Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1985)

Artikel: Das seelisch vernachlässigte Kind als Erwachsener in der Psychotherapie : ein kasuistischer Beitrag

Autor: Solms, Hugo

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051014

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Das seelisch vernachlässigte Kind als Erwachsener in der Psychotherapie
Ein kasuistischer Beitrag

Hugo Solms
Prof. Dr. med., Konsiliarius am Psychiatrie-Departement der Medizinischen Fakultät der Universität Genf, Professor an der Universität Freiburg/Schweiz, 16, rue Albert-Gos, 1206 Genève

1. Problemstellung

Die Spätfolgen seelischer Kindesvernachlässigung sind wenig untersucht worden. Dies liegt wohl zum Teil daran, dass die Dunkelziffer dieser Fälle die der Kindesmisshandlung noch übertrifft. Es kommt vor, dass eine kindliche Deprivationssituation erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wird und zwar lediglich als "Zufallsbefund", z.B. im Verlauf einer Psychotherapie. Die bekannt gewordenen, medizinisch-psychologisch abgeklärten und erwiesenen Fälle sind gewöhnlich solche schwerer psycho-sozialer Kindesvernachlässigung. Über stille, verborgene, aber dennoch erheblich traumatisierende affektive Deprivation im Kindesalter und deren Spätfolgen gibt es wenig Untersuchungen. Längsschnittkatamnesen und prospektive Langzeitstudien, die Jahrzehnte umfassen, sind kaum zu finden.

Übrigens ist die Abgrenzung zwischen Vernachlässigung und Misshandlung im Kindesalter zuweilen schwierig.

Uns interessieren Erwachsene, die im Kleinkindesalter seelische und soziale Deprivationssituationen durchgemacht haben, und zwar Situationen, die nicht nur phantasierte, sondern reale, d.h. tatsächliche und erwiesene psychische Traumatisierungen betreffen. Unser Interesse gilt der Frage, wie Erwachsene leben und arbeiten, wenn sie in ihrer Frühkindheit erhebliche emotionale Vernachlässigungen, z.B. in passiver Opferhaltung, erlitten hatten. Wie haben sie diese frühkindlichen

Traumatisierungen innerpsychisch, d.h. im Bereich der Phantasietätigkeit und der Abwehrstrategien verarbeitet? Welchen emotionalen Kümmerexistenzen begegnet man bei Erwachsenen, die als Kleinkinder von seiten ihrer Eltern nicht die Liebe, Zuwendung, Bestätigung, Achtung und Unterstützung erfahren haben, die für den Aufbau der Grundgefühle von Sicherheit und Wohlbefinden unverzichtbar sind?

Diese Fragen betreffen verschiedene Aspekte des psychodynamischen und sozialen Gesamtgeschehens im Leben früh vernachlässigter Menschen:

- ihre innerseelische Konfliktdynamik;
- das Familiensystem und die Eltern-Kind-Beziehung; d.h. wie die Eltern sich um ihr Kind kümmerten und es liebten und wie diese Gefühle erwidert wurden, aber auch die Frage nach den Interaktionen zwischen dieser Beziehung und dem ganzen Familiensystem (2);
- die jahrzehntelange lebensgeschichtliche Auseinandersetzung der Frühvernachlässigten mit der im Kindesalter erlittenen emotionalen und sozialen Deprivation.

Es ist schwierig, eindeutige Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wenn man sich diesen Problemen nur auf dem Wege über katamnestische Erhebungen an Erwachsenen nähern kann. Sie lassen sich aber dann einigermassen klären, wenn man Gelegenheit hat, mit Erwachsenen zu arbeiten, die sich (gleichgültig aus welchen Gründen) einer tiefenpsychologischen Psychotherapie unterziehen; und wenn die dabei gewonnenen Informationen durch Erfahrungsberichte von hinreichend verlässlichen Drittpersonen vervollständigt werden können. In dem hier darzustellenden Fall war dies möglich.

Eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie gewährt nicht nur Einblick in die Beschaffenheit der Abwehrorganisation, der Beziehungs- und Liebesfähigkeit und der Lebensbewältigungsstrategien dieser Persönlichkeiten, sondern auch in die Art und Weise, wie sie sich mit ihrer frühkindlichen Deprivationssituation auseinandersetzen. Es ist allerdings bekannt, dass es solchen Menschen sehr schwer fällt, einen Zugang zu

ihren schmerzvollen und beschämend erniedrigenden Erlebnissen zu finden, und zwar auch dann, wenn sie in Psychotherapie sind. Der Therapeut stösst hier auf eine erhebliche narzistische Verletzlichkeit, auf besonders hartnäckige, offene oder verhüllte, Schamkonflikte, auf nachhaltige Verleugnungsstrategien und auf einen ausgeprägten masochistischen Leidensgewinn.

Daher verlangt die Therapie dieser frühvernachlässigten oder misshandelten Persönlichkeiten vom Therapeuten ein besonderes Mass an Offenheit und eine weitgehende Überwindung seiner eigenen Schamschranken, damit er die innere mitfühlende Bereitschaft findet, die es erlaubt, solche seelischen Torturs situationen mit diesen Patienten durchzuarbeiten.

2. Psychopathologie und Therapieindikation: weshalb zwei leibbezogene Psychotherapiemethoden?

Eine 45jährige polytoxikomane, vor allem alkoholabhängige, alleinstehende Frau bittet um psychotherapeutische Hilfe. Sie befindet sich in einer narzistischen Krise, weil sie ihr Einverständnis geben muss zur geronto-psychiatrischen Zwangshospitalisierung und Bevormundung ihrer alleinstehenden alten Mutter, die unselbständig und hilflos geworden ist. Diese Krise reaktiviert in der Patientin einen nie durchgearbeiteten Ambivalenzkonflikt, der ihr Mutterbild betrifft: das einer "verhassten, weil lieblosen Mutter", die die Patientin "weder real, noch gefühlsmässig nie hat loswerden können". Als Mitverantwortliche erlebt die Patientin den eingreifenden Massnahmenvollzug nicht nur als therapeutisch gerechtfertigt, sondern als unerträglich, weil er ihren gegen die Mutter gerichteten Todeswünschen entgegenkommt.

Die intelligente Patientin arbeitet als mustergültige und effiziente Betriebsangestellte. Sie lebt aber in selbsterzwungener Einschränkung; übrigens auch ziemlich allein und affektiv isoliert, weil sie befürchtet, dass erneute Versuche, eine Partnerbeziehung aufzubauen, wie immer scheitern würden. So hat sie ihr Leben seit Jahren im Sinne einer selbstauferlegten

Deprivation gestaltet. Sie fürchtet sich vor ihrem Bedürfnis nach einer Verschmelzungsbeziehung zu einem Liebespartner, aus Angst, von ihm "verschlungen" zu werden. Dieses Dilemma, das durch wiederholte Liebesenttäuschungen unerträglich geworden ist, löst in ihr Niedergeschlagenheit, Verbitterung, machtlose stille Wut, Verlassenheits- und Vernichtungsangst aus, sowie Gefühle der Wertlosigkeit, der Selbstverachtung und intensive Schamaffekte. Sie kann diese unausstehlichen Emotionen weder ausleben, noch abreagieren, noch in Worte verwandeln, noch sonstwie verarbeiten. Es bleibt ihr nichts anderes übrig, als diese schmerzvollen Affekte durch unbewusstes Verleugnen zu beseitigen oder durch die Suchtgiftwirkung zu eliminieren. Dann aber empfindet sie ihr Leben entleert, langweilig und sinnlos.

Dem Therapeuten präsentiert sie sich als hilfloses Opfer eines lieblosen Elternpaares, das sich dauernd stritt und während längerer Zeit nur schriftlich kommunizierte. Die Patientin hatte zuhause nie Anlehnungsbedürfnisse, Enttäuschungen, Schmerzen oder Zorn ausdrücken dürfen. Der Vater hatte nie Zärtlichkeitsregungen gezeigt, sondern immer nur die Aneignung ritterlicher Tugenden, die Notwendigkeit von Selbstdisziplin und die Unterdrückung von Gefühlsäusserungen gefordert. Um die Zuneigung ihrer Eltern nicht zu verlieren, lernte die Patientin schon früh, sich den Fallstricken des Familienmusters anzupassen und spontane affektive Regungen zu blockieren.

Von besonderen frühkindlichen emotionalen Vernachlässigungssituationen ist zunächst keine Rede. Erst im Verlauf der Therapie, wie weiter unten beschrieben wird, findet diese Patientin den Zugang zu schwer traumatisierenden Entbehrungssituationen, die während Jahrzehnten, d.h. bis zur Therapie, der Vergessenheit anheimgefallen waren.

Dem Therapeuten gegenüber enthüllt die Patientin in ihrem widersprüchlichen Verhalten eine enorme Ambivalenz: Einerseits hat sie das Gefühl, nicht liebenswert und lebenswürdig zu sein und spricht sich geradezu das Recht ab, zu existieren; gleichzeitig kommt sie aber mit einem verfänglichen Hilferuf, den sie teils verleugnend, teils vorwurfsvoll fordernd etwa so

ausdrückt: "Lassen Sie mich nicht im Stich, denn ich werde wieder leiden wie bisher, wenn auch Sie mir nicht geben, was ich brauche."

Sehr ausgeprägt sind ihre Verlust- und Vernichtungsängste, ihre Selbstverachtung und die verzweifelten Bemühungen, Anklammerungsbedürfnisse abzuwehren. Ausserdem gelang es ihr nie, die erlittenen Liebesenttäuschungen und verletzenden Entbehrungserlebnisse, bzw. die resultierenden Unlustaffekte durch Trauer- und Ablösungsarbeit zu bewältigen.

Da die Patientin ihren unerträglichen Emotionen schutzlos ausgeliefert ist, kann sie nur immer wieder jammern: "Wenn mich diese Schmach, diese Niedergeschlagenheit und dieses Gefühl der Ohnmacht überfällt, dann bin ich nicht mehr ich selbst, dann spüre ich es wie Schmerzen im Bauch, aber ich weiss nicht, was das bedeutet und kann mir daher nicht helfen." Sie erlebt also diese depressiven Affektregungen in archaischer, d.h. in leibbezogener und daher undifferenzierter Weise. Es ist ihr nicht möglich, diese leibnahen Emotionen in sinngebenden Vorstellungen zu artikulieren und mit Worten zu benennen.

Man darf vermuten, dass bei dieser Patientin ein Defizit im Bereich des innerseelischen Symbolisierungs- und Phantasiepotentials vorliegt, so dass sie ihre basalen Unlustaffekte nicht adäquat verkraften, d.h. nicht selbst- und partnerbezogen in Worten thematisieren kann.

Eine zunächst rein verbale analytisch orientierte Psychotherapie erwies sich denn auch als unzulänglich. Deshalb wurde mit der Patientin beschlossen, als Arbeitsinstrument eine *leibbezogene* analytische Psychotherapie zu verwenden, und zwar die psychoanalytisch orientierte Relaxations-Psychotherapie nach M. Sapir (5) (französisch: Relaxation de sens psychanalytique).[1] Sie ermöglichte der Patientin, jene sprachlich nicht thematisierten unlustvollen Leibgefühle und -empfindungen

1 Für die Selbsterfahrung mit dieser Methode ist der Autor den Pariser Mitarbeitern von M. Sapir sehr dankbar.

mitsamt den eingeschlossenen Uraffekten in der Übertragungsbeziehung so zu artikulieren, dass die dazugehörigen, aber bislang verschütteten traumatisierenden Früherfahrungen endlich aufgedeckt, wiederbelebt, in Worte gefasst, sinngemäss verstanden und therapeutisch durchgearbeitet werden können.

Dabei wird während der zweimal wöchentlich stattfindenden Therapiestunden so vorgegangen, dass der Therapeut neben der auf dem Diwan liegenden Patientin sitzt. Mittels einiger verbaler Anweisungen hilft er ihr, eine freischwebende Aufmerksamkeit derart zuzulassen, dass ihr eine leiborientierte Versenkung möglich wird. Spontan stellen sich in diesem Zustand körpergebundene emotionale Wahrnehmungen, Empfindungen und bildhafte Vorstellungen ein. Die Patientin arbeitet zunächst schweigend mit geschlossenen Augen. Dann ermittelt der Therapeut mit der Hand die Muskeltonusreaktionen und Temperaturverhältnisse am ruhenden Körper der Patientin. Schliesslich wird im zweiten Teil der Sitzung alles Erlebte nach analytisch-psychotherapeutischen Gesichtspunkten verbal durchgearbeitet.

Eine ganz ähnliche leibbezogene Relaxations-Psychotherapie ist die von J. de Ajuriaguerra (früher in Genf, jetzt in Paris) entwickelte Methode[1] (1, 3, 4). Beide Techniken dürfen aber nicht mit dem autogenen Training von I.H. Schultz verwechselt werden, mit dem sie nur den Ausgangspunkt gemeinsam haben.

Unsere Patientin bedurfte aber angesichts der Unberechenbarkeit und Intensität ihrer alkoholischen Krisenzustände und ihrer Tendenz zu sozialer Isolierung eines zusätzlichen therapeutischen Rahmens. Diesen erhielt sie im sozial haltgebenden Gruppenmilieu der "emotionalen Ausdruckstherapie" nach D. Casriel, New York. Beide Behandlungen ergänzen sich gegenseitig, so dass sie simultan, aber getrennt durchgeführt werden.[2]

1 Der Autor dankt J. de Ajuriaguerra und seinen Genfer Mitarbeitern für vielfältige Anregungen.

2 Die Casriel'sche Gruppentherapie steht unter der Leitung von Frau C. Colliard, Genf.

3. Aufdeckung und Wiederbelebung der frühkindlichen Vernachlässigungssituationen im Rahmen einer leibbezogenen Psychotherapie

Wie die vergessenen seelischen Vernachlässigungserlebnisse, die unsere Patientin als Kleinkind durchlitten hatte, in der leibbezogenen Psychotherapie der nun erwachsenen Frau auftauchen und durchgearbeitet werden, soll jetzt an einigen Ausschnitten aus der Behandlung illustriert werden. Sie entstammen der Relaxations-Psychotherapie, die seit 15 Monaten läuft.

Zunächst lag der Körper der Patientin in abweisender Haltung da, voller angstbesetzter Verspannungen. Sie musste ihre Augen immer öffnen, um sich zu vergewissern, dass der Therapeut nicht verschwunden sei. Auch war es ihr nicht möglich, ihren Körper wahrzunehmen und zu spüren. Der Therapeut sagte ihr darauf, dass sie ihren Leib wohl deswegen nicht spüre, weil sie ihn zu eliminieren versuche, um sich gegen schmerzvolle Körpergefühle abzuschirmen; und dass sie das gleiche wohl auch mit dem Leib des Therapeuten tue. Sie bestätigte dies mit dem Hinweis, dass sie nur so einigermassen Ruhe finde.

Als sie es dann später erstmals wagte, ihren lebendigen Leib wahrzunehmen, spürte sie nur "Schmerzen, Blut und Tränen und einen zerstückelten Körper".

Als sie zu einem späteren Zeitpunkt versuchte, sich zu entspannen und sich in ihrem Körper loszulassen, fühlte sie sich von Todesängsten überflutet und konnte diese auch dann nicht ohne weiteres unter Kontrolle bringen, als sie zum Therapeuten einen Augen- und Sprachkontakt herstellte. Dieses beängstigende Erlebnis brachte ihr zwei schmerzliche frühkindliche Erfahrungen zum Bewusstsein, die sie so formulierte: "Wenn mich meine Mutter früher anschaute, habe ich dies nie als etwas Angenehmes empfunden. Denn in ihrem Blick erlebte ich mich nie erkannt oder bestätigt als das Kind, das ich war und sein wollte, mit allen Bedürfnissen, Wünschen und Nöten. Später war das noch ärger, als meine Mutter ein Auge

wegen Krebs operativ verlor. Noch heute kann ich anderen Menschen, wenn sie mich anschauen, nicht vertrauenswürdig und liebevoll in die Augen blicken." Dieser Hinweis berührte den Therapeuten sehr. Denn die Patientin pflegte ihn immer in einer Weise ratlos und zweifelnd anzuschauen, wie wenn sie als Kind beim Blickkontakt mit der Mutter (2) nie hätte sich selbst in ihren Augen finden können. Später erfuhr der Therapeut vom behandelnden Arzt der Mutter, dass diese seit Jahrzehnten schizophren ist und jetzt deswegen erneut betreut wird! Bekanntlich sind psychotische Eltern oft unfähig, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und sich angemessen und liebevoll um sie zu kümmern (2). Die zweite während der Therapiesitzung auftauchende schmerzvolle Kindheitserfahrung betraf den Sprachkontakt. Die Patientin sagte: "Ich habe Mühe, den Worten anderer Menschen zu vertrauen. Ich erinnere mich jetzt genau an meine Eltern, wie sie sich dauernd stritten. Ich empfand ihre Worte als derart widersprüchlich, unverlässlich und unaufrichtig, dass sie auf mich wie bedrohliche Fallstricke wirkten. Daher ist es in der Therapie für mich so wichtig, Ihre Hand zu spüren, wenn Sie mich berühren. Dann brauche ich Sie nicht mehr mit geöffneten Augen zu suchen, weil ich dann weiss, dass Sie wirklich da sind. Dadurch wird meinem Körper etwas gegeben, was ihn aufbaut. Ich kann mich dann endlich darauf einlassen, die Konsistenz meines Körpers, seinen Umfang und seine Grenzen zu erfassen und zu spüren, was er für mich bedeutet."

Wir vermuten, dass die Patientin im Medium solcher positiver Körperkontakterfahrungen fähig wird, ein Körperbild aufzubauen, das nicht mehr nur zerstückelt, durchlöchert und angstbesetzt ist, sondern sich zu einem konsistenten "Behälter" abgrenzt und strukturiert, der die leibnahen unlustvollen Affekte in sich aufnehmen und ertragen kann, ohne von ihnen bedrohlich überschwemmt und zerstört zu werden.

Im Zuge dieser neuen Erfahrungen gelang es der Patientin, den Zugang zu bisher verschütteten, traumatisierenden, frühkindlichen Erlebnissen zu finden. Der Verlauf dieser entscheidenden Therapiephase sei hier, wenn auch stark gekürzt, wiedergegeben.

Liess der Therapeut die Patientin während einiger Minuten ihre Relaxationsarbeit still alleine verrichten, ohne die Tonus- und Wärmeverhältnisse ihres Körpers mittels Handkontakt zu prüfen, drängte sich ihr jetzt das bestürzende Gefühl auf, vom Therapeuten aufgegeben und verlassen worden zu sein. Sie erinnerte sich nun mit Tränen in den Augen, dass sie als kleines Kind von ihren Eltern abends nie ins Bett gebracht wurde. "Ich musste ihnen immer unten in der Wohnstube gute Nacht sagen und allein hinauf in mein Zimmer gehen und ganz alleine einschlafen. Ich war überzeugt, dass ich für sie nicht zählte. Ich fühlte mich von ihnen im Stiche gelassen." Als die gleichen leidvollen Affektreaktionen während der Therapiestunde auftauchten, versuchte die Patientin zunächst alles abzuwehren, was sie so schilderte: "Ich will hier von dieser unerträglichen Situation weg, ich will aus meinem Körper heraus. Aber sobald ich ihn verlasse, bin ich nur noch ein Schatten meiner selbst, wie wenn ich nicht mehr existiere, wie wenn ich tot bin. Dann gerate ich in eine solche Panik, dass ich fürchte, meinen Körper nicht mehr wiederzufinden. So kam mir hier die Idee, mit dem Kopf gegen die Wand zu poltern. Aber ich kann mir nicht erklären, wieso mir dieser dumme Einfall hier in der Therapiestunde kommt, wo Sie (Therapeut) doch neben mir sitzen!" Der Therapeut sagte der Patientin daraufhin, dass sie ihren Kopf vielleicht deswegen gegen die Wand anstossen wollte, um sich weh zu tun, um dadurch ihren Körper wieder zu spüren, wieder zu finden und wieder bewohnen zu können. Diese Deutung erschütterte sie. Sie konnte jetzt das traumatisierende Einschlafzeremoniell wiedererinnern und wiederbeleben, das ihre Frühkindheit verdüstert hatte: "Wenn ich damals so ganz allein und verlassen einschlafen wollte, war mein Körper von Enttäuschung und Schmerz überflutet. Wenn ich dann diese unerträglichen Empfindungen unterdrücken wollte, um Ruhe zu finden, hatte ich das Gefühl, meinen Körper verloren zu haben und nicht mehr lebendig zu sein. Dann war ich von Todesangst wie überschwemmt. Gleichzeitig stiess ich mit dem Kopf anhaltend gegen das Bettgestell, bis es so richtig weh tat." Worauf der Therapeut bemerkte, dass sie das gleiche hier in der Therapiesitzung machen wollte, als er keinen Hand-Haut-Kontakt mit ihr hatte, wohl weil die bedrohlichen Einschlaferlebnisse ihrer Kindheit jetzt

wiederbelebt worden waren; mit dem Unterschied allerdings, dass sie das Drama des Verlassenseins hier nur innerlich durchlebte, während sie in ihrer frühen Kindheit auch tatsächlich verlassen war. Das Durcharbeiten dieser Zusammenhänge ermöglichte der Patientin, ihre Leibwahrnehmungen und -gefühle differenzierter zu erleben.

Zu einem späteren Zeitpunkt konnte sie ein positiv-spannungslösendes Erlebnis beim Handkontakt des Therapeuten in der epigastrischen Region von einem Gefühl gewaltsamer Erniedrigung und beschämender Machtlosigkeit unterscheiden, wenn der Therapeut ihre Arme berührte. Auffallend war dabei, dass sie dieses angstbesetzte Unlusterlebnis passiv, fast willfährig hinnahm, ohne Unwillen zu zeigen, ohne dem Therapeuten Vorwürfe zu machen. Dies bestürzte sie, weil sie vermutete, dass sie einer weiteren, aber vergessenen Entbehrungs- und Bedrohungserfahrung auf der Spur war. Bisher hatte sie es vermieden, ihre 7 Jahre ältere Schwester ins Vertrauen zu ziehen. Jetzt aber wagte sie es zum ersten Mal, ihre Kindheitsängste mit der Schwester zu besprechen. Diese war damals 10 – 11 Jahre alt. Jetzt gestand sie der Patientin erstmals, dass sie damals alles miterlebt hatte und sie sich an alles erinnere, dass sie aber bisher nie darüber reden wollte. Auch bestätigte sie der Patientin, dass die Eltern sie nie abends zu Bett brachten und dass sie sich dann verzweifelt und ängstlich-erregt den Kopf rhythmisch am Bett anschlug. Die Eltern hätten sich darauf nicht anders zu helfen gewusst, als das Kind im Bett an den Armen festzubinden, und zwar während längerer Zeit.

Diese Mitteilungen der Schwester halfen der Patientin, die erniedrigenden Erlebnisse des Festgebundenseins wiederzuerinnern. Sie sagte dem Therapeuten: "Wenn Sie (der Therapeut) hier meine Arme berührten, war ich in meinem Körper wie gelähmt und unfähig, mich zu bewegen. Ich fühlte mich verletzt, schämte mich, unterdrückte aber jeden Anflug von Wut aus Angst, meine Rache könnte alle zerstören, auch Sie. Ich kann mir aber nicht leisten, Sie zu verlieren. Ich brauche jemand, der sich um mich kümmert."

Die Patientin war nun imstande, alles das durchzuarbeiten, was zunächst in der therapeutischen Beziehung wortlos leibnah

erlebbar war, dann durch Wiedererinnern der traumatisierenden Kindheitserfahrungen verstehbar wurde und schliesslich eine objektive Bestätigung erfuhr. Dieser Teil der Therapie wird hier nicht dargestellt, weil er nicht mehr zum Thema unserer Mitteilung gehört.

3. Schlussbetrachtung

Wir fassen zusammen. Die hier vorgestellte Patientin erlitt in ihrer Frühkindheit tatsächliche, erwiesene, emotionale Vernachlässigungsschäden; sie erlebte diese Stressituationen als schmerzliche seelische Traumatisierungen; diese leidvollen Erfahrungen gerieten so gut wie ganz in Vergessenheit; sie beeinträchtigten aber die Persönlichkeitsentwicklung der Patientin erheblich.

Zu den traumatisierenden Früherfahrungen zählen wir die verzweifelte Suche des Kleinkindes nach Elternkontakt, wenn es sich abends allein schlafen legen musste; die Einschlafkrisen mit dem Verlust des Selbstgefühls und des Gefühls zu existieren und dem Gefühl des Abgestorbenseins; das selbstschädigende Verhalten des Kopfanschlagens (Offensa capitis), um den eigenen Körper wiederzufinden; das langfristige Festbinden der Arme des machtlos auf dem Rücken liegenden Kleinkindes. Damals fühlte sich die Patientin im Stich gelassen, hilflos und überflutet von Gefühlen der schmerzlichen Vereinsamung, der Vernichtungs- und Verlassenheitsangst, der Wertlosigkeit, der Lebens- und Liebesunwürdigkeit.

Diese Patientin litt erheblich unter der unzulänglichen Beziehungsfähigkeit ihrer Eltern, wohl besonders unter der schizophrenen Beziehungsstörung ihrer Mutter. Haut-, Blick- und Sprachkontakte erlebte sie als nicht vertraubar. Vermutlich konnte die Mutter nicht auf die Bedürfnissignale des kleinen Kindes eingehen und versagte daher als bedürfnisbefriedigende äussere Quelle.

Emotionale Vernachlässigungstraumatisierungen in der Frühkindheit wirken sich besonders schwer aus, wenn sie vom

Kind im Zustand passiver Hilflosigkeit erlitten wurden. Unsere Patientin befand sich in der Lage eines wehrlosen Zuschauers und erzielte in der masochistischen Rolle des willigen Opfers einen Leidensgewinn: nämlich durch übermässige Opferbereitschaft und Willfährigkeit die Zuwendung und Liebe der Eltern zu erhalten. Die als Kleinkind hilflos leidende Patientin konnte so die Überzeugung gewinnen, dass ihr Leiden der Preis ist, den sie für ihre besonders geartete nahe Beziehung zum enttäuschenden Elternteil zahlen müsse. Sie wagte denn auch nie, sich gegen die Unbill zur Wehr zu setzen. Es ist wie wenn dadurch, dass sie den Preis des Leidens bezahlt, die erlittenen Vernachlässigungen ungeschehen gemacht würden. Eine solche masochistische Bindung ist unbewusst und wird auch im Erwachsenenalter oft nur schwer aufgegeben. Das in der Frühkindheit erlittene seelische Deprivationstrauma wird dann später zu einer selbstauferlegten Einschränkung der wichtigsten Lebensbereiche, zu einer Kümmerexistenz mit selbsterzwungener Deprivation. Erst dann, wenn der Leidensgewinn von einem zunehmend schwer erträglichen Leidensdruck überspielt wird, werden solche Menschen endlich den Weg zur Psychotherapie finden, um sich aus dem masochistischen Teufelkreis zu befreien.

LITERATUR

1. Ajuriaguerra, J. de, Cahen, M.: Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation. In: La Relaxation. L'Expansion, 4e édition, Paris 1971.

2. Faller, K.C.: Eltern-Kind-Beziehung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Abklärung und Behandlung. In: J. Duss-von Werdt u. R. Welter-Enderlin (Hrsg.): Der Familienmensch. Klett-Cotta, Stuttgart 1980.

3. Picot, A.: Le corps: lieu de l'affect. Exposé ronéotypé. Clinique psychiatr. univ. de Bel-Air, Genève, 1970.

4. Picot, A., Saugy, D. de: La relaxation. Rev. méd. Suisse romande: 88/4, 1968.

5. Sapir, M. et coll.: La relaxation, son approche psychanalytique. Dunod, 2e édition. Paris 1978.