

(aus: SAP-Zeitung Nr. 7, Oktober 2003)

THESEN ZUR FRÜHEN EMOTIONALEN ENTWICKLUNG: VERSUCH EINER WÜRDIGUNG VON D.W.WINNICOTT

Margareta Auhser-Mihm

1. Einleitung

Der vorliegende Aufsatz ist die Niederschrift eines Referats, welches ich im April dieses Jahres vor der Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse gehalten habe. Beabsichtigt war, zentrale Begriffe und Thesen von D.W.WINNICOTT, insbesondere aus seinem Sammelband „Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse“ (WINNICOTT 1983), zu diskutieren und so zu einer Würdigung seines Werkes beizutragen. Daß sich dieses ehrgeizige Vorhaben tatsächlich nur als Versuch realisieren lässt, war mir immer klarer geworden, je länger und vor allem je genauer ich mich mit WINNICOTT befasst hatte. Nicht nur an der Überfülle seiner Gedanken war ich immer wieder gescheitert, sondern vor allem auch daran, dass es schier unmöglich erschien, ihn in seiner Begrifflichkeit dingfest zu machen. Es ist ein ungeheures schöpferisches Potential, aus dem sich seine Begriffe und Entwürfe entfalten, doch sind diese weder verbindlich, noch eindeutig; ohne klare Abgrenzungen. Ein Trost in meiner immer wiederkehrenden Verwirrung ist es mir immerhin gewesen, dass STORK in seiner Einführung in WINNICOTTs Werk dieselben Schwierigkeiten beklagt; er allerdings sieht darin auch eine Chance: Zumindest, meint er, bliebe man auf diese Weise vor intellektuellem Hochmut bewahrt und auch vor der größtenwahnsinnigen Phantasie, die Psychoanalyse könne je zu den exakten Wissenschaften gehören (STORK in WINNICOTT 1983, S.9).

Wie ja allgemein bekannt, steht WINNICOTTs Werk in enger Beziehung zum Werk von M.KLEIN. J.STRACHEY, WINNICOTTs erster Analytiker, hatte ihn auf sie aufmerksam gemacht, und er war in seinen frühen Jahren ein begeisterter Schüler von M.KLEIN gewesen. 1962, nach einem leidenschaftlichen Plädoyer für ihr Werk, fügt er allerdings etwas nachdenklich hinzu: "...auf jeden Fall stellte ich fest, dass sie mich nicht zu den Kleinianern rechnete....Das macht mir nichts aus, denn ich bin nie fähig gewesen, irgend jemandem nachzufolgen, nicht einmal FREUD..." eine Äußerung, durch die WINNICOTTs Denken in seiner Spontaneität und Originalität treffend charakterisiert wird (zitiert bei STORK in WINNICOTT 1983, S.10).

WINNICOTTs Hauptanliegen, das er immer wider umkreist, war es, die frühesten Stadien der emotionalen Entwicklung zu erhellen. Dabei stützte er sich nicht in erster Linie auf die direkte Beobachtung von Kindern, wie es die heutigen Säuglingsforscher tun, obgleich er hierfür als Kinderarzt reichlich Gelegenheit gehabt hatte. Sein vorrangiges Erkenntnisinstrument war immer die Psychoanalyse geblieben; - sei es die Analyse von psychotischen Patienten, von regredierten Erwachsenen oder auch von kleinen Kindern. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass auch jeder praktizierende Analytiker die hier beschriebenen Phänomene, - selbst wenn sie aus der allerfrühesten Lebenszeit stammen mögen - , in seinem Behandlungszimmer antreffen kann. Die Sensibilität hierfür zu schärfen, ist ein wesentliches Anliegen dieser Arbeit.

Einige von WINNICOTTs grundlegenden Annahmen (insbesondere zum primären Narzissmus und der primären Mütterlichkeit, zur Rolle der Aggression in der frühkindlichen Entwicklung wie auch zur mütterlichen Aggression, zum wahren und zum falschen Selbst sowie zur depressiven Position) sollen im folgenden erörtert werden; zuletzt werden behandlungstechnische Überlegungen angestellt und zwei kurze Fallbeispiele besprochen.

2.Primärer Narzißmus, Primäre Mütterlichkeit

2.1 Primärer Narzissmus

Nicht das Individuum ist für WINNICOTT die Einheit, welche am Anfang steht, sondern die Einheit ist ein Gefüge aus Individuum und Umwelt (- im engeren Sinn ist

die „Umwelt“ identisch mit der Mutter bzw. der jeweiligen zentralen Pflegeperson).“... So etwas wie ein Baby gibt es gar nicht“, behauptet er einmal,- und :“...Zeigt man mir ein Baby, so zeigt man mir gewiß auch jemanden, der für das Baby sorgt oder zumindest einen Kinderwagen, an dem jemand mit Augen und Ohren hängt; man sieht ein Stillpaar.“ (WINNICOTT 1983,S.130).Wohl würde dieses „Mutter-Kind-Paar“ von außen betrachtet als aus zwei getrennten Personen bestehend erscheinen, doch aus der Sicht des Kindes gäbe es nur eine einzige Umhüllung , in welcher beide enthalten sind, Mutter und Kind. Dabei läge der Schwerpunkt des Seins zunächst noch im Gesamtgefüge, und nicht im Kind, welches als solches ,d.h. als abgegrenztes Individuum, für WINNICOTT ja noch gar nicht existiert. Das Baby ist für ihn am Anfang seines Lebens eins mit seiner Umwelt und völlig von dieser abhängig; er nennt jene besondere Art von Abhängigkeit **„doppelt“** oder auch **„absolut“**. „Absolut“ deshalb, weil die Umwelt in der ersten Zeit noch gar nicht wahrgenommen wird, weshalb das Baby auch nichts von seiner Abhängigkeit wissen kann; es befindet sich im Zustand des **„primären Narzissmus.“**

Ebenso wie jede Pflanze geeignete Bedingungen braucht, dass ein gesundes Wachstum stattfinden kann, so braucht auch die kindliche Entwicklung für ihr ungestörtes Ablaufen eine unabdingbare Voraussetzung;- es ist dies, was WINNICOTT eine **„ausreichend angepasste Umwelt“**oder eine **„ausreichend gute Bemutterung“** nennt. Diese in ihrer grundlegenden Bedeutung herauszustellen und in all ihren entwicklungsmäßigen Konsequenzen zu beschreiben, bleibt WINNICOTTs zentrale Botschaft , sein Grundthema ,um das letztlich alle seine Ausführungen variieren. Dabei klingt immer wieder eine seiner grundlegenden Thesen an, die er einmal ganz kompromisslos formuliert:“...ohne ausreichend gute Säuglingsfürsorge hat der neue Mensch überhaupt keine Chance...“(WINNICOTT 1983,S. 130).

Um der Bedeutsamkeit dieser Bedingung gerecht zu werden, möchte ich damit beginnen, Winnicotts berühmte „ausreichend gute Mutter“ zu skizzieren; sie wird in meinen weiteren Ausführungen der Nährboden für alle Errungenschaften der frühen seelischen Entwicklung bleiben.

2.2 Primäre Mütterlichkeit

Wie also sieht sie aus, die „**ausreichend gute Mutter**“? Wir finden sie schon einige Wochen vor der Geburt in einem ganz merkwürdigen Ausnahmezustand stehend, fast wie in einer Krankheit oder einem Zustand der Entrücktheit, welcher noch einige Wochen nach der Geburt andauern wird; WINNICOTT prägt dafür den Begriff „**primäre Mütterlichkeit**“. Nicht jede Frau ist seiner Meinung nach in der Lage, diesen Zustand zuzulassen; gelingt es ihr aber, so wird die „normale hingebungsvolle Mutter“ dadurch in die Lage versetzt, sich von Anfang an mitfühlend und nahezu perfekt an die Bedürfnisse ihres Kindes anzupassen. Mit „Bedürfnissen“ sind hier nicht nur Triebbedürfnisse gemeint, sondern auch solche, die schon vor jeder Trieberfahrung auszumachen sind, so etwa das Bedürfnis nach dem Gehalten-, Gewiegt- und Eingelulltwerden. Immer wieder betont WINNICOTT, dass die Bedürfnisse des Neugeborenen zunächst absolut sind und daß sie nichts weniger als eine vollkommene Anpassung erfordern (- erst später wird diese perfekte Anpassung ein wenig gebrochen sein dürfen, was sich dann sogar als entwicklungsfördernd erweisen wird; siehe dazu auch S.7). Diese also anfangs so kompromisslos benötigte vollkommene Umwelt wird vorerst eine leibliche sein, wird doch das Kind erst im Mutterleib und dann in den Armen der Mutter verlässlich gehalten und versorgt. Obwohl das kleine Wesen auf dieser Stufe das, was eine Mutter richtig macht, noch gar nicht zur Kenntnis nehmen kann, wird es bei guter Bemutterung etwas herausbilden können, was WINNICOTT ein „**fortdauerndes Sein**“ nennt.;- er benennt damit nicht nur die erste, sondern auch die grundlegendste Errungenschaft der frühen Entwicklung.

Was aber, wenn ein Kind sein Leben ohne „ausreichend gute Bemutterung“ beginnt, wenn die Anpassung versagt? - Auch wenn die erfolgreich angepasste Umwelt vorerst weder erkannt oder auch nur registriert wird, so daß im ursprünglichen Zustand noch gar kein Gefühl von Abhängigkeit existiert, so wird dennoch ein Versagen der Anpassung jedes Mal als Übergriff der Umwelt registriert, auf den reagiert werden muß. Dieses Reagierenmüssen unterbricht die Kontinuität des Seins, eben jenes Seins, das sich, wenn es nicht gestört worden wäre, zum Ich des sich differenzierenden Menschen entwickelt hätte. Die Zerstückelung der kontinuierlichen Seinslinie erscheint im Erleben als Drohung des Nichtseins und wird beantwortet mit massiven Vernichtungsängsten. An späterer Stelle, im Zusammenhang mit der Rolle der Aggression in der frühen Entwicklung, werden noch weitere Folgen eines

Versagens der Anpassung zur Sprache kommen ; hier sei nur festgestellt, dass es ganz allgemein immer zu einer Verbiegung der Entwicklung kommen wird, welche letztlich zu einer psychotischen Erkrankung prädisponiert. Bevor dies näher ausgeführt wird, sollen noch drei grundlegende Errungenschaften in der frühesten Entwicklung gewürdigt werden, mit denen unter der Voraussetzung einer gut angepassten Umwelt zu rechnen ist.

Ein wichtiger erster Schritt ist das Gelingen der **Integration**. Was ist damit gemeint? Als Ausgangszustand postuliert WINNICOTT einen Zustand von Unintegriertheit wie auch einen Zustand der Depersonalisierung. Unmittelbar nach der Geburt setzt ein Integrationsprozeß ein, welcher bewirkt, dass die einzelnen Bestandteile des kleinen Wesens, WINNICOTT nennt sie auch „Ich-Kerne“, zusammengesammelt, also integriert und von einer begrenzenden Membran gegen außen abgeschlossen werden. Parallel dazu verläuft ein Prozeß der **Personalisation**, wo es darum geht, eine Behausung im eigenen Körper zu finden. WINNICOTT schildert nun diesen Moment des Heraustretens aus der primären Identifizierung als äußerst gefährlich: Die beginnende Integration bringt nämlich, zusammen mit dem heraufdämmernden Gefühl, dass es ein Innen und ein Außen gibt, große Ängste mit sich, welche sich auf von außen kommende Verfolger beziehen. Es handelt sich dabei um nichts anderes als die von M:KLEIN als „paranoid-schizoide Position“ benannte Dynamik. WINNICOTT vertritt im Gegensatz zu ihr allerdings die Auffassung, dass in einer gesunden Entwicklung die äußeren Verfolger durch die liebende Fürsorge der Mutter neutralisiert werden können; nur wenn die Umwelt gerade zu diesem Zeitpunkt versagt, wird ein Individuum sein Leben mit einem paranoiden Potential beginnen müssen.. Daß die fundamentale Entwicklungsaufgabe der Integration bei weitem nicht immer gelingt, zeigt die psychotische Unintegriertheit, welche als regressiver Prozeß auf die primäre Unintegriertheit zu verstehen und im Gegensatz zu dieser mit großen Ängsten verknüpft ist. Auch die Personalisation, also das Gefühl, im eigenen Körper zu leben, ist nicht immer geglückt: so berichtet WINNICOTT etwa von einer psychotischen Patientin, die als Baby gemeint hatte, die Zwillingsschwester am anderen Ende des Kinderwagens sei sie selber. Eine andere seiner Patientinnen glaubte manchmal in einer hoch in der Luft schwebenden Kiste zu leben, wobei sie mit ihrem Körper nur durch einen dünnen Faden verbunden war.

Wodurch kann der Integrationsprozeß gefördert werden? Von innen her wird er gefördert durch die akuten Trieberlebnisse, von, außen, von der Umwelt her, dadurch, dass es für einen Säugling **eine** signifikante Person gibt, die seine Einzelbestandteile sammelt; dies tut eine Mutter, die ihr Baby in immer gleicher Weise anfasst, schaukelt, trägt, mit ihm spricht...Eine Parallele finden wir in der Analyse, wenn ein Pat. sich in vielen Detailbeschreibungen verliert; auch darin zeigt sich ein Bedürfnis, vom Analytiker in allen seinen Facetten gekannt zu werden;.- dann kann er sich wenigstens in der Person des Analytikers integriert finden.

Ist die Integration erreicht, so stellt sich als weitere Aufgabe die Notwendigkeit, eine primäre **Beziehung zur äußeren Realität** zu gewinnen;.- nach WINNICOTT eine Aufgabenstellung, die letztlich nie endgültig abgeschlossen ist..

Für ihn kommt die Phantasie vor der Realität; sie ist grundlegender als diese und nicht etwa, wie bei Freud, nur ein Kompensatorium, um mit dem Versagen der Realität fertigzuwerden. WINNICOTT nimmt an, der Säugling käme zur Brust, wann immer er erregt sei und bereit, etwas zu halluzinieren, was man angreifen kann. Eine gut angepasste Mutter wiederum wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gerade dann ihre Brust anbieten und so werden die kindlichen Vorstellungen durch tatsächliche Sinneseindrücke von Gesehenem, Gefühltem Gerochenem... bereichert werden. Mit einer verlässlichen Mutter wird sich dieser Vorgang in der immer gleichen Weise wiederholen und das Kind wird so Realität und Phantasie in einem zirkulären Prozeß immer mehr in Deckung bringen können.

An dieser Stelle müssten nun WINNICOTT'S Entwürfe zum „**Übergangsobjekt**“ oder „Übergangsphänomen“ gewürdigt werden; eine eingehende Diskussion würde allerdings den hier gesetzten Rahmen sprengen. Hier soll daher nur soviel angemerkt werden, dass es sich dabei um einen neutralen Raum handelt, der weder der äußeren, noch der inneren Realität zugeordnet werden kann, ja, dessen Funktion es geradezu ist, nicht in Frage gestellt werden zu müssen. Es handelt sich um eine erste Symbolbildung, die meist für die mütterliche Brust steht und um einen ersten Besitz, der helfen soll, Verlustängste abzuwehren.

Um in der beschriebenen Weise eine Realitätsbeziehung zu fördern, muß eine Mutter ihren Säugling also fortgesetzt erfahren lassen, dass das, was er halluziniert, auch in der Realität eine Entsprechung findet; und es ist leicht einzusehen, dass dieser

Vorgang unendlich vereinfacht wird, wenn das Kind von **ein- und derselben Person** mit **immer gleichbleibender Technik** versorgt wird. Auf der Grundlage dieses Erlebens von Gleichförmigkeit entwickelt sich eine objektive Weltsicht; WINNICOTT ist davon überzeugt, dass jeder Mangel an Objektivität letztlich mit einem Versagen auf jener Stufe der primitiven Gefühlsentwicklung zusammenhängt. An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, wie weit nicht unser stabiler analytischer Rahmen, vor allem die rhythmische Wiederholung des immer gleichen zeitlichen Rahmens für unsere Analysepatienten eine elementar sichernde Bedeutung besitzt;- eine Hilfestellung, um in ihren beunruhigenden Ausflügen in die magische Welt der Phantasie den Realitätsbezug halten zu können.

3. Die strukturierende Bedeutung der Aggression in der frühen emotionalen Entwicklung und deren Beziehung zum „wahren“ und zum „falschen“ Selbst.

WINNICOTT beschreibt uns also eine kontinuierliche Seinslinie, Integration, Personalisation sowie eine Beziehung zur Realität als die ersten Errungenschaften der frühen emotionalen Entwicklung. Immer wieder trifft man in seinen Schriften auf Überlegungen zur Rolle der Aggression in jenen ersten Entwicklungsschritten. Wenn in diesem Abschnitt versucht wird, seine entsprechenden Auffassungen zu skizzieren, so sollte deutlich werden, welche große strukturierende Bedeutung er der Aggression zumisst; - ganz im Einklang mit der Theorie von M.KLEIN. Vor diesem Hintergrund sollen auch WINNICOTT'S Thesen zu einer weiteren Errungenschaft der ersten Lebenszeit nachgezeichnet werden, die er das „wahre“ und das „falsche Selbst“ nennt.

Die **Aggression** ist für WINNICOTT **primär**; sie besitzt eigene Wurzeln und kann nicht einfach reaktiv, d.h. als Frustration eines Triebbedürfnisses verstanden werden. Auf seiner Suche nach den frühesten Wurzeln des aggressiven Impulses findet er Vorläufer bereits im Mutterleib, also lange vor jeder Triebbefriedigung. Er findet spontane Bewegung, Impulsivität, Motilität; auf Zellebene könnten wir all dies umschreiben mit „Lebendigkeit des Gewebes“ oder auch „Lebenskraft“. Dieser spontane Bewegungsimpuls, - erst des Fötus, später des Säuglings-, wird sich nach

außen wenden und er wird dort auf eine Umwelt treffen, die sich ihm als ein irgendwie gearteter Widerstand darbieten wird.

Wieder kommt an dieser Stelle die Umwelt in Gestalt der Mutter ins Spiel und beeinflusst entscheidend die weitere Entwicklung.

Haben wir eine „gute“ Mutter vor uns, die sich hingebungsvoll den Bedürfnissen ihres Kindes anpassen kann, so wird die spontane Bewegung auf diese Umwelt wohl als auf etwas Äußeres treffen, welches einen Widerstand bietet, aber die Umwelt wird diesen Bewegungsimpuls weder stören noch verformen, sondern sich ihm gewissermaßen anschmiegen. Dann wird die spontane Geste bereits im Mutterleib dazu führen, dass die Umwelt erkundet werden kann und dieses Erkunden wird zu einem ureigensten Erlebnis des Individuums werden. Irgendwann, über viele solcher Erfahrungen, wird sich schließlich dieses Individuum als Mittelpunkt einer zuerst undifferenzierten Ich-Es-Matrix verdichten. Schon embryonal konstituiert sich nach WINNICOTTs Vorstellung also eine Art Ich, welches sich von einer Nicht-Ich-Welt abzuheben beginnt; dieses Zentrum von ungestörtem ‚ureigenstem Erleben spontaner Bewegung formt letztlich das, was er das „**wahre Selbst**“ nennt.

In dem geschilderten glücklichen Fall einer guten Bemutterung wird es noch weitere heilsame Entwicklungen geben: So wird ein Maximum der primären Motilität in die späteren Es-Erlebnisse einfließen können, was eine größtmögliche **Verschmelzung von erotischem und Motilitätspotential** zur Folge hat. Dieser verschmolzene Anteil von Motilität als Vorläufer der Aggression wird zusammen mit dem libidinösen Trieb befriedigt werden, ja er verleiht der erotischen Triebbefriedigung erst eine Qualität von Wirklichkeit. Für WINNICOTT besitzt so etwas wie ein „Wirklichkeitsgefühl“ seine Wurzeln in der unverformten Motilitätserfahrung und ein erotisches Erlebnis mit einem geringen Anteil darin verschmolzener Motilität wird sich unwirklich anfühlen und überhaupt wenig dazu beitragen, dass ein Mensch das Gefühl haben kann, zu existieren.

Jener Anteil des Motilitätspotentials, der nicht in die Verschmelzung eingeht, bleibt weiterhin darauf angewiesen, auf Widerstand zu stoßen, wenn er dem Erleben zugänglich sein soll. Er braucht also etwas, wogegen es stoßen kann und in diesem Akt wandelt sich das Motilitätspotential in Aggressionspotential. Die aggressiven Impulse (viel mehr noch als die erotischen) ergeben also kein befriedigendes

Erleben, wenn nicht Opposition und Widerstand vorhanden sind. Auch diesen Widerstand muß letztlich eine gute Mutter anbieten können durch ein „**abgestuftes Versagen**“ ihrer anfänglich vollkommenen Anpassung . Es ist wichtig, zu sehen, wie in den Frühstadien der Entwicklung, wenn das Ich und das Nicht – Ich etabliert werden, ein Individuum gerade durch die aggressive Triebkomponente dazu getrieben wird, ein Nicht-Ich oder ein Objekt zu adressieren, welches als ein äußeres empfunden wird; dass darüber das Entstehen einer begrenzenden Membran zwischen Innen und Außen und damit der ganze frühe Integrationsprozeß beträchtlich gefördert wird, liegt auf der Hand.

Kann ein gesundes Kind es geradezu genießen, nach angemessenem Widerstand Ausschau zu halten, so liegt die Betonung allerdings auf „angemessen“. Ist der Widerstand zu groß bzw. überschreitet das Ausmaß an Fehlanpassung eine gewisse kritische Grenze, so wird die eben beschriebene gesunde Entwicklung nicht ablaufen können. Zu große Widerstände werden vielmehr schon vom Fötus als Störungen empfunden; WINNICOTT nennt sie auch „**Übergriffe**“, auf die nur mehr reagiert werden kann. Dieses erzwungene Reagieren unterbricht, wenn es bereits sehr früh erfolgt, die ununterbrochene Seinslinie und wird zu einer existentiellen Bedrohung . Aber auch das Erleben von spontaner Motilität (und damit von Lebenskraft) wird entscheidend beeinflusst: Motilität ist dann nur mehr als Reaktion auf Übergriffe möglich und nicht mehr als impulsive, ureigenste Geste; ja, im Extremfall wird es überhaupt nichts anderes mehr geben als eine Ansammlung von Reaktionen auf ein Versagen der Umwelt. Damit kann sich aber auch keine individuelle. Existenz als Zentrum von Bewegung und spontaner Entdeckungslust aufbauen; eine solche ist dann nur mehr im Rückzug auf einen Ruhezustand möglich, wo nicht reagiert werden muß. Eine Ich-artige Instanz wird sich in diesem Fall, wenn überhaupt, nur schwach herausbilden können.

WINNICOTT ist davon überzeugt, dass dieser Zustand mit Leben und physischer Gesundheit grundsätzlich vereinbar ist, nur wird sich dann statt des eigentlichen Individuums eine differenzierte Abwehrorganisation entwickeln, die er das „**falsche Selbst**“ nennt. Das falsche Selbst reagiert auf die Anpassungsausfälle , ja, seine Struktur ist geradezu ein Niederschlag solcher Reaktionen. Es ist aufgebaut auf der Grundlage von Abwehr und Gefügigkeit und soll den wahren Kern des Selbst verbergen und schützen. Auf diese Weise ist das wahre Selbst an den Reaktionen

nicht beteiligt und bewahrt sich so, im Verborgenen, eine Kontinuität des Seins. Im günstigen Fall entwickelt das falsche Selbst gegenüber dem wahren Selbst so etwas wie eine fixierte mütterliche Haltung; es hält ständig das wahre Selbst, wie eine Mutter ganz zu Anfang ihr Baby hält. Das Problem dabei ist, dass ein Versagen der Umweltpassung gleichzeitig eine gestörte Legierung zwischen libidinösem und Motilitätspotential zur Folge hat. Dadurch wird sich aber die libidinöse Triebbefriedigung niemals real anfühlen können und auch das falsche Selbst kann sich nicht lebendig empfinden oder sich als wirklich spüren. Es bleibt verbunden mit einem Gefühl der Vergeblichkeit und Sinnlosigkeit.

Wir haben damit WINNICOTTS Auffassung der **Genese von Psychosen** charakterisiert; seiner Meinung nach gehen psychotische Erkrankungen immer auf ein Umweltversagen in der frühen Kindheit zurück 1) mit den beschriebenen Folgen: Unterbrechung der kontinuierlichen Seinslinie , die als drohende Vernichtung erlebt wird, und/oder Entwicklung eines falschen Selbst als Abwehrorganisation gegen Übergriffe einer nicht angepassten Umwelt.

Abschließend soll noch Bezug genommen werden auf die anfangs geäußerte Behauptung, daß von der ausreichend guten Mutter eben nur zu Beginn eine nahezu perfekte Anpassung gefordert ist; bald sind offenbar Brüche in dieser Anpassung geradezu nötig, weil ein Kind nur so den ihm angemessenen Widerstand finden kann. Aber es gibt noch eine weitere entwicklungsfördernde Folge der immer schwächer werdenden mütterlichen Hingabe: WINNICOTT schreibt dem Säugling nämlich eine **kompensatorische Begabung** zu, wodurch er aktiv eine nicht ausreichend gute Umwelt in eine ausreichende verwandeln kann. Diese Begabung wurzelt in seinen zunehmenden geistig-intellektuellen Fähigkeiten; durch seine geistige Aktivität ist bereits das Baby in der Lage, immer mehr Mängel der Mutter auszugleichen. Vorausgesetzt, diese zeigt ein stetiges und kein unberechenbares Verhalten, dann kann ihr Versagen allmählich einkalkuliert, toleriert und sogar vorhergesagt werden.

Haben wir es hingegen mit einer unberechenbaren Mutter zu tun, so kann das Bedürfnis nach Kompensation vor allem bei einem Säugling mit guter intellektueller Ausstattung eine übermäßige Aktivität der geistigen Funktionen erzwingen. In einem solchen Fall mag sich eine Prostitution der geistig-seelischen Aktivität anbahnen;

klinisch findet man dann eine Hypertrophie von intellektuellen Prozessen, die mit einem potentiellen schizophrenen Zusammenbruch einhergeht. Da das Geistig-Intellektuelle für gewöhnlich im Kopf lokalisiert wird, kann diese Fehlentwicklung in Kopfschmerzen ihren somatischen Niederschlag finden.

1) Während es sich bei den Psychosen immer um ein frühes Versagen der Umweltanpassung bzw. um das Fehlen einer guten Bemutterung handelt, ist die antisoziale Tendenz nach Winnicotts Auffassung durch echte Deprivation gekennzeichnet, also durch etwas Gutes, das im Erleben eines Kindes bis zu einem bestimmten Zeitpunkt positiv war,- wie z.B. die Mutter, auf die es ein Recht hat-, und das verlorengegangen ist. Dabei bleibt ein Bewusstsein darüber erhalten, dass die Ursache des Unglücks in einem Versagen der Umwelt zu suchen ist; deswegen zwingt der Patient die Umwelt aufgrund eines unbewussten Dranges mit Hilfe der antisozialen Tendenz, sich um ihn zu kümmern. Sie kann somit als Wunsch zur Selbstheilung gesehen werden oder als Ausdruck der Hoffnung, dass das verlorengegangene Objekt wiedergefunden werden kann. Als zwei typische Ausdrucksformen der antisozialen Tendenz nennt Winnicott das Stehlen und die Destruktivität, wobei das Stehlen libidinösen Charakter hat und die Suche nach dem eigentlichen Objekt ausdrückt; im Gegensatz besitzt die Destruktivität aggressive Züge und sucht nach einer relativen Umweltstabilität.

4. Die Aggression der Mutter

Immer wieder weist WINNICOTT darauf hin, wie lebenswichtig für ein Kind die innige Verbundenheit mit seiner Mutter ist. Doch zeigt er ebenso eindrucksvoll, dass in einer noch so guten Mutter nicht nur liebevolle Hingabe existiert, sondern auch Haß.“...Eine Mutter haßt ihr Baby von Anfang an, noch bevor das Baby die Mutter hassen kann.....“, sagt er ganz nüchtern (WINNICOTT 1983,S.87).Ein Säugling könne seine Mutter überhaupt erst dann hassen, wenn seine Persönlichkeit integriert sei; davor geschehe alles, womit er Schmerz zufüge, nicht aus Haß, sondern aus

„erbarmungsloser Liebe“, er befinde sich noch im „Stadium der Erbarmungslosigkeit“. Die Mutter aber würde ihr Kind von Anfang an hassen; die Gründe seien vielfältige. So bedeute etwa das Baby während der Schwangerschaft und bei der Geburt eine Gefahr für den Körper der Mutter, ebenso werde das Stillen häufig als schmerzhaft erlebt. Dazu komme, dass der Säugling am Anfang das ganze Leben der Mutter beherrsche; sie müsse sich seinem Rhythmus und seinen Bedürfnissen völlig unterwerfen und auf ihr Privatleben weitgehend verzichten. Noch dazu dürfe sie keinen Dank erwarten, sondern werde im Gegenteil „...wie Dreck behandelt, wie eine unbezahlte Sklavin“ (WINNICOTT 1983, S.88). Eine „gute Mutter“ sei demnach nicht eine, die nicht hassen würde, sondern eine, die den Haß auf ihr Baby ertragen könne, ohne ihn in ihre Handlungen einfließen zu lassen. So also ist für WINNICOTT „...das Bemerkenswerteste an einer Mutter ihre Fähigkeit, sich von ihrem Baby so sehr verletzen zu lassen und so sehr zu hassen, ohne es dem Kind zu spüren zu geben, und ihre Fähigkeit, auf spätere Belohnungen zu warten, die eintreffen werden oder auch nicht...“ (WINNICOTT 1983, S.89). „Vielleicht“, fragt er weiter, „vielleicht helfen ihr einige Kinderlieder, die sie singt und die das Kind genießt, aber glücklicherweise nicht versteht?“ Als Beispiel führt er folgenden Liedtext aus dem englischsprachigen Raum an; - entsprechende Beispiele (wie etwa der Text von „Heidschi –Bumbeidschi“) lassen sich aber sicher auch auf deutsch finden:

Schlafe mein Kindchen, oben im Baum.
 Wiegt dich der Wind, spürst du es kaum.
 Bricht er den Ast, fällst du herab.
 Schläfst du für immer im dunklen Grab.

WINNICOTT selbst berichtet über einen kleinen Jungen, der mehrmals aus verschiedenen Heimen ausgerissen war und den er und seine Frau in ihr Haus aufgenommen hatten. Der Junge sorgte offenbar für ständige Aufregung und immer, wenn sich wieder etwas Schlimmes ereignet hatte, pflegte WINNICOTT ihn –bei jedem Wetter- vor die Tür zu setzen mit den Worten, dass das, was geschehen war, in ihm Haß erzeugt habe. Diese Worte seien wichtig gewesen, weil sie ihn befähigt hätten, „..... die Situation zu ertragen, ohne zuzuschlagen oder in Zorn zu geraten und ohne den Jungen ab und zu umzubringen...“ (WINNICOTT 1983, S.86).

WINNICOTT betont jedoch, es habe eine besondere Glocke gegeben, über die der Junge jedes Mal wieder ins Haus geholt wurde, sobald er sich beruhigt hatte.

Sentimentalität, so WINNICOTT, könnten die Eltern also gebrauchen, da sie eine Verleugnung des Hasses enthalte; und Sentimentalität der Mutter sei vom Standpunkt des Säuglings aus zu nichts gut. „..Es erscheint mir zweifelhaft“, überlegt er, „...ob ein sich entwickelndes Kind fähig ist, in einer sentimental Umgebung das ganze Ausmaß seines eigenen Hasses zu ertragen. Es braucht Haß ,um zu hassen.“ (WINNICOTT 1983,S.89).

Wieder zieht er eine Parallele zur analytischen Situation , insbesondere im Umgang mit stark regredierten, also psychotischen Patienten :“...Wenn das zutrifft, kann man von einem Patienten nicht erwarten, dass er seinen Haß auf den Analytiker ertragen kann, es sei denn, der Analytiker kann ihn hassen...“(WINNICOTT 1983, S.89).- Und dies , obwohl er gleichzeitig überzeugt ist, ein Analytiker müsse „...gerade bei stark regredierten Patienten gleichzeitig all die Geduld und Toleranz und Zuverlässigkeit an den Tag legen, die eine Mutter aufbringt, wenn sie ihren Säugling hingebungsvoll liebt“(WINNICOTT 1983,S.90).

5. Die depressive Position

Angenommen, die Entwicklungsaufgaben der allerersten Zeit seien gelungen, von welchen intrapsychischen Voraussetzungen wird man dann ausgehen können?

Man wird ein Baby vorfinden, dessen Integration und Personalisation bereits abgeschlossen sind, das also zur ganzen Person geworden ist und das in seinem Körper lebt. Darüber hinaus werden sich bereits Ansätze eines aufkeimenden Realitätsgefühls zeigen; das Baby wird also beginnen, zwischen Phantasie (Innenwelt) und Realität (Außenwelt) zu unterscheiden. Schließlich werden auch schon erste Anzeichen für die Herausbildung eines Zeitgefühls festzustellen sein;- all dies ist nach WINNICOTT mit ca.5-6 Monaten zu erwarten. Das kleine Wesen tritt damit in eine neue Phase der emotionalen Entwicklung ein, welche er, in Übereinstimmung mit M.KLEIN, die „**depressive Position**“ nennt. Im allgemeinen wird die erforderliche emotionale Reife daran abzulesen sein, dass ein Kind reif

geworden ist für die Entwöhnung. WINNICOTT meint, dies sei der Fall, wenn es beginnt, ein Spiel daraus zu machen, Gegenstände wegzuwerfen; das Kind zeige damit seine wachsende Fähigkeit, mit Verlusten fertig zu werden.

Was aber geschieht, wenn die Voraussetzungen für den Eintritt in die depressive Position nicht gegeben sind? Nach WINNICOTTs Auffassung wird die Entwicklung auch dann fortschreiten, nur wird die depressive Position in diesem Fall übergangen und der Säugling kommt einfach ohne sie weiter. Genau das ist seiner Meinung nach der Fall bei schizoiden Menschen oder bei schizophrenen Psychosen.

Sind jedoch alle genannten Voraussetzungen erfüllt, so wird die emotionale Entwicklung in eine neue Ära eintreten können. WINNICOTT hält diesen Entwicklungsabschnitt für immens wichtig; ja, seine Beschreibung ist für ihn der wesentlichste und bahnbrechendste Beitrag von M.KLEIN. Dabei beklagt er die Bezeichnung „depressive Position“ als für ein normales Entwicklungsstadium irreführend; suggeriert sie doch die Vorstellung, gesunde Säuglinge würden in diesem Stadium eine Depression durchmachen. Dem ist aber keineswegs so; vielmehr wird sich eine Stimmung von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit erst dann einstellen, wenn der normale Ablauf gestört wird.

Wenn aber das Durchlaufen der depressiven Position gewöhnlich nicht von Traurigkeit geprägt ist, worum geht es dann?

WINNICOTT macht die Entwicklungsaufgabe der depressiven Position verständlich, indem er von dem davor liegenden Zustand der **Erbarmungslosigkeit** ausgeht. Er nennt den Säugling zu Beginn erbarmungslos und meint damit dasselbe Phänomen, welches M.KLEIN als „paranoid-schizoide Position“ anspricht. Auch wenn seiner Ansicht nach im primitiven Liebesimpuls durchaus aggressive, ja sogar destruktive Elemente enthalten sind, kennt das kleine Wesen noch keine Besorgnis in bezug auf die Folgen seiner triebhaften Liebe. Das Konzept der depressiven Position versteht er als Versuch, zu beschreiben, wie und unter welchen Bedingungen der Bemutterung der **Wandel von der Erbarmungslosigkeit zum Erbarmen** eintritt.

Angenommen, wir hätten eine Mutter, der es gelungen ist, sich in ihrer Säuglingspflege den Bedürfnissen ihres Kindes ausreichend gut anzupassen ;–und wir hätten einen Säugling, der seine Mutter in allen ihren Facetten kennen- und lieben gelernt hat: ihr Gesicht, ihren Geruch, ihre Halsketten, ihre verschiedenen Haltungen. In all diesen tausend Kleinigkeiten wird sich ihm die Mutter verkörpern und er wird sie mit einem Gefühl von Zuneigung beantworten. Neben dieser ruhigen, pflegenden Mutter wird es aber noch eine ganz andere geben, eine Mutter nämlich, die immer wieder zum Angriffsziel seiner erregten triebhaften Attacken wird. Zur Veranschaulichung mag das Szenario einer Fütterung dienen, etwa einer ersten Fütterung am frühen Morgen. Was finden wir da?- Zunächst finden wir ein hungriges, erregtes Baby, das kaum noch weiß, was geschieht und das von seinem rohen Trieb fortgeschwemmt wird. Was nun folgt, ist eine Art erbarmungsloser, **kannibalischer Angriff** auf die Brust der Mutter, der sich beim genauen Hinsehen auch im physischen Verhalten des Säuglings ausdrücken wird. Begleitet wird dieses Verhalten von ebenso heftigen **räuberischen Vorstellungen** , wobei das Baby zunächst noch nicht in der Lage sein wird, seine phantasievolle Ausschmückung des gierigen Angriffs, das also, was es beabsichtigt, von dem zu unterscheiden, was tatsächlich geschieht. Irgendwann nun wird die Zeit kommen, wo dem Kind die Tatsache dämmert, dass es die gleiche Mutter auf zwei ganz verschiedene Weisen benützt : dass es also dieselbe Person ist, die auf dem Triebhöhepunkt angegriffen und beraubt wird und die gleichzeitig in den ruhigen Phasen alles verkörpert, was Schutz und Beruhigung gewährt und in tausend Kleinigkeiten vertraut und geliebt ist. WINNICOTT beschreibt damit, durchaus in Anlehnung an die „gute“ und „böse“ Mutter von Melanie Klein, zwei Mütter und dementsprechend zwei Aspekte der Säuglingspflege: Einmal die **(Trieb-) Objekt-Mutter**, im Besitz der Brust, also desjenigen Teilobjekts , welches die dringenden Bedürfnisse des Säuglings befriedigen kann; und dann die **Umwelt oder Pflege-Mutter**, welche Zärtlichkeit spendet, Geborgenheit und eine ruhige Beziehung. Die wesentliche Entwicklungsaufgabe der depressiven Position kann somit genauer gefasst werden: sie besteht in der **Integration dieser beiden Aspekte der Mutter**. Daß dies alles andere als einfach ist, hat uns Melanie Klein gelehrt; durch sie wurde unser Blick geschärft für die Tatsache, dass der triebhafte Angriff auf die ruhige Mutter zunächst eben nicht akzeptiert oder gar integriert werden kann.

Was also muß eine Mutter leisten, damit ihr Kind ihre beiden Aspekte in ein ganzheitliches Bild verbinden kann?

Ausgangspunkt mag wieder eine Fütterung sein, welche sich Tag für Tag mehrmals wiederholen wird;- und eine gute Mutter, die im Umgang mit ihrem Kind so souverän und verlässlich sein wird, dass sie „**die Situation in der Hand behält**“. In diesem Fall wird ihr Kind immer und immer wieder erleben, dass die „ruhige Mutter“ an der ganzen Wucht des Trieberlebnisses beteiligt war und dennoch **überlebt** hat. Diese Tatsache, dass die Mutter den oralen Sadismus des Säuglings erträgt und überlebt, d.h. dableibt und sich nicht rächt, ist die eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass das Kind die Spaltung zwischen ihren beiden Aspekten (Pflege-Aspekt, erregender Aspekt) überbrücken kann. Gleichzeitig wird das Überleben der Mutter seinen Realitätsbezug wesentlich stärken, indem ihm nämlich zu dämmern beginnt, dass zwischen dem, was man Tatsachen und Phantasie nennt, ein Unterschied besteht.

Aber auch wenn die Mutter den Angriff ihres Babies verlässlich überlebt, wird die ganze Sache noch durch **Ängste** kompliziert, mit denen das Kind zu kämpfen hat; im Grunde sind es zweierlei : Die eine Angst bezieht sich auf die Mutter und man könnte sie vielleicht so in Worte fassen, als würde der Säugling als Resultat seines Angriffs ein Loch empfinden, wo es vorher einen Körper voller Reichtum gegeben hatte. Die andere Angst bezieht sich auf sein eigenes Inneres; z um erstmal nämlich bemerkt das Kind Niederschläge seiner Erfahrungen im eigenen Selbst. Es wird von dem erfüllt, was es als gut empfindet (dem guten Gefühl, das im die Triebbefriedigung verschafft hat), und das wird sein Vertrauen stärken zu sich selbst und zu dem, was es vom Leben erwarten darf. Zur gleichen Zeit erlebt es aber auch seine eigenen wütenden Angriffe und darüber wird es von etwas erfüllt, was schlecht ist, bössartig oder verfolgend. Diese üblen Kräfte stellen eine Drohung dar, die sich von innen her gegen seine eigene Person und gegen das Gute richtet, das die Grundlage seines Zutrauens zum Leben bildet. Erstmalig ist also so etwas wie eine innere Welt entstanden und wir müssen nun analog zum physischen Verdauungsprozeß eine Art „**seelische Verdauung**“ annehmen, wobei „gute“, also selbsterhaltende und „schlechte“, also verfolgende Ergebnisse des Trieberlebens geordnet und miteinander in Beziehung gebracht werden müssen; letztlich geht es

um einen Kampf zwischen den Kräften des Guten und des Bösen innerhalb und außerhalb des Selbst mit ungewissem Ausgang. Am Ende eines solchen Lebensstages wird jedes Kind als Ergebnis geleisteter innerer Arbeit Gutes und Schlechtes anzubieten haben. Die Mutter nimmt das Gute wie auch das Schlechte und von einer guten Mutter wird erwartet, dass sie beides unterscheiden kann. Hier findet also ein **erstes Geben** statt und ohne dieses Geben wird nach WINNICOTTs Überzeugung niemals ein wirkliches Empfangen möglich sein.

Der Säugling , der mit einer Mutter gesegnet ist, die weiterlebt, wie auch mit einer Mutter, welche die Geste des Gebens erkennt und sein Gutes annimmt, kann nun in bezug auf das Loch, das er in der Phantasie im Körper der Mutter angerichtet hat, etwas unternehmen. Er kann **Wiedergutmachung** leisten, er kann das, was er zerstört glaubt, wiederherstellen. WINNICOTT weist uns an dieser Stelle eindringlich darauf hin, dass es ein großes Missverständnis wäre, zu meinen, man werde einem Kind gerecht, wenn man sich als Erwachsener nur als Gebender verstünde; es sei ganz im Gegenteil ganz wesentlich, auch als Empfangender da zu sein. Für das Kind sei es immens wichtig, geben zu können. Bei älteren Kindern drücke sich diese Geste im Spiel aus und kleine Kinder bräuchten das Gefühl, der geliebte Mensch würde an ihrem Spiel teilhaben, zumindest aber in der Nähe sein.

In der Tatsache, dass die beiden Mütter in Deckung gebracht werden und in dem vermeintlichen Schaden, den ein Säugling auf dem Höhepunkt seiner erregten Liebe dem geliebten Menschen zugefügt hat, liegt nach WINNICOTTs Meinung auch der eigentliche Ursprung eines Gefühls von **Schuld** .Er betont, das gesunde Kind habe eine persönliche Quelle des Schuldgefühls, man brauche ihm ein solches nicht beizubringen. Für ein häufiges physisches Korrelat hält er das Erbrechen, als Versuch, das „Schlechte“ im Inneren wieder loszuwerden. Ein gesundes Kind kann dieses Schuldgefühl aushalten und ist mithilfe einer „guten Mutter“ fähig, Wiedergutmachung zu leisten. Auf diese Weise mag ein Großteil der im Schuldgefühl gebundenen Aggression sublimiert, nämlich in soziales Handeln übergeführt werden.

Wird einem Kind die Besorgnis dadurch erträglich, dass es auf eine Möglichkeit zu einer Wiedergutmachung vertrauen kann, so wird der Trieb freier und es kann immer mehr riskiert werden. Damit entstehen natürlich auch größere Schuldgefühle, aber es

stellt sich auch eine Intensivierung des Trieblebens und seiner Ausschmückung in der Phantasie ein, so dass sich eine reichere Innenwelt entfaltet, welche wiederum mehr Möglichkeiten bietet, zu geben. Das Kind wird mit der Zeit auch Erinnerungen an „gute Erlebnisse“ aufbauen; damit kann die Erfahrung einer Mutter, welche die Situation beherrscht, zu einem Teil des Selbst werden und in das Ich eingehen. Man könnte auch sagen, die „gute Mutter“ oder auch die „gute Brust“ werde internalisiert und gebe nun von innen her Halt, als gutes Introjekt. Auf diese Weise wird die wirkliche gute Mutter allmählich immer weniger unentbehrlich; das Kind wird fähig werden, die Trennung von der Mutter zu ertragen, indem es neue Erlebnisse machen kann, in denen es selbst die Situation im Griff hat.

Was aber, wenn der geschilderte optimale Ablauf gestört wird? Wenn etwa die Mutter nicht mehr verfügbar ist, bevor das Kind sie internalisieren konnte, oder wenn es keine Möglichkeit zur Wiedergutmachung gibt? Dann bröckelt der Prozeß wieder ab; dies wird zunächst zu einem Verlust der Fähigkeit führen, Schuldgefühle zu empfinden wie auch mit der Verlustangst fertig zu werden;- aber nicht nur das. Es wird zu einer allgemeinen Triebhemmung kommen, wo das Kind (oder auch der Erwachsene) die ganze innere Welt und alle inneren Funktionen auf einem niedrigen Vitalitätsniveau stagnieren lässt. Daraus nun resultiert tatsächlich eine Stimmung der Depression, der Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Ein Ausweg aus der Niedergeschlagenheit, welche speziell mit den Ängsten der depressiven Position verbunden ist, ist nach WINNICOTT die „**manische Abwehr**“. Hier wird alles Ernsthaftige negiert, vor allem aber die Verlustangst: Der Tod wird zu übertriebener Lebhaftigkeit, Stille zu Lärm; es gibt keinen Kummer und keine Besorgnis mehr, keine Muße und keine konstruktive Arbeit;- eine grandiose Reaktionsbildung zur Depression. Wenn man ihr klinisch begegnet, so zeigt sie immer an, dass die depressive Position erreicht worden und auch nicht verlorengegangen ist, aber dass sie in der Schwebe gehalten und negiert wird. Häufig wird bei Kindern in diesem Zusammenhang eine „allgemeine ängstliche Unruhe“ diagnostiziert; es drängt sich die Frage auf, wie oft sich eine manische Abwehr der Depression nicht auch hinter dem beliebten Etikett „hyperaktives Kind“ verbirgt.

WINNICOTT ist davon überzeugt, es sei für jeden praktizierenden Analytiker wichtig, all dies im Bewusstsein zu halten, denn die depressive Position, welche unter

günstigen Umständen im Alter von 6-9 Monaten schon gut angebahnt sein könne, werde häufig so lange nicht erreicht, bis ein Mensch in Analyse komme. Bei Schizoiden oder all jenen Personen, welche die Psychiatrien bevölkern und gar nie ein wahres lebendes Selbst erreichen konnten, käme es überhaupt nicht in erster Linie auf die depressive Position an; sie müsse für diese Menschen etwas bleiben wie „Farbe für die Farbenblinden“ (WINNICOTT, 1987, S.299). Im Gegensatz dazu bliebe bei der großen Gruppe der Manisch-Depressiven, welche die Mehrzahl der „Normalen“ ausmache, die depressive Position das Thema ihres Lebens.

6. Behandlungstechnische Konsequenzen

6.1. Klinische Varianten der Übertragung

Je nachdem, wie früh und wie massiv die haltende Umwelt versagt hat, beschreibt WINNICOTT drei Gruppen von Patienten:

- Patienten, die „ganze Menschen“ sind, die also über ein integriertes und realitätsangepasstes Selbst verfügen und deren Schwierigkeiten im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen liegen. Irgendwann, so WINNICOTT, bekommen sie Schwierigkeiten, wobei angenommen werden kann, dass es vor ihrer Latenzzeit ein Familienleben gegeben hat und dass sie sich in den noch früheren Stadien ihrer Kindheit befriedigend entwickelt haben. Bei der Behandlung dieser Gruppe von Patienten ist seiner Ansicht nach die von FREUD entwickelte „klassische Technik“ der Psychoanalyse angebracht.
- Patienten, bei denen eine „Ganzheit der Persönlichkeit“ eben erst dabei ist, zu entstehen und die daher nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann. Die Analyse dieser Patienten wird vorrangig eine Analyse des „Stadiums der Besorgnis“ oder der „depressiven Position“ sein. Im Zentrum der analytischen Arbeit werden somit das erste Zusammenfallen von Liebe und Haß stehen, ein erstes Erkennen von Abhängigkeit sowie ein erstes Empfinden von Schuld. In der Übertragung ist eine Neuauflage der Mutter-Kind-Beziehung etwa um die Zeit der Entwöhnung zu erwarten. Von dieser Gruppe von Patienten wird eine Mutter gebraucht, welche die

Situation in der Hand „hält“; das Überleben des Analytikers ist hier ein dynamischer Faktor.

- Patienten, bei deren Analyse man sich mit den Frühstadien der emotionalen Entwicklung befassen muß;- jene also, wo die Persönlichkeit noch nicht zur Einheit gefestigt ist. Hier geht es um die primitive emotionale Entwicklung, um eine Zeit, in welcher eine Mutter benötigt wird, die das Kind tatsächlich hält.

Die „klassischen“ und gleichzeitig die „gesündesten“ Patienten sind jene, die der ersten Gruppe zugeordnet werden können;WINNICOTT ist überzeugt, diese seien auch die bevorzugten Patienten FREUDs gewesen. FREUD habe ,ohne es zu wissen, nur solche Fälle ausgewählt, die im frühesten Säuglingsalter angemessen versorgt worden waren. Auch FREUDs eigene Erfahrungen im Säuglingsalter seien offenbar „gut genug“ gewesen, weshalb er bei seiner Selbstanalyse die Bemutterung des Säuglings als selbstverständlich vorausgesetzt habe. Dennoch tauche die frühe Bemutterung in FREUDs Behandlungstechnik auf, ohne dass er dies bewusst reflektiert habe: Sie finde sich wieder in der Gestaltung des analytischen Rahmens, im analytischen Milieu. Auf diese Weise könne FREUDs Werk somit künstlich in zwei Hälften geteilt werden:

- Die Technik der Psychoanalyse, wie sie in der analytischen Ausbildung erlernt wird und die darauf abzielt, das vom Patienten gelieferte Material zu verstehen und zu deuten.

- Der Rahmen bzw. das Milieu, in welchem diese Arbeit durchgeführt werde und wo letztlich alles darauf hinauslaufe, dass sich der Analytiker „gut benimmt“, weil er eben ein reifer Mensch ist. Das klinische Milieu FREUDs charakterisiert WINNICOTT (1983, S.193-194) etwa folgendermaßen:

...Jeden Tag zu einer festgesetzten Zeit, etwa 5-6mal in der Woche, stellte FREUD sich seinem Patienten zur Verfügung; in dieser Stunde beschäftigte er sich ausschließlich mit diesem Patienten.

...Man konnte sich darauf verlassen, dass der Analytiker pünktlich da sein würde, lebendig und atmend.

...Durch sein positives Interesse bringt der Analytiker Liebe zum Ausdruck; sein Haß äußert sich im strengen Beginn und Ende der Stunde und in der Honorarfrage. Liebe und Haß werden vom Analytiker ehrlich geäußert, also nicht verleugnet.

...Die Arbeit wird in einem ruhigen Zimmer getan, das behaglich warm ist (nötigenfalls liegt für den Patienten eine Decke bereit) und angenehm, d.h. nicht zu grell beleuchtet.

...Der Analytiker versucht, moralische Urteile aus der Beziehung herauszuhalten; er drängt sich nicht mit Einzelheiten aus seinem persönlichen Leben und Denken auf.

...Der Analytiker ist in der analytischen Situation viel zuverlässiger, als es die Menschen im gewöhnlichen Leben sind; er ist beispielsweise im großen und ganzen pünktlich und bekommt keine Wutanfälle.

...In der Analyse wird sehr klar zwischen Wirklichkeit und Phantasie unterschieden, so dass der Analytiker durch einen aggressiven Traum nicht verletzt wird.

... Der Analytiker überlebt alles.

Aus den bisherigen Überlegungen zieht WINNICOTT folgende Schlüsse:

Wenn ein intaktes Ich vorhanden ist und wenn der Analytiker, wie es FREUD getan hat, die frühesten Einzelheiten der Säuglingspflege als selbstverständlich voraussetzen kann, dann wird das Milieu gegenüber der Deutungsarbeit unwichtig sein. Bei der letztgenannten Gruppe von Patienten, wo kein intaktes Ich vorausgesetzt werden kann, werden hingegen das Milieu sowie eine ausreichende Lenkung und Steuerung wichtiger als die Deutung. Der analytische Rahmen, der im Idealfall so etwas wie eine gute Bemmutterung widerspiegelt, besitzt also entscheidende Bedeutung für die Behandlung der Patienten aus der dritten Gruppe; - dafür, dass sie eine Chance zum Heilwerden bekommen.

Wie aber wäre eine solche Chance vorstellbar?

6.2 Heilung durch Regression

Ausgehend von WINNICOTTs Verständnis psychotischer Erkrankungen darf angenommen werden, dass diese gerade bei Patienten aus der dritten Gruppe gehäuft auftreten werden;- handelt es sich doch um Menschen, deren Entwicklung durch ein Umweltversagen in der frühen Kindheit gestört und verformt wurde, deren kontinuierliches Sein gebrochen ist und die massive Übergriffe der Umwelt durch die Abwehrformation eines falschen Selbst überlebt haben. Auch wenn sie vordergründig

angepasst erscheinen mögen, ist dies aus der Sicht WINNICOTTs nichts anderes als eine „Flucht in die Gesundheit“, vergleichbar mit der „manischen Abwehr“. Aber: „...Scheinbare Gesundheit mit einem falschen Selbst hat für den Patienten keinen Wert...“; und weiter: „...Der Übergang zu dem Gefühl, dass das Leben lebenswert ist, wird sich erst in dem Augenblick einstellen, in dem sich das Wirkungszentrum vom falschen in das wahre Selbst verlagert...“.(WINNICOTT 1983,S.197) Gerade dies ist seiner Meinung nach grundsätzlich möglich, da jeder Mensch über eine Strategie verfügt, um sein Selbst gegen spezifisches Umweltversagen zu verteidigen; WINNICOTT spricht vom „**Einfrieren einer verfehlten Situation**“. Damit einher geht die unbewusste Annahme, die auch zu einer bewussten Hoffnung werden könne, dass es zu einem späteren Zeitpunkt Gelegenheit für eine erneute Erfahrung geben werde, in der die verfehlte Situation wieder aufgetaut und nochmals erlebt werden könne; diesmal unter besseren Bedingungen und in einer Umwelt, die sich angemessen anzupassen vermag. Das Milieu der Analyse stelle im Idealfall,- dann nämlich, wenn es die Techniken der frühen Bemutterung reproduziere -, eine solche Umwelt her; ein derartiges Milieu werde aufgrund seiner Zuverlässigkeit zur Regression einladen. **Regression** wird für WINNICOTT so zu einem wichtigen Teil eines Heilungsvorganges. Er versteht „Regression“ als ein Zurückschreiten in der Entwicklung und zwar nicht nur in der Triebentwicklung, sondern auch in der Ich-Entwicklung; hier geht es um ein Zurückgleiten bis in die frühe oder doppelte Abhängigkeit, - letztlich bis zum primären Narzissmus, wo das Individuum von der Umwelt gehalten wird, ohne etwas davon zu wissen. Auf dieser Stufe kann die Regression so tief sein, dass der Patient die Couch naß macht oder sabbert; ja, in jenen Fällen, wo kein beobachtendes Ich mehr existiert, mit dem es ihm möglich wäre, am Ende der Stunde wieder aus seiner Regression aufzutauchen , muß er tatsächlich gepflegt werden. Von diesem tiefsten Punkt aus wird die Fortentwicklung aufs Neue beginnen können, wobei der Patient in der neuen, nunmehr angepassten Umwelt ein neues Selbstgefühl empfinden und sich damit dem **Auftauen der Situation des Umweltversagens** annähern kann. Er hat nun die Chance, aus der neuen Position der Ich-Stärke heraus , - vielleicht zum allerersten Mal-, Wut, die sich auf das frühe Umweltversagen bezieht, zu verspüren und zu äußern. WINNICOTT geht davon aus, dass er sich hierfür das gelegentliche Versagen des Analytikers zunutze machen wird. Darüber wird er sich alle ursprünglichen Fälle des Umweltversagens ins Gedächtnis rufen, von denen WINNICOTT annimmt, sie seien

chronologisch registriert worden und jederzeit abrufbar. Die Vergangenheit wird so zur Gegenwart werden. Dabei werden die Bedürfnisse des tief regredierten Patienten absolut sein, wie sie es auch beim Säugling sind, und sie werden nichts weniger als perfekte Anpassung benötigen. Wenn etwa ein solche Patient Ruhe braucht, so lässt sich ohne diese Ruhe nichts ausrichten. Wird das absolute Bedürfnis des Patienten nicht befriedigt, so wird sich als Ergebnis nicht Wut einstellen, sondern eine Reproduktion des Umweltversagens, begleitet von einem Gefühl der Vergeblichkeit. Ein „Widerstand“ des Patienten wird nach WINNICOTTs Auffassung auf dieser Stufe also immer eine fehlerhafte Anpassung des Analytikers widerspiegeln. Kann der Analytiker jedoch eine ausreichend gute Anpassung leisten, dann wird es zu einer Verlagerung des Lebensschauplatzes vom falschen in das wahre Selbst kommen und die ins Stocken geratene Entwicklung von der Abhängigkeit zur Unabhängigkeit wird wieder in Fluß kommen. Es wird damit zum erstenmal die Gelegenheit zur Entwicklung eines Ichs geben, zu einer Integration von Ich-Kernen; zum erstenmal wird dieses Ich Es-Impulse erleben und sich dabei wirklich fühlen können. Ist dies alles geleistet, so wird schließlich der Übergang zur „gewöhnlichen“ analytischen Arbeit möglich werden: zur Analyse der depressiven Position und der neurotischen Abwehr eines Patienten mit einem Ich, welches fähig ist, Triebregungen zu erleben und die Folgen zu tragen.

Als Beispiel für einen derartigen Heilungsprozeß mag die Behandlung eines neunjährigen Jungen dienen, über die WINNICOTT berichtet. Man hatte das Kind zu ihm gebracht, weil es mehrfach gestohlen hatte und aus diesem Grund seine Internatsschule verlassen musste. Wegen der großen Entfernung zum Wohnort fanden nur drei eigentliche Behandlungsstunden bei WINNICOTT statt, wobei er herausfand, dass es offenbar durch eine längere Abwesenheit der Mutter im 2. Lebensjahr des Kindes zu einer Störung seiner emotionalen Entwicklung gekommen war. Die eigentlich entscheidende Behandlung hatte jedoch zu Hause stattgefunden, wo dem Jungen, wie WINNICOTT es ausdrückt, „Asyl“ gewährt wurde und er eine kontrollierte Krankheit im Sinne einer Regression durchmachen durfte. Die Bedeutung des professionellen analytischen Teils der Behandlung im Vergleich zu jenem Teil, der in der Familie geleistet wurde, schätzt WINNICOTT folgendermaßen ein: „Dieses Kind brauchte meine persönliche Hilfe, aber in vielen Fällen kann man die psychotherapeutischen Sitzungen weglassen und das

Elternhaus kann die ganze Therapie durchführen. Das einzige, was dabei verloren geht, ist die Möglichkeit des Kindes, eine Einsicht zu gewinnen, und dies ist keineswegs immer ein schwerwiegender Verlust....“ (WINNICOTT,1983,S 153).

Der kleine Junge wurde also zu Hause als „Sonderfall“ angenommen; als ein Kind, dem man erlauben musste, noch kränker zu werden und das zu bekommen, was anfangs das Recht jedes Säuglings ist, nämlich eine aktive Anpassung an seine Bedürfnisse. So wurde ihm gestattet, in seiner Entwicklung immer weiter zurückzuschreiten. Er zog sich in seine innere Welt zurück, verbrachte die meiste Zeit im Bett und begann unmanierlich zu essen; WINNICOTT berichtet, wie er sich am Tiefpunkt seiner Regression nur mehr hopsend vorwärtsbewegte, wobei er seine Arme wie Windmühlenflügel drehte. Er gab nur mehr ruhende Laute von sich und machte sein Bett naß; schließlich nahm er überhaupt keine feste Nahrung mehr zu sich, sondern trank nur in großen Mengen Wasser. Dieser Prozeß dauerte etwa drei Monate, bis er eines Morgens aufstehen wollte; dies nun war das Zeichen seiner Besserung. Die Symptome blätterten allmählich ab und als der Herbst kam, konnte man ihn wieder ins Internat schicken. Es kam weder zu einem neuerlichen Stehlen, noch hörte er weiterhin die Stimme des Zauberers, welcher ihm zuvor das Stehlen angeordnet hatte. Der Junge konnte in der Schule rasch das Versäumte nachholen; er schaffte einen glänzenden Schulabschluß und auch seine weitere Entwicklung verlief nach WINNICOTTs problemlos.

Eine kleine Episode möchte ich abschließend noch aus meiner eigenen Praxis hinzufügen, zumal sie mir bei der Lektüre WINNICOTTs wieder sehr eindringlich vor Augen gestanden hatte und ich erst jetzt meinte, zu verstehen, was eigentlich abgelaufen war. Auch hier handelt es sich nicht um eine regelrechte Therapie, da ich in meiner psychoanalytischen Praxis gewöhnlich nur Erwachsene behandle. Das kleine Mädchen war über eine meiner Patientinnen, - ihre Großmutter-, zu mir gekommen, da sich die Familie keinen Rat mehr wusste und ein regulärer Therapieplatz nicht aufzutreiben war. Das Ziel meiner Interventionen war eine diagnostische Einschätzung gewesen, vor allem aber auch ein psychodynamisches Verständnis der zunächst rätselhaften Symptomatik. Zufällig hatte ich das kleine Mädchen ebenfalls dreimal gesehen; und auch hier war es die Familie gewesen, welche die eigentliche Behandlung durchgeführt hatte.

Der Anlaß, weshalb das achtjährige Mädchen, zu mir gekommen war, war eine plötzlich auftretende und unverständliche Schulverweigerung. Ihre Großmutter war auf folgende Weise in das erstmalige Auftreten der Symptomatik involviert gewesen: In der Schulklasse des Kindes hatte offenbar ein Virus sein Unwesen getrieben, so dass einige Mitschüler während des Unterrichts erbrechen mussten. Nun verspürte eines Vormittags auch meine kleine Patientin ein flaes Gefühl im Magen und sie meldete das ihrer Lehrerein. Diese versuchte daraufhin sofort die Mutter zu erreichen, konnte sie aber nicht zu Hause antreffen. Deshalb wurde die Großmutter verständigt, welche das Kind vorzeitig vom Unterricht abholte. Es sei zu keinem Erbrechen gekommen, aber das Mädchen habe sichtlich blaß und verstört gewirkt. Von nun an klagte sie jeden Morgen über Übelkeit und verweigerte den Schulbesuch. Aber nicht nur das: Sie besuchte auch keine Freundinnen mehr, was sie bisher immer gern getan hatte. Sie wollte auch nicht zu Hause bleiben, wenn die Mutter nicht da war. Der Vater schien kein geeigneter Ersatz zu sein, obwohl er immer sehr präsent und an der Erziehung der Kinder beteiligt gewesen war. Das Mädchen war die mittlere von drei Kindern und hatte bis zu diesem Zeitpunkt als das einzig unproblematische Kind in der Familie gegolten. Schulschwierigkeiten konnten als mögliche Ursache ausgeschlossen werden, weil sie immer eine ausgezeichnete Schülerin gewesen war und in der Klasse viele Freundinnen hatte. Man vermutete, sie habe vielleicht auf dem Schulweg ein angstmachendes Erlebnis gehabt, aber es war nichts aus ihr herauszubringen. Sie behauptete hartnäckig, sie wisse selber nicht, warum sie nicht mehr in die Schule gehen könne;- und natürlich meinte man, sie würde etwas verschweigen. Als einzigen Grund nannte sie die Tatsache, dass sie von der Großmutter und nicht von der Mutter abgeholt worden wäre und dies sei ihr unangenehm gewesen. Nachdem das Kind bisher zur Großmutter aber eine sehr gute Beziehung gehabt hatte, musste diese Begründung als wenig glaubwürdig erscheinen.

Als das Mädchen das erstmal zu mir kam, wirkte sie völlig teilnahmslos und sprach kein Wort; sie wachte ängstlich darüber, dass die Mutter im Behandlungszimmer blieb. Da ich über keine professionelle kideranalytische Ausrüstung verfüge, hatte ich zumindest ein Puppenhaus aufgebaut, in welchem die Kleine eine ganz unauffällige häusliche Szene arrangierte. Bedeutsam war lediglich, dass sie eine Wiege mit einem Baby und dicht daneben eine Mutterfigur mitten in den Raum setzte,- sozusagen ins Zentrum ihrer Thematik. Dies tat sie auch alle weiteren Male.

Irgendwann befragte ich die Mutter über den Geburtsverlauf und sie erzählte mir u.a., dass sehr bald nach der Geburt etwas Beängstigendes passiert sei. Das Kind habe nämlich im Säuglingszimmer erbrochen, ohne dass es jemand bemerkt habe und als man es entdeckte, habe sie bereits unter Atemnot gelitten. Sie sei kurz daraufhin auf die Intensivstation verlegt und gründlich untersucht worden, aber zum Glück habe der Vorfall keine weiteren Folgen gehabt. Schlagartig vermeinte ich nun eine Parallele zu sehen zu dem, was aktuell passiert war:

Das Mädchen fürchtete zu erbrechen und es wurde nach der Mutter gerufen,- wie man auch annehmen kann, dass sie als Säugling versucht hatte zu schreien und die Mutter um Hilfe zu rufen. Heute wie damals war die Mutter nicht zu erreichen gewesen und das Kind mit seiner unglaublichen Not (bzw. damals auch Lebensbedrohung) allein geblieben. Ich unterbreitete diese meine Phantasie der Mutter und auch meiner kleinen Patientin als mögliche Ursache ihrer Ängste. Damit wäre außerdem erklärt gewesen, warum sie nicht nur den Schulbesuch verweigerte, sondern sich generell nicht von der Mutter trennen wollte und warum sie keine Begründung angeben konnte;- weil sie eine solche eben tatsächlich nicht kannte. Ich sagte mir: Wenn dies alles stimmt, dann muß dieses Kind die Sicherheit bei seiner Mutter finden können, die es damals nicht gehabt hat; es muß das Versäumte nachholen. Erst bei der Lektüre von WINNICOTT, insbesondere seinen Vorstellungen zur heilenden Wirkung der Regression, war mir bewusst geworden, wie diese Überlegung theoretisch zu rechtfertigen wäre. Ich vereinbarte also mit der Mutter, sie solle das Mädchen wieder ganz klein werden lassen. Man solle aufhören, sie dazu zu überreden, es doch wieder mit der Schule zu versuchen; man solle sie zu Hause lassen und behüten wie ein kleines Baby. Die Mutter war sehr einsichtig und bemüht und verhielt sich wie besprochen. Günstig war, dass wir uns nur 3 Wochen vor den Sommerferien befanden, dadurch konnte diese Vorgangsweise auch mit der Lehrerin problemlos geregelt werden. Tatsache ist, dass das Mädchen im darauffolgenden September wieder die Schule besuchen konnte, weshalb auch keine weiteren Sitzungen mehr erwogen wurden. Obwohl sie nun ein Handy bei sich trägt, über das sie die Mutter immer erreichen kann,- eine drahtlose Nabelschnur sozusagen -, macht sie selten Gebrauch davon Über ihre Großmutter ist mir bekannt, dass es immer noch kleine Probleme gibt,- vor allem nach längeren Krankheiten -, aber sie geht wieder regelmäßig zur Schule und besucht auch ihre Freundinnen. Auch wenn es vermessen wäre, hier von einem Therapieerfolg zu sprechen, mag die

kleine Episode ein weiteres Beispiel sein für das, was WINNICOTT meint, wenn er vom „Auftauen einer verfehlten Situation“ und von „Heilung durch Regression“ spricht.

Zusammenfassung und Bewertung

Nach dieser überblicksartigen Einführung in WINNICOTTs Beitrag zur psychoanalytischen Theorienbildung stellt sich abschließend die Frage: Wenn WINNICOTT sich selbst nicht als Kleinianer sieht, welchen Platz sollte man ihm dann zuweisen? Eine Antwort findet sich unschwer, wenn man bedenkt, dass M.KLEIN sicher den entschiedensten und radikalsten Versuch unternommen hat, die frühesten Entwicklungsprozesse des Kindes getrennt von der Erforschung der äußeren Umwelt zu untersuchen. Dabei hatte sie sich aber ziemlich einseitig auf die inneren Prozesse des Kindes konzentriert. Andere wiederum, allen voran A.FREUD, hatten ihr Interesse im Gegenteil gerade auf die Techniken der Säuglings- und Kinderpflege gerichtet, also auf die äußeren Bedingungen der frühkindlichen Entwicklung;- hier aber unter Vernachlässigung der inneren Prozesse. Diese Differenzen haben bekanntlich zu einer Spaltung der psychoanalytischen Bewegung geführt, von der STORK meint, sie sei bis heute noch nicht konstruktiv geschlossen (STORK in WINNICOTT 1983,S.9).Für ihn hat WINNICOTT hier den entscheidenden Brückenschlag geleistet, indem er als erster Hypothesen entwickelte, in denen die Rolle der fördernden Umwelt mit den frühen intrapsychischen Prozessen verschränkt wird. Insbesondere die existentielle Bedeutung einer „guten Bemmutterung“ wird von ihm immer wieder beschworen; ohne sie kann es keine gesunde seelische Entwicklung geben.

Eine Frage möge an den Schluß gestellt werden, es ist die Frage nach dem Vater, den man bei WINNICOTT vergeblich sucht.“ Warum ist das so?“- könnte gefragt werden, und:“ Wie würden sich WINNICOTTs Hypothesen zur frühen emotionalen Entwicklung verändern, sollte auch der „triangulierende Dritte“ darin Platz finden?“. Viele weitere Fragen ließen sich daran anschließen;- sie zu beantworten, müsste Anliegen einer weiterführenden Arbeit werden.

Literatur:

STORK, J. , in: WINNICOTT ,D.W.(1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.Frankfurt am Main:Fischer.d

WINNICOTT, D.W. (1958): Through Paediatrics to Psycho-Analysis, London 1958. Deutsch (1983) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.Frankfurt am Main:Fischer.