungen	1
-	306.8: Kopfschmerzen	1

N = 4 Prob.

N = 20 Prob.

Stabile positive Bezugspersonen

Gruppe A		Gruppe B
8	leibliche Mutter	1
-	Ersatzmutter	1
7	Großeltern	3
1	Stiefvater	-
1	Onkel, Tante	-
-----		-----
N = 17 Prob.		N = 5 Prob.

Vergleich einzelner Aspekt

Männer und Frauen waren in beiden Gruppen gleich häufig vertreten, woraus geschlossen werden kann, daß bei frühkindlich schwer belasteten Menschen das Geschlecht offenbar keinen Einfluß auf den seelischen Gesundheitszustand im Erwachsenenalter hat.

Uneheliche Geburt spielte keine Rolle bei der Zuordnung zu einer der beiden Gruppen.

Auffällig war, daß sich in der Gruppe A Probanden der Jahrgänge 1945 häuften, die eher aus der Mittel- und Oberschicht stammten, während Probanden der Gruppe B überwiegend in den beiden Unterschichten anzutreffen waren.

Eine eindeutige schwerwiegende seelische Störung der Mutter spielte in beiden Gruppen keine Rolle.

In Gruppe A wuchsen die Probanden als Vorschulkinder zu 60% ohne Väter auf, in der Gruppe B waren die Probanden überwiegend mit Vätern konfrontiert, die mehrheitlich mit erheblichen seelischen Störungen belastet waren.

Es fand sich ein relativ hoher Zusammenhang zwischen einem extrem geringen Altersabstand des Probanden zu seinem nächsten Geschwister und seiner Zugehörigkeit zur Gruppe B.

Die Anzahl der Geschwister zeigte keinen Zusammenhang bei der Zuordnung zu einer der Extremgruppen.

Der überwiegende Teil aller Probanden in beiden Extremgruppen hatte unter dem Eindruck einer global sehr belastenden Kindheit kinderneurotische Symptome.

Belastende Lebensereignisse wie Scheidung der Eltern, Tod der Mutter, Heimeinweisung o.ä. fanden sich häufiger in der Gruppe A.

Drei der Probanden der Gruppe A blickten auf eine Heimkindheit von unterschiedlicher Dauer zurück, gegenüber nur einem Probanden der Gruppe B.

Ergebnisse des Mannheimer Kohortenprojekts im Licht der Psychoanalyse

Die psychoanalytischen Theorien halten an der unverzichtbaren Position eines guten frühkindlichen Objektes fest, und zwar dergestalt, daß dieses gute Objekt, werde es zunächst nur als ein Teilaspekt (gute Brust) oder später als ganzheitliche Person innerpsychisch repräsentiert, mächtiger sein muß als alle bösen Objekte und Teilobjekte.

Die Befriedigung oder Versagung der je besonderen, motivierenden Bedürftigkeit entscheidet darüber, welche Gefühlsfärbung diese Objektbeziehung und damit das Objekt selbst als innerpsychische Vorstellung (Repräsentanz) erfährt. Diese Objektbeziehung beginnt zunächst mit Teilaspekten bzw mit voneinander noch getrennten Zuständen und Kommunikations- bzw Handlungsabläufen (z.B. das beißende Kind und die versagende Mutterbrust als eine Objektbeziehung, die mit dem zufrieden trinkenden Kind und der reichlich spendenden Mutterbrust als der anderen abwechselt).

Die psychoanalytische Entwicklungslehre läßt die seelische Entwicklung mit der oralen Phase beginnen. Laut S. Freud (1905, 1916) ist diese unlösbar mit der Fütterung des Säuglings, mit dem Stillen seines Hungers verbunden, worin das Neugeborene sich die Mutter und sich der Mutter wieder (halluzinierend) einverleibt. So wird das "entsetzliche Böse.....das Anfängliche, Primitive, Infantile des Seelenlebens in Schach gehalten und rückt schließlich in den Hintergrund".

Für Freud entspringt der Haß als Beziehung zum Objekt der uranfänglichen Ablehnung der reizspendenden Außenwelt von seiten des narzißtischen Ich und ist damit älter als die Liebe (1915). Nicht die Destruktivität ist bei ihm das eigentlich erstaunliche, sondern die wachsende Liebe und Zuwendung des Kleinkindes zur Welt dank einer ausreichend guten Mutterbeziehung.

Melanie Klein (ab 1923) sieht den Säugling von Beginn an der Angst ausgesetzt, die aus einem angeborenen Todestrieb resultiert. Ihm steht der ebenfalls angeborene Lebenstrieb gegenüber (1962). Zu beiden gehören früheste und damit genetisch vorgegebene Fantasien, welche das Teilobjekt "Mutterbrust" in eine gute und in eine böse Brust spalten, um den guten Anteil vor der Zerstörung durch den bösen zu retten. Auch wenn diese seelischen Prozesse auf jener frühen Stufe der Objektbeziehungen, welche M. Klein die "paranoid-schizoide Position" nennt, biologisch mitgegeben sind, bedarf es dennoch in ihrer Theorie der ausreichend guten Erfahrung mit einer wirklich mütterlichen Person, um eine starke und mächtige "gute Brust" und ein ebensolches Selbstbild zu fundieren. Dadurch erst werden die "bösen Objekte" in ihrem Schrecken erträglich und dürfen mit den guten Teilobjekten zusammenkommen. Erst dann existiert die Mutter für das Kleinkind als eine ambivalent erlebte, aber ganzheitliche Person mit schlechten und frustrierenden Aspekten, die aber von zahlreichen und reichlich spendenden guten Anteilen aufgehoben werden. Nun ist die seelische Entwicklung bereits in die "depressive Position" eingetreten.

Harald Schultz-Hencke (1947, 1951), *A. Dührssen* (1962) und *G. Rudolf* (1977) - als Vertreter der neopsychoanalytischen Schule - beschreiben die Hemmung des intentionalen Antriebserleben als Folge einer zumeist real, wenn auch in unterschiedlicher Hinsicht, insuffizienten Mutterbeziehung, geprägt von fehlender Liebe und Zärtlichkeit. Mangels ausreichender Betreuung und Pflege sowie anteilnehmenden und belebenden Kontaktes wird dem Kind der Aufforderungscharakter der Welt gar nicht erst vermittelt. "Der innige persönlich-zärtliche Kontakt zur Mutter oder Pflegeperson ist intensives existentielles Bedürfnis, wird Inhalt "intentionaler" gefühlhafter Bezogenheit zur Welt" und: "Nur von der früheren Befriedigung her lassen sich die weiteren Entwicklungsphasen normal gestalten". Scheitert die intentionale Entwicklungsphase, so bleiben ein niedergedrücktes Lebensgefühl und Hoffnungslosigkeit zurück. Damit haben auch die o.g. Autoren die Bedeutsamkeit einer tragenden, konstant guten frühkindlichen Beziehung herausgestellt.

E.H. Erikson rückte die Stadien der Ich-Entwicklung in das Zentrum seiner Theorie. Gleich im ersten Stadium geht es um den Konflikt von Urvertrauen gegen Urmißtrauen (1950, 1959). Das Böse in der Welt des Kindes taucht für Erikson erst mit der Fähigkeit zu beißen auf und legt unweigerlich die Keime des Urmißtrauens. Über den Ausgang des Konfliktes zwischen Urvertrauen und Urmißtrauen entscheidet abermals die Qualität der mütterlichen Zuwendung, aber nur in dem Sinne, daß die Bedrohungen der Welt zurückgedrängt werden. Sie lösen sich nicht auf, sondern werden nach außen projiziert, während das Kind alles gute verinnerlicht.

Bei *D. Winnicott* (1958) nimmt die reale Mutter, die mit ihrer "holding function" den kindlichen Bedürfnissen genügend gut entspricht, die Schlüsselrolle für eine gedeihliche Entwicklung ein. Dabei geht es ihm um die Unmittelbarkeit, um die lebendige Spontaneität im kreativen Augen-Blick des Umgangs von Mutter und Kind miteinander. Kommt diese Unmittelbarkeit zustande, und hält die Mutter das Kind in seinen latenten Ängsten ausreichend sicher, dann kommt die Entwicklung seines "wahren Selbst", seiner aktiven Vitalität, in Gang. Wird sie verfehlt, steigt im Kind das Erleben der Bedrohung und Vernichtung auf. Übergriffe und Einmischungen der Umwelt, die die Mutter nicht abschirmt oder an denen sie sich sogar mitbeteiligt, lassen ein "falsches Selbst" hervortreten mit einem Lebensgefühl des Unwirklichen, der lähmenden Routine sowie der persönlichen Bedeutungslosigkeit. Die zugewandte Mutter dagegen schützt die kindliche Existenzweise der Allmacht soweit, daß es sich Übergangsobjekte schaffen kann.

Auch die Aggressivität des Kleinkindes muß die Mutter auf sich ziehen, ohne Rache zu nehmen, um diese mit ihm gemeinsam zu überleben. Hierdurch wird die Mutter zum ersten realen Objekt der Welt und gewinnt zeitlichen Bestand jenseits der bloßen Fantasie des Kindes.

Weitere Autoren, die sich mit der wichtigen Funktion der frühen Bezugsperson beschäftigen sind *R. Spitz* (1967) mit dem Konzept des affektiven Klimas sowie *M. Mahler* (1968, 1978), die die Bedeutung der "Bemutterung" hervorhebt, um den Säugling zum Übertritt von der autistischen in die symbiotische Entwicklungsphase zu ermutigen.

Der oben dargelegte retrospektive Ansatz hat wohl die Bedeutung wirklicher mütterlicher Menschen für die gesunde Entwicklung hochbelasteter Kinder belegt. Die Epidemiologie bestätigt die Idee der Mütterlichkeit als Grundstein der seelischen Entwicklung jedes Menschen.

Bei der weiteren Entwicklung von der dyadischen zur triadischen Beziehung geht es darum, ob das Kind bei der Entwicklung eines triadischen Bezugfeldes bald - oder zu bald - die Existenz einer weiteren von der Mutter unabhängigen Person erleben mußte, die ebenso bedeutend und mächtig war wie die Mutter.

Die Rolle des Vaters blieb in der Psychoanalyse lange auf den Kontext der Ödipalität beschränkt. Der vorödipale Vater geriet erst durch französische und amerikanische Autoren wie *Mendel* (1972), *Abelin* (1971), *Mahler* (1975) und *Prall* (1978) in das Blickfeld der deutschen Psychoanalyse. Als Bezugsperson des Kleinkindes für dessen Identifikationen, für die Herausbildung des Ich-Ideals und der Über-Ich-Vorläufer gewinnt der Vater Bedeutung für die psychische Entwicklung als Kontrastpräsenz zu jener der Mutter, indem er sich kontinuierlich dazu anbietet, die ihn ausschließende Dyade zu erweitern. Womit er zum Schrittmacher des Prozesses der Trennung, Verselbständigung und Individualität wird.

Später in der Wiederannäherungsphase, wenn das Kind nach ersten Enttäuschungen im selbständigen Lebenskampf voller Sehnsucht, aber auch voller Vorwürfe im mütterlichen Hafen wieder vor Anker geht, dämpft der Vater den regressiven Sog zurück in die Symbiose und konsolidiert dadurch den noch unbestimmten Freiraum zwischen dem Kind und seinem primären Objekt.

Das Scheitern dieser frühen präödipalen Triangulierung wird insbesondere mit den strukturellen Ich-Störungen in Verbindung gebracht (*Ermann* 1982) und auf eine relative oder absolute Unzulänglichkeit des Vaters seiner diesbezüglichen Funktion zurückgeführt.

Andererseits kommt der Mutter bei der Auflösung der Dyade ein entscheidender Part zu: sie muß durch die Qualität ihrer Beziehung zum Partner diesen dem Kind kontinuierlich als "willkommen geheißenen Dritten" (*Mertens* 1981) aufzeigen.

Die Struktur des Vaters als Lebensform ist auch in modernen Familien als Fantasie erhalten.

Derart vermittelt er den Weg zu allen nur zugänglichen Ersatzpersonen, bei denen das Kind sich umsehen darf, um den unter ihnen zu verehren, der so zu sein scheint wie der fantasierte Vater.

Dem Kind einer alleinerziehenden Mutter steht es frei, sich den Dritten in der weiteren Umgebung zu suchen. Über diesen Weg werden zahlreiche Aspekte - vermutlich der Väter von Spielkameraden - internalisiert und zugleich damit die Struktur des dort mitzuerlebenden triangulierten Familiengefüges.

Für die frühe Triangulierung auch eines vaterlosen Kindes (siehe Gruppe A der Probanden) bestehen daher sehr gute Chancen, wenn eine seelisch reife Mutter die Verbindung mit einem erwachsenen Mann innerlich bejaht und nicht das Kind als Ersatzpartner mißbraucht, um sich mit ihm gegen die schlechte Welt der Männer abzugrenzen.

Andererseits behindern hochgradige emotionale Dissonanzen innerhalb einer de facto vollständigen Familie diesen seelischen Wachstumsschritt (siehe Gruppe B der Probanden).

Literatur

- Abelin, E. L. (1971): The role of the father in the separation-individuation process
In: McDewitt, J. und C.F. Settlage: separation-individuation Essays
in honor of Margaret S. Mahler.
Int. Univ. Press, New York
- Dührssen, A. (1962): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Erikson, E. H. (1950): Kindheit und Gesellschaft.
Klett, Stuttgart 1966
- (1959) Identität und Lebenszyklus.
Suhrkamp, Frankfurt/M. 1966
- Ermann, M. (1982): Die psychovegetativen Störungen als ich-strukturelles Problem
Zeitschr. psychosom. Med. 28: 255 - 265
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
In: G.W.V. Fischer, Frankfurt/M. 1968
- (1915): Triebe und Tribschicksale
In: G.W.X. Fischer, Frankfurt/M. 1967
- (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse
In: G.W.XI. Fischer, Frankfurt/M. 1968
- Klein, M. (1962): Das Seelenleben des Kindes
Klett, Stuttgart.
- Mahler, M. (1968): Psychosen im frühen Kindesalter
Klett, Stuttgart 1972
- Mahler, M., F. Pine und A. Bergmann (1975): Die psychische Geburt des Menschen
Symbiose und Individuation
Fischer, Frankfurt/M. 1978
- Mendel, G. (1972): Die Revolte gegen den Vater
Fischer, Frankfurt/M.
- Mertens, W. (1981): Psychoanalyse
Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Prall, R. C. (1978): The role of the father in the preoedipal years.
In: J. Am. Psch. Ass. 26: 429 - 452
- Rudolf, G. (1977): Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schultz-Hencke, H. (1947): Der gehemmte Mensch.
Thieme, Stuttgart.

- (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Thieme, Stuttgart 1970

Spitz, R. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind.
Klett, Stuttgart

Tress, W. (1987): DER Beeinträchtigungsscore für psychogene Erkrankungen.
In: Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung.
Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Winnicott D. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse
Kindler, München 1976