

Das Zürcher Modell der selbstpsychologischen Psychoanalyse

Vorbemerkungen:

Das Neugeborene begegnet in seiner Mutter einer es organisierenden Lebensgeschichte. Nach Joseph D. Lichtenberg (1991) ist der Säugling ein Wesen, das auf der Basis von angeborenen und gelernten Mustern agiert und reagiert: Diese Muster sind perzeptiv-affektive Antworten auf intersubjektive Erfahrungen. Sie sind die erste Art von Handlungsantworten und Antworthandlungen, deren ein Mensch fähig ist. Sie funktionieren schon, bevor sich Selbst- und Objektrepräsentanzen gebildet haben und sind deren Grundlage. Mittels dieser genetischen Ausstattung kann ein Säugling vom ersten Lebenstag an mit seiner Umwelt in Interaktion treten. Sie sind keine Triebe, sondern kommen erst durch interaktionale Stimuli aus der Aussenwelt (Bezugspersonen) oder aus der Innenwelt (verinnerlichte Figuren aus der Erinnerung und der Fantasie) zustande.

Robert N. Emde (1991) sieht als Grundmotivationen für die Entwicklung des Säuglings vier voneinander klar abzugrenzende und von Anfang an funktionierende Bedürfnisse und dazugehörige Ausdrucksfähigkeiten:

- Aktivität
- Selbststeuerung
- soziale Einpassung
- affektives Überwachen

Sie bilden die erste internale Basis für die Entstehung charakteristischer Verhaltensmuster. Diese aber sind ausschliesslich intersubjektive Resultate, das heisst: Verhaltensmuster entstehen nicht allein von Innen heraus, sondern sind Handlungsantworten und Antworthandlungen auf bestimmte Interaktionen, die sich regelmässig im Leben des heranwachsenden Säuglings wiederholen. So entstehen frühe Muster, die sich im Verlauf der weiteren Entwicklung entweder bestätigen und dann chronifizieren oder aber wieder korrigieren und modifizieren können. Störungen der Interaktion können charakteristische Verhaltensformen erzeugen. Charakter ist eine Einseitigkeit der Verhaltenstendenz. Ich sehe die Wurzel der Charakterentwicklung in frühen Störungskonstellationen:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| ○ Aktivität → | hysterischer Charakter |
| ○ Selbststeuerung → | schizoider Charakter |
| ○ soziale Einpassung → | depressiver Charakter |
| ○ affektives Überwachen → | zwanghafter Charakter |

So können wir davon ausgehen, dass ein Patient, der mit einer ausgeprägten und einseitigen Charakterstruktur in die Therapie kommt, möglicherweise bereits früh Anzeichen dieser Störung zeigte. Ob diese von seiner Umgebung wahrgenommen und dann richtig verstanden wurde, ist zweifelhaft, denn Einseitigkeiten der Charakterentwicklung beruhen gerade darauf, dass sie Reaktionsantworten sind auf zwischenmenschliche Verhältnisse, die nur durch die Entwicklung dieser Einseitigkeiten überhaupt aushaltbar waren.

Das heisst: das Kind musste also diese Einseitigkeit entwickeln, um das affektive System, in das es eingebettet war, zu stabilisieren. Die sich entwickelnde einseitige Charakterstruktur ermöglicht es den Eltern, ihre Strukturen aufrechterhalten zu können. Sie müssen sich nicht durch einen „widerspenstigen“ Säugling ändern und bleiben in ihrem System.

Intersubjektivität in der psychoanalytischen Praxis:

Wenn in der Praxis der Psychoanalyse Analytiker und Analysand sich begegnen, so bedeutet dies nicht, dass hier ein Analytiker mit objektiver Sicht einen Analysanden analysiert, sondern es begegnen sich zwei Menschen und damit zwei Lebensgeschichten, deren psychische Struktur und Lebenserfahrung unweigerlich in die in Gang gesetzte Interaktion organisierend Einfluss nehmen werden.

Der Unterschied zwischen der Interaktion des Paares Neugeborenes-Mutter und dem Paar Analysand-Analytiker besteht darin, dass beim Neugeborenen ein noch sozialgeschichtsloser Mensch einem Menschen mit langer Sozialgeschichte begegnet. Das Neugeborene entwickelt seine Funktionsanlagen im Zusammenspiel mit einer Person, deren Sozialgeschichte die Struktur des eigenen Lebens *und zugleich* die Struktur des Kindes prägt und organisiert. Die Bedürfnisse und angeborenen Strukturen/Funktionen/Reaktionen des Säuglings beeinflussen aber auch die Mutter und deren Reaktionen und beginnen deren Struktur umgekehrt mitzuorganisieren.

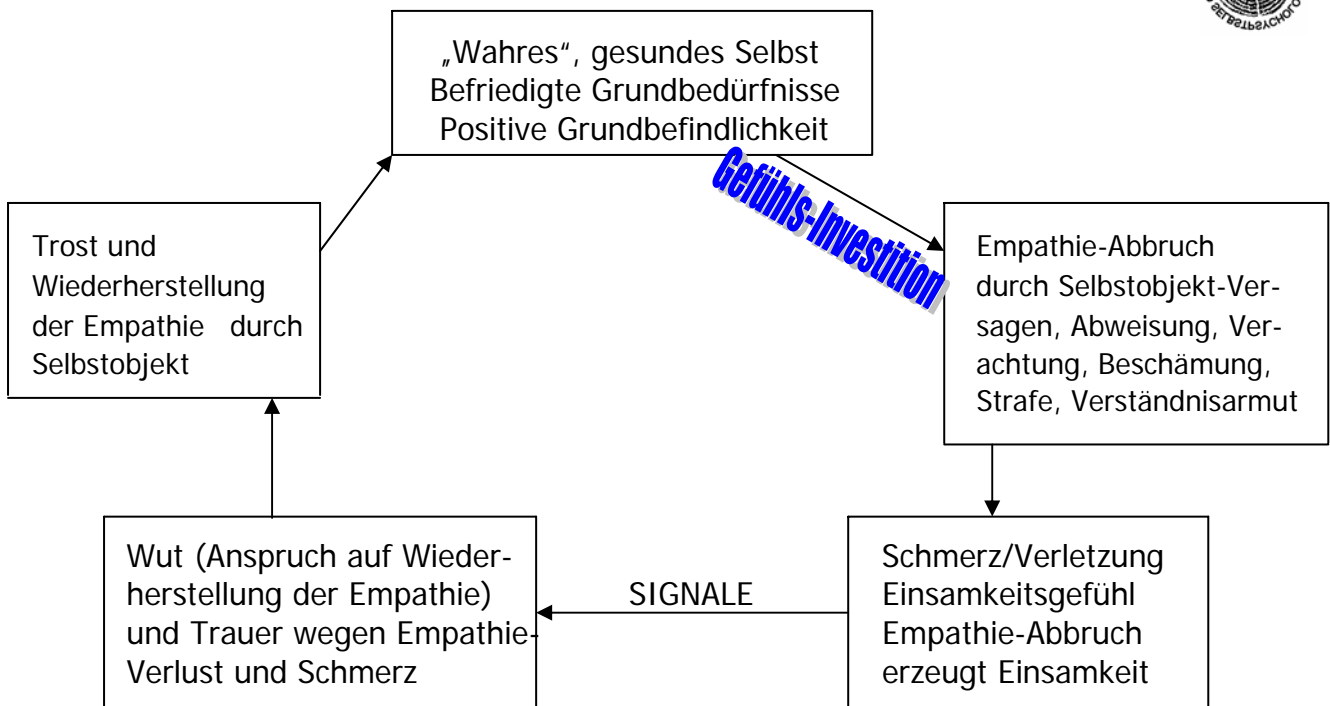
Bei der Begegnung des Paares Analysand und Analytiker aber sind es zwei Sozialgeschichten, die organisierend aufeinander treffen und keiner von beiden kann nicht vom andern beeinflusst sein. Der Analysand ist also im Unterschied zu seiner Situation als Neugeborener nicht mehr geschichtslos. Vielmehr ist es gerade seine Geschichte, die ihn in Analyse gebracht hat. Seine Geschichte ist auf weite Strecken die Geschichte seiner Anpassung an die neurotische Struktur der Eltern, durch die seine Grundbedürfnisse und die dazu gehörigen Ausdrucksfähigkeiten entstellt wurden.

Im Unterschied zum Mutter-Kind-Paar soll nun in der Therapie ein korrekatives, therapeutisches Milieu entstehen, in dem der Verkrüppelungsprozess ein Ende findet und ein heilender Neuanfang möglich wird: Indem die Geschichte des Therapeuten von diesem bis zu einem gewissen Grad reflektiert ist, soll die Kur neue Interaktionsformen hervorbringen, in welchen die organisierende Wirkung der Interaktion in krankmachenden Systemen aufgehoben und neu organisiert wird. Die Methode der Empathie in der Selbstpsychologie, wie sie von Heinz Kohut entwickelt wurde, ist als therapeutische Methodik wegweisend. Hier ist Empathie mehr als eine zwischenmenschliche Fähigkeit: Sie ist *die* korrektive Methode.

Empathiemangel als Wurzel psychischer Verkrüppelung ist hier aufgehoben und das Subjekt erfährt sich neu in einer Interaktion des ernst genommen und verstanden Werdens. In diesem therapeutischen Milieu kann intersubjektiv eine Neuorganisation stattfinden.



Abb. 1: Modell der gesunden Schmerzverarbeitung



Immer wenn ein Mensch seine Bedürfnisse bei der Bezugsperson anmeldet und seine Gefühle in diese Person investiert, ist er gefährdet. Hier ist der natürliche Kreislauf schematisiert, nachdem durch Empathie-Abbruch (Versagen des Selbstobjekts), sei es durch Strafe, Abweisung, Nichtbeachtung, Liebesentzug usw., ein psychischer Schmerz und die dazu gehörigen Isolationsgefühle entstehen. Das Kind fühlt sich einsam, weil die Empathie des Selbstobjekts und damit dieses selbst verlorengegangen ist. Durch Copingverhalten versucht das Kind nun, seine Wut und Trauer zu signalisieren, das Selbstobjekt, bzw. dessen Empathie und Zuneigung zurückzugewinnen. Wenn die Mutter oder eine andere Person, welche Selbstobjektfunktion für das Kind hat, auf dieses Verhalten positiv reagiert und sich dem Kinde und seiner seelischen Verletzung wieder zuwendet, erfährt das kindliche Selbst die Wiederaufnahme der vorübergehend verlorenen Empathie und der Schmerz ist „geheilt“. Das Kind kann sich weiter seinen Interessen und Bedürfnissen zuwenden und wird wieder in die sichere Zone der Geborgenheit aufgenommen.

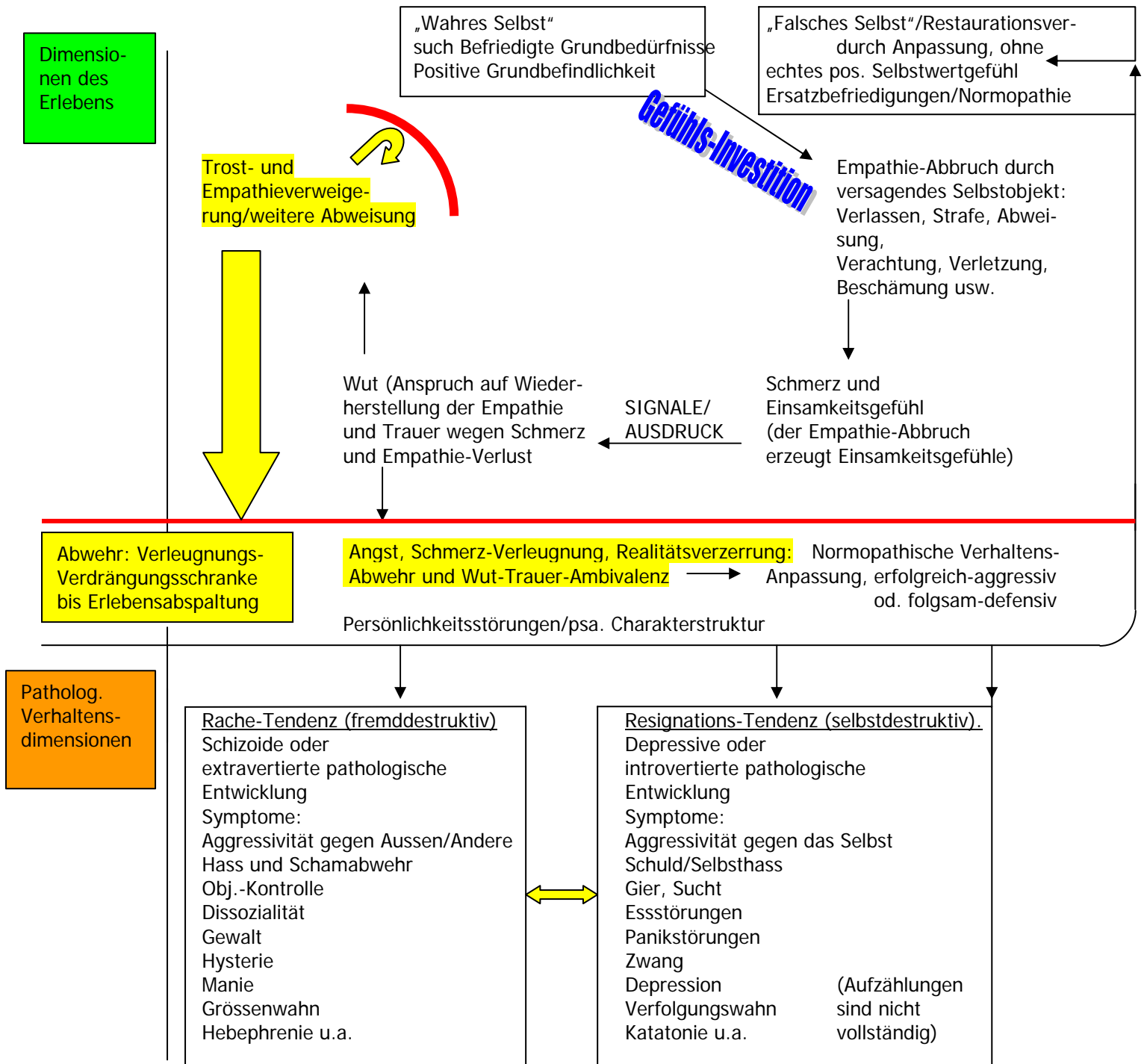
Das Schema 2 auf der nächsten Seite zeigt, was geschieht, wenn der Empathieabbruch erhalten bleibt. Das Kind erreicht keine Befriedigung der Grundbedürfnisse und es wird dadurch zurückgeworfen in den Bereich des Schmerzes und der Verlassenheit. Um diesen Schmerz und die Verlassenheitspanik nicht spüren zu müssen, bleibt ihm nur der Versuch, diese intensiven Gefühle durch innere „Techniken“ nicht wahrnehmbar zu machen. Das misslingt aber, so dass eine Wut-Trauer-Ambivalenz und starke Ängste vor (den falschen) Objekten entstehen, denen wiederum durch weitere Verleugnung und Verdrängung geantwortet wird.

Dies führt entweder zu einer normopathischen Anpassung mit der Fähigkeit, am sozialen Leben durch Verzicht auf eigene Bedürfnisbefriedigung und durch den Versuch, mit Leistung um jeden Preis dabei zu sein, verbunden mit negativem Selbstwertgefühl. Oder es entwickeln sich Tendenzen zur Rache oder zur Resignation mit der nachfolgenden allmählichen Herausbildung pathologischer Verhaltensweisen.

Therapie kann nur mit dem Ziel der Rückkehr vor die Verleugnungsschranke hilfreich sein, um den unterbrochenen Prozess der Empathie-Wiederherstellung wieder in Gang zu setzen.

Pharmakotherapie findet auf der path. Verhaltensebene statt, Psychotherapie auf der Erlebnisebene. Oft kann erst die Pharmakotherapie die Psychotherapie überhaupt möglich machen.

Abb. 2: Modell der gestörten Schmerzverarbeitung



© Werner A. Disler, Zürich/Reussbühl

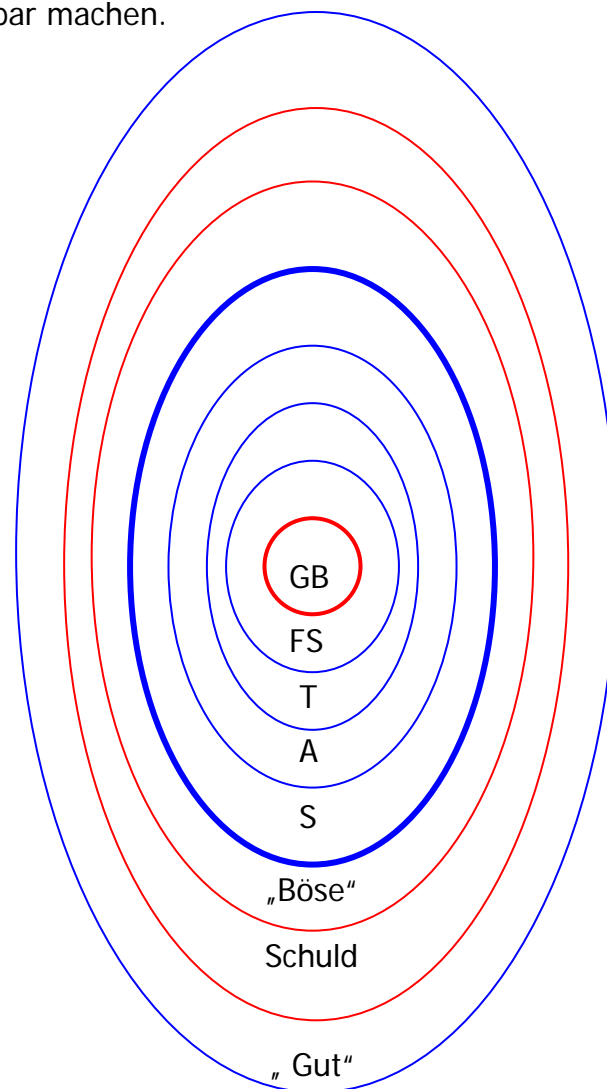


Schema 1: Anatomie der Selbstempfindung und des Selbstgefühls

Eine "Anatomie" des Selbst kommt einem praktischen Bedürfnis entgegen, da wir uns ein anschauliches Bild der Selbstfunktionen zu machen genötigt sind, wenn wir dieselben in einem Überblick zu fassen versuchen. Dieser Überblick ist zwar eine schematische Vereinfachung der Wirklichkeit der Psyche, aber er dient trotzdem als Orientierungshilfe in der praktischen Psychotherapie.

Der Therapeut kann dieses einfache Schema kreativ erweitern und für seine praktischen Erkenntnisschritte verwendbar machen.

Schema
Selbst-Schichten



GB = **G**ru**n**dbedürfnisse / FS = Seelischer Schmerz, Verletzung, **F**rustrations-**S**chmerz) / T = **T**rauer (Verarbeitung von "FS") / A = **A**ngst (als Begleitung von "FS" und als Folge beim Scheitern von "T") und S = **S**cham oder Schamangst / „Böse“ = reaktive Aggression (narzisstische Wut, destruktiv als Abspaltungsprodukt nach gescheiterter Trauerarbeit) / Schuld = anergogene Reaktion auf aggressives Verhalten / "Gut" = äusserliches Wohlverhalten (pflegeleichtes Kind, "Persona" nach C.G. Jung), als Erziehungsprodukt unter der Dominanz des Überichs, die destruktive Aggression überdeckend. Die alltäglichen

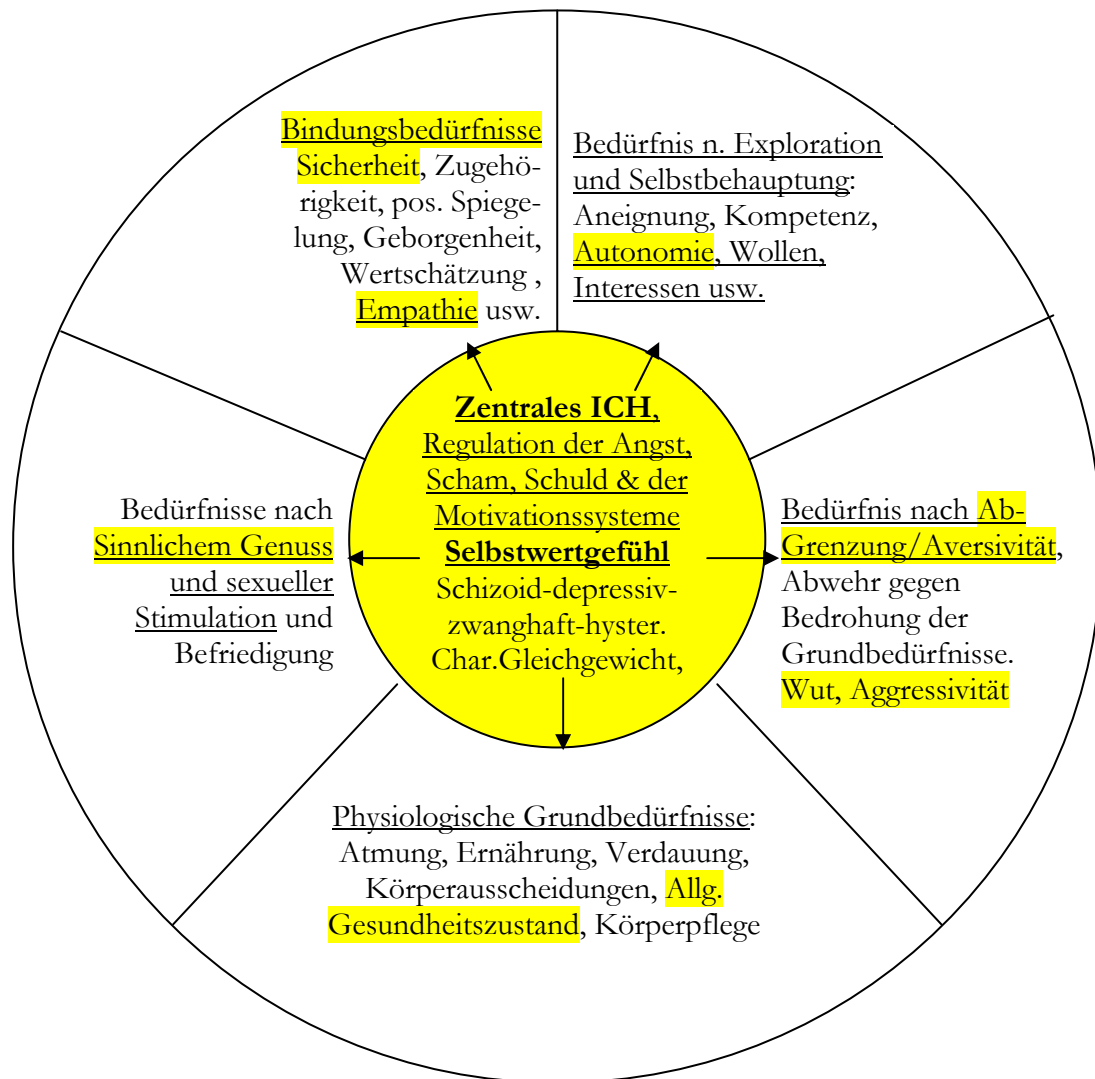
Verhaltensmuster alternieren zwischen den beiden äusseren Selbst-Schichten, womit der defekte Kern unverändert bleibt.

Die äusseren drei Schichten sind die erworbenen, durch Sozialisation und entsprechende Anpassungsprozesse entstanden, während die inneren Schichten zum Es und zu den bewussten Antworten auf das Es (= Ich), also zum "Kern" des Selbst gehören. Die Sozialisation beeinflusst natürlich auch diese Schichten, modifiziert sie aber nur.

Das Schema zeigt Schichtung und Spaltung des Normopathen, das heisst des Normalbürgers wie wir ihn als den Durchschnittsmenschen überall antreffen. Seine Grundbedürfnisse (GB) und deren Frustration (FS = Frustrations-Schmerz), sowie die unzulängliche Trauerarbeit (psychische Verarbeitung der Frustration) (F) und die dadurch produzierte Angst (A) und Scham(-Angst) (S) werden in ihrer Gesamtfunktion unterdrückt, so dass eine nur geringe Gefühlsintensität zugelassen ist. Dies ermöglicht die allmähliche Verdrängung des ganzen Prozesses, bis schliesslich weder die Grundbedürfnisse, noch deren Frustration, noch die entsprechende Angst wahrgenommen werden können. Die verdrängte Kernstruktur des Selbst lässt aber weiterhin das grundlegende Unbefriedigtsein weiterbestehen. Der für die Befriedigung aufgewendete, aber zielgehemmte Energiebetrag bleibt ebenfalls weiterbestehen und wird auf einer weiteren, dem Grundbedürfnis entfernteren Schicht als destruktive Aggression ausagiert, wenn ein entsprechender intersubjektiver Prozess dies auslöst. Diese Ebene könnte im Falle einer weniger krankhaften Entwicklung, bei der die Verdrängung des Selbstkerns nicht notwendig wäre, als kreative Handlungsfähigkeit imponieren, durch welche "das Problem gelöst" würde. Im Falle unseres Schemas kommt es nicht zur direkten, sondern zur indirekten "Lösung": Die destruktive Aggression wird durch Erziehung (Anpassung) verboten und ihrerseits unterdrückt. An ihre Stelle tritt unter der Dominanz des Überichs die Beherrschung der Aggressivität, und so entsteht über der aggressiven eine weitere Verhaltensschicht, das Schuldgefühl, welches zur letzten Schicht, diejenige des Wohlverhaltens, führt. Sie dient der Tarnung destruktiver Impulse und funktioniert ziemlich losgelöst vom Selbstkern. Eine durch äussere Infragestellung erfolgte Irritation einer solchen Struktur bewirkt die Reaktion mit narzisstischer Wut als der nächsttieferliegenden Schicht. Möglicherweise ist aber vor dieser Reaktivierung noch eine wichtige Reaktionsschicht unterdrückt worden: der sehr tief und schmerzlich empfundene Schamaffekt. Da in der reaktiven Aggressivität ein hoher Grad von Empfindlichkeit (Kränkung) gespürt wird, droht die Wiederkehr der verdrängten Urkränkung. Umsomehr wird in der Folge diese narzisstische Wut abgewehrt, so dass schliesslich die äusserste Verhaltensschicht als die einzig erlebbare für den ganzen Menschen steht. Das entspricht einer Reduktion der ursprünglichen Vitalität. Der Mensch ist dann weder autonom, noch kreativ, noch hat er Erlebnistiefe; er ist bloss angepasst. Er ist eine Art Konfektionsmensch, Massenprodukt und Massenproduzent.

Schema 2: Selbst als Gefüge von Motivationssystemen und Charakter (Lichtenberg/Disler)

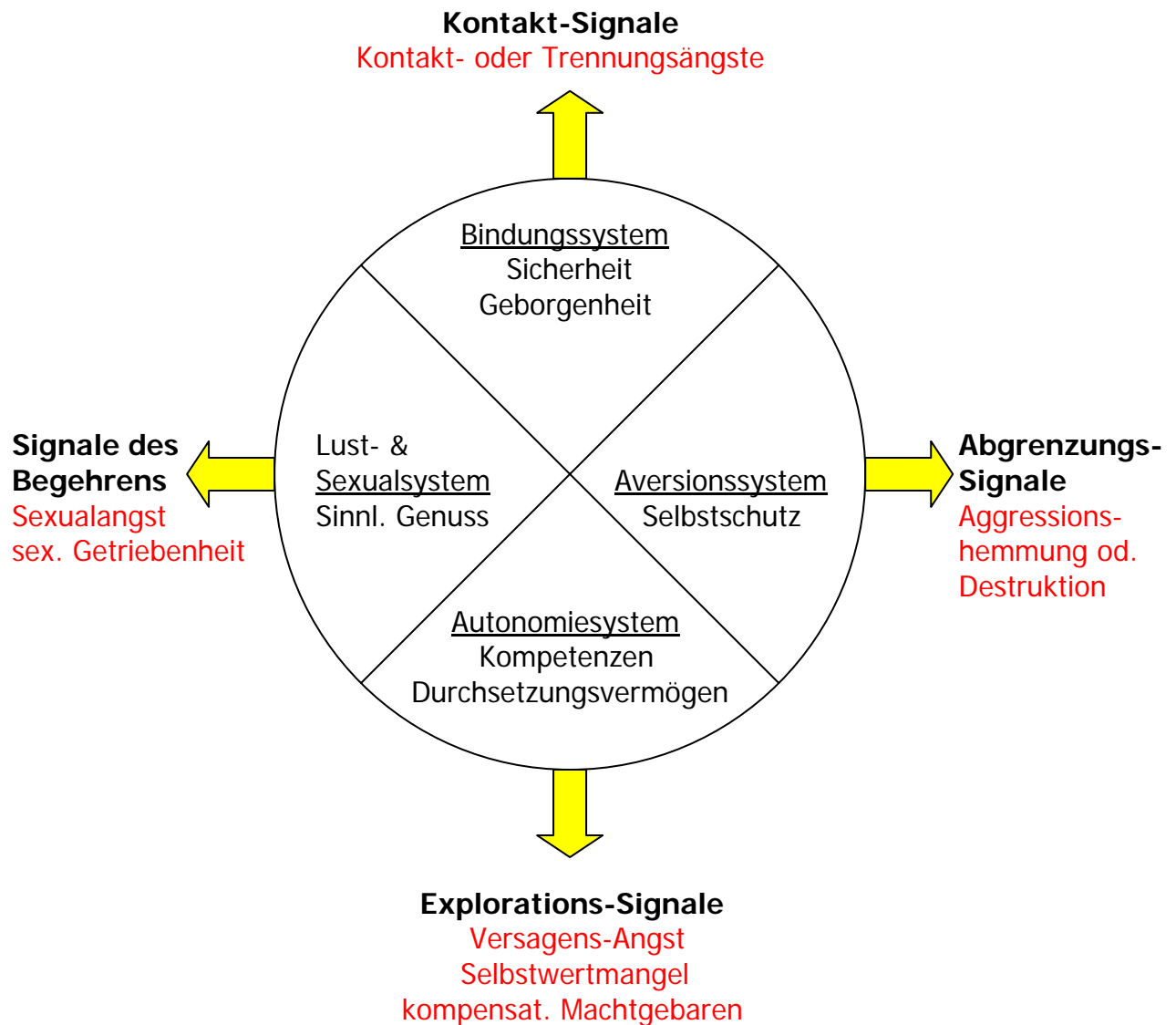
Meine intersubjektive Arbeit orientiert sich selbstpsychologisch an den von J. Lichtenberg und seinen Mitarbeitern eingeführten fünf Motivationssystemen sowie an dem bevorzugten Habitus, der allgemein durch das typische Reagieren auf Angst (= Charakter) die Interaktionsgrundformen bestimmt:



Das Selbstsystem bestimmt das Verhalten intersubjektiv, das heisst in Interaktion mit den Beziehungspersonen. Der Charakter ist zuerst Interaktionsspiegel, also Folge von Interaktionen. Erst danach wird er auch Ursache von Interaktionsformen: Wenn er einmal eingeübt ist, beeinflusst er durch die Intersubjektivität umgekehrt wieder die Interaktionspartner. Wie ein Mensch mit seinen Grundmotivationen umgeht, hängt daher von der aktuellen Intersubjektivität ebenso ab wie von der historisch in Interaktion erworbenen Charakterstruktur. Dabei sind die individuellen Gestaltungen der Bedürfnisse gebunden an die auf sie habituell angewandten Charakter-Strategien.



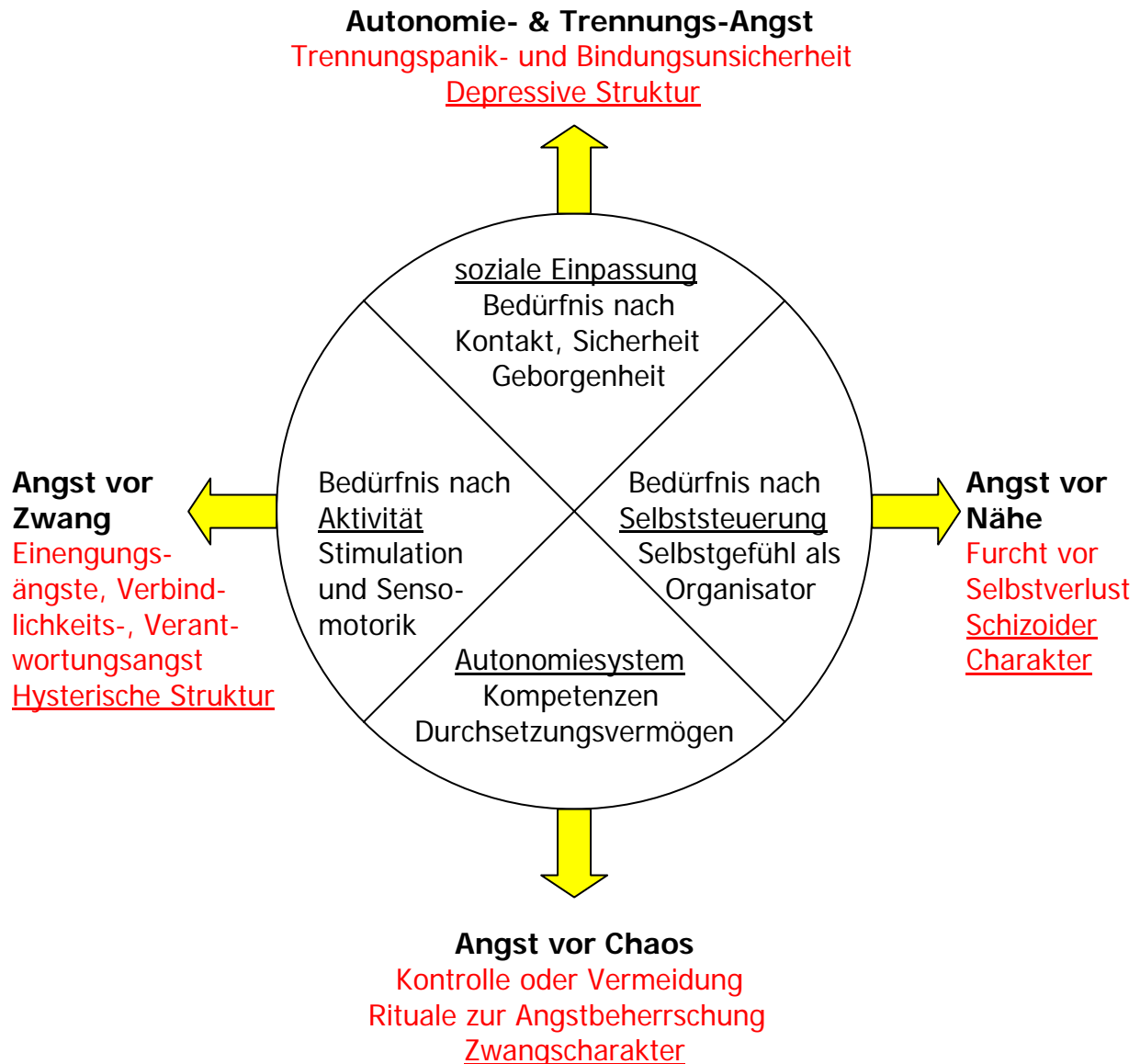
Schema 3: Signale der Motivationssysteme und deren Hemmung



Die Praxis lehrt uns:

Ein depressiver Charakter geht anders um mit Bindung, Exploration, Sexualität oder Aggression. Dasselbe gilt für jede andere Charakterstruktur: Schizoider, zwanghafter oder hysterischer Charakter. Deshalb existieren sehr differenzierte, persönlichkeitsinterne Interaktionen zwischen den angeborenen Motivationssystemen und der in Interaktion durch Lernprozesse erworbenen Charakterstruktur.





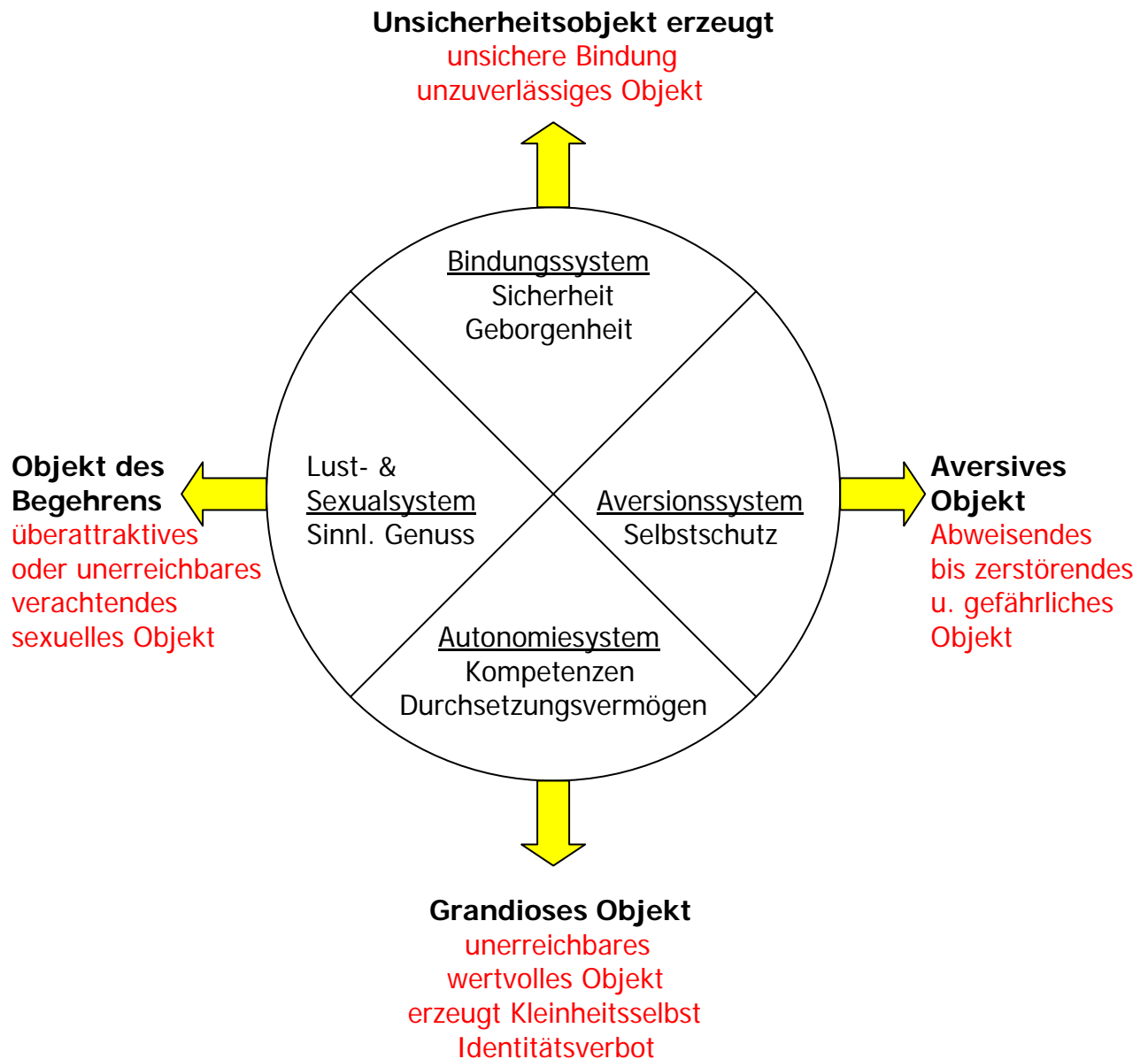
Wenn die angeborenen Grundbedürfnisse durch die Interaktionserfahrungen in ihrer Entfaltung und Befriedigung behindert oder extrem gefördert (Verwöhnung) werden, bilden sich habituelle Störungen in diesen Systemen. Das Resultat sind sich durch diese Behinderungen entwickelnde, zur Chronifizierung tendierende, typische Reaktionsweisen. Schematisch (und das heisst natürlich: aus didaktischen Gründen stark vereinfacht) kann man sie wie oben zuordnen und zur Diagnostik und Therapie benutzen:

- | | |
|------------------------------------|------------------------|
| ○ Aktivitätsbehinderung → | hysterischer Charakter |
| ○ Selbststeuerungseinschränkung → | schizoider Charakter |
| ○ soziale Einpassungsfrustration → | depressiver Charakter |
| ○ affektive Fremd-Überwachung → | zwanghafter Charakter |

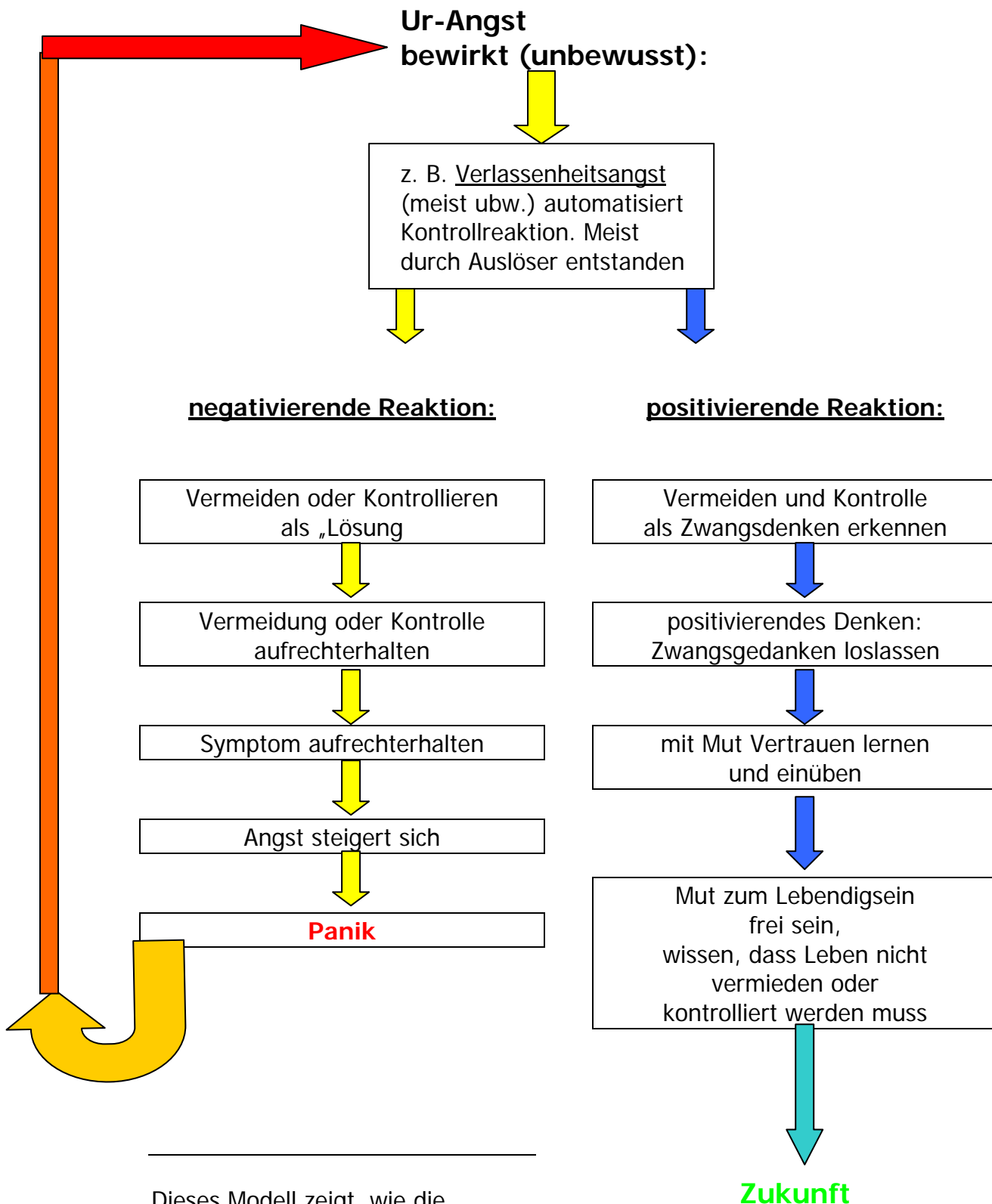
Die zu Grunde liegenden Modellszenen, welche intersubjektiv diese typischen Verhaltensformen herausbilden, können therapeutisch erkannt und verändert werden.

Schema 5: Das Objektkonzept in der Psychopathologie

Hier handelt es sich um die Frage, wie die verinnerlichteten Objektrepräsentanzen im Wechselspiel mit den Selbstrepräsentanzen zu einer negativen Attribuierung des Objekts gelangen. Das Wechselspiel Selbstkonzept-Objektkonzept beeinflusst jede Interaktion. Die Neurosenstrukturen (Schema 3) sind begleitet von spezifischen Objektkonzepten. Dies sind die inneren Überzeugungen, hier schematisiert, wie der Andere sei:



Schema 6: 2 Wege der Reaktion auf Angst (Kognitiv-behaviourales Modell):



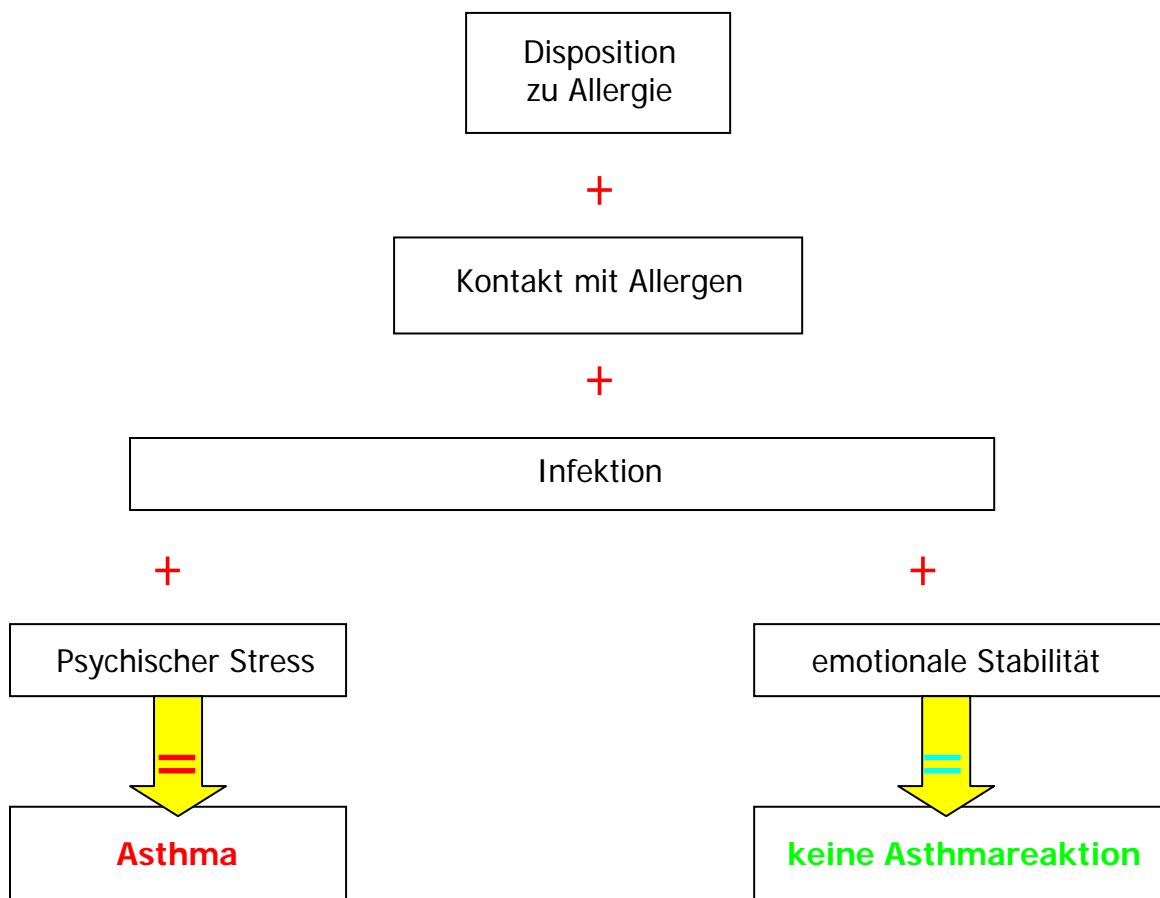
Dieses Modell zeigt, wie die Möglichkeiten, kreativ Neues zu gestalten, in der Neurose fehlt. Das Drehen in repetitiver Dynamik verhindert kreatives Leben. Das Modell der Angstvermeidung und Kontrolle (zwanghafte Struktur) ist prototypisch für die meisten psychischen Störungen.

Das Bearbeiten der Störung auf der kognitiven Ebene genügt nicht. Die tiefenpsychologisch-affektive Beziehungsdimension muss unbedingt mitbearbeitet werden.

Schema 7: Psychosomatik

Das fünfte Motivationssystem nach Lichtenberg, das Bedürfnis nach körperlichem Wohlbefinden und Gesundheit erfährt durch die unbewusste Dynamik psychosomatischer Veränderungen viele Störungen.

Die Vorgänge der psychosomatischen Veränderungen sind sehr komplex. Ihr unbewusstes Ziel ist es, das Bewusstsein von Leiden zu befreien und körperliche Systeme zum Träger des Leidens oder Objekt der unbewusst gewordenen Affekte zu machen. Deshalb glauben viele psychosomatisch Leidende, sie hätten kein psychisches Leiden, sondern ein körperliches. Auf dieser Ebene wird es dann oft erfolglos behandelt bis zur Invalidität. Am Beispiel des Asthma bronchiale können wir ein prototypisches Funktionieren der Psychosomatik im vereinfachten Schema darstellen:



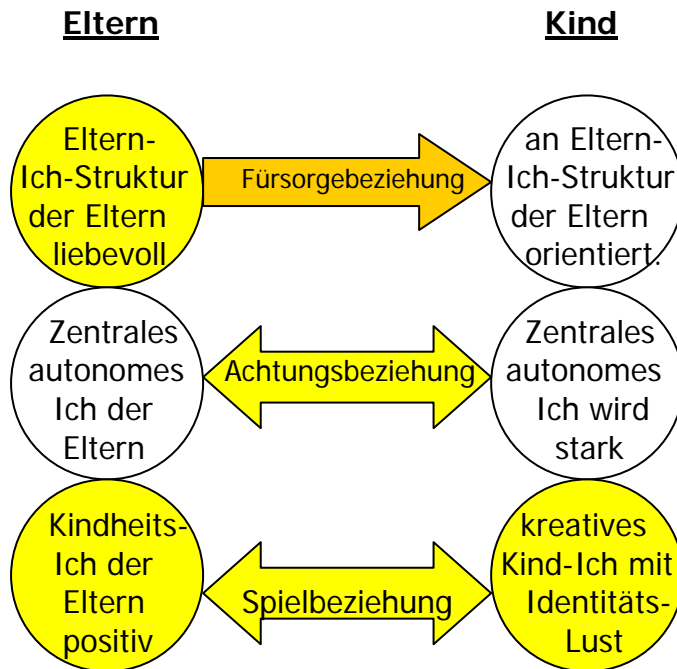
Dass hinter dem Asthmaanfall sehr oft tiefe Probleme mit Muttererfahrungen sein können, ist den meisten Asthmapatienten nicht bewusst. Zum Beispiel hat Eduardo Weiss dazu gesagt, der Asthmaanfall sei der unterdrückte Schrei nach der Mutter. Damit ist auf frühe Modellszenen verwiesen, die nur noch agiert, aber nicht mehr erinnert und nicht bewusst reflektiert werden können. Deshalb bleibt der Affekt völlig verborgen.

Beispiel: Eine Patientin mit Katzenhaarallergie und entsprechenden lebensbedrohlichen Asthmaanfällen konnte im Verlauf der Therapie ihre Wutgefühle gegen ihre Mutter allmählich zulassen. Bei einer Begegnung mit der Mutter entwickelte sie einen massiven Wutausbruch und schrie die Mutter in ungeheurer Lautstärke, wie sie sie an sich noch nie erlebte, an. Sie jagte die nörgelnde Mutter aus ihrem Auto, so dass diese 6 Kilometer nach Hause laufen musste. Von diesem Tage an blieb die Allergie endgültig fort. Sie besorgte sich sogar eine Hauskatze. Der Kontakt zur Mutter veränderte sich positiv.

Schema 8: Verinnerlichte Modellszenen Eltern-Kind – Struktur des Gewissens

Die intrapsychische Repräsentanz der Interaktionsstruktur Eltern-Kind ist sehr komplex. Die innere Anwesenheit der Eltern in Form des „Gewissens“ hat schon Freud klar erkannt. Die von ihm benannte Überich-Struktur ist eine bedeutsame therapeutische Metapher. Mit ihrer Hilfe können die Verinnerlichtungen von autoritären Beziehungserfahrungen erfasst und therapeutisch nützlich angewendet werden (E. Berne's TA modifiziert von W.A.D.).

Bild 1:
Gesunde Beziehung

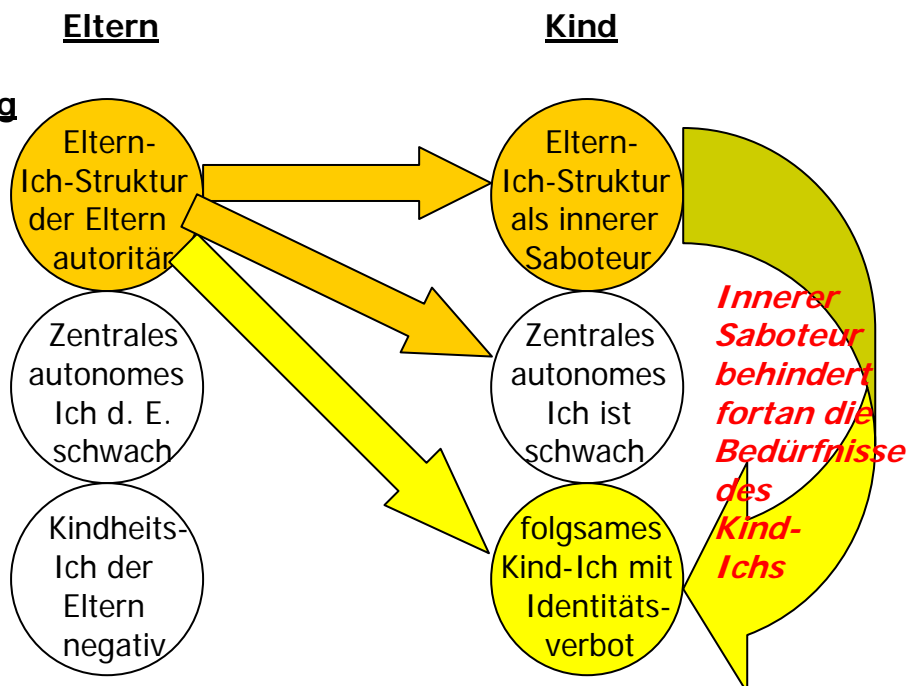


Diese Beziehungsform zeigt, wie die offene Haltung des Vaters/der Mutter das unbefangene, gesunde Wachstum des Sohnes fördert, was umgekehrt die Achtung und Gegenseitigkeit stärkt.

Im Gegensatz dazu eine krankhafte Beziehung als Beispiel:

Bild 2:
Autoritäre Beziehung

Überich der Eltern



Die Struktur der Eltern prägt ein ängstliches Identitätsverbot mit Ich-Schwäche.

Der Prozess in der Therapie

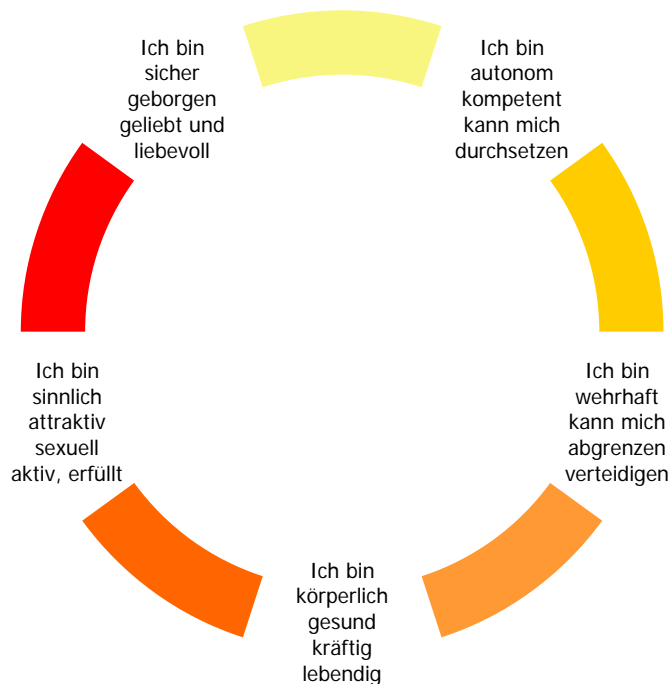
Jeder wirklich therapeutische Prozess ist kreativ. Das heisst, er schafft eine neue Realität gegenüber der bisherigen, vergangenen Struktur des Organismus. Eine neurotische Struktur besteht in der Prozessperspektive darin, dass sie sich selbst dauernd repetiert. Das heisst, die Neurose erzeugt gemäss dem unbewussten Wiederholungszwang immer wieder dieselben alten Muster, gemäss verinnerlichter Modellszenen.

Die Theorie der Motivationssysteme erlaubt es, relativ schnell diese Muster aufzudecken. Dadurch entsteht die Möglichkeit, sie bewusst zu bearbeiten. Es kann dann auf der kognitiv-behaviouralen und auf der tiefenpsychologisch-intersubjektiven Ebene zugleich gearbeitet werden.

Das Ziel ist der therapeutische Prozess: Er löst die repetitive Enghnis der typischen und pathologischen Handlungsantworten auf, die pathogene Kraft der alten und unbewussten Modellszenen wird erkannt und dies ermöglicht die Schaffung einer neuen Struktur: Es entstehen unter therapeutischer Begleitung und therapeutischem Schutz neue Handlungsantworten, bzw. Anwerthandlungen. Der Patient agiert nicht mehr unbewusst seine Erinnerungen in seinen Reaktionen aus, sondern er beginnt, neue psychische und interaktionale und damit soziale Realität zu gestalten.

Er erlebt sich in dieser Fähigkeit zur intersubjektiven Mitgestaltung der zwischenmenschlichen Welt als kompetenten und bedeutsamen Partner. In dieser Selbstanerkennung erzeugt er ein neues Selbst- und Objektzept. Hier endet sein Dasein als Opfer.

Das gesunde motivationale Selbst:



Bewusstes Leben ist auf den Tod hin angelegt. Der Tod wird nicht verleugnet, aber Leben wehrt Tod ab und will sich lebendig fühlen in allen Motivationsbereichen, ohne sich auf archaische Hilfskonstruktionen (Sinn durch Gott, Himmel usw.) zu berufen.

Literatur:

- Bolognini, Stefano, **Die psychoanalytische Einfühlung**, Psychosozial, Giessen 2003
- Disler, Werner A., **Am Anfang war Interaktion**, in: Disler, Hrsg.: Am Anfang war Beziehung, Verlag IKTP, Olten 1991
- Disler, Werner A. **Selbstgefühl und Charakter**, in: Bulletin des Instituts für kritische Theorie und Praxis, IKTP, Olten 1992
- Disler, Werner A., **Ich und Selbst**, Lehrbuch der analytischen Imaginationstherapie, IKTS, Luzern 1998
- Emde, Robert N., **Die endliche und die unendliche Entwicklung**, Psyche 9 und 10, Klett-Cotta, Stuttgart 1991
- Fairbairn, W.R.D. (1952), **Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen**, Psychosozial, Giessen, 2001
- Fonagy, Peter, **Bindungstheorie und Psychoanalyse**, Klett-Cotta, Stuttgart 2003
- Holmes, Jeremy, **John Bowlby und die Bindungstheorie**, Reinhardt, München 2002
- Lichtenberg, Joseph. D., Lachmann, Frank M., Fosshage, James L., **Das Selbst und die motivationalen Systeme**, Brandes & Apsel, Frankfurt a.M. 2000
- Mitchell, Stephen A., **Bindung und Beziehung**, Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse, Psychosozial, Giessen, 2003
- Orange, Donna M., Gorge E. Atwood, Robert D. Stolorow, **Intersubjektivität in der Psychoanalyse**. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M. 2000
- Orange, Donna M., **Emotionales Verständnis und Intersubjektivität**, Brandes & Apsel, Frankfurt a. M., 2004
- Riemann, Fritz, **Grundformen der Angst**, Reinhardt, Basel 1975
- Stern, Daniel N., **Die Lebenserfahrung des Säuglings**, Klett-Cotta. Stuttgart 1992



© Werner A. Disler, 2002