

Fraiberg, Selma

Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 8, S. 560-577

urn:nbn:de:bsz-psydok-44604

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

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit¹

Selma Fraiberg

Summary

Pathology defenses in infancy

A group of pathological defenses has been observed in infants between three and eighteen months of age who have experienced danger and deprivation to an extreme degree. The early defenses, "avoidance", "freezing", and "fighting", are apparently summoned from a biological repertoire on the model of "flight or fight". Before there is an ego, pain can be transformed into pleasure of obliterated from consciousness while a symptom stands in place of the original conflict.

Keywords: abuse – flight – fight – freezing

Zusammenfassung

Bei drei bis acht Monate alten Kleinkindern, die Gefahr und Entbehrung in extremem Ausmaß erlebt hatten, konnten pathologische Formen von Schutz- und Abwehrverhalten beobachtet werden. Diese Formen früher Abwehr wie „Vermeidung“ („avoidance“), „Erstarren“ („freezing“) und „Kampf“ („fighting“) werden offensichtlich von einem biologischen Repertoire „Flucht oder Kampf“ abgerufen. Bevor es ein Ich gibt, kann Schmerz in Lust verwandelt oder aus dem Bewußtsein verdrängt werden und ein Symptom tritt an die Stelle des ursprünglichen Konflikts.

Schlagwörter: Misshandlung – Flucht – Kampf – Erstarrung

1 Einleitung

Die fruchtbare geistige Arbeit von René Spitz und die Inspiration, die von seiner Arbeit ausgeht, hat das berufliche Leben vieler – auch das meinige – verändert. Was noch wichtiger ist – die Welt der frühen Kindheit hat sich durch Spitz verändert. Seit 1945 ist es nicht mehr möglich zu behaupten, dass ein Kleinkind nicht auf Liebe,

¹ Erstveröffentlichung in *Psychoanalysis Quarterly* 51: 612-635 (1982); Übersetzung durch Gabriele Rimmelman, Köln.

Verlust und Kummer reagiert oder dass tragische Umstände in der frühen Kindheit das Kind, das „zu jung ist, um zu fühlen und sich zu erinnern“, nicht schädigen.

Im Folgenden gehe ich einer Frage nach, für die ich die Anregung in der Arbeit von Spitz fand. Seine eigenen Studien mütterlicher Deprivation basierten auf seinen Beobachtungen von Kleinkindern in Institutionen. Die Arbeit, die ich beschreiben will, entspringt dem Studium und der Behandlung von Babys, die in ihren Familien aufwachsen. Im Verlauf meiner Arbeit konnte ich eine Reihe von pathologischen Formen im Abwehr- und Schutzverhalten bei Kleinkindern, die extreme Deprivation erfahren haben, untersuchen. Ich werde das Verhalten beschreiben und mich mit den theoretischen und klinischen Implikationen dieser Befunde befassen.

Wenn ich von „Abwehr“ in der frühen Kindheit spreche, meine ich natürlich nicht die „Abwehrmechanismen“, von denen angenommen werden kann, dass sie nur funktionieren, wenn sich, streng genommen, ein Ich herausgebildet hat. Ich finde es hier sehr nützlich, Wallerstein (1976) zu folgen, der zwischen „Abwehrmechanismen als Konstrukt und Abwehr als tatsächliches Phänomen“ (S. 220) unterscheidet. Ein Verhalten, das dem Zweck der Abwehr dient, kann man beobachten. Ein Abwehrmechanismus, so führt er aus, ist eine theoretische Abstraktion. Wir können z.B. ein Verhalten wie übertriebenes Mitleid bei einem Patienten beobachten, aber wir können nicht den unbewußten Prozess beobachten, in welchem ein grausamer Impuls in das Gegenteil verkehrt wird, wofür wir einen mentalen Mechanismus voraussetzen, den wir Reaktionsbildung nennen. In diesem Sinn können wir Verhalten, das dem Zweck der Abwehr dient, an irgendeinem Punkt der Entwicklung beobachten und, im Falle des Kleinkindes, wenn das Kind fähig ist, Gefahr oder Bedrohung seines Funktionierens zu registrieren, wird es auf diese Gefahr reagieren mit einem Verhalten, das der Abwehr dient.

So gesehen hat auch der Begriff „Abwehr“ in der frühen Kindheit eine eigene Bedeutung. Wir brauchen nicht von „Vorboten der Abwehr“ zu sprechen, wie dies gemeinhin in der Literatur über Ich-Vorläufer der Abwehr getan wird. Ob zwischen diesem Abwehrverhalten in der frühen Kindheit und den Abwehrmechanismen in der späteren Entwicklung eine Verbindung besteht, kann nur durch Langzeitstudien an normalen Kindern untersucht werden. In dieser Abhandlung werde ich mich besonders mit Formen der pathologischen Abwehr in der frühen Kindheit befassen, wie sie bei einer klinischen Population beobachtet wurden. Da unsere therapeutische Arbeit mit Babys und Eltern größtenteils erfolgreich war in dem Bemühen, die Bedingungen, die das Abwehrverhalten bewirkten, zu verbessern und die Formen der Abwehr selbst aus dem klinischen Bild herausfielen, können wir nicht sagen, welche Entwicklung dieses Abwehrverhalten genommen hätte, hätte eine klinische Intervention nicht stattgefunden.

Unsere Beobachtungen bei Babys, die in extremen Notsituationen zu uns kamen, werden nützliche Hypothesen für Psychoanalytiker hervorbringen. Wir kommen den unbeantworteten Fragen, die sich Freud (1926), Anna Freud (1936), Hartmann (1950) und Spitz (1961) in ihren Werken gestellt haben, näher. Sie spekulierten, daß biologische Formen der Abwehr der Struktur bestimmter Abwehrmechanismen unterliegen könnten.

2 Die Fragen

Wenn wir von „Abwehr“ in der frühen Kindheit sprechen, widerstrebt sich etwas in uns, dieses Wort und seine Konnotationen zu gebrauchen. Das Kleinkind ist hilflos angesichts der Gefahr. Seine Eltern sind seine Beschützer, und soweit sie als Beschützer dienen, ist es unwahrscheinlich, dass wir ein Baby sehen, das mit äußeren Bedrohungen oder physiologischem Stress ohne Unterstützung fertig werden muß. Unter normalen Umständen wird das Kleinkind Hilflosigkeit nur für kurze Momente erleben, denn die Mutter erleichtert oder reguliert seine Notlage normalerweise bevor die Spannung unerträglich wird. Bereits in den ersten Lebenswochen und -monaten beginnt das normal aufwachsende Baby sich erwartungsvoll der Mutter zuzuwenden, um Trost und Erleichterung bei Not und Schmerz zu erfahren.

Aber was passiert in den ersten 18 Monaten mit einem Kind, dessen frühe Pflegepersonen in der Wahrnehmung dieser Schutzfunktion versagen und es deshalb wiederholten und ausgedehnten Erfahrungen von Hilflosigkeit ausgesetzt ist? Wie kann sein eigener Schmerz gelindert werden? Welche Mittel hat es, mit dieser extremen Hilflosigkeit fertig zu werden oder etwas „dort draußen“ abzuwehren, das unzweifelhaft mit einer schmerzhaften Erfahrung verbunden ist? Und wenn der Schmerz mit der Person der Mutter in alltäglichen und sich wiederholenden Situationen verbunden ist, wie kann es dann diese Person, von der es vollkommen abhängig ist und die assoziiert wird mit Schmerz und Enttäuschung, abwehren? Die Fragen scheinen nirgendwo hin zu führen: Das Udenkbare denken.

Dies waren mit Sicherheit nicht die Fragen, die ich im Kopf hatte, als ich 1972 mein klinisches Forschungsprogramm – die Untersuchung und Behandlung von Kleinkindern und Eltern deren Beziehung erste Anzeichen einer Schädigung aufwies – begann. Aber eine sehr große Zahl von Babys, die zu uns kamen, zeigten affektive Störungen ernsteren bis schweren Grades. Viele von ihnen wurden zu uns geschickt wegen Vernachlässigung oder tatsächlichem oder vermutetem Mißbrauch. Ihre Eltern zeigten schwere Persönlichkeitsstörungen und sie waren in hohem Maße unfähig, ein Kind aufzuziehen. Die Studie selbst sollte Behandlungsmethoden in einem Programm für die psychische Gesundheit von Kleinkindern untersuchen, auswerten und die Auswirkungen der Intervention auf das Baby und seine Eltern einschätzen. Im Verlauf dieser Arbeit lernten wir die ineinander greifende Pathologie zwischen Eltern und Kindern begreifen; wir sahen die Auswirkungen mütterlicher Deprivation bei Babys, die in Familien aufwuchsen; wir konnten abweichende Muster von Objektbeziehungen und ihre Auswirkungen auf die Ausbildung des Ichs untersuchen; und wir fingen an, bestimmtes abweichendes Verhalten bei den Babys zu identifizieren, das eine Abwehrfunktion zu haben schien.

Ich werde – so gut wie ich kann – Manifestationen dieses Verhaltens und ihre Zusammenhänge beschreiben. Die Beschreibung stützt sich auf detaillierte Aufzeichnungen, die während des Prozesses gemacht wurden. Einige dieser Beschreibungen kommen direkt von Videoaufnahmen, wenn die Kamera – zufällig, nicht absichtlich – Momente aufgezeichnet hatte, in denen ein Baby mit seiner Mutter oder seinem Vater, oder mit beiden, vollständige Hilflosigkeit zeigte und ein Folgeverhalten, das seine Versuche, damit fertig zu werden, demonstrierte. Es ist schmerzhaft, diese Bilder

anzusehen und die detailliert erzählenden Transkripte der Bilder oder beobachteten Ereignisse zu lesen oder zu hören. Zur Beruhigung sollte ich bereits hier erwähnen, dass die meisten dieser Babys, die abweichendes Verhalten zeigten, während unserer Arbeit mit ihnen und ihren Eltern wieder zu angemessenem Verhalten zurückgebracht wurden.

Während ich das unterschiedliche Verhalten untersuchte, wählte ich Einzelheiten aus, die meiner Meinung nach Abwehrverhalten darstellten und ordnete sie chronologisch nach dem Alter, das das Kind zur Zeit der Untersuchung zeigte. Da die so gesammelten Daten sehr umfangreich wurden, entschloß ich mich, beim Alter von 18 Monaten einen Schnitt zu machen und nur diese Daten für den Bericht zu verwenden. (Eigentlich konnten die Kinder, für die unser Programm zur Verfügung stand, bis zu 36 Monate alt sein.) Da die ersten achtzehn Monate die sensomotorische Phase mit einschließen, wird das Auftreten von Abwehrverhalten in der präverbalen Phase – vor der Bildung des Ichs, in der Sprache der Psychoanalytiker – uns einen Kontext liefern, in dem frühestes Abwehrverhalten für die Untersuchung isoliert werden kann als ein Phänomen, das noch nicht in Beziehung steht zur Entwicklung eines erinnernden Gedächtnisses (ungefähr mit 18 Monaten) und noch nicht innere Konflikte zwischen Trieben und einer beginnenden Ich-Organisation ausdrückt.

Um die Formen pathologischer Abwehr und ihr Vorkommen in den ersten 18 Monaten des Lebens zu untersuchen, wählte ich eine Gruppe von Babys, die von unseren Mitarbeitern zum Zeitpunkt der Aufnahme in unser Programm als diejenigen bezeichnet wurden, die die ernsthaftesten Störungen in ihren Objektbeziehungen aufwiesen. Es waren zwölf Kinder in dieser Untergruppe, ausgewählt aus einer Gruppe von insgesamt fünfzig. (Ich schloß ein Kind von den zunächst 13 aus, als sich im Verlauf der Behandlung herausstellte, dass es an schweren biologischen Schädigungen litt, die sich auf seine Fähigkeit, auf seine Mutter oder andere Personen zu reagieren oder mit ihnen in Beziehung zu treten, auswirkten.) Die zwölf Kinder, die die Gruppe bildeten, die für diese Studie ausgewählt worden waren, hatten keine biologischen Schädigungen und es sind uns im Verlauf der ausgedehnten Untersuchung und Behandlung auch keine bekannt geworden.

Viele der Kinder in dieser Gruppe sind zu uns geschickt worden wegen Vernachlässigung oder vermutetem oder tatsächlichem Mißbrauch. Zwölf Mütter waren schwer depressive Frauen. Eine Mutter war schizophran. Für alle Babys galt, dass die Mutter für sie für einen großen Teil des Kindertages psychisch abwesend war. Und alle diese Kinder waren unvorhersehbaren Ausbrüchen ihrer Mütter ausgesetzt. Von Zeit zu Zeit hat die Wut der Mutter die Mauern der Depression durchbrochen und wir sahen Angst auf dem Gesicht des Babys auftauchen. Für das Kind der schizophranen Mutter gab es Situationen, in denen die Mutter für das Kind völlig unerreichbar war und Momente, in denen das Kind selbst in dem Wahnsystem der Mutter gefangen war.

Zwölf der dreizehn Kinder zeigten ein charakteristisches Verhalten der Mutter gegenüber: das Baby vermied die Mutter durch jede Art von Kontakt, die ihm möglich war, in kompletter Umkehrung der sozialen Muster, wie sie sich normalerweise in jedem Entwicklungsstadium zeigen. Während unserer ausgedehnten Einschätzungsphase zu Beginn, die fünf bis sieben Hausbesuche umfaßte, stellten wir folgen-

de Umkehrungen fest: Wo das normale Baby Augenkontakt und Blickaustausch mit der Mutter sucht, schauten diese Babys nie oder nur selten ihre Mütter an. Wo das normale Kind als Reaktion auf das Gesicht und die Stimme der Mutter lächelt, lächelten diese Babys nie oder nur selten ihre Mutter an. Sie vokalisiert auch nicht zur Mutter. In dem Alter, in dem das Baby motorisch in der Lage ist, die Hand auszustrecken, streckte es nicht die Hand nach der Mutter aus. Wenn das Baby schon in der Lage war zu krabbeln oder zu laufen, näherte es sich nicht der Mutter. In Situationen, die wir als Bedürftigkeit oder Notlage interpretieren konnten, signalisierte es der Mutter nicht das Bedürfnis nach Tröstung. Wo immer „Suche“ (seeking) sein sollte, war „Vermeidung“ (avoidance). Vermeidung war in der Tat die erste Abwehr, die ich in dieser Chronologie identifizieren konnte, und sie kommt schon im frühen Alter von drei Monaten vor.

3 Vermeidung (avoidance)

Die Muster der Vermeidung, die ich beschreiben werde, wurden von uns zum ersten Mal 1971 beobachtet, als wir unsere Arbeit mit ernsthaft gestörten Kleinkindern begannen. Nie zuvor hatten wir Babys gesehen, die ihre Mütter mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu vermeiden suchten. Ich hatte gerade eine Studie über Babys gemacht, die blind geboren worden waren (Adelson u. Fraiberg 1974) und sehnte mich, gemeinsam mit meinen Kollegen danach, wieder Babys zu sehen, die mit voller Absicht ihre Pflegeperson anschauen und in Reaktion auf dieses Gesicht lächelten. Ich habe mit großem Interesse Sterns Arbeit (1974) über Muster der Blickinteraktion zwischen Kleinkindern und Müttern verfolgt, und ich war nicht auf das, was ich hier bei diesen Babys vorfand, vorbereitet. 1971 schauten Stern und ich diese neuen Bänder noch einmal durch, und wir waren schockiert, als wir eine Gruppe von Babys sahen, die jede Hoffnung auf normale soziale Interaktion negierten.

Die Muster der Vermeidung, die ich sah, betrachtete ich als pathologische Abwehr (pathological defense). Und ich denke, dass die ausführlichen Beschreibungen diese Sichtweise unterstützen werden. Es ist jedoch auch von Interesse, dass Mary Ainsworth und ihre Kollegen Muster der Vermeidung identifiziert haben in einer Untergruppe von zwölf Monate alten Kindern aus einer unselektierten und vermutlich normalen Bevölkerung (Ainsworth et al. 1978). Die Unterschiede in den Mustern der Vermeidung, die Ainsworth beschreibt, und denen, die ich beobachtet habe, scheinen folgende zu sein: In der Ainsworth-Studie wurde Vermeidung zum ersten Mal identifiziert in einer experimentellen Situation, in der Trennungs- und Wiedervereinigungsmuster bei Kleinkindern untersucht wurden. Die häuslichen Beobachtungen dieser Babys und Mütter zeigten Vermeidung bei der Mutter, etwas was ich als schwankendes Muster in Reaktion auf die Umstände verstehe. Diese Vermeidung war immer verbunden mit einer Dissonanz in der Mutter-Kind-Beziehung und mit vermeidenden Mustern in der Mutter selbst. Bei den Teilnehmern unserer Studie beobachteten wir, dass sich Vermeidung schon im frühen Alter von drei Monaten und in der gesamten Zeitspanne, die unsere Studie umfaßte (bis zu 36 Monaten), zeigte. Die Vermeidungsmuster waren total oder fast total – ohne Schwankungen im Verlauf

der ausgedehnten und intensiven häuslichen Beobachtungen. Die Vermeidung des Babys von Seiten der Mutter hatte ein krankhaftes Ausmaß erreicht. Es gibt unzweifelhaft viele Verbindungen zwischen den Phänomenen, die ich beschreiben werde, und jenen, die Ainsworth beschrieben hat. Dies kann am besten überprüft werden durch einen Vergleich der Daten. Es ist jedoch wichtig, meinen eigenen Ausführungen voraus zu schicken, dass Vermeidung als Form der Abwehr bei allen Kleinkindern beobachtet werden kann, auch bei normalen; dass eine markante Neigung zur Vermeidung wie bei den Ainsworth-Babys dagegen – nach meiner Ansicht – ein früher Indikator für eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung ist; und dass die totale oder fast totale Vermeidung der Mutter, die ich beschreiben werde, ein pathologisches Extrem darstellt, eine Abwehr, die eine krankhafte Wendung genommen hat.

Nachfolgend werde ich beweisen, dass Vermeidung eine Form der Abwehr in der frühen Kindheit ist. Es ist mir natürlich bewusst, dass wir ohne diesen Beweis dahin tendieren, alternative und einfachere Erklärungen für das Verhalten zu finden, das ich beschrieben habe. Man könnte argumentieren, dass, wenn die Entbehrungen schwer genug sind, es sein kann, dass diese Systeme nicht durch eine betreuende Person aktiviert worden sind, wie im Fall der Babys, die Spitz (1945) in seiner „Hospitalismus“-Studie untersucht hat. Aber wenn wir uns das Verhalten, das ich beschreiben werde, genauer ansehen (Videoaufnahmen sind hierbei nahezu unverzichtbar), werden wir sehen, dass das Vermeiden der Mutter selektiv und unterscheidend ist. Das Baby vermeidet z.B. die Mutter, es kann aber sein, dass es den Vater oder sogar einen Fremden nicht vermeidet. Wenn die Zeichen oder Signalsysteme zur Verfügung stehen für einen Austausch mit jemandem aus der Umgebung des Babys, aber nicht benützt werden für die soziale Annäherung an die Mutter, sind die Vermeidungsmuster selektiv.

Um dies zu illustrieren, werde ich das jüngste Kind dieser Gruppe, den drei Monate alten Greg, beschreiben. Greg ist das Kind von Teenager-Eltern. Seine Mutter wechselt zwischen depressiven Zuständen und Wutausbrüchen. Wenn sie wütend ist, ist ihre Stimme schrill und eindringlich. Ob deprimiert oder wütend, Annie, die Mutter, vermeidet ihr Baby in jeder von uns beobachtbaren Situation. Annie, die in ihrer Kindheit selbst Brutalität und Verlassenheit erfahren hat, hat Angst vor den gefährlichen Impulsen, die sie manchmal überkommen. In den anfänglichen Sitzungen zu Hause verstanden wir, warum Annie ihr Baby mied. Sie hatte Angst es umzubringen.

Und Greg vermied seine Mutter. Im Alter von drei Monaten, wenn ein Baby die Augen seiner Mutter sucht, lächelt und vokalisiert als Antwort auf ihr Gesicht und ihre Stimme, schaute Greg seine Mutter nie an, lächelte sie nie an oder vokalisierte nie als Reaktion auf sie. Sogar wenn er in Nöten war, wandte er sich ihr nie zu. Aber wenn sein Vater anwesend war, gab es Blickaustausch, Lächeln und Laute der Freude. Als Kliniker konnten wir Augenkontakt und sogar ein leichtes Lächeln hervorlocken.

Wieder sind wir geneigt, die Gegebenheiten in Frage zu stellen. Ist dies Vermeidung? Wenn die Mutter selbst das Baby vermeidet und diese Reaktionen nicht hervorruft, können wir dann von Vermeidung sprechen? Noch nicht. Die Ergebnisse unserer Beobachtungen unterstützen jedoch die Tatsache, das wir von Vermeidung sprechen können, und die Vermeidung scheint in Verbindung gebracht zu werden mit Angst und Schmerz. Als wir dieses Verhalten mit Hilfe einer dreißigminütigen

Videaufzeichnung untersuchten, sahen wir Sequenzen, die fast nicht zu beschreiben sind. Was folgt, beschreibt Greg im Alter von drei Monaten und auch so ungefähr das Bild anderer Babys dieser Untergruppe, ob ihr Alter nun drei, fünf, sieben oder sechzehn Monate ist.

Was wir sehen, ist Folgendes: das Baby mustert den Raum, sein Blick bleibt kurz auf dem Fremden, dem Kameramann oder einem Gegenstand im Raum ruhen und während des Musterns geht der Blick vorbei am Gesicht seiner Mutter ohne ein Zeichen, dass es sie registriert oder erkennt. Da ist keine Unterbrechung im Mustern oder eine Regung im Gesicht, die dafür spricht, dass es sie registriert. In Situationen, in denen Blickaustausch oder eine Geste fast unvermeidlich sind wegen der Blickrichtung oder der Nähe von Mutter und Kind, sehen wir diese Muster immer wieder. Es ist als ob die Wahrnehmung das Bild der Mutter aus den sonstigen Bildern im visuellen Feld herausarbeitet bzw. eliminiert.

Das Verhalten ist ähnlich, wenn die Mutter spricht. Wenn sie in dem Moment außerhalb des Blickfeldes des Babys ist und mit ihm spricht oder es ruft, dreht es sich nicht automatisch in die Richtung ihrer Stimme und es gibt kein Zeichen von Alarm oder Aufmerksamkeit. Der Bearbeitungsprozess hat wieder stattgefunden. Wenn wir in Betracht ziehen, dass beides, das visuelle Fixieren des menschlichen Antlitzes und das Reagieren auf den Klang der menschlichen Stimme, genetisch programmierte Verhaltensweisen sind, die der frühen Mutter-Kind-Beziehung dienlich sind, wie können wir dann eine Veränderung im Verhalten des Kleinkindes erklären, in welchem der Blick und das Gehör selektiv das Gesicht und die Stimme eben dieser Mutter in einer Form bearbeitet, die diesen Prozeß umkehrt? Um es einfacher auszudrücken: Es scheint, dass in der biologisch-sozialen Abfolge, in der die sensomotorischen Systeme um die Erfahrung mit einer Mutter, die füttert, reagiert, Bedürfnisse befriedigt, herum aktiviert und organisiert werden, die Wahrnehmung der Mutter für diese Kinder ein negativer Stimulus ist. Es ist auch eine Form der Abwehr, die vielleicht für sich gesehen zum biologischen Repertoire gehört und aktiviert wird, um die Wahrnehmung und – denkbar – einen schmerzhaften Affekt abzuwehren. Wenn die visuelle und auditive Registrierung dieser Wahrnehmung ausgeschaltet oder die Registrierung zum Schweigen gebracht wird, bleibt die damit einhergehende affektive Erfahrung schlummernd, d.h. sie wird nicht von der Wahrnehmung abgerufen.

Aber Vermeidung, die gegen äußere „Gefahren“ schützt, kann nicht schützen vor dringenden somatischen Bedürfnissen. Was passiert mit diesen Babys, wenn sie Notsituationen und innere Verzweiflung erleben und nicht von einer Mutter oder irgendeiner Person ihrer Umgebung Bedürfnisbefriedigung und Hilfe erfahren?

Dieselben Babys, die ihre Mütter vermeiden, zeigen eine andere Seite der Geschichte in Verzweiflungssituationen. Hunger, Einsamkeit, Veränderungen der Zustände, ein plötzliches Geräusch oder ein Stimulus, der nicht einmal identifiziert werden kann, kann Zustände der Hilflosigkeit und der Desorientierung in diesen Babys auslösen, begleitet von Schreien und Umsichschlagen, eine Raserei (Wahnsinn), welche an Kraft zunimmt, bis sie einen Höhepunkt erreicht und die dann in Erschöpfung endet. Es ist sozusagen ein Schrei in der Wildnis, da dem Baby kein Trost angeboten wird und es auch selbst keinen sucht. In diesen extremen Situationen haben wir Babys gesehen, die sich nie zu ihren Müttern wandten.

Es scheint logisch anzunehmen, dass die schreienden Babys, die ich beschreibe, solch unwahrscheinliche Nöte erleben, dass der Schmerz unerträgliche Ausmaße erreicht. Manchmal haben die Eltern uns sogar berichtet, dass das Lamentieren und Schreien nach einer gewissen Zeit abrupt aufhört, was nach ihrer Ansicht bedeutet, daß das Baby ihnen etwas „vormacht“. Das tut es natürlich nicht. Das Verhalten läßt vielmehr vermuten, dass bei einem unerträglichen Ausmaß ein Abschaltmechanismus einsetzt, der dazu dient, die Erfahrung unerträglichen Schmerzes aus dem Gedächtnis auszulöschen. Analogien zu unerträglichen körperlichen Schmerzen fallen einem sofort ein.

Das Bild der schreienden Babys stellt Hilflosigkeit in höchster Notlage dar. Kaufmann (1977), der das biologische Reaktionsmuster bei Affenbabys und menschlichen Babys untersucht hat, sagt: „Im allerersten Stadium des Lebens passiert die Reaktion auf Gefahr automatisch und besteht aus zwei aufeinander folgenden, genetisch vorprogrammierten biologischen Reaktionsmustern, nämlich zunächst „Flucht – Kampf“ (flight – fight) und dann „Standhalten – Rückzug“ (conservation – withdrawal). Hier zitiert Kaufmann Engels Gebrauch von „Standhalten – Rückzug“. „Beide werden hervorgerufen durch den Zustand, in dem das Baby hilflos ist angesichts einer ‚Gefahr‘, die eine Bedrohung seines funktionalen Status darstellt“ (S. 16f.). Kaufmann sieht diese biologischen Reaktionssysteme als Vorläufer von psychobiologischer Angst- und Depressionszuständen.

Was wir bei den Babys sehen, die ich beschrieben habe, sind bestimmte Verhaltensweisen, die zum biologischen Reaktionssystem gehören und andere, die zum psychobiologischen System gehören (von Kaufmann gut erklärt). In der Notsituation biologischer Hilflosigkeit benutzt das schreiende Baby in seinem aufgeregten Protest „Flucht – Kampf“-Reaktionen, denen „Standhalten – Rückzug“-Reaktionen folgen. Es gibt keine Abwehr von zwingenden Bedürfniszuständen. Aber dasselbe Baby, das hilflos um sich schlägt in extremer innerer Verzweiflung, findet eine Form der Abwehr, die es stärkt angesichts von objektiver Gefahr während eines Großteils seiner Wachphasen. Eine dieser Formen der Abwehr ist die Vermeidung der Mutter. Vermeidung gehört zu einem psychobiologischen System. Vermeidung hat kognitive Bedeutung (Schneirla 1959). Zu „vermeiden“ bedeutet, dass das Baby die Person der Mutter assoziiert mit einer Bedrohung seines Funktionierens. Da ist ein Anteil erwarteter, vorausgeahnter Gefahr in der Vermeidung, und da diese Vorausahnung auf Erfahrung basiert und nicht länger nur eine instinktive Reaktion ist, beobachten wir eine Form von Abwehr, die von Signalangst Gebrauch zu machen scheint. Es ist von erheblicher Bedeutung, dass diese frühe Form der Abwehr auch dazu dient, schmerzhaft Gefühle abzuwehren. Wenn das Baby in selektiver Art und Weise Gesicht und Stimme der Mutter in seiner Erfahrung bearbeitet, wird es in seiner Wachzeit nicht so unerträglich oft der Angst begegnen.

In den Vermeidungsmustern, die es der Mutter gegenüber zeigt, denke ich, ist es sinnvoll, anzunehmen, dass die Wahrnehmung der Mutter verbunden wird mit Schmerz; dass ihr Gesicht, ihre Stimme – würde beides registriert – schmerzhaft Affekte hervorrufen. Dieses Niveau von erkennendem Gedächtnis oder assoziierendem Gedächtnis ist im Repertoire eines Babys im Alter von drei bis sieben Monaten vorhanden. Was bemerkenswert ist, dass ein Baby diesen Alters die Ziele des biologi-

schen Repertoires von signalisierenden Verhaltensweisen (Blick, Lächeln, Vokalisierungen, motorisches Näherkommen) umkehren kann, um die Mutter zu vermeiden, und dass die Wahrnehmung selbst in den frühen Lebensmonaten in einem Konflikt gefangen ist, so dass die Registrierung selektiv dicht zu machen scheint. Wir wollen natürlich nicht von einer Form von Verdrängung im Babyalter sprechen, aber der Mechanismus mit welchem die Wahrnehmung eines schmerzhaften Stimulus im Bewußtsein vernichtet wird, dürfte schon früh in der Entwicklung vorhanden sein.

4 Erstarren (freezing)

Im Zusammenhang mit biologischer Hilflosigkeit wurde ein Verhalten beobachtet, dass ich „Erstarren“ genannt habe. Es hat eine leicht erkennbare Entsprechung in der Psychologie der Menschen und der Tiere in Situationen, in denen man extremer Gefahr ausgesetzt ist. Das Verhalten ist eine vollständige Bewegungslosigkeit, ein Erstarren in der körperlichen Haltung, der Bewegungsfähigkeit, der Artikulation. Bei den Baby unserer Studie wurde dies schon im Alter von fünf Monaten beobachtet, unter Umständen, die objektiv zuträglich sind, aus der Sicht des Beobachters. Es kann auftreten, wenn sich das Baby in einer ihm fremden Situation befindet, wie z.B. im Spielzimmer des Büros.

Mary, fünf Monate alt, erstarrt bei ihrem ersten Besuch im Büro. Ihre Mutter stützt sie auf der Couch und Mary sitzt dort mit starren Augen und unbeweglich für mehr als zwanzig Minuten. Marys Mutter ist anwesend, aber sie ist keine Beschützerin und das Baby schaut nicht zu ihr, um wieder nach ihrer Beruhigung zu suchen durch ihre Berührung oder ihre Stimme. Sie reagiert nicht auf die taktvollen Annäherungsversuche des Therapeuten, der die Angst lindern will. Normalerweise suchen Kinder im Alter von fünf Monaten in fremder Umgebung zunächst einmal die Nähe der Mutter, finden wieder Beruhigung durch die Mutter, mustern den fremden Raum und die fremden Personen mit Interesse und dann, da sie sich geschützt fühlen, reagieren sie nach und nach auf sozialen Austausch mit dem Fremden und beginnen ihn sogar selbst. Aber Mary blieb für unerträglich lange Zeit erstarrt auf ihrem Platz und starrte in die Luft. Ungefähr nachdem die Hälfte dieser Beobachtungssitzung vorbei ist und ein Tester ihr ein Spielzeug zeigt, macht Mary einen halbherzigen Versuch, einen roten Ring zu berühren, dann ein Bauklötzchen zu halten und plötzlich fängt sie an zu weinen. Mit dem ersten Aufschrei kommt ein motorischer Kollaps, Starrheit macht einer desorganisierten Bewegung Platz, das Weinen wird ein Schreien und das Schreien eskaliert zu einem klagenden Heulen, das fünf Minuten andauert. In dieser Zeit scheint die Persönlichkeit des Kindes vor unseren Augen zu zerfallen. Es scheint seine Umgebung nicht wahrzunehmen. Es sucht keinen Trost bei seiner Mutter; es schaut nie zu ihr, obwohl es auf dem Schoß der Mutter sitzt. Die Mutter macht während dieser Phase der Heulens eine schwache Geste, um ihr Baby zu beruhigen, gibt auf und starrt in die Luft. Wir tun die Dinge, die wir als Therapeuten tun können, um die Situation etwas zu erleichtern.

Diese Sequenz zeigt die andere Seite des „Erstarrens“. Unbeweglichkeit ist eine biologische Form der Abwehr in Situationen von größter Gefahr. Ihre Nützlichkeit als eine Form der Abwehr hat sich jedoch wahrscheinlich erschöpft unter Bedingungen von chronischem, unvermindertem Stress. Wenn man Unbeweglichkeit über eine gewisse Zeit aufrecht erhalten will, muss man mit physischen Schmerzen zahlen

und die Spannungen zwischen den biologischen Systemen, die äußere Gefahr abwehren und den Systemen, die inneren Stress regulieren, können nicht aufgelöst werden. Beide Systeme brechen zusammen und das Kleinkind erliegt einem Zustand totaler Desorganisation.

Cindy, die zum ersten Mal im Alter von 16 Monaten dem Interventionsteam vorgestellt wurde, kann eine erstarrte Position über eine außergewöhnlich lange Zeit aufrechterhalten. Cindy ist ein Kind in der Gruppe, das ihre Mutter nicht vermeidet. Sie klammert sich in stummem Entsetzen an ihre Mutter. Als wir sie zum ersten Mal in einer Tageseinrichtung besuchen, steht sie neben ihrem Kinderbett, starr, mit einem unbeweglichen Blick und einem Gesicht, das keine Emotionen zeigt. Sie bleibt vierzig Minuten lang in dieser steifen Haltung, blind gegen ihre Umgebung und die gelegentlichen Versuche der Betreuer, Cindy zu zerstreuen oder zur Bewegung zu verlocken.

Cindys Mutter ist heroinabhängig. Zu Hause ist Cindy Zeuge von Brutalitäten, ausgeübt von Männern, die Freunde oder Liebhaber der Mutter sind. Cindy lebt in einem Haushalt, in dem oft alle unter Drogen stehen, wenn sie aufwacht, und sie versucht dann verzweifelt, ihre Mutter zu wecken. Manchmal vergisst ihre Mutter, sie bei der Tageskrippe abzuholen. Cindy klammert sich in stummem Entsetzen an ihre Mutter, wie wir bei den anfänglichen Beobachtungen in unserem Büro sehen konnten.

Dann – wie wir auch schon vorher bei Mary gesehen hatten, bricht Cindys Abwehr – Erstarren und Rückzug – zu einem gewissen Zeitpunkt plötzlich zusammen. Jetzt sehen wir die andere Seite der Abwehr bei diesem 16 Monate alten Kind. Cindy ist zu Hause, als sie Lärm hört, der aus dem Erdgeschoss kommt. Sie ist furchtbar erschrocken. Sie schreit, schlägt wild um sich, fängt an ihre Mutter mit Fäusten zu bearbeiten und rennt schließlich zur Toilette, um sich zu verstecken. Während dieser Angstattacke kann sie die Beruhigungsversuche der Mutter nicht hören; sie scheint den Kontakt zur Realität verloren zu haben. Auch wir werden Zeugen solcher Panikzustände bei Cindy. Manchmal scheint sich ihre Persönlichkeit – wie auch Marys – vor unseren Augen aufzulösen bzw. zu desintegrieren.

Cindys dürftiges Repertoire an Formen von Abwehr schließt im Alter von 16 Monaten „Kämpfen“ ein (fighting). Weiter fortgeschritten in der Entwicklung der Motorik und der Triebe als die fünfmonatige Mary, kann Cindy manchmal auf die Person, die für sie eine Gefahr darstellt oder irgendeinen erreichbaren Gegenstand, der dann zum Ziel wird, einschlagen. In dem elementaren Schema der Abwehr kann Cindy flüchten durch Erstarren oder Rückzug, oder sie kann kämpfen – wenigstens für kurze Zeit – mit solch wirkungslosen Bewegungen wie ich sie beschrieben habe. Am Ende ist es dann doch sicherer, sich in der Toilette zu verstecken.

5 Kämpfen (fighting)

Dies bringt uns zu Überlegungen über eine Gruppe von Kindern, die uns im zweiten Lebensjahr auf Grund von ernsten Verhaltensproblemen für unser Programm empfohlen wurden. Es sind ebenfalls Kinder, die ihre Mütter vermeiden, aber niemand spricht von ihnen als vermeidende Kinder. Sie werden uns von ihren Eltern unterschiedlich beschrieben als „kleine Monster“ oder „terrorisierend“ oder „stur“, „gemein“, „verwöhnt“ und oft werden sie mit dem Etikett „hyperaktiv“ versehen, was sich als falsch erweist.

Viele Jahre lang haben die Kliniker diese Kinder für „undiszipliniert“ gehalten, für das Produkt von Laissez-faire-Erziehung und inkonsequenter Disziplin. Nach dieser Diagnose war die empfohlene Behandlung „Disziplin“, „Festigkeit“, „klarmachen, wer der Boss ist.“ Ich denke schon, dass wahrscheinlich viele dieser Kinder das Produkt von „laxer“ Disziplin sind, aber die Kinder, die ich beschreiben werde, sollten sorgfältig von diesen „verzogenen“ Kindern unterschieden werden. Diesen Unterschied können wir nur erkennen, wenn wir die Kinder in ihrer häuslichen Umgebung beobachten können.

Eine Reihe dieser Kleinkinder boten ein fesselndes klinisches Bild. Sie waren alle tagsüber „kleine Monster“ und nachts völlig verängstigte Kinder, die in akuter Angst wach wurden und nicht wieder einschlafen konnten und auch nicht getröstet werden konnten. Ein klinischer Beobachter konnte beide Bilder – das des kleinen Monsters und das des verängstigten Kindes – in sich abwechselnder Reihenfolge einfangen.

Joshua, 13 Monate alt, bietet seinem Therapeuten einen guten Eindruck von beidem. Er ist seiner Mutter gegenüber störrisch, negativ und provozierend und er kämpft gegen sie mit all seiner Kraft, wenn sie ihn mit ihren Forderungen provoziert. Wenn er den Kampf gegen den stärkeren Gegner aufgeben muß, bekommt Joshua einen heftigen Wutanfall. Er wirft sich auf den Boden, schreit und schlägt um sich. Die Schreie werden zu Schluchzern und Tränen strömen über sein Gesicht. Weder seine Mutter noch der Therapeut können zu ihm durchdringen. Er ist völlig unerreichbar. Der Therapeut hat festgehalten, dass es manchmal bis zu zehn Minuten dauerte, Joshua aus diesem Zustand herauszubringen. Danach war Joshua erschöpft, zitterig und schweißnass.

Was wir gesehen haben, kann richtigerweise als „desintegrativer Zustand“ (disintegrative state) bezeichnet werden. Aber wie passt dies zu dem Bild von Joshua nachts? Seine Eltern beklagen, dass er nachts über Stunden wach ist. Er wacht schreiend vor Angst auf. Wo ist die Angst in seinem Verhalten tagsüber? Sie ist da, erscheint aber so flüchtig, dass nur ein ausgebildeter Kliniker sie erkennen kann. Es gibt einen Moment vor jeder dieser Kampfsituationen mit der Mutter, in dem Angst auf Joshuas Gesicht erscheint – nur für einen Moment. Dann verschwindet jede Spur von Angst aus seinem Gesicht, und er fängt an zu kämpfen. Wenn dieses Mittel versagt, beginnt der Wutanfall und damit erscheinen auch die Anzeichen für einen desintegrativen Zustand.

Wir denken gewöhnlich, wenn wir von „Kämpfen“ reden, nicht an Abwehr, ganz sicher nicht an Abwehr des Ichs. Kämpfen kommt in unserer Theorie der Abwehr hauptsächlich vor, wenn sie zu einer komplexen und komplizierten Form von Ich-Abwehr geworden ist, als „Identifikation mit dem Aggressor“. Aber in dem Lebensabschnitt, in dem es noch kein Ich gibt – und Abwehr entspringt in großem Umfang einem biologischen Repertoire –, müssen wir aufmerksam sein beim Auftreten von Kämpfen als einer Form der Abwehr. Wie diese Abwehr später zu einer Ich-Abwehr wird, kann durch unsere Studie nicht beantwortet werden. Ich würde jedoch vorschlagen, dass das, was wir bei Joshua und anderen Kindern dieses Alters beobachten, nahelegt, dass lange bevor wir von Identifikation oder „Identifikation mit dem Aggressor“ sprechen können, Kämpfen als Abwehr in frühester Kindheit in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftritt, die pathologischen Formen, die ich beschrieben habe, eingeschlossen. Mir scheint, dass Joshua nicht bloß aus Angst mit

seiner Mutter kämpft; er kämpft auch gegen die Gefahr der Hilflosigkeit und der Ich- Auflösung. Gefühle, die extreme Gefahr begleiten. Die desintegrativen Zustände, die ich bei Joshua und anderen Kindern beschrieben habe, müssen schon an sich eine extreme Gefahr bedeuten.

Ich sollte erwähnen, dass wir für jedes dieser Kinder, die diese Form einer ernsten Verhaltensstörung und desintegrativer Zustände zeigten, eine bedeutsame positive Veränderung erreichen konnten. In jedem Fall halfen wir den Eltern zu erkennen, dass es Angst war, die das „Monsterverhalten“ und die Wutanfälle auslöste, und als wir mit der Angst als Angst umgehen konnten, verschwand das pathologische Verhalten. Es versteht sich von selbst, dass dies Kinder mit sehr schweren Störungen in Objektbeziehungen waren – die Kinder, die ihre Mütter unter allen Umständen vermieden –, und dass unsere Arbeit auch direkt darauf abzielen musste, die Beziehungen zu den Eltern zu stärken, während wir gleichzeitig die riesengroße Angst der Kinder behandelten.

6 Transformationen von Affekten

Wenn wir der chronologischen Abfolge meiner Aufzeichnungen folgen, kommen wir zu einer Gruppe von Verhaltensweisen, die zum ersten Mal im Alter von neun bis 16 Monaten auftreten und die Affekttransformationen offenbaren.

Billy wurde uns im Alter von fünf Monaten überwiesen mit der Diagnose Gedeihsschwäche. Organische Ursachen dafür gab es nicht. Er war zu der Zeit eines der Babys, das seine Mutter beständig vermied. Er war ein hungerndes, einsames Baby, das Kind einer deprimierten 17-jährigen Mutter. Im Zeitraum von fünf bis neun Monaten brachte unsere Arbeit mit Billy und seiner Familie eine Reihe von positiven Erfolgen. Billy nahm beständig zu und er fing an, seiner Mutter gegenüber ein unterscheidendes und bevorzugendes Verhalten zu zeigen. Auf dem Band, das im Alter von neun Monaten aufgenommen wurde, sieht man wie Billy im Arm seiner Mutter die Flasche bekommt. Der Anfang dieser Sequenz scheint unauffällig; Billy saugt zufrieden, seine Mutter schaut ihn liebevoll an; er zeigt weniger Blickvermeidung als wir früher beobachtet hatten. Dann, plötzlich, beginnt die Mutter, ihn zu necken. Sie sagt, „schau, Billy“ und nimmt die Flasche aus seinem Mund, hält sie hoch, wirft ihren Kopf zurück und lässt ein paar Tropfen Milch in ihren eigenen Mund fallen. Und Billy beginnt unglaublicherweise zu lachen und strampelt vor Aufregung. Es ist in der Tat das erste Mal, das wir überhaupt Freude auf dem Gesicht des Kindes gesehen haben. Die Mutter gibt Billy die Flasche zurück, und er saugt zufrieden weiter. Dann, zu unserem Erstaunen, nimmt die Mutter nach einiger Zeit die Flasche wieder aus Billys Mund und beginnt das Spiel von vorn. Wieder beobachten wir Frohlocken und Lachen und motorische Aufgeregtheit beim Baby als es mitmacht beim Spiel seiner Mutter. Dieses Spiel wird im Verlauf der Fütterung sechs Mal wiederholt. Es ist unerträglich, es zu beobachten. Wir alle wünschten, die Kamera würde aufhören aufzunehmen.

Billy ist ein Baby, das ein williger und enthusiastischer Partner in einem sadomasochistischen Spiel mit der Mutter geworden ist. Ein hungriges Baby, eines, das in frühen Monaten Hunger gelitten hat, hat ein zwingendes biologisches Bedürfnis modifiziert für ein Ziel, das man mit einiger Ironie „sozial“ nennen könnte. Schmerzhaft Gefühle, die wie wir annehmen müssen, ungestillten Hunger begleiten, werden umgewandelt in Gefühle von Freude. Warum zeigt dieses Baby nicht Angst oder protestiert, wenn ihm die Flasche aus dem Mund genommen wird?

Ein Baby, das einmal großen Hunger und die chronische Angst, dass dieser Hunger nicht gestillt wird, erlebt hat, würde nach unseren Vorstellungen das letzte Kind sein, das in einem neckenden Spiel, in dem ihm von der Mutter die Flasche aus dem Mund genommen wird, kooperiert. Irgendwo muss da Angst sein, wenigstens ein Moment der Besorgnis, aber ich sehe nichts davon in seinem Gesicht. Statt dessen sehe ich eine Art von aufgeregter Erwartung. Ist es denkbar, dass es einen flüchtigen Moment der Angst gibt mit der Erwartung des Verlusts der Flasche und dass das Spielritual, das immer mit der Rückgabe der Flasche endet, die Erwartung, dass dem Verlust die Rückgabe folgt, formalisiert? Angst würde dann modifiziert durch vorweggenommene Freude, die sozialen Aspekte des Spiels würden ihren eigenen Zuwachs an Freude hinzufügen. In Billys Fall ist es einfacher, die Affekttransformationen zu beschreiben, als sie zu erklären. Für den Moment mag es genügen festzuhalten, dass Affekttransformationen schon bei Kindern beobachtet werden können, die erst neun Monate alt sind, lange bevor wir von einem Ich sprechen und lange bevor wir von Verdrängung sprechen können. Im Folgenden noch andere Beispiele.

Wir können die Geschichte von Billy und seiner Mutter nicht verlassen, ohne hinzuzufügen, dass wir als Psychotherapeuten schnell reagieren und das krankhafte Muster, das wir auftreten sahen, auflösen konnten. Durch die Arbeit mit der Mutter erfuhren wir, dass Kathy eine sadomasochistische Beziehung mit ihrem Baby wiederholte, die mit Erfahrungen im Zusammenhang mit der Geburt einer jüngeren Schwester standen. Kathy war fünf Jahre alt, als ihre Schwester geboren wurde. Als wir Kathy halfen, die Verbindungen zwischen Billy und jenem ersten Baby, das in ihr Leben eindrang zu sehen, hörte dieses Spiel auf.

Ungefähr mit dem Beginn des zweiten Lebensjahres beginnen die Beispiele für Affekttransformationen sich in unseren Aufzeichnungen zu häufen. Im Alter von 13 Monaten reagiert Greg auf die schrille und bedrohliche Stimme seiner Mutter mit einem albernen Lachen. Dies ist ein Kind, das noch vor wenigen Wochen aus Angst schrie, wenn es diese Stimme hörte. Ebenfalls im Alter von 13 Monaten lief Joshua, wenn er sich von seiner Mutter bedroht fühlte, albern herum und lachte teuflisch. Einmal, als seine Mutter einen Ball warf, der seine Genitalien traf, zuckte er zusammen, lachte dann und seine Therapeutin, die in ihren Aufzeichnungen nach Worten suchte, sagte: „Er lachte mit einer fast schmerzhaften Freude.“ Im Alter von sechzehn Monaten lässt Betty sich auf listige Wettkämpfe mit ihrer Mutter ein, in denen aggressive Absicht maskiert ist durch Lächeln mit zusammengebißenen Zähnen. Wenn sie Spielzeug durch die Gegend wirft oder schießt vor Ärger, lacht sie, und ihr Lachen hat eine alberne theatralische Qualität.

In jedem dieser Fälle mußten wir sehr genau nach der Angst, die das Lachen auslöst, suchen. Es kann manchmal festgehalten werden in einem flüchtigen Moment bevor die Transformation stattfindet. Aber für jedes dieser Kinder ist chronische und starke Angst seit den ersten Lebenswochen Teil ihres täglichen Lebens gewesen. Das theatralische Lachen und das dümmliche Grinsen im Gesicht sind höchstwahrscheinlich Abwehr unerträglicher Angst, aber wie die Transformation erreicht wird, ist nicht so gut erklärt. Ich sehe das so, dass wir auch das hysterische Lachen in späterer Kindheit oder im Erwachsenenleben nicht besonders gut verstehen. Was wir jedoch gesehen haben ist, dass eine Form der Abwehr, die „Abwehrmechanismen“

– die wir als eine Ich-Abwehr verstehen –, sehr nahe kommt, in der Kindheit schon im frühen Alter von neun Monaten auftreten kann, wie wir bei Billy gesehen haben und die auch häufig bei einer klinischen Population von Kleinkindern im zweiten Lebensjahr beobachtet werden kann.

Auch Kummer kann durch Konflikte in der frühen Kindheit transformiert werden, und wir haben zumindest ein Beispiel eines Symptoms, das sehr stark einem Tic ähnelt. Cindy, 16 Monate alt, die über lange Zeit in einer unbeweglichen Haltung verbleibt, ihr Gesicht freud- und ausdruckslos, hat eine stereotype Art und Weise, sich die Augen zu reiben. Ohne sichtbare Emotion bewegt sich ihre Hand zum Auge, reibt das Auge in einer Pantomime unterdrückter Tränen. Aber da sind natürlich keine Tränen, da hat es sicher schon lange keine Tränen des Kummers mehr gegeben, betrachtet man Cindys kurzes Leben. Sie darf nicht weinen. Nachdem sie von ihrer Mutter und von Betreuerinnen ausgeschimpft worden war, weil sie weinte (sie verhalte sich wie ein Baby, sagten sie), kann Cindy keine Kummertränen mehr weinen. Jeden Morgen, wenn ihre Mutter sich morgens im Kinderhort von ihr verabschiedet, ist Cindy ruhig und hat trockene Augen, dann nimmt sie vor ihrem Kinderbett ihre starre Haltung an. Das stereotype Augenreiben, so müssen wir annehmen, findet statt, wenn das Gefühl des Kummers gerade registriert wird. Es wird unterdrückt oder vielleicht verdrängt, bevor eine bewußte Registrierung erfolgt und das motorische Muster des Augenreibens, des Aufhaltens der Tränenflut wird ausgeführt als ein Anzeichen für die Erfahrung von Kummer. Aber jetzt gibt es keine Tränen.

7 Die Umkehrung

Das Richten der Aggression gegen die eigene Person fesselt unsere Aufmerksamkeit im zweiten Jahr, beginnend in unseren Aufzeichnungen von ungefähr 13 Monate alten Kindern. Das heißt nicht, dass solche Erscheinungen nicht schon früher auftreten können. Spitz (1965) beschrieb erst acht Monate alte Kinder in einem Waisenhaus, die sich selbst verletzten.

In unseren Aufzeichnungen sehen wir Betty, wie sie im Alter von 16 Monaten bei einem Wutanfall immer wieder mit dem Kopf auf den Boden schlägt. Sie scheint keinen Schmerz zu empfinden. Joshua ist mit 13 Monaten gedankenlos, tollkühn, klettert in gefährliche Höhen und fällt, rennt albern herum und läuft gegen Möbel, und wenn man zu ihm rennen will, um ihn zu trösten, sieht er – wenn es hoch kommt – ein wenig mitgenommen aus, aber er scheint keine Schmerzen zu haben. In der Tat ist für Joshua und für Betty die Schwelle für Schmerz so hoch, dass nur ein Unfall von erheblichem Ausmaß einen Schrei hervorruft oder eine Reaktion, die wir als Beobachter für angemessen halten könnten aufgrund unserer Einschätzung von dem Ausmaß des Schmerzes. Ein normales Kind würde, nachdem es seinen Kopf gegen den Boden oder ein Möbelstück geschlagen hätte, vor Schmerz schreien und könnte viele Minuten lang auch nicht von seiner Mutter getröstet werden. Aber Betty und Joshua können ein hohes Maß an Schmerz ertragen, ohne mit der Wimper zu zucken. Und diese beiden Kinder drehen sich nie erwartungsvoll ihren Müttern zu, damit diese sie

trösten. Es ist überhaupt nicht einfach zu erklären, wie ein Kind von 13 oder 16 Monaten Aggression gegen sich selbst richten kann. Es gibt eine einfache Erklärung, die wir untersuchen können, aber wenn wir das Problem weiter verfolgen, wird es immer komplexer. Die einfache Erklärung ist, dass die Angst des Kindes vor einem Elternteil und vor der elterlichen Reaktion den Ausdruck der Aggression diesem Elternteil gegenüber hemmt. Aggression wird dann gegen das Ich gerichtet. Aber Schmerz sollte dann die gegen das Selbst gerichtete Aggression stoppen. Es sollte so sein, aber das nächste Rätsel taucht auf, wenn wir in unseren Beobachtungen sehen, dass diese Kinder bei diesen sich selbst zugefügten Verletzungen keinen Schmerz zu spüren scheinen oder jedenfalls erst dann, wenn der Schmerz eine sehr hohe Hemmschwelle überschreitet. Also sind wir wieder bei unseren unbeantworteten Fragen zum Schmerz und der biologischen Abwehr unerträglicher Schmerzen, den Verdrängungsmechanismen, die uns im Verlauf unserer Studie über Kinder, die abweichendes Verhalten zeigen, an jedem Wendepunkt zu begegnen scheinen.

Besteht die Möglichkeit eines biologischen Fehlers, der bei diesen Kindern die Wahrnehmung von Schmerz beeinflusst? Ich denke nicht. Wenn unsere therapeutische Arbeit erfolgreich die Angst behandelt, wenn die Eltern bei Gefahr zu Beschützern werden, fangen diese Kinder an, wie normale Kinder auszusehen. Aggression wird auf normale Art und Weise abreagiert, sie wird modifiziert im Dienst der elterlichen Liebe, sie richtet sich nicht mehr gegen das Selbst, und Schmerz wird in einem Ausmaß erfahren, das den Umständen angemessen ist. Wenn Joshua jetzt, wo er aufgrund unserer Arbeit Sicherheit und Zuneigung von der Mutter erfährt, fällt oder sich stößt, weint oder schreit er, wie wir es normalerweise erwarten und läuft zu seiner Mutter, um getröstet zu werden.

Ich will bei diesem Bild die Schmerzkomponente nicht auf Kosten der triebhaften Wechselfälle (*drive vicissitudes*) überbetonen. Ich möchte sie nur einbeziehen, denn sie bedarf einer Erklärung. Aber wenn wir nun das umfassendere Bild dieser pathologischen Beziehungen zwischen Babys und Eltern untersuchen, scheint es, dass die abweichende Entwicklung der Objektbeziehungen, die bei jedem Fall festgestellt werden, in enger Beziehung steht zu dem abweichenden Verlauf des Aggressionstriebes, der in diesen Fällen ganz klar mit dem Beginn des zweiten Lebensjahres zu beobachten ist. Das ist keine Überraschung. Die Wechselbeziehung dieser beiden Triebe ist seit vielen Jahren ein Lehrsatz der Psychoanalyse. Aggression wird im Lauf der Entwicklung des Kindes normalerweise modifiziert durch die Liebe des Kindes zur Mutter. Hier zeigt sich auch das biologische Muster, denn bei jeder Spezies, die starke soziale Bindungen entwickelt, wird Aggression vom Partner weggeleitet durch Rituale, die die Bindungen erhalten (Lorenz 1963). Es ist von einigem Interesse, dass abweichende Formen von Aggression, Selbstverletzung und Selbstverstümmelung eingeschlossen, bei Affen beobachtet wurden, die in Experimenten der mütterlichen Fürsorge und der Sozialisation beraubt worden waren (Harlow u. Harlow 1965).

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass ich eine Gruppe von pathologischen Abwehrformen bei Kindern im Alter von drei bis 18 Monaten identifiziert habe, die, glaube ich, nur bei Babys auftreten, die in extremem Ausmaß Gefahr und Deprivation erleben. Die frühen Formen der Abwehr, „Vermeidung“, „Erstarren“ und „Kämpfen“ werden offenbar von einem biologischen Repertoire abgerufen nach

dem Modell „Flucht oder Kampf“. Das menschliche Baby hat natürlich weniger „kämpfende“ Fähigkeiten bis es ungefähr im Alter von einem Jahr motorisch entsprechend fortgeschritten ist und die dazu gehörende Triebprogression hervortritt. Die Formen von Vermeidung, die ich beschrieben habe bei diesen Kleinkindern, die so große Entbehrungen erlebt haben, wenden einen „Ausblendemechanismus“ (cut-off mechanism) bei der Wahrnehmung an, der selektiv Gesicht und Stimme der Mutter ausklammert und offenbar dazu dient, schmerzhaft Gefühle abzuwehren. Ich habe vorgeschlagen, dass diese elementare Form der Abwehr gegen die Wahrnehmung eines schmerzhaften Stimulus verwandt sein könnte mit Formen der Abwehr, die später in der Ich-Organisation angewendet werden, wenn Verdrängung und jene zusammengesetzten Formen der Abwehr, die sich der Verdrängung bedienen, die Wahrnehmung eines schmerzhaften Stimulus an der Schwelle zum Bewusstsein ausschließen. Die Affekttransformationen, die ich beschrieben habe bei Kindern in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres, zeigen uns, dass lange bevor sich ein Ich ausgebildet hat, Schmerz in Freude umgewandelt werden (wie bei Billy) und Schmerz aus dem Bewusstsein getilgt werden kann, während ein Symptom wie Cindys Augenreiben an die Stelle des ursprünglichen Konflikts tritt. Der abweichende Verlauf der Aggression bei diesen Kindern, die Entbehrungen und Gefährdungen ausgesetzt sind, wird zu Beginn des zweiten Lebensjahres sichtbar, wenn die Aggression sich in einem Moment in wilden Ausbrüchen entlädt und sich in einem anderen Moment in Form von Selbstverletzung wieder gegen das Selbst richtet. Und schließlich ist unsere Aufmerksamkeit gerichtet auf das Bild des Kindes, wenn diese Abwehr versagt, angesichts der furchtbaren Aufgabe sich zu verteidigen ohne Beschützer. Ich habe desintegrative Zustände beschrieben, in denen das Kind wild um sich schlägt, schreit und sichtlich nicht mehr in Verbindung mit seiner Umwelt ist.

Die Frage wie diese pathologischen Formen der Abwehr in der frühen Kindheit sich zu späteren Abwehrformen und Abwehrmechanismen entwickeln, kann durch meine Arbeit nicht beantwortet werden. Da wir bei jedem Fall intervenierten und unsere Arbeit im Großen und Ganzen erfolgreich war, können wir nicht wissen, wie der weitere Verlauf solcher Formen der Abwehr gewesen wäre, hätte es keine Veränderungen in der Umgebung gegeben. Was auch immer das Schicksal dieser Abwehrformen sein mag, wir als Kliniker werden ihm nicht freien Lauf lassen, wenn wir helfen können.

In dieser Untergruppe gelang es uns nur in zwei Fällen nicht, eine zufriedenstellende Mutter-Kind-Beziehung und Veränderungen in den Abwehrmustern zu erreichen. Ein Kind, Sandra, wurde nach sechsmonatiger erfolgloser Behandlung in unserem Programm für ein Pflegeheim empfohlen. Betty, das Kind einer schizophrenen Mutter, verblieb in ihrer bedenklichen Beziehung zur Mutter. Als Betty drei Jahre alt war, arrangierten wir für sie eine ambulante Behandlung in einem anderen Programm, und es tat uns weh zu sehen, dass die schwankenden Muster der Wut auf ihre Mutter und Aggression, die sich gegen ihren eigenen Körper richtet, nur neue Dimensionen in der Persönlichkeit erreicht hatten. Im Alter von zweieinhalb Jahren riß Betty an ihren Zehennägeln, bis sie bluteten und betrachtete dann die blutigen Teile mit distanzierendem Interesse. Es gab kein Anzeichen dafür, dass sie Schmerz erlitt. Das Lächeln, das im Alter von 16 Monaten eine feindliche Absicht begleitete, war jetzt als persönliche Eigenschaft verankert. Die Desorganisation der Persönlichkeit, die

wir im Alter von 16 Monaten beobachtet hatten, nahm nun im Alter von drei Jahren verhängnisvollere Formen an. Betty stellte in einer Spielsitzung, die mit einer Videokamera aufgezeichnet wurde, eine Mutter da, in der die Halluzinationen ihrer eigenen Mutter sich ihren Weg bahnten. Da die Stimmen der Bedrängten und die Stimmen der Bedränger in diesem bedrückenden Dialog mit Puppen zu Wort kamen, war es für die Beobachter nicht länger möglich, zu wissen, wann die Stimmen für die Mutter sprachen und wann für das Kind.

Die glücklicheren Geschichten sind die von den Babys und Eltern, die in der Lage waren in den kritischen Monaten und Jahren der frühen Kindheit von Hilfsangeboten zu profitieren. Die therapeutische Arbeit mit Babys und Eltern fand zu Hause statt. Wir wandten eine Art der Behandlung an, der die Prinzipien und Methoden der Psychoanalyse bekannt waren und eine Art Entwicklungsleitung für das Baby, die eng mit den psychotherapeutischen Methoden verbunden war. In jedem Fall beobachteten wir, dass die Arbeit im Bereich der Objektbeziehungen zentral war. Wir identifizierten die Hindernisse in der Mutter-Kind-Beziehung (in allen Fällen Wiederholungen der mütterlichen Vergangenheit) und wandten jene Methoden an, die die Babys von alten Konflikten befreien würden. Wir unterstützten, ermutigten und förderten jeden Aspekt einer positiven Beziehung zwischen Baby und Mutter, der während der Behandlung auftrat. Während sich die Bande zwischen Mutter und Baby entwickelten, und während die Mütter Beschützerinnen ihrer Babies wurden, verschwanden die pathologischen Formen der Abwehr bei diesen Babys.

Es bleiben die unbeantworteten Fragen in Bezug auf das Schicksal pathologischer Formen der Abwehr in der frühen Kindheit. Wir können nicht wissen, welchen Verlauf diese Formen der Abwehr genommen hätten, wenn eine Behandlung nicht stattgefunden hätte. Aber aus unserer Sicht als Psychoanalytiker bezeichnen wir dies als die glücklichste der unlösbaren Fragen der Forschung.

Literatur

- Adelson, E.; Fraiberg, S. (1974): Gross motor development in infants blind from birth *Child Devel.* 45: 114-126 (Nachdruck in Friedlander, B.Z.; Sterritt, G.M.; Kir, G.E. (Hg.): *Exceptional Infants*, Vol. 3: Assessment and Intervention. New York: Brunner/Mazel 1975, S. 63-83).
- Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Freud, A. (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defence*. New York: Int. Univ. Press, 1946.
- Freud, S. (1926): *Inhibitions, symptoms and anxiety*. S.E., 20.
- Harlow, H.F.; Harlow, M.F. (1965): The affectional systems. In: Schreir, A.M.; Harlow, H.F.; Stollnitz, F. (Hg.): *Behavior of Nonhuman Primates*, Vol. 2. New York: Academic Press, S. 287-334.
- Hartmann, H. (1950): Psychoanalyses and Developmental psychology. *Psychonanal. Study Child*, 5: 7-17.
- Kaufmann, J.C. (1977): Applicability of nonhuman research to psychoanalytic theory. Presented at a meeting of the American Association for the Advancement of Science, Denver (unveröfftl.).
- Lorenz, K. (1963): *On Aggression*. New York: Harcourt, Brace & World, 1966.
- Schneirla, T.C. (1959): An evolutionary and developmental theory of biphasic processes underlying approach and withdrawal. In: Jones, M.R. (Hg.): *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: Univ. Nebraska Press, S. 1-42.

- Spitz, R.A. (1945): Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early-childhood. *Psychonanal. Study Child* 1: 53-74.
- Spitz, R.A. (1961): Some early prototypes of ego defenses. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 9: 626-651
- Spitz, R.A.; Coblin, W.G. (1965): *The First Year of Life, A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York: Int. Univ. Press.
- Stern, D.N. (1974): Mother and infant at play: the dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In: Lewis, M.; Rosenblum, L.A. (Hg.): *The Effect of the Infant on Its Caregiver*. New York: Wiley-Interscience, S. 187-213.
- Wallerstein, R.S. (1976): *Psychoanalysis as a Science: Its Present Status and Its Future Tasks*. *Psychol. Issues, Monogr.* 36. New York: Int. Univ. Press.