

Donald W. Winnicott
Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse

Das Anliegen der Buchreihe BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert: Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturalistischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE
HERAUSGEGEBEN VON HANS-JÜRGEN WIRTH

Donald W. Winnicott

Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse

Aus dem Englischen von Gudrun Theusner-Stampa

Herausgegeben und mit einer Einführung von Jochen Stork

Für die Neuauflage komplett überarbeitet
und mit einem Nachwort von Thomas Aucter

Psychozial-Verlag

Die Originalausgabe, der die Beiträge dieses Bandes entnommen sind, ist unter dem Titel
Through Paediatrics to Psycho-Analysis 1958 im Verlag Tavistock, London erschienen.

Copyright © 1984 The Winnicott Trust

Published by arrangement with Paterson Marsh Ltd

Alle Rechte an der Übertragung ins Deutsche bei Kindler Verlag GmbH,
Reinbek bei Hamburg

Kapitel 11 »Rückzug und Regression« aus D. W. Winnicott: *Bruchstück einer Psychoanalyse*. Aus dem Englischen von Ursula von Goldacker-Pohlmann.

© 1972 D. W. Winnicott by arrangement with Mark Paterson. In: *Blick in die analytische Praxis* (S. 229–242). Klett-Cotta, Stuttgart 1996

Kapitel 13 »Die antisoziale Tendenz« aus D. W. Winnicott: *Aggression. Versagen der Umwelt und antisoziale Tendenz* (S. 157–171). Aus dem Englischen von Ursula von Goldacker-Pohlmann. © 1984 by the Winnicott Trust by arrangement with Mark Paterson. Klett-Cotta, Stuttgart 1988

Kapitel 17 »Übergangsobjekte und Übergangsphänomene« aus D. W. Winnicott: *Vom Spiel zur Kreativität* (S. 10–36). Aus dem Englischen von Michael Ermann. © 1971 by D. W. Winnicott. Klett-Cotta, Stuttgart 1974.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2. Auflage 2020

der vollständig überarbeiteten und erweiterte Neuausgabe 2008
der Ausgabe von 1976 (Kindler).

© 2020 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Ferdinand Hodler, *Blumenpflückendes Mädchen*, nach 1887

Umschlaggestaltung nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-2990-4

Inhalt

Versuch einer Einführung in das Werk von D.W. Winnicott	9
Vorwort des Autors	27
I. Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation	29
Das Verhalten des Säuglings	30
Abweichungen vom Normalen	34
Die Anwendung der Technik am Beispiel einer Falldarstellung	34
Erörterung der Theorie	38
Vollständige Erlebnisse	46
Eine Anmerkung zum dritten Stadium	47
Zusammenfassung	49
II. Die primitive Gefühlsentwicklung	51
Frühe Entwicklungsprozesse	56
Dissoziation	59
Realitätsanpassung	60
Primitive Erbarmungslosigkeit (das Stadium vor der Besorgnis)	63
Primitive Vergeltung	64
Zusammenfassung	65
III. Hass in der Gegenübertragung	67

IV.	Die Beziehung zwischen Aggression und Gefühlsentwicklung	79
	I. Beitrag zum Symposium	79
	II. Sehr frühe Wurzeln der Aggression	86
	III. Die äußere Natur von Objekten	91
V.	Psychosen und Kinderpflege	97
	Primitive Stadien der emotionalen Entwicklung	99
	Schlussbemerkung	108
VI.	Angst gepaart mit Unsicherheit	109
VII.	Symptomtoleranz in der Pädiatrie	115
	Eine Fallgeschichte	115
	Beispiel: Der Fall eines Bettnässers	118
	Zusammenfassung der Fallgeschichte	122
	Behandlung	123
	Erste Sitzung mit Philip	124
	Zweite Sitzung	130
	Die dritte Sitzung	131
	Die Krankheit zuhause	132
	Rückblick	134
VIII.	Primäre Mütterlichkeit	135
	Mütterliche Voreingenommenheit	137
IX.	Die Beziehung zwischen dem Geist und dem Leibseelischen	143
	Der Geist als Funktion des Leibseelischen	143
	Eine Theorie des Geistes	145
	Ein klinisches Beispiel	150
	Der im Kopf lokalisierte Geist	155
	Zusammenfassung	157
X.	Metapsychologische und klinische Aspekte der Regression im Rahmen der Psychoanalyse	159
	Zusammenfassung	177
XI.	Rückzug und Regression	179

Die erste Analyse	180
Die zweite Analyse	182
Die Rückzugszustände	183
Zustände von Rückzug und Regression	183
Zusammenfassung	189
XII. Klinische Varianten der Übertragung	191
XIII. Die antisoziale Tendenz	197
Das Wesen der antisozialen Tendenz	199
Stehlen	202
Erste Anzeichen der antisozialen Tendenz	203
Der ursprüngliche Verlust	206
Behandlung	207
XIV. Die manische Abwehr	209
Merkmale der manischen Abwehr	213
Manische Abwehr und Symbolik	217
Klinische Beispiele	218
Zusammenfassung	226
XV. Wiedergutmachung und ihre Beziehung zur organisierten Abwehr der Mutter gegen Depression	229
Zusammenfassung	235
XVI. Die depressive Position in der normalen emotionalen Entwicklung	237
Die Funktion der Umgebung	241
Depressive Angst	244
Die manische Abwehr	249
Eine Untersuchung der Innenwelt	250
Arten der Abwehr	251
Die Reaktion auf Verlust	253
Das Konzept der »guten Brust«	254
XVII. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene	257
Eine Studie über den ersten <i>Nicht-Ich</i> -Besitz	257
1. Ausgangshypothese	257

2. Anwendung der Theorie	272
3. Klinisches Material: Aspekte der Phantasie	278
Bibliografie I	285
Bibliografie II	287
Nachwort	291
Anmerkungen	303
Namen- und Sachregister	309

Vorwort des Autors

In diesem Buch sind die verschiedenen Vorträge gesammelt, die ich vor wissenschaftlich gebildeten Zuhörern gehalten habe.

Der Interessierte wird auf diesen Seiten keine Unterweisung in grundlegende Auffassungen und Techniken der Psychoanalyse suchen. Ich konnte sie als bekannt voraussetzen, da meine Zuhörer hauptsächlich Analytiker waren. Es kam mir darauf an, meine eigenen Anschauungen darzulegen und meine eigenen Ideen, wie sie mir bei meiner klinischen Arbeit einfielen, zur Diskussion zu stellen.

Ich habe vielfältige klinische Erfahrungen gesammelt. Ich habe mich nie von der Praxis der Kinderheilkunde gelöst, die meine Ausgangsbasis war. Es war mir wertvoll, mit dem sozialen Druck in Berührung zu bleiben, dem ich als Arzt an einem Kinderkrankenhaus begegnen musste. Es war mir auch eine Freude, in der privaten Praxis und in der therapeutischen Beratung ständig Herausforderungen ausgesetzt zu sein. Auf diese Weise hatte ich Gelegenheit, das allgemeinere anzuwenden, was ich zur gleichen Zeit durch die eigentliche psychoanalytische Praxis gelernt habe.

Ich hoffe, dieses Buch wird zeigen, dass die Kinderheilkunde ein legitimer und wirklich guter Weg zur Psychoanalyse sein kann.

Es hat sich als praktisch herausgestellt, die Vorträge in drei Abschnitte² einzuteilen. Im ersten Abschnitt werden zwei Kapitel aus einem heute vergriffenen Buch (Winnicott 1931) wiedergegeben; diese Kapitel zeigen meine Einstellung als Kinderarzt vor meiner Ausbildung in Psychoanalyse. Ich schrieb als Kinderarzt, der sich an Kinderärzte wendet.

Auch den Abhandlungen im zweiten Abschnitt kann man ansehen, dass sie von einem Kinderarzt stammen – jedoch von einem, der sich inzwischen psychoanalytisch orientiert hat.

Der dritte Abschnitt ist mein persönlicher Beitrag zur gegenwärtigen Theorie und Praxis der Psychoanalyse.

D. W. Winnicott, London, 1957

I. Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation³

Etwa 20 Jahre lang habe ich in meiner Abteilung am *Paddington Green Children's Hospital* Säuglinge beobachtet, und sehr häufig habe ich bis in alle Einzelheiten aufgezeichnet, wie sich Säuglinge in einer bestimmten Situation verhalten, die sich im Rahmen der gewöhnlichen Klinik-Routine leicht herstellen lässt. Ich hoffe, im Laufe der Zeit all die vielen Dinge von praktischem und theoretischem Interesse zusammenstellen und vorlegen zu können, die aus derartigen Beobachtungen zu entnehmen sind. In dieser Abhandlung möchte ich mich jedoch darauf beschränken, die vorgegebene Situation einzugrenzen und zu beschreiben, wie weit man sie als Forschungsinstrument benutzen kann. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch über den Fall eines sieben Monate alten Säuglings sprechen, der im Lauf dieser Beobachtungszeit einen Asthmaanfall bekam und überwand, was für die Psychosomatik von erheblichem Interesse ist.

Ich möchte, so gut es mir möglich ist, den Rahmen der Beobachtungen und das beschreiben, was mir so vertraut geworden ist: das, was ich die »vorgegebene Situation« nenne, die Situation, in die jedes Baby kommt, das man zu mir in die Sprechstunde bringt.

In meiner Klinik warten die Mütter mit ihren Kindern auf dem Flur außerhalb meines ziemlich großen Sprechzimmers; wenn eine Mutter mit ihrem Kind hinausgeht, ist es das Zeichen für die nächste, dass sie hereinkommen kann. Ich habe deshalb einen großen Raum gewählt, weil in der Zeit, die die Mutter mit ihrem Kind braucht, um von der Tür am entgegengesetzten Ende des Zimmers bis zu mir zu gelangen, so viel zu sehen ist und so viel geschehen kann. Bis die Mutter bei mir angekommen ist, habe ich durch meinen Gesichtsausdruck Kontakt zu ihr und wahrscheinlich auch zum Kind aufgenommen, und ich habe die Möglichkeit gehabt, falls es sich nicht um einen neuen Patienten handelt, mich an den Fall zu erinnern.

Wenn ich einen Säugling vor mir habe, bitte ich die Mutter, sich mir so ge-

genüber zu setzen, dass die Tischecke zwischen uns ist. Sie setzt sich hin, mit dem Baby auf dem Schoß. Ich pflege immer einen rechtwinklig abgebogenen, blinkenden Spatel zum Niederdrücken der Zunge an den Rand des Tisches zu legen. Dann fordere ich die Mutter auf, das Kind so zu halten, dass es den Spatel anfassen kann, wenn es will. Gewöhnlich versteht die Mutter, worauf ich hinauswill, und ich kann ihr ohne Schwierigkeiten allmählich klarmachen, dass sie und ich jetzt eine Zeitlang so wenig wie möglich Einfluss auf die Situation nehmen wollen, sodass das, was geschieht, mit einiger Sicherheit als eigene Initiative des Kindes angesehen werden kann. Natürlich zeigen die Mütter durch ihre Fähigkeit oder ihre relative Unfähigkeit, auf diesen Vorschlag einzugehen, ein wenig, wie sie sich zuhause verhalten; wenn sie Angst vor Ansteckungen haben oder stark verfestigte Bedenken dagegen, dass das Kind etwas in den Mund steckt, wenn sie hastig sind oder sich impulsiv bewegen, können diese Eigenarten nicht verborgen bleiben,

Es ist sehr wertvoll zu erfahren, wie der innere Zustand der Mutter ist, aber normalerweise geht sie auf meinen Vorschlag ein. Da ist also nun das Kind auf Mutters Schoß; ein neuer Mensch (zufällig ist er ein Mann) sitzt ihm gegenüber, und auf dem Tisch liegt ein blinkender Spatel. Ich möchte noch hinzufügen, dass ich Besucher, wenn welche anwesend sind, oft sorgfältiger vorbereiten muss, als die betreffende Mutter, denn sie neigen dazu, das Baby anzulächeln und sich aktiv mit ihm in Beziehung zu setzen – es zu liebkosen oder ihm wenigstens den Eindruck zu geben, sie seien ihm freundlich gesinnt. Wenn ein Besucher sich der Disziplin, die in dieser Situation notwendig ist, nicht unterwerfen kann, hat es keinen Sinn, dass ich mit der Beobachtung fortfahre, weil sie sofort unnötig kompliziert wird.

Das Verhalten des Säuglings

Das Baby wird unweigerlich von dem blinkenden metallenen Gegenstand angezogen, der sich vielleicht sogar ein wenig bewegt. Wenn andere Kinder dabei sind, wissen sie ganz genau, dass das Baby den Spatel sehr gerne nehmen möchte. (Oft können sie es nicht ertragen, wenn das Baby sehr stark zögert, nehmen den Spatel und stecken ihn dem Baby in den Mund. Das ist jedoch ein übereiltes Vorgehen.) Hier haben wir das Baby vor uns, angelockt von einem sehr anziehenden Gegenstand, und ich möchte jetzt beschreiben, was meiner Meinung nach ein normaler Ablauf der Ereignisse ist. Ich bin überzeugt, dass jede Abweichung von dem, was ich den normalen Gang der Dinge nenne, etwas zu bedeuten hat.

Erste Phase: Das Baby streckt die Hand nach dem Spatel aus, aber in diesem

Augenblick entdeckt es plötzlich, dass es die Lage bedenken muss. Es ist in der Klemme. Entweder schaut es, die Hand auf dem Spatel und den Körper ganz still haltend, mich und seine Mutter mit großen Augen an, beobachtet und wartet, oder es nimmt, in bestimmten Fällen, sein Interesse ganz zurück und verbirgt das Gesicht an der Brust der Mutter. Gewöhnlich ist es möglich, die Situation so zu gestalten, dass das Kind nicht ausdrücklich beruhigt wird, und es ist sehr interessant, zu beobachten, wie das Interesse des Kindes an dem Spatel allmählich und spontan wieder erwacht.

Zweite Phase: Die ganze Zeit, während der »Periode des Zögerns« (wie ich sie nenne), hält das Baby seinen Körper ruhig (aber nicht starr). Allmählich fasst es genug Mut, um seinen Gefühlen zu erlauben, sich zu entwickeln, und dann wandelt sich das Bild ganz rasch. Der Augenblick, in dem diese erste Phase in die zweite umschlägt, ist deutlich wahrnehmbar, denn der Umstand, dass das Kind die Realität seines Wunsches nach dem Spatel akzeptiert, kommt durch eine Veränderung in der Mundhöhle zum Ausdruck. Der Mund wird schlaff, die Zunge sieht dick und weich aus, und der Speichel fließt reichlich. Als bald steckt es den Spatel in den Mund und kaut mit seinem zahnlosen Mund auf ihm herum, oder es sieht so aus, als wolle es den Vater nachahmen, wie er Pfeife raucht. Die Änderung im Verhalten des Babys ist auffallend. Wo Erwartung und Stillhalten war, entwickelt sich nun Selbstvertrauen; im Umgang mit dem Spatel bewegt das Kind seinen Körper ganz ungezwungen.

Ich habe oft versucht, während der Periode des Zögerns den Spatel in den Mund des Kindes zu schieben. Ob das Zögern nun dem von mir beobachteten Normalverhalten entspricht oder sich von ihm nach Art und Grad unterscheidet: es hat sich erwiesen, dass es während dieser Periode unmöglich ist, den Spatel dem Mund des Kindes zu nähern, will man nicht Gewalt anwenden. Manchmal, wenn eine akute Hemmung vorliegt, ruft jede Bemühung meinerseits, die dazu führt, dass der Spatel auf das Kind zu bewegt wird, Geschrei, innere Unruhe oder sogar eine Kolik hervor.

Das Baby scheint jetzt das Gefühl zu haben, der Spatel sei in seinem Besitz, vielleicht sogar in seiner Gewalt, gewiss aber verfügbar für die Zwecke der Selbst-Äußerung. Es schlägt mit dem Spatel auf den Tisch oder auf eine Metallschale, die in der Nähe auf dem Tisch steht, wobei es soviel Lärm macht, wie es nur kann. Es mag auch vorkommen, dass es den Spatel mir und seiner Mutter an den Mund hält und sich sehr freut, wenn wir *so tun*, als würden wir gefüttert. Es will ganz eindeutig, dass wir *spielen*, wir würden gefüttert, und es gerät aus der Fassung, wenn wir so dumm sind, das Ding in den Mund zu nehmen und das Spiel als Spiel zu verderben.

Hier möchte ich einfügen, dass ich nie ein Anzeichen dafür bemerkt habe,

dass ein Baby enttäuscht reagiert hätte, weil der Spatel in Wirklichkeit weder essbar war, noch etwas zu essen enthielt.

Dritte Phase: Es gibt eine dritte Phase. In dieser dritten Phase lässt das Baby zunächst den Spatel wie aus Versehen fallen. Wenn es ihn wiederbekommt, freut es sich, spielt wieder mit ihm und lässt ihn noch einmal fallen, diesmal schon weniger versehentlich. Wenn es ihn wieder zurückbekommt, lässt es ihn absichtlich fallen und genießt es sehr, sich seiner so aggressiv entledigt zu haben; es freut sich besonders, wenn der Spatel beim Auftreffen auf den Boden ein klirrendes Geräusch hervorbringt.

Das Ende dieser dritten Phase⁴ tritt dann ein, wenn das Baby entweder zu dem Spatel hinunter auf den Fußboden möchte, wo es ihn dann wieder mit dem Mund bearbeitet und mit ihm spielt, oder wenn der Spatel es langweilt und es sich anderen Gegenständen zuwendet, die in greifbarer Nähe liegen.

Diese Beschreibung des Normalverhaltens gilt nur für Babys im Alter von 5 bis 13 Monaten. Wenn das Baby älter ist als 13 Monate, hat sich sein Interesse für »Objekte« so erweitert, dass ich nicht mit Sicherheit eine Hemmung im Bereich des primären Interesses konstatieren kann, wenn das Baby den Spatel unbeachtet lässt und nach der Schreibunterlage greift. Mit anderen Worten: Die Situation wird bald kompliziert und kommt der gewöhnlichen analytischen Situation nahe, die sich bei der Analyse eines zweijährigen Kindes entwickelt, mit dem Nachteil (gegenüber der analytischen Situation), dass das produzierte Material, da das kleine Kind noch nicht sprechen kann, entsprechend schwer zu verstehen ist. Vor dem Alter von 13 Monaten jedoch macht es in dieser »vorgegebenen Situation« noch nichts aus, dass das Kind sich nicht mit Worten ausdrücken kann.

Wenn das Kind älter ist als 13 Monate, spiegeln sich in der vorgegebenen Situation seine *Ängste* noch mit Sicherheit wider. Was den Rahmen sprengt, ist sein *positives Interesse*.

Ich habe festgestellt, dass man in dieser vorgegebenen Situation therapeutisch arbeiten kann, aber ich habe hier nicht die Absicht, die gegebenen therapeutischen Möglichkeiten näher zu beschreiben. Ich möchte eine Fallgeschichte darstellen, die ich schon 1931 veröffentlicht habe. Bei diesem Fall kam ich zum ersten Mal zu der Überzeugung, dass therapeutische Arbeit dieser Art möglich sei. In der Zwischenzeit hat sich mir meine damals gebildete Anschauung bestätigt.

Es geht hier um den Fall eines kleinen Mädchens, das im Alter von sechs bis acht Monaten wegen einer Ernährungsstörung in Behandlung gewesen war, die wahrscheinlich auf eine infektiöse Gastroenteritis zurückzuführen war. Die psychische Entwicklung des Kindes war durch diese

Erkrankung ins Stocken geraten; das Baby blieb reizbar, unzufrieden und spuckte häufig, nachdem es gefüttert worden war. Es spielte überhaupt nicht mehr, und mit neun Monaten hatte das Kind nicht nur eine völlig unbefriedigende Beziehung zu anderen Menschen, sondern es bekam auch die ersten Krampfanfälle. Im Alter von elf Monaten traten diese Anfälle gehäuft auf.

Mit zwölf Monaten hatte das Baby immer wieder heftigere Anfälle, auf die Schläfrigkeit folgte. Von dieser Zeit an wurde das Kind alle paar Tage in meine Sprechstunde gebracht; ich widmete ihm dann jeweils 20 Minuten lang meine ganze Aufmerksamkeit; der Ablauf entsprach etwa dem, den ich heute als »vorgegebene Situation« bezeichne, nur hielt *ich* das Kind auf dem Schoß.

Bei einer dieser Sitzungen hatte ich das Kind auf den Knien und beobachtete es. Es machte einen verstohlenen Versuch, mich in den Fingerknöchel zu beißen. Drei Tage später hatte ich das Kind wieder auf dem Schoß und wartete, was es tun würde. Es biss mich dreimal so heftig in den Fingerknöchel, dass die Haut fast aufriss. Dann spielte es 15 Minuten lang unablässig das Spiel, den Spatel auf den Boden zu werfen. Während der ganzen Zeit schrie es, als wäre es in Wirklichkeit unglücklich. Zwei Tage später hatte ich das Kind eine halbe Stunde lang auf dem Schoß. Es hatte in den vergangenen zwei Tagen vier Krampfanfälle gehabt. Zunächst schrie es wie gewöhnlich. Dann biss es mich wieder sehr heftig in den Fingerknöchel, diesmal, ohne Schuldgefühle zu zeigen, und dann spielte es das Spiel, auf dem Spatel herumzubeißen und ihn wegzuschmeißen. Das Kind wurde fähig, das Spiel zu genießen, während es auf meinem Schoß saß. Nach einiger Zeit begann es, mit seinen Zehen zu spielen.

Später kam die Mutter und sagte, seit der letzten Sitzung sei das Mädchen »wie ausgewechselt« gewesen. Es habe nicht nur keine Anfälle gehabt, sondern sogar nachts gut geschlafen – den ganzen Tag sei es fröhlich gewesen, auch ohne Beruhigungsmittel. Elf Tage später hielt die Besserung immer noch an, ohne dass ein Medikament verabreicht worden wäre. 14 Tage lang waren keine Anfälle vorgekommen, und die Mutter bat um Beendigung der Behandlung.

Ein Jahr später besuchte ich das Kind und stellte fest, dass seit der letzten Konsultation überhaupt kein Symptom aufgetreten war. Ich fand ein völlig gesundes, fröhliches, intelligentes und freundliches Kind vor, das gerne spielte und keins der üblichen Angstsymptome aufwies.

Der Umstand, dass die Entwicklung der Persönlichkeit des Kleinkindes noch völlig im Fluss ist, und die Tatsache, dass die Gefühle und die unbewussten

Prozesse den Frühstadien des Säuglingsalters noch so nahe stehen, lassen es zu, dass schon im Laufe von wenigen Sitzungen Veränderungen herbeigeführt werden können. Diese Bildbarkeit bedeutet jedoch auch, dass ein Kind, das mit einem Jahr normal ist oder das in diesem Alter durch eine Behandlung günstig beeinflusst wird, keineswegs alle Gefahren überstanden hat. Es kann in einem späteren Stadium immer noch eine Neurose bekommen und krank werden, wenn es ungünstigen Umgebungsfaktoren ausgesetzt ist. Es ist jedoch ein gutes prognostisches Zeichen, wenn das erste Lebensjahr eines Kindes reibungslos verläuft.

Abweichungen vom Normalen

Ich habe schon gesagt, dass jede Abweichung von dem, was ich als Normalverhalten in der vorgegebenen Situation anzusehen gelernt habe, etwas zu bedeuten hat.

Die häufigste und interessanteste Abweichung liegt in dem anfänglichen Zögern, das entweder übertrieben auftreten oder ganz fehlen kann. Ein Baby scheint sich gar nicht für den Spatel zu interessieren und braucht lange Zeit, bevor es sein eigenes Interesse bemerkt, oder ehe es genug Mut aufbringt, es zu zeigen. Ein anderes Kind wiederum ergreift vielleicht den Spatel innerhalb einer Sekunde und steckt ihn in den Mund. In beiden Fällen haben wir es mit einer Abweichung von der Norm zu tun. Wenn die Hemmung ausgeprägt ist, pflegt das Kind meistens mehr oder weniger stark zu leiden, und dieses Leiden kann wirklich sehr heftig sein.

Bei einer anderen Abweichung von der Norm ergreift das Kind den Spatel und wirft ihn sofort auf den Boden; dies wiederholt es, sooft der Beobachter ihm den Spatel wieder aufhebt.

Zwischen diesen und anderen Abweichungen von der Norm und der Beziehung des Säuglings zur Nahrung und zu anderen Menschen besteht fast mit Sicherheit ein Zusammenhang.

Die Anwendung der Technik am Beispiel einer Falldarstellung

Die von mir beschriebene »vorgegebene Situation« ist ein Instrument, das jeder Beobachter benützen und seinen Bedürfnissen bei der Beobachtung jedes Kleinkindes, das in seine Sprechstunde kommt, anpassen kann. Bevor