

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Raymond Battegay
Psychoanalytische Neurosenlehre
Eine Einführung

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhalt

Vorwort zur Neuauflage	11
Vorwort zur Taschenbuchausgabe	12
Vorwort zur 1. Auflage	13
Vorwort zur 2. Auflage	16
1 Einleitung	17
2 Von den Anfängen der Neurosenlehre	19
3 Therapie durch Erinnerung	22
4 Das freie Assoziieren	25
5 Das Unbewußte, das Vorbewußte und das Bewußte	30
5.1 Das Unbewußte	33
5.2 Das Vorbewußte	40
5.3 Das Bewußte	42
5.4 C. G. Jung: Das kollektive Unbewußte	44
5.5 A. Adler: Das Unbewußte als »Kunstgriff« zur Aufrechterhaltung einer Fiktion	49
5.6 L. Szondi: Das »Familiäre Unbewußte«	50
5.7 N. Peseschkian: Das Unbewußte in transkultureller Sicht	51
6 Triblehre/Objektbeziehungen	52
6.1 Grundsätzliches	52

6.2	Das Triebleben in der menschlichen Entwicklung . .	54
6.2.1	Kindheitsamnesie	54
6.2.2	Infantile Triebentwicklung / Entwicklung der Objektbeziehungen	57
6.2.3	Die drei Ebenen der Objektbeziehungen	68
6.2.4	Latenzzeit	74
6.2.5	Pubertät	76
6.2.6	Entwicklungsstörungen des Trieblebens / der Objektbeziehungen	79
6.2.7	Destruktions- oder Todestrieb	80
6.2.8	Kritiker der Freudschen Trieblehre	85
7	Traumlehre	88
7.1	Tagträume	91
7.2	Traumpsychose	92
7.3	Traum und Wunscherfüllung	93
7.4	Tagesrest, Verschiebung, Verdichtung	95
7.5	Wunscherfüllung, Zensur, Entstellung im Traum . .	98
7.6	Traumarbeit	100
7.7	Regression im Traum	102
7.8	Darstellung durch Symbole	103
7.9	Die Traumdeutung bei C. G. Jung, Archetypen . . .	105
7.10	Der Traum im Dienste des Machtstrebens und des Gemeinschaftsgefühls (A. Adler)	109
7.11	Der Traum in daseinsanalytischer Sicht (M. Boss) . .	110
8	Ich – Es – Überich / Das Selbst	114
9	Die Abwehrmechanismen des Ichs	135
9.1	Verdrängung	136
9.2	Ungeschehenmachen	144
9.3	Das Isolieren	148
9.4	Regression	150
9.5	Identifizierung (= Identifikation)	155
9.6	Projektion	161
9.7	Verschiebung	166

9.8	Verkehrung der Triebe ins Gegenteil	170
9.9	Widerstand / Gegenbesetzung / Reaktionsbildung	174
9.10	Übertragung	180
9.11	Andere Schulen zur Übertragung	189
9.12	Zu den Ursachen der Triebabwehr	192
9.12.1	Triebabwehr aus Überich-Angst	192
9.12.2	Triebabwehr aus Realangst	195
9.12.3	Triebabwehr aus Angst vor der Triebstärke	196
9.13	Hartmann: »Die konfliktfreie Ich-Sphäre«	198
10	Das Entstehen der Neurosen	201
11	Die verschiedenen Neurosenarten	206
11.1	Die Aktualneurosen	206
11.2	Die Abwehrneurosen	209
11.2.1	Hysterie (Konversionshysterie, Hysterische Neurose)	211
11.2.2	Phobie (Angsthysterie)	216
11.2.3	Zwangsneurose	219
11.3	Charakterneurosen / Der neurotische Charakter	224
11.4	Sexuelle Störungen	227
11.5	Vegetative Neurosen / Organneurosen / Psychosomatische Krankheiten	230
11.6	Narzißtische Neurosen (= Narzißtische Persönlichkeitsstörungen) / Borderline-Persönlichkeitsstörungen	237
12	Technik / Therapie	266
12.1	Klassisches Vorgehen	266
12.1.1	Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (Freud ⁹²)	267
12.1.2	Die psychoanalytische Grundregel	269
12.1.3	Die Abstinenz	270
12.1.4	Das psychoanalytische Erstinterview	272

12.1.5	Das Deuten	272
12.1.5.1	Traumdeutung	273
12.1.5.2	Widerstandsanalyse	274
12.1.5.3	Übertragungsanalyse	275
12.2	Für die narzißtischen Neurosen (= narzißtische Persönlichkeitsstörungen) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen veränderte Verfahren	276
12.3	Die Gegenübertragung	280
12.4	Indikation	281
12.5	Äußere Bedingungen	283
12.6	Die Beendigung der Analyse	284
12.7	Von der Psychoanalyse abgeleitete Methoden	285
12.7.1	Analytische Kurzpsychotherapie	286
12.7.2	Analytisch orientiertes ärztliches Gespräch	287
12.7.3	Analytisch vertiefte Anamnesenerhebung	290
12.7.4	Gruppenanalyse / Analytische Gruppenpsychotherapie	293
12.8	Ergebnisse der psychoanalytischen Behandlung	295
12.9	Ausbildung der Psychoanalytiker	309
12.9.1	Vorbildung und Vorbedingungen	309
12.9.2	Lehranalyse	310
12.9.3	Die theoretische Ausbildung	312
12.9.4	Kontrollanalysen / Supervision	313
12.9.5	Besinnung auf den Menschen	314
	Literaturverzeichnis	317
	Namen- und Sachregister	333

1 Einleitung

War es im Volke längst schon bekannt, daß seelische und körperliche Vorgänge im Menschen eng gekoppelt sind, mußte diese Tatsache in der Medizin erst allmählich wiederentdeckt werden.

Zu allen Zeiten wußte der Laie, daß ein Mensch »rot wird« vor Scham oder daß ihm eine unglückliche Botschaft etwa »auf den Magen schlägt«. Kennen nicht alle Menschen jenes Herzklopfen und Erblassen bei Schreck? Wer wüßte nicht darum, daß die Muskeln erschlaffen wollen im Lachanfall? Hat nicht jedermann es schon erlebt, daß in der Angst die Darmperistaltik aktiviert wird? Wußte man nicht zu allen Zeiten schon darum, daß bei Wut »die Haare zu Berge stehen« usw. Viele Ärzte standen indes bis vor wenigen Jahren auf dem Standpunkt eines Dualismus Psyche/Soma. Doch ist uns heute, besonders auch aufgrund der modernen neurophysiologischen und -psychologischen Forschungen (ADER^{1a}, BENEDETTI³⁵, GELLHORN und LOOFBOURROW¹¹⁰ u. a.) bekannt, daß eine solche Trennung nur künstlich gezogen werden kann. In Wirklichkeit sind Körper und Seele eine unzertrennbare Einheit, und beide sind nichts anderes als zwei verschiedene Aspekte ein und desselben menschlichen Lebensprozesses. Der Mensch kann nur dann verstanden werden, wenn nicht Partialaspekte überwiegen. Es ist absolut notwendig zu wissen, daß wir in den menschlichen Körperprozessen auch psychische Ausdrucksmanifestationen vor uns haben und die psychischen Vorgänge nur auf dem Hintergrunde körperhaften Geschehens zu verstehen sind. Diese Erwägungen sind nicht so sehr zur Bildung einer Theorie erforderlich. Sie sind letztlich entscheidend für die ärztliche Haltung dem Kranken gegenüber. Es ist wesentlich, ob der Arzt nur das Magen-, Herz-, Nierenleiden oder

irgendeine andere, scheinbar nur körperlich bedingte Krankheit behandelt oder ob er den kranken Menschen als Ganzheit therapeutisch beeinflussen will.

Erfahrene Allgemeinpraktiker geben an, daß bei etwa der Hälfte ihrer Kranken keine organischen Schädigungen, sondern psychische Störungen vorliegen, die sich desintegrierend auf die Organfunktionen und das Wohlbefinden des Menschen auswirken. Wichtig ist es auch, um diese leib-seelischen Zusammenhänge zu wissen, weil es sonst versäumt wird, rechtzeitig auf die zugrunde liegende psychische Konflikthaftigkeit oder auf die die Basis bildende emotionale und/oder kognitive Mangelersahrung einzugehen und durch die langdauernde psychogene Dysfunktion eines Organs eine anatomische Läsion eintreten kann. Wir sehen demnach, daß das Wissen um die Einheit von Soma und Psyche von hohem praktischem Wert für die Medizin und vor allem für eine entsprechende Behandlung der kranken Menschen ist.

Wir achten heute auch darauf, das menschliche Individuum nicht losgelöst von seiner mitmenschlichen Beziehungswelt zu betrachten. Ein Mensch kann als Ganzheit nur dann erfaßt werden, wenn das Kommunikationssystem, in das hinein er verstrickt ist, miterfaßt wird. Wollen wir einen Menschen charakterisieren, so müssen wir angeben, welche Art Beziehungen er zu seiner Umwelt unterhält, und wie er sich zu den ethischen, moralischen und religiösen Bereichen einstellt. Wir lieben nicht einen Menschen an sich, sondern seine Art, sich zu der ihn umgebenden Welt und den Wertbereichen einzustellen, seine Art der Pflege von Beziehungen (BATTEGAY¹⁸).

Ich werde im folgenden darzustellen versuchen, welche dynamischen Gesetzmäßigkeiten unsere psychischen Funktionen kennzeichnen und welche Störfaktoren zu Dissonanzen und Dysfunktionen im psychischen Geschehen führen können. Auch wird unsere Aufmerksamkeit auf Umwelteinflüsse gerichtet werden, die die psychische Entwicklung eines Individuums in Frage stellen und verbiegen können.

2 Von den Anfängen der Neurosenlehre

Es ist weitgehend das Verdienst von SIGMUND FREUD, das psychologische Denken in die Medizin eingeführt zu haben. Am Ursprung der Laufbahn dieses Pioniers der Tiefenerforschung der menschlichen Seele stand indes eine gänzlich naturwissenschaftliche Weltbetrachtung. Es war die exakte Methode der Naturwissenschaften, welche er bei seinem Lehrer, dem Physiologen BRÜCKE, kennengelernt hatte, die sein wissenschaftliches Denken grundlegend beeinflusste (JONES^{128, 129}). Zeitlebens war es sein Glaube, daß sich das menschliche Wesen einmal in physikalisch-exakten Begriffen von Elementarfunktionen und deren Wirkungszusammenhängen erfassen lassen werde. Da es damals noch nicht glücken konnte, die von ihm gewünschten Erkenntnisse über die physiologischen Grundlagen unserer psychischen Vorgänge zu erlangen, ging er daran, die psychologischen Vorgänge, so wie sie zugänglich sind, zu erfassen und ihre Gesetzmäßigkeiten zu erforschen.

FREUD widmete seine Aufmerksamkeit nun hauptsächlich jener Erkrankung, mit der die Medizin jener Tage noch wenig beginnen konnte, die sich in Lähmungen, Anästhesien, Aphonien, Taub- und Blindheiten äußerte, die alle Gesetze der Neurologie in Frage stellten: der Hysterie. Die davon Befallenen wurden von den Medizinern als Menschen betrachtet, welche, wie BALLY¹² formuliert, die Gesetze der Wissenschaft übertreten, die man der Übertreibung und der absichtlichen Mache beschuldigt und die man mit Interessenentzug bestraft. Abgesehen davon, daß ein solches ärztliches Vorgehen nicht nur therapeutisch unwirksam, sondern schädlich ist, bedeutete die Hysterie für FREUD eine Domäne, in der sich psychische Mechanismen wie nirgends anderswo untersuchen und

nachweisen ließen. Seine erste Mitteilung über Hysterie gab FREUD⁷¹ zusammen mit BREUER⁴⁷ heraus. Später trennten sich die Wege dieser beiden Forscher.

FREUD gewann nun also zunehmendes Interesse an den Hysterikern. Das Studium dieser Krankheit erforderte andere als naturwissenschaftliche Wege, eine besondere Weise der Exploration. Es mußte eine Forschungsweise gewählt werden, die gänzlich neue Wege beschritt, wobei sich FREUD, wie BALLY sagt, »von den Antworten der Patienten in noch unbekannte Zusammenhänge tragen ließ«. Eine eingehende Exploration dieser Art Erkrankungen war nur mittels der Hypnose möglich, ein Verfahren, das die Mediziner damals mehrheitlich ablehnten. Doch hatte die Hypnose auch ihre Verteidiger. Es waren vor allem CHARCOT, der große Neurologe in Paris, und LIÉBAULT und BERNHEIM in Nancy, bei denen FREUD diese Methode erlernte. Der durch den Arzt provozierte Dämmer-schlaf wurde von FREUD und BREUER nicht wie von jenen Ärzten dazu verwendet, den Patienten eine gesunde Haltung einzuflößen. Vielmehr nützten die beiden den hypnotischen Zustand, in den sie ihre Patienten versetzten, aus, um die Erinnerungen an jene Zeit wachzurufen, in der das Symptom zum ersten Male auftrat. Sie sahen, daß es dabei gelingen kann, die Sinnzusammenhänge des hysterischen Symptoms überzeugend aufzudecken.

Mit Hilfe dieser Explorationsmethode kam FREUD darauf, die Hysterie als psychotraumatisch bedingt aufzufassen. Er schloß aufgrund seiner Erfahrungen bei der hypnotischen Exploration der Hysterien, daß die verschiedenen Symptome in einem Zusammenhang mit dem veranlassenden Psychotrauma stehen, wobei er erkannte, daß es meist in der Kindheit zurücklag. Zwar wissen wir heute einerseits, daß hysterische wie auch anderweitige neurotische Manifestationen in der Regel nicht das Produkt eines einzigen Psychotraumas, sondern einer länger bestehenden oder immer wiederkehrenden traumatisierenden oder mangelhaften Milieusituation sind. Doch müssen wir andererseits sagen, daß FREUD mit seinen damaligen Erkenntnissen dennoch wesentlich zur Erforschung von Erkrankungen beitrug, die mit den gewöhnlichen Methoden der Schulmedizin nicht erfaßbar waren. Es war so erstmalig ge-

glückt, psychogene Erkrankungen in ihren genetischen Zusammenhängen zu erfassen. Daß das Gesichtsfeld damals noch eingengt war und man entsprechend den Anschauungen des 19. Jahrhunderts die Krankheitsursachen noch zu sehr nur von einem Psychotrauma ausgehend betrachtete, mindert die Bedeutung der Entdeckung keineswegs. War einmal ein erster Hinweis auf eine mögliche Art der psychogenen Entstehung einer Erkrankung, die man bisher nicht verstehen konnte, gegeben, so war die spätere Erweiterung der Sicht bereits implizite gegeben.

FREUD fiel des weiteren das Mißverhältnis zwischen den jahrelang dauernden hysterischen Symptomen und den auslösenden Faktoren auf. Er betonte, daß nicht so sehr ein traumatisierendes *Geschehnis* als ein traumatisches *Erlebnis* den Krankheitsprozeß auslöse. Damit war ihm bereits klar, daß nicht so sehr die objektive Intensität einer Umwelteinwirkung krankheitsauslösend ist als der subjektive Erlebnisgehalt. Es war dann eigentlich nur noch ein kleiner Schritt bis zu der heutigen Auffassung, daß es im allgemeinen nicht nur ein einziges Trauma ist, das das pathologische Geschehen auslöst, sondern eine eventuell sich auf Jahre erstreckende psychisch traumatisierende oder mangelhafte Milieusituation, bei der einzelne Vorkommnisse gar nicht besonders herausragen müssen. Es werden oft schwerste Psychotraumata und Mangel Erfahrungen überstanden, ohne daß irgendeine abnorme seelische Entwicklung, eine Neurose, in Gang gesetzt würde. Wirkt ein emotional und/oder kognitiv belastendes Ereignis indes krankheitsauslösend, so zeigt sich bei genauer Prüfung meist, daß der Boden für eine solche Erkrankung bereits durch langjährige, affektiv belastende oder insuffiziente Umweltkonstellationen vorbereitet war.

3 Therapie durch Erinnerung

Seit FREUD wissen wir, daß der Erinnerung der am Ursprung der neurotischen Symptome stehenden Konflikte (heute würden wir hier auch die emotionalen und kognitiven Mangelserfahrungen anführen) eine Heilwirkung zukommen kann. Voraussetzung dazu ist, daß sie nicht nur sprachlichen Ausdruck findet, sondern begleitet ist von jenen Affekten, die ursprünglich den Konflikt kennzeichneten. Therapeutisch ist also eine Erinnerung erst dann, wenn in der Äußerung ein Wiedererleben vollzogen wird, wenn sich also der Patient von den Erinnerungen ergreifen und bewegen läßt. FREUD⁷¹ und BREUER⁴⁷ schreiben dazu unter anderem folgendes: »Wir fanden nämlich anfangs zu unserer großen Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Heftigkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab. Affektloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Prozeß, der ursprünglich abgelaufen war, muß so lebhaft als möglich wiederholt in statum nascendi gebracht und dann »ausgesprochen« werden...«

Zwar messen wir auch heute noch dieser affektbegleiteten Erinnerung früherer konflikthafter Eindrücke und Erlebnisse eine wesentliche Bedeutung zu. Doch sind wir uns bewußt, daß eine Behandlung, die sich nicht darauf beschränken will, Symptome zu beseitigen, sondern den Patienten zu heilen, den ganzen Menschen erfassen muß. Dabei haben wir nicht nur das früher Erlebte aufzudecken, sondern insbesondere auch dem Menschen, wie er nun

leibt und lebt, in seinen gegenwärtigen Kommunikationsformen mit der Umwelt, in seinen heutigen Daseinsvollzügen zu begegnen. Erst im gegenwärtigen kommunikativen Vollzug, im hic et nunc der aktuellen psychoanalytischen Situation, wird uns deutlich, welche Wertigkeit eine frühere Konfliktsituation im Leben eines Menschen einnimmt.

FREUD erkannte also, daß das pathogene Agens eine Erinnerung ist, und er wußte auch, daß diese Erinnerung mit allen sie begleitenden Affekten wiederholt werden muß, wenn eine Gesundung erzielt werden will. Daß FREUD eine Hilfsmethode, die Hypnose, anwenden mußte, um die früheren Erlebnisse wieder ans Tageslicht zu fördern, deutet bereits darauf hin, daß in der Psyche Bereiche sind, die nicht spontan zu Bewußtsein kommen. Schon in der mit BREUER verfaßten Schrift FREUDS schreibt er dementsprechend von einer »double conscience«, einem doppelten Bewußtsein. Mit dieser Aussage wird bereits andeutungsweise der Begriff des Unbewußten konstituiert.

FREUD verwendete also, wie erwähnt, ursprünglich die Hypnose, um auf die frühen konfliktgeladenen Erinnerungen – den Mangel-erfahrungen infolge von ungenügender oder nur unter Bedingungen erfolgreicher Liebeszuwendung oder von Überbehütung schenkte er noch weniger Beachtung – zu stoßen, die die seelische Fehlentwicklung in Gang gesetzt haben. Doch mußte er bald sehen, daß nicht alle Patienten einer Hypnose zugänglich sind oder daß gewisse Kranke sich dem Hypnoseverfahren gar aktiv verschließen. Er erinnerte sich in diesem Zusammenhang an eine Erfahrung, die er bei BERNHEIM in Nancy gemacht hatte: Es hatte bisher als Tatsache gegolten, daß die Versuchspersonen nach dem Erwachen aus der Hypnose keine Erinnerung an die Erlebnisse während des hypnotischen Schlafes haben, wenn sie auch Befehle ausführen, die ihnen im Hypnosezustand gegeben wurden. Sie finden dann jeweils irgendeine Kausalität für ihr Handeln. BERNHEIM konnte indes zeigen, daß eine posthypnotische Amnesie gar nicht besteht. Auf wiederholtes Drängen und die Versicherung, sie wüßten es bestimmt, gelingt es im allgemeinen doch, bei den Patienten die Erinnerung an die Erlebnisse während der Hypnose allmählich ins Gedächtnis zurückzuho-

len. FREUD⁷² machte sich diese Erfahrung zunutze und ging von der Voraussetzung aus, daß die Hypnose im Grunde genommen keinen anderen Vorgang darstelle, als er in der Hysterie »von Natur aus« gegeben sei. Wenn die Patienten also angaben, sie wüßten nichts mehr zu berichten, so versicherte ihnen FREUD⁷² energisch, es werde ihnen bestimmt etwas einfallen, sie sollten ungeniert alles sagen, was ihnen gerade durch den Kopf gehe. Dabei nahm er an, daß diese Einfälle eine, wenn auch vorerst noch undurchsichtige Beziehung zu dem scheinbar Vergessenen haben. Es zeigte sich dann tatsächlich, daß unsere Assoziationstätigkeit keineswegs zufällig abläuft. Der Gedankenablauf, sofern wir ihn frei gewähren lassen, ist weitgehend durch seelische Kräfte mitbestimmt, die unterhalb der Schwelle des normalen Wachbewußtseins wirken. Diese unter- oder unbewußten Vorgänge können nun, wie FREUD⁷² herausfand, durch die Technik des sogenannten *freien Assoziierens*, des freien Einfalls, dem Bewußtsein weitgehend wieder zugänglich gemacht werden.

4 Das freie Assoziieren

Der Patient, der möglichst entspannt auf einem Diwan liegen soll, wird von FREUD⁷⁸ aufgefordert, fortlaufend alles zu äußern, was auch in seinem Bewußtsein aufsteigen möge, wobei er jede bewußte Kritik ausschalten solle. Er solle keinen aufsteigenden Einfall ausschließen, auch dann nicht, wenn er ihm unsinnig, unwichtig, belanglos, zusammenhangslos oder anstößig erscheine oder er seine Einfälle lieber verheimlichen möchte. Bei der Befolgung dieser »psychoanalytischen Grundregel« stellte sich nun heraus, daß gerade diese unter- bzw. unbewußt gebliebenen seelischen Elemente es sind, die an den psychoneurotischen Symptombildungen wesentlichen Anteil haben.

Die erwähnten unter- bzw. unbewußten psychischen Regungen werden durch einen mehr oder weniger starken Widerstand vom Bewußtsein ferngehalten, abgewehrt. Es sind ausnahmslos gefühlbetonte Erlebnisse, Erinnerungen, Wunschregungen und Phantasien, die zum größten Teil aus der frühen Kindheit herrühren und durch die damaligen Milieueinwirkungen wesentlich geprägt sind.

FREUD vermochte also zu zeigen, daß diese, wie erwähnt, meist in der Kindheit zurückliegenden Widerfahrnisse auf unerfüllten, enttäuschten oder fehlgeleiteten Liebesansprüchen beruhen, die gerade dann pathogen wirken, wenn der Patient diese Ansprüche nicht wahrhaben will oder kann.

Sowohl in der Verursachung der Hysterie oder anderer Neurosen als auch im Verhältnis des neurotisch Kranken zum Arzt kommt diesen, in früheren Lebensabschnitten zu kurz gekommenen Liebesansprüchen eine wesentliche Bedeutung zu. Ihre Wertigkeit für das Leben des Kranken und seine seelische Fehlentwicklung exakt zu

erfassen, ist das Hauptanliegen der FREUDSchen Bemühungen. Er selber hielt dafür, daß die frustrierten Wünsche fast durchwegs dem Bereiche des Sexuallebens entstammen. Heute sind wir indes der Ansicht, daß es Lebensanliegen jeder Art sein können, die in der frühen Kindheit, in der Entwicklung zu kurz kommen können. FREUDS Überbetonung des Sexualbereichs dürfte weitgehend daher rühren, daß er das Thema der Sexualität aus der Verdrängung, in die sie im 19. Jahrhundert hineingeraten war, hervorholen mußte. Wir dürfen FREUD keinen »Pan-Sexualismus« vorwerfen, wie es einige seiner Gegner getan haben. Wenn er auf die wesentliche Bedeutung der Sexualität, beispielsweise in der Kindheitsentwicklung, hinwies, so hat er Tatsachen entdeckt, die zwar damals nicht in die Vorstellungen der Zeit über das Kind paßten, aber durchaus objektivierbar sind. Doch sehen wir nun, daß neurotische Störungen auch durch Hemmungen in anderen Bereichen als in der Sexualität zustande kommen können. Wird zum Beispiel dem Kind das Bedürfnis, mit liebender Wärme umgeben zu werden, versagt, so wird es ihm an »Urvertrauen« (ERIKSON^{62, 63}) fehlen, und es wird ein zu wenig konsistentes Selbst (KOHUT^{148, 149}) entwickeln.

Es sind in diesem Zusammenhang auch die Untersuchungen von R. A. SPITZ^{206, 208} zu erwähnen, der in einem Findelhaus 91 Säuglinge in ihrer Entwicklung beobachten konnte: Diese Kinder waren während der ersten drei Lebensmonate an der Mutterbrust aufgezogen worden. Während dieser Zeit entwickelten sich die Kinder wie der Durchschnitt normaler Kinder der Stadt, in der sich das Findelhaus befand. Die Kinder wurden nach drei Monaten abgestillt. Danach wurden sie der Obhut einer Schwester anvertraut, die durchschnittlich für 10 Kinder zu sorgen hatte, oft für eine noch größere Zahl. Die körperliche Betreuung der Kinder war vortrefflich. Aber da sich die Schwester gleichzeitig mit 10 Schützlingen zu befassen hatte, erhielten sie nur den zehnten Teil der affektiven mütterlichen Zuwendung; sie kamen also gefühlsmäßig weitgehend zu kurz. Es entwickelte sich bei diesen Kindern ein von Monat zu Monat ausgeprägter werdendes klinisches Bild, dessen Schwere direkt proportional der Dauer der Trennung von der Mutter war:

1. *Monat*: Die Kinder wurden weinerlich, anspruchsvoll und