

Die positive frühkindliche Bezugsperson – Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen

W. Tress

Psychosomatische Klinik (Leiter: Prof. Dr. H. Schepank) am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

The positive reference person during early childhood protection against psychogenic diseases

Deprivation research, behavior biology, and psychoanalytic results lead to the hypothesis that a child suffering from generally strong psychosocial impairment during infancy will only become a mentally healthy adult when he has been constantly supported by a reliable positive reference person.

Out of the test persons of a retrospective epidemiologic research project with 600 adult persons out of general population we could by operational research instruments identify two groups of 20 individuals each all of whom had experienced a very detrimental childhood. But group A of them now is mentally healthy and group B is certainly mentally ill (according to ICD 300 to 307, WHO, 8th rev.).

Regarding all the single aspects of their early childhood we find a correlation between mental health in adult life and the fact that a child had *no* siblings of nearly the same age but (highly significant) a stable positive reference person. *Without* such a reference person *not one* of the test persons with a detrimental infancy could become a healthy adult. Evident tensions in the family seem to prevent the development of such an important relation. Our results coincide with the theoretical expectation of psychoanalytic developmental psychology.

Zusammenfassung

Die Deprivationsforschung, die Verhaltensbiologie sowie psychoanalytische Erkenntnisse führen zu der Hypothese, daß ein Kind unter allgemein hoher psychosozialer Belastung während der Vorschulzeit sich nur dann zu einem seelisch gesunden Erwachsenen entwickeln kann, wenn ihm zugleich eine zuverlässige positive Bezugsperson konstant zur Seite stand.

Auf dem Probandengut eines retrospektiven epidemiologischen Forschungsprojektes an 600 erwachsenen Personen der Allgemeinbevölkerung ließen sich mit operationalen Forschungsinstrumenten je 20 Personen identifizieren, die alle eine sehr schwere Kindheit durchlaufen hatten, wovon die eine Gruppe aber heute seelisch gesund, die andere Gruppe aber eindeutig seelisch krank (ICD 300–307, WHO, 8. Rev.) ist.

Von den Einzelaspekten ihrer Kindheit korreliert mit seelischer Gesundheit im Erwachsenenalter die Tatsache, *keine* quasi gleichaltrigen Geschwister, dafür aber (höchstsignifikant) eine stabile gute Bezugsperson gehabt zu haben. Ohne eine solche Bezugsperson entwickelte sich *kein* Proband mit schwerer Frühkindheit zu einem gesunden Erwachsenen. Deutliche interfamiliäre Spannungen scheinen die Entfaltung einer solchen wichtigen Beziehung zu verhindern. Unsere Befunde koinzidieren mit der theoretischen Erwartung der psychoanalytischen Entwicklungstheorie.

Key-words: impairment during early childhood – positive reference person – psychogenic disease

1. Fragestellung

1.1. Kaiser Friedrich II., so die Überlieferung (*Seidler*, 1964), ließ Kinder stillen, baden und kleiden, befahl aber den Pflegerinnen, alles Reden sowie Zärtlichkeiten und Liebkosungen mit ihnen zu unterlassen. Anstatt zu offenbaren, welches die älteste und ursprünglichste Sprache des Menschen sei, verstarben alle Kinder. – Im Einklang damit stellt die Deprivationsforschung in der Tradition von *R. Spitz* (1946, 1950) irreversible Schädigungen für solche Säuglinge und Kleinkinder fest, die länger als 3 Monate von der Mutter getrennt werden. *Meierhofer* u. *Keller* (1974) wiesen an Heimkindern im Alter zwischen 4 und 7 Jahren Entwicklungsstörungen auf allen Gebieten sowie pathologische Veränderungen der kindlichen Persönlichkeit nach. Eine Deprivationsstudie aus jüngerer Zeit (*Tizard*, 1978) an materiell gut versorgten Heimkindern beforchtete die Folgen fehlender Konstanz in den Bezügen der Säuglinge und Kleinkinder zu Pflegepersonen wie zu Gleichaltrigen. Alle zeigten im Alter von 8 Jahren deutliche Störungen in Form nervöser Magenbeschwerden bzw. anderer „nervöser Gewohnheiten“. Zeitgenössische Autoren (*Langmeier* und *Matejcek*, 1977) binden den Deprivationsbegriff nicht mehr ausschließlich an das raum-zeitliche Fehlen bestimmter Pflegepersonen, sondern an quantitativ und qualitativ unzureichende Möglichkeiten der Befriedigung grundlegender psychischer Bedürfnisse. Nach *Moog* u. *Moog* (1972) gibt es keine Argumente, die eine optimistische Ansicht zur Heilung von Schäden durch frühe und spätere Deprivationen rechtfertigen könnten. Der affektive Dialog in der Mutter-Kind-Dyade ist äußerst empfindlich für alle Arten von Störungen (*Nissen*, 1971). Was als vollständige Heilung beschrieben und ideologisiert (*Hemminger*, 1982) wird, ist das trügerische Produkt oberflächlicher Diagnostik.

Immer deutlicher erweist sich die Deprivationsforschung, gleichgültig auf welcher theoretischen Grundlage, als das entscheidende empirische Feld, von wo aus die Gegenthese, frühkindliche Traumatisierungen seien in jeder Hinsicht reparabel, zurückgewiesen werden kann und muß. Die Verhältnisse sind allerdings nach Art einer Übergangsreihe aufzufassen: Das eine Extrem illustrieren die Schicksale von *Kaspar Hauser* und die der „Wolfskinder“. Ihre Schädigung bleibt jedesmal irreparabel. Am anderen Pol stehen spezielle, mehr oder weniger tiefgreifende seelische Traumatisierungen im Kindesalter, welche erst vor kurzem von *Dührssen* (1984) beleuchtet wurden (z. B. Geburtsstatus, Alter und Gesundheit der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Ausfall wichtiger Bezugspersonen, sozioökonomische familiäre Belastungen und Beeinträchtigungen sowie erhöhte Konflikthaftigkeit in der Familie). Der eigentlich aufregende

Befund aber ergibt sich beim Vergleich der klinischen Stichprobe (Dührssen, 1982) mit einer sich selbst als gesund definierenden Kontrollgruppe: Für sie lassen sich genau dieselben Zusammenhänge ermitteln, wenn auch die Belastungsindizes und Symptomprofile nicht das auffällige Niveau der klinischen Stichprobe erreichen.

Auch die Verhaltensbiologie weiß, daß die genetisch vorgegebenen Möglichkeiten des menschlichen Säuglings als einer „physiologischen Frühgeburt“ (Portman, 1969) auf adäquate Angebote seitens der Umwelt angewiesen sind (vgl. Bowlby, 1952). Das Fehlen einer konstanten bedeutsamen Bezugsperson programmiert eine erhebliche Schädigung der Entwicklung vor. Schon neugeborene Affen können durch eine „psychotoxische Umwelt“ (Spitz, 1973) massiv geschädigt werden (Harlow, 1962, 1975). Die morphologische und die chemische Auswirkung der Deprivation in der frühesten Lebensphase am zentralen Nervensystem konnten Krech, Rosenzweig u. Bennett (1966) in Tierversuchen belegen.

Seitdem die Psychoanalyse sich mit Balint (1966) um die Überwindung der „one-body-psychology“ bemüht, ist eines der zentralen objektpsychologischen Themen die primäre Ausrichtung des Neugeborenen auf einen Partner (die Mutter, das primäre Objekt), der kindliches Verhalten mit dem seinen beantwortet, „der geliebt, herbeigesehnt, gebraucht und gehaßt wird; der auf vielfältige Weise ein Modell für Imitation und Identifikation darstellt, mit dem das Kind eine symbiotische Dualunion erlebt und einen Dialog unterhält, dessen Erwartungen es sich anzupassen lernt, dessen Sichtweise es aufnimmt und sein Selbsterleben daran ausrichtet usw.“ (Mertens 1981, S. 43). Alle psychoanalytischen Autoren (z. B. Dührssen, 1971, Mahler u. a., 1978, H. Müller-Braunschweig, 1975, Bowlby, 1976) heben das kindliche Bedürfnis nach emotionalem Urvertrauen (Erikson, 1968) als den Grundpfeiler einer gesunden seelischen Entwicklung hervor.

1.2. Andererseits steht unzweifelhaft fest, daß ein benachteiligter oder sogar schlechter Start der persönlichen Entwicklung nicht kontinuierlich in einen krankheitswertigen Zustand der Person im Erwachsenenalter übergehen muß (z. B. Vaillant, 1980). Garmezzy (1974) meint, der Anteil der Risikokinder, die sich entgegen negativen Vorhersagen positiv entwickeln, sei größer als der Anteil, der diesen Vorhersagen entspreche. Schließlich betonen Rutter u. Quinton (1981), daß selbst in den Familien mit großem psychiatrischen Risiko viele, oder sogar die meisten der Kinder nicht erkranken. Man habe bislang zu wenig auf Informationen über mögliche stabilisierende oder schützende Faktoren geachtet. Am ehesten scheint ein solcher Schutz mit dem Aufbau stabiler Beziehungen zu anderen Personen und der Errichtung des Selbstwertgefühls (self-esteem) zusammenzuhängen. Fragt man nach den entwicklungsprotektiven Faktoren in der sozialen Umwelt der kleinen Kinder, so geben Rutter (1979) und Werner u. Smith (1982) die aktuellsten Auskünfte. Immer wieder stehen „attachment“ und „bonding“, die gute emotionale Primärbeziehung eben, im Vordergrund.

Der unterschweligen Suggestion, optimale „protektive Faktoren“, von denen ja nur vor dem Hintergrund einer schlechten Kindheit zu reden lohnt, führten ungeachtet aller widrigen Umstände zu „seelischer Unverwundbarkeit“, sei aber nachdrücklich widersprochen. Präzise trifft dagegen der Titel des Buches von Werner u. Smith (1982) den Sachverhalt:

„Vulnerable but invincible“. Die Rede von der Unverwundbarkeit einiger, im globalen Sinne benachteiligter Kinder gilt nur sehr eingeschränkt. Sie sind in Wahrheit verletzt. Und dennoch lebt in ihnen die Stärke zu einer letztlich gelungenen seelischen Entwicklung, die wir hypothetisch auf die Präsenz einer positiven, stabilen Bezugsperson während der frühen Kindheit zurückführen.

Diesem Zusammenhang wollen wir an einer epidemiologischen Feldstudie nachgehen. Darin sollte eine signifikante Korrelation zwischen belastenden Kindheitsbedingungen und der Schwere seelischer Beeinträchtigung im Erwachsenenalter zu belegen sein. Personen aber, denen wir nach dem Standard unserer klinischen Pragmatik gute „seelische Gesundheit“ zuerkennen und die dennoch Kindheitsbedingungen entstammen, die als ausgesprochen schlecht einzustufen sind, müßten, so die Erwartung, in der frühen Kindheit wenigstens über eine gute stabile Bezugsperson verfügt haben. Unsere Hypothese lautet, daß die Entfaltung des psychosozial hochbelasteten Kindes zur seelisch gesunden Person gerade während der Vorschulzeit einer unverbrüchlichen, liebevollen und warmen, konstanten Beziehung bedarf, deren Verlässlichkeit möglichst nie oder nur temporär in Frage gestellt werden darf.

2. Untersuchungsgang

Seit 1968 untersucht eine epidemiologische Feldstudie (Mannheimer Kohortenprojekt: „Kohortenuntersuchung und Follow-up-Studie über die Erkrankungen gemäß ICD-Ziff. 300–307 (WHO, 8. Revision)**“) an drei Probandenstichproben der Geburtsjahrgänge 1935, 1945 und 1955 den Anteil neurotischer und anderer psychogener Störungen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von deutschen Erwachsenen des Stadtkreises Mannheim (Schepank, 1983; Schepank u. a., 1984, a, b; Tress, 1985). Eine Nachuntersuchung der Probanden nach drei Jahren gibt Hinweise auf den „natürlichen Krankheitsverlauf“.

Resümierend sei lediglich die Prävalenz psychogener Störungen von 26 % mitgeteilt: Im Zeitraum der dem Interview vorausgegangenen 7 Tage waren 26 % der Probanden, 34 % der Frauen und 18 % der Männer, als „Fälle“ von psychogener Erkrankung einzustufen. Mit einer ICD-Diagnose 300–307 versehen, überschritten ihre Beeinträchtigungen durch psychogene Beschwerden entweder auf der Beeinträchtigungsschwereskala nach Schepank und/oder in dem Goldberg-Cooper-Interview einen Grenzwert nur wenig unterhalb jenes Durchschnittswertes, den stationäre Psychotherapiepatienten erreichen. Die Fallverteilung variiert bedeutsam gemäß den sozialen Schichten: In den beiden untersten beträgt die Fallrate 38 % im Gegensatz zu nur ca. 20 % in den Mittel- und Oberschichten. Die Fallraten in den Jahrgangskohorten weichen für die letzten sieben Tage nicht wesentlich voneinander ab.

Für unsere spezielle Fragestellung greift die vorliegende Untersuchung aus dem Gesamt der 600 Probanden des Kohortenprojektes zwei Extremgruppen heraus, die in globaler Beurteilung beide sehr schweren Kindheitsbedingungen ausgesetzt waren, wovon aber die eine (Gruppe A) klinisch-pragmatisch als gesund imponiert, die andere aber (Gruppe B) als psychisch krank angesehen werden muß. An diesen beiden früh-

*Der DFG sei für die großzügige Finanzierung der Ergänzungsausstattung des Forschungsprojektes D 2 (Leitung: Prof. Dr. H. Schepank) im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 116 (Psychiatrische Epidemiologie) gedankt.

kindlich hochbelasteten Gruppen und ihrem Schicksal untersuchen wir nachfolgend, weshalb die eine deutlich psychogene Störungen entwickelte und die andere gesund bleiben konnte.

Die Schwere der psychogenen Störung wurde mit Hilfe des Beeinträchtigungsschwerescores nach *Schepank* ermittelt. Dieser stuft die gesamte, für die zurückliegenden 12 Monate mitgeteilten psychogenen Beeinträchtigungen nach den Dimensionen

- a) somatische und
- b) psychische Beschwerden sowie
- c) sozialkommunikative Beeinträchtigungen

ein. Jede dieser Skalen umfaßt einen range von 0–4 Punkten. Die auf jeder Dimension erzielten Skalenwerte addieren sich zum Gesamtscore der psychogenen Beeinträchtigungen auf, der sich theoretisch bis zu 12 Punkten belaufen kann. Die Gruppe A der praktisch Gesunden wurde für die zurückliegenden 12 Monate mit einem Punktwert bis zu maximal 3 definiert, die der eindeutig seelisch Kranken (Gruppe B) erzielte 6 und mehr Punkte. Um eine eindeutige Trennung der Extremgruppen zu garantieren, ist der nicht besetzte Mittelbereich (4 und 5 Punkte der Beeinträchtigungsschwere) von der Bearbeitung ausgeschlossen. Damit gelang eine 100%ige Trennung der Extremgruppen A und B.

Das Urteil über die frühkindliche Belastung der Probanden erfolgte als komplexes Rating, das der Untersucher am Ende der Interviewauswertung vornahm. Es galt, zusammenfassend alle frühkindlichen äußeren und inneren Belastungen, denen der Proband ausgesetzt war, zu werten. Dabei war selbstverständlich auf die Angaben des Probanden zurückzugreifen und nicht aus einer eventuellen gegenwärtigen Gestörtheit oder stabilen seelischen Gesundheit theoriegeleitet rückzuschließen. Neben „harten“ Faktoren, etwa Elterndefiziten, Elternpathologie, Belastung durch Geschwister, Krankheit, Armut, Isolierkontakte usw., sind als innere Belastung glaubhaft berichteter Erlebnisse der Benachteiligung, der Demütigung, der Gefährdung, der Unerwünschtheit des Probanden und ähnliches zu berücksichtigen. Auch dieses Rating erfolgt auf den Stufen 0–4: Um in die Untersuchung einzugehen, bedurfte es einer frühkindlichen Belastung der Stufe 3 oder 4. Die Stufe 2 (deutliche Belastung), die also aufgrund zu geringer frühkindlicher Belastung hier *nicht* mit einging, ist durch das folgende Ankerbeispiel charakterisiert:

Der Proband ist vorehelich und vermutlich unerwünscht geboren, als der Vater noch studierte und die Mutter berufstätig war. Betreuung des Kleinkindes durch die Großmutter. Nach Studienabschluß des Vaters heirateten die Eltern, der Proband war damals zweijährig. Dann blieb die Mutter zu Hause. Ordentliche Wohnverhältnisse. Als der Proband 4 Jahre alt war, kam eine Schwester (Wunschkind) zur Welt. Die Eltern hatten Verständnis für seine vorübergehende Eifersucht.

Stufe 3 (starke Belastung): Unerwünschte Geburt des ehelichen Probanden. Im ersten Lebensjahr war der Vater noch in Gefangenschaft. Danach kommt er jedoch nicht zur Familie zurück, sondern

Tab. 1 Zusammenhang der durchschnittlichen Schwere der Beeinträchtigung durch psychogene Beschwerden (nach *Schepank*) während der vergangenen zwölf Monate mit der Schwere der frühkindlichen Belastung bei den Probanden des Mannheimer Kohortenprojektes

frühkindliche Belastung	durchschnittliche Schwere der Beeinträchtigung durch psychogene Beschwerden			
	0–3	4–5	6–12	
0–1	174 29,2 %	99 16,6 %	30 5,0 %	303 50,9 %
2	71 11,9 %	89 15,0 %	70 11,8 %	230 38,7 %
3–4	20 3,4 % Gruppe A	22 3,7 %	20 3,4 % Gruppe B	62 10,4 %
phi = .31 p = .001	265 44,5 %	210 35,3 %	120 20,2 %	595 100 %

wendet sich einer Freundin zu. Entfremdung der Eltern zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr des Probanden. Damals überwiegende Berufstätigkeit der Mutter, tagsüber Versorgung durch die Tante. Schließlich versöhnen sich die Eltern, Mutter kehrt mit dem Probanden zum Vater zurück und beginnt, in seinem Geschäft mitzuarbeiten. Tagsüber ist der Proband im Kindergarten und zum Teil in anderer Fremdpflege (drittes bis fünftes Lebensjahr). Mit fünf Jahren seitens der Eltern erwünschte Geburt eines jüngeren Bruders, der in der Folgezeit vom Vater sehr bevorzugt wird.

Die Beschränkung auf die Belastungsstufen 3 und 4 (starke und extreme Belastung) unter Ausgrenzung des Belastungsgrades 2 (eindeutige frühkindliche Belastung) konnte abermals in einer Interrater-Studie mit 100%iger Sicherheit garantieren, daß keiner unserer Probanden keinerlei (Stufe 0) oder nur niedrige (Stufe 1) frühkindliche Belastungen zu bewältigen hatte.

Wie Tab. 1 zu entnehmen, fallen von den 595 Probanden des Mannheimer Kohortenprojektes, für die beide Einstufungen vorliegen, nur jeweils 20 (3,2 %) unter die sehr restriktiven Kriterien der Extremgruppen A und B. Weiterhin geht aus Tab. 1 sehr signifikant ein allgemeiner Zusammenhang von frühkindlicher psychosozialer Belastung mit späterer psychogener Erkrankung hervor, was der generellen Erfahrung und Erwartung (s. 1.) entspricht. Die „wahre“ Höhe dieses Zusammenhangs tendiert in Abhängigkeit von der Wahl des Maßes zu einem Wert bei 0,4 ($\phi = .31$; $C = .30$; $C_{\text{KORR}} = .36$). Sodann unterrichtet Tab. 2 über ein ausgewogenes Verhältnis der Geschlechter in diesen beiden Gruppen, was im Gegensatz zur Gesamtstichprobe steht, wo die Frauen unter den Fällen (Gruppe B) eindeutig überwiegen. Wiederum abweichend vom Gesamtergebnis, dominiert unter den Gesunden mit schwerer Frühkindheit eher der Jahrgang 1945. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß der hier hinsichtlich psychogener Beeinträchtigungen beurteilte Zeitraum die zurückliegenden 12 Monate betrifft und nicht nur die punktuelle

Tab. 2 Vergleich der Probanden in den Gruppen A und B nach Geschlecht, Geburtsjahrgang und sozialer Schicht (ggf. Korrelationskoeffizient „phi“ und Signifikanz) sowie genaue Einstufung der Schwere ihrer psychogenen Beeinträchtigung für die zurückliegenden 12 Monate

	Gruppe A n = 20		Gruppe B n = 20
Geschlecht	10 x	weiblich	11 x
phi = .05	10 x	männlich	9 x
p = phi			
Geburtsjahrg.:	4 x	1935	7 x
phi = 0.21	12 x	1945	8 x
p = phi	4 x	1955	5 x
soziale Schicht:	2 x	untere	6 x
		Unterschicht	
phi = 0.50			
p = .02*	3 x	obere	9 x
	10 x	Unterschicht	
		untere	4 x
	5 x	Mittelschicht	
		obere Mittel- und Oberschicht	1 x
Schwere der aktuellen psychogenen Beeinträchtigung:	0 : 0 x		6 : 7 x
	1 : 1 x		7 : 9 x
	2 : 3 x		8 : 0 x
	3 : 16 x		9 : 1 x
			10 : 1 x
			11 : 1 x
			12 : 1 x

Beeinträchtigung während der vergangenen 7 Tage. – Weiterhin gehören die Probanden der Gruppe A eher den oberen Sozialschichten an ($p = .05$). Die Probanden der Gruppe B sind dagegen mehrheitlich in den Unterschichten angesiedelt. Dieser Befund relativiert sich aber insofern, als hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit bei Geburt zwischen den Probanden der Gruppe A und B keine bedeutsamen Differenzen vorliegen und der signifikante Unterschied zum Untersuchungszeitpunkt allein auf den „erheirateten“ (im Gegensatz zu dem durch Ausbildung und berufliche Qualifikation „erarbeiteten“) Sozialstatus der psychogen gesunden, insofern auch psychosozial attraktiveren Frauen in der Gruppe A zurückgeht. Mögliche Alternativerklärungen, die auf eine eventuell umfangreichere soziale Unterstützung (social support etc.) in den höheren Schichten abheben, erscheinen unter Berücksichtigung der hier nicht dargestellten lebenslangen Prävalenz als unwahrscheinlich. Blickt man schließlich auf die Schwere der aktuellen psychogenen Beeinträchtigung, so fällt auf, daß die Gruppe A sich mehrheitlich aus „Dreiem“ zusammensetzt, was durchaus einer subklinischen Beeinträchtigung entspricht und unsere Erwartung bestätigt, auch bei Menschen, die ihr schweres kindliches Schicksal bewältigt haben, die entsprechenden Narben und Empfindlichkeiten zu finden.

Tab. 3 schließlich gibt die Verteilung der ICD-Diagnosen wieder. Danach erhielten alle Probanden der schwer gestörten Gruppe B definitionsgemäß eine ICD-Diagnose, aber auch vier Probanden der Gruppe A. Ungeachtet eines subklinischen Beschwerdebildes, konnte dieses gemäß den klinischen Gewohnheiten der Untersucher rubriziert werden. Dabei ist zu bedenken, daß immerhin 51 % aller Probanden des Mannheimer Kohortenprojektes ($n = 600$) ICD-Diagnosen für die Prävalenzperiode der zurückliegenden sieben Tage erhielten! So tauchen auch in der Gruppe A derlei typisierende Diagnosen auf, und zwar ausschließlich aus dem psychosomatischen Spektrum funktioneller Störungen.

Tab. 3 Auflistung der ICD-Diagnosen (WHO, 8. Rev.) für die Extremgruppen A und B

Gruppe A	Gruppe B
– 300.0: Angstneurose	1 x
– 300.1: hysterische Neurose	2 x
– 301.1: zylothyme Persönlichkeit	1 x
– 301.2: schizoide Persönlichkeit	1 x
– 301.4: anankastische Persönlichkeit	2 x
– 301.7: antisoziale Persönlichkeit	1 x
– 301.1: gewohnheitsm. Alkoholmißbrauch	1 x
– 303.2: chron. Alkoholmißbrauch	1 x
1 305.1: psychosomatische Störung d. Haut	1 x
1 305.3: der Muskulatur u. des Skelettsystems	2 x
1 305.5: des Magen-Darm-Traktes	2 x
1 305.6: des Urogenitalsystems	–
– 305.9: and. psychosom. Störungen	1 x
– 306.4: Schlafstörungen	1 x
– 306.8: Kopfschmerzen	1 x

$n = 4$ Prob. $n = 20$ Prob.

Zwei kurze Fallskizzen von Männern des Jahrganges 1945, wovon der eine klinisch gesund ist, der andere aber erhebliche psychogene Beeinträchtigungen aufweist, mögen die hier in Frage stehenden Probanden dem Leser verdeutlichen:

Proband der Gruppe A: 36-jähriger verheirateter Mann, technische Meisterschule, qualifizierte Stellung, zwei Kinder, jugendliche, fröhliche Erscheinung, vielleicht etwas zu großspurig. Mietwohnung, freundliche, gemütliche Atmosphäre. Es gehe ihm sehr gut, keinerlei körperliche Störungen, ganz gelegentliche Kopfschmerzen. Andererseits erheblicher aktueller Partnerschaftskonflikt. – Der Proband wurde auf einem Gehöft in der heutigen DDR geboren, wohin sich dann – durch zufällige Briefkontakte angebahnt – seine Tante und seine Großmutter vs. aus Mannheim vor den Bomben in Sicherheit gebracht hatten. Bald kam es zu einer Heirat über Kreuz: Der aus dem Kriege seiner Mutter und Schwester nachgefolgte Vater (gebürtiger Mannheimer) heiratet eine der Töchter des Bauern, während von dessen Söhnen einer die Schwester des Vaters und Tante des Probanden ehelichte. Zwischen den leiblichen Eltern kam es nie zu einer tragfähigen Beziehung, so daß sie sich schon 1947 wieder scheiden ließen, als der Proband zwei Jahre alt war. Allerdings lebt man „als Sippe“ auf dem großen Gehöft dicht miteinander. Der Vater hielt sich wenig bei seinem Kind auf und ging seiner Ausbildung nach. Die Mutter blieb auf dem Gehöft, heiratete bald wieder und bekam Kinder aus der neuen Ehe. Um den Probanden hatte sie sich nie so recht gekümmert, sondern eher die Stellung einer „eben auch“ anwesenden Tante eingenommen. Pflege und Erziehung lagen in den Händen beider Großmütter, wovon die Großmutter vs. als die wesentliche Bezugsperson geschildert wird. 1952 zogen dann Vater, Großmutter vs. und Proband nach Mannheim zurück. Sie trafen ausgesprochen schwierige Lebensverhältnisse an und wurden von der hiesigen Verwandtschaft als große Belastung abgelehnt. 1-jährige Heimunterbringung des Probanden, schlimmste Zeit seines Lebens, auf die er mit heftigem Nägelbeißen und Enuresis reagierte. Später nahm ihn dann die Großmutter wieder zu sich. Der Vater, zu dem die Verbindung nie abbrach, gründete eine neue Familie ohne den Probanden. Die Kontakte in der DDR versandeten.

Proband der Gruppe B: 35-jähriger verheirateter Proband, 1 Kind, Facharbeiter und Hausmeister, lebt in gemütlicher Mietwohnung. Klagen über depressive Verstimmungen im Anschluß an den Tod eines Kindes, für welchen er aufgrund mangelnder Beaufsichtigung sich selbst anklagt. Damals vor 5 Jahren psychiatrische Behandlung aufgrund von Angstgefühlen, Selbstvorwürfen und eines psychovegetativen Allgemeinsyndroms. Seitdem häufige Magengeschwüre, Zwangsgrübeleien, Schuldgefühle, starke innere Unruhe und unbeherrschbares Weinen. Nach der Geburt des zweiten Kindes vor zwei Jahren hatten sich die Beschwerden gebessert, sind allerdings in schwankender Ausprägung nach wie vor vorhanden. Weiterhin derzeit Schwächegefühl infolge der Belastung durch Schichtarbeit und allgemeiner beruflicher Unzufriedenheit. Proband sei „von Natur aus“ leicht aufgeregt, innerlich unruhig, was sich als habituelle Diarrhö manifestierte. Kreuz- und Rückenbeschwerden, Rückzug in den Schlaf. Die berufliche Situation wird nicht zufriedenstellend geregelt, da solches zwangsläufig mit finanziellen Einbußen verbunden wäre. Eine Schachtel Zigaretten täglich, erheblicher Alkoholabusus am Wochenende, Konzentrations- und Leistungsstörungen, leichte Kontrollzwänge, Zukunftängste. – Die Mutter (+25) erkrankte schwer im Zusammenhang mit der Geburt einer Schwester (–2), verbrachte die folgenden Jahre im Krankenhaus und verstarb dann. Möglicherweise sah der Proband seine Mutter zum letztenmal als Dreijähriger. Als die leibliche Mutter ins Krankenhaus kam, gab man den Probanden zur Tante vs., verbunden mit Trennung von Vater und Schwester. Von da kehrte er zu Schulbeginn in die neue Familie des Vaters zurück. Eine Stiefmutter (+22) tauchte im 6. Lebensjahr des Probanden auf und brachte aus erster Ehe ein Kind mit. Erhebliche Benachteiligungen des Probanden und seiner Schwester gegenüber diesem Kind. Vater sei manchmal etwas ungerade gewesen, habe episodenhaft getrunken und zu depressiven Verstimmungen geneigt.

Für alle Probanden des Mannheimer Kohortenprojektes existiert eine größere Zahl von Variablen, die unmittelbar die frühe Kindheit betreffen und aufgrund des Projektdesigns EDV-mäßig abzurufen sind. Sie alle wurden in der Regel aus theoretischen Gründen erhoben und kommen daher als relevante Diskriminatoren zwischen den beiden Extremgruppen A und B in Frage. Es handelt sich im einzelnen um die folgenden Kindheitsfaktoren (KF) des Vorschulalters:

- KF 1: Altersdifferenz des Probanden zu seiner Mutter bzw. Ersatzmutter bis zu 25 Jahren.
- KF 2: Altersdifferenz des Probanden zu seinem Vater bzw. Ersatzvater bis zu 25 Jahren.
- KF 3: Altersdifferenz der Mutter bzw. Ersatzeltern untereinander bis zu 5 Jahren.
- KF 4: Altersabstände von 6 oder mehr Jahren zum nächsten Geschwister bzw. Proband war Einzelkind.
- KF 5: Altersabstand zu einem der Geschwister von unter 1 Jahr,
- KF 6: kritische Positionen in der Geschwisterreihe: Einzelkind, Erstgeborener, mittlere Position, Zuletztgeborener.
- KF 7: Berufsprestige des Vaters,
- KF 8: Proband bekam frühkindlich eine Ersatzmutter,
- KF 9: Trat sie vor dem vollendeten 2. Lebensjahr des Probanden oder danach auf?
- KF 10: Gesamtzahl der Geschwister bis zum 6. Lebensjahr,
- KF 11: Tod eines Geschwisters in diesem Zeitraum,
- KF 12: Stiefgeschwister,
- KF 13: regelmäßige Anwesenheit weiterer relevanter Pflegepersonen neben der Mutter bzw. Ersatzmutter: Kinder mädchen, Tagesmütter etc.,
- KF 14: erhebliche Defizite in der Anwesenheit der mütterlichen Pflegeperson,
- KF 15: erhebliche Defizite in der Anwesenheit des Vaters bzw. Ersatzvaters,
- KF 16: Heimaufenthalte während der frühen Kindheit,
- KF 17: mehrmaliger Wechsl des Wohnortes,
- KF 18: Besuch einer Kinderkrippe,
- KF 19: eines oder mehrere der klassischen kinderneurotischen Symptome,
- KF 20: einschneidende Lebensereignisse bis zum 6. Lebensjahr,
- KF 21: Pathologie der Elternbeziehung, dichotomisiert nach „keine oder nur leichte Beziehungsstörung“ gegenüber „deutliche bis schwere Beziehungsstörung“,
- KF 22: schwere Psychopathologie der Mutter bzw. Ersatzmutter, wobei es sich wiederum um ein alternatives Rating handelt und deshalb zu einer entsprechenden Einstufung der mütterlichen Person gravierende Informationen im Bericht des Probanden enthalten sein müssen,
- KF 23: schwere Psychopathologie des Vaters bzw. des Ersatzvaters, siehe oben,
- KF 24: globale frühkindliche Belastung des Probanden durch seine Geschwister. – Abermals ein komplexes Rating in alternativer Ausprägung, basierend auf eindeutigen Mitteilungen des Probanden,
- KF 25: eindeutige Hinweise in den Klartexten der Forschungsinterviews auf eine positive, stabile Bezugsperson, die dem Probanden während seiner frühen Kindheit verlässlich zur Verfügung stand. – Eine solche positive, stabile Bezugsperson soll unabhängig vom verwandtschaftlichen Status den Probanden während seiner frühen Kindheit stetig in einem psychologischen Sinne unterstützt haben, indem sie bleiben des Wohlwollen und Interesse für ihn aufbrachte, ihm Zeit widmete, Trost, Besänftigung und kindgerechten Rat spendete. Naturgemäß ist eine solche herausragende Figur nur vonnöten, wo dieser kindliche Bedarf nicht vom Gesamtverband der Familie in herkömmlich erwarteter Weise befriedigt wird. Gerade das aber drückt sich im Charakteristikum einer insgesamt schwer oder extrem schwer belasteten Kindheit aus, wie es für alle unsere Probanden der Gruppen A und B zutrifft. – Mithin handelt es sich hier um keine EDV-mäßig verschlüsselte, durch den Interviewer vorgenommene Einstufung der frühkindlichen Verhältnisse und Umstände, sondern wird zum Zwecke der vorliegenden Untersuchung nachträglich aus theoretischen Gründen anhand des Interviewklartextes durchgeführt. In 5 der 40 Klartexte zu den Gruppen A und B konnte aufgrund unklarer Aussagen ein entsprechendes Rating nicht vorgenommen werden. In der Gruppe der übrigen 35 Klartextinterviews war aber wiederum mit maximaler Reliabilität festzulegen, ob darin eindeutige Hinweise auf eine positive frühkindliche Bezugsperson enthalten sind oder ob sich solche nicht identifizieren lassen.

3. Ergebnisse

Tab. 4 listet jene 5 der 25 Kindheitsfaktoren auf, die in dichotomisierter Fassung wenigstens mit $\phi \geq .2$ auf die Zugehörigkeit zu einer der Extremgruppen verweisen. Es sind dies KF 4 „relative oder absolute Einzelkindschaft“, KF 5 „Abstand zum nächsten Geschwister unter 1 Jahr“, KF 20 „belastende Lebensereignisse bis zum 6. Lebensjahr“, KF 23 „Psychopathologie des Vaters“ sowie KF 25 „zuverlässige frühkindliche Bezugsperson“. Der Ausprägungsgrad und die Richtung dieser Korrelationen sind indessen unterschiedlich: So verweisen psychopathologisch relevante Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen der Väter, sofern diese im Bericht der Probanden auftauchen, auf ihre Zugehörigkeit zur Gruppe der heute eindeutig seelisch gestörten Probanden (Gruppe B), und zwar mit einer signifikanten Korrelation $\phi \geq .4$. – Ungefähr im selben Signifikanzbereich, wenn auch deutlich niedriger ($\phi = .3$), korreliert die Tatsache, relatives oder absolutes Einzelkind gewesen zu sein, mit der Zugehörigkeit zur Gruppe A der heute Gesunden. – Eher zur Gruppe B der seelisch Kranken gehören solche Probanden, die sich schon sehr früh in ihrem Leben mit ähnlich bedürftigen Geschwistern (Altersabstand bis zu 1 Jahr) die Zuwendung der Pflegepersonen teilen mußten. Der Zusammenhang von $\phi = .4$ wird deshalb hochsignifikant, weil die Variable „altersnahe Geschwister“ für nahezu alle Probanden eindeutig erhoben werden kann. – Extrem bedeutsam jedoch wird die Variable der zuverlässigen frühkindlichen Bezugsperson, welche eine herausragende Korrelation vor allen anderen Faktoren ($\phi \geq .75$) von extremer Signifikanz erreicht. In der Tat fand sich kein einziger Proband mit global beurteilt hoher frühkindlicher Belastung, der ohne eindeutige Präsenz einer solchen Bezugsperson ein heute seelisch gesunder Mensch geworden wäre. Hingegen zählen fünf Probanden in der Gruppe B trotz klarer Hinweise in ihren Angaben auf die Existenz einer solchen positiven Person heute zu den seelisch Kranken der Gruppe B. In weiteren fünf Fällen (drei aus der Gruppe A und zwei aus der Gruppe B) konnte anhand der Klartexte keine eindeutige Entscheidung hinsichtlich der Variablen KF 25 (positive Bezugsperson) gefällt werden. –

Tab. 4 Signifikante und tendenziell bedeutsame Zusammenhänge der frühkindlichen Lebensumstände (KF: Kindheitsfaktor) mit psychogener Krankheit (Gruppe B) bzw. Gesundheit (Gruppe A) im Erwachsenenalter

		gehäuft in Gruppe	phi	p
KF 4:	Abstand zum nächsten Geschwister unter einem Jahr:	B	.39	.01**
KF 5:	relatives oder absolutes Einzelkind:	A	.30	.06*
KF 20:	einschneidende Lebensereignisse bis zum 6. Lebensjahr:	A	.22	.17*
KF 23:	psychopath. Vater:	B	.39	.05*
KF 25:	zuverlässige frühkindliche Bezugsperson:	A	.75	.0001***

Wer aber waren nun diese unterstützenden Bezugspersonen im einzelnen? Neunmal handelte es sich um die leibliche Mutter, einmal um die Ersatzmutter, zehnmal um Großeltern, zumeist Großmütter, einmal um einen Stiefvater und einmal um Onkel und Tante. Somit sind es deutlich doch die nächsten Anverwandten, die im soziokulturellen, überwiegend städtischen Rahmen Mitteleuropas psychosozial erheblich traumatisierten Kindern kompensatorisch zur Seite stehen. Zu 41 % sind es sogar die leiblichen Mütter und etwas häufiger die Großeltern, die diesbezüglich identifiziert wurden.

Die Vier-Felder-Korrelationen der wenigen frühkindlichen Faktoren untereinander, die überhaupt einen Zusammenhang mit der Zugehörigkeit unserer frühkindlich hochbelasteten Probanden zur Gruppe A oder B aufweisen, sind in Tab. 5 wiedergegeben.

Tab. 5 Interkorrelationsmatrix jener Kindheitsfaktoren, die mit seelischer Gesundheit bzw. psychogener Krankheit kovariieren ($p < .2$)

	KF 5: relatives oder absolutes Einzelkind	KF 20: belastende Lebensereignisse bis zum sechsten LJ.	KF 23: Psychopathologie des Vaters	KF 25: zuverlässige frühkindliche Bezugsperson
KF 4: Altersabstand zum nächsten Geschwister unter einem Jahr	-.33 .04*	.33 .04*	.26 .19	/
KF 5: relatives oder absolutes Einzelkind	/	.22 .16	/	/
KF 20: belastende Lebensereignisse bis zum sechsten Lebensjahr	/	/	/	/
KF 23: Psychopathologie des Vaters	/	/	/	-.54 .01**

Gehen wir auf die signifikanten und hochsignifikanten unter diesen Beziehungen ein, so findet sich logischerweise eine negative Korrelation zwischen dem Faktum, (relatives) Einzelkind gewesen zu sein (KF 5) und einem Altersabstand zum nächsten Geschwister unter einem Jahr (KF 4). – Eine höhere Belastung durch Lebensereignisse bis zum sechsten Lebensjahr geht mit der Tatsache einher, keine Geschwister in sehr engem Altersabstand zu haben. Dieser Zusammenhang folgt in der Regel aus wirren Lebensbedingungen, seien sie durch Krieg oder andere Schicksalsschläge bedingt, die dann die Geburt eines Geschwisters in allernächster Zeit unwahrscheinlich machen. – Die höchste Interkorrelation zwischen zwei Kindheitsfaktoren liegt zwischen den mitgeteilten psychopathologischen Auffälligkeiten des Vaters und der Präsenz einer zuverlässigen frühkindlichen Bezugsperson vor. Unsere Vermutung geht dahin, daß die Angaben zur Psychopathologie des Vaters sozusagen als „Deckenerinnerung“ für innerfamiliäre emotionale Spannungen stehen. Denn entgegen allen Erwartungen, aber in Übereinstimmung mit der eben genannten Vermutung, scheinen pathologische Wesenszüge der Mutter (KF 22) wie auch pathologische Elternbeziehung (KF 21) mit späterer seelischer Gesundheit oder Krankheit nicht zusammenzuhängen. Am ehesten schlägt sich hier das menschlich sehr verständliche Bedürfnis nieder, eine gute Mutter und eine gute Familie gehabt zu haben, während die gesamte Beziehungspathologie der Familie sich in Angaben zu mehr oder weniger isolierten Störungen des Vaters verdichtet. – Interpre-

tiert man KF 23 (Psychopathologie des Vaters) in dieser Weise, so wird unmittelbar einsichtig, daß ein abnormes Gefüge familiärer Beziehungen die Wahrscheinlichkeit dafür verschlechtert, daß im kindlichen Leben des Probanden eine konstant zugewandte, positive Bezugsperson auftaucht. Entweder kann sich ein solches Angebot real nicht etablieren, da die in Frage kommende Person bald in die Interaktionen der Familie hineingezogen wird, oder das in diesen Interaktionen stehende Kind vermag das Angebot einer solchen Außenperson nicht zu nutzen.

4. Diskussion

Die zufällig genau 40 Personen unserer Untersuchung repräsentieren innerhalb der Allgemeinbevölkerung zwei Subpopulationen, die (1.) beide unter ausgesprochen ungünstigen frühkindlichen psychosozialen Lebensumständen aufwachsen und wovon (2.) heute eine an schweren psychogenen Erkrankungen leidet und die anderen im klinischen Sinne hiervon eindeutig frei ist. Als Fazit bleibt, daß über die spätere psychosomatische und psychosoziale Gesundheit dieser Menschen im Erwachsenenalter zuallererst die Präsenz einer guten frühkindlichen, stabil zugänglichen Bezugsperson entscheidet. Ebenfalls wichtig, aber weit weniger bedeutsam, schlägt sich die Tatsache eines Geschwisters in sehr dichtem Altersabstand nieder, während eine etwaige Psychopathologie des Vaters (als Signum pathologischer Familieninteraktionen) und das Faktum, Einzelkind gewesen zu sein, zwar immer noch signifikante Beiträge zur seelischen Gesundheit bzw. Krankheit leisten, in der Höhe des statistischen Zusammenhanges indessen nachgeordnet bleiben.

Die entscheidende Bedeutung der Variablen KF 23 (Psychopathologie des Vaters) scheint gerade darin zu liegen, daß die innerfamiliären Lebensumstände, für welche die Mitteilung über psychiatrisch relevante Auffälligkeiten des Vaters stehen, das Auftauchen der entscheidend wichtigen positiven Bezugsperson verhindert haben.

Der Befund zu KF 4, wonach ein Altersabstand von nur einem Jahr oder weniger zum nächsten Geschwister sich negativ auf die spätere seelische Gesundheit auswirkt, steht im Einklang mit unseren Erkenntnissen über das besonders traumatische Gewicht einer extrem dichten Geschwisterfolge. Das konnten zuletzt *Dührssen* (1984) sowie *Lieberz* (1983, 1984) wieder empirisch belegen, weshalb hier auf eine weitere Erörterung verzichtet sei.

Die überragende Bedeutung der zuverlässigen frühkindlichen Bezugsperson, welche nach unserer Studie u.U. auch außerordentlich stark belastende Momente der ersten Lebensjahre aufzuwiegen vermag, steht im Einklang mit allen psychoanalytischen Theorien (z. B. *Freud*, 1905, *M. Klein*, 1962, *Spitz*, 1967, *Erikson*, 1966, *Winnicott*, 1976). In je eigener Variation finden wir darin die Grundfigur eines guten frühkindlichen Objektes, zunächst als Teilaspekt (z. B. die gute Brust) und später als ganzheitliche Person, innerpsychisch repräsentiert. Dieses gute Objekt muß mächtiger sein als die gesamte böse Objektwelt (die im Falle unserer Probanden als ausgesprochen stark imponiert), damit eine zufriedenstellende seelische Entwicklung überhaupt erst in den Bereich des Möglichen rückt. Ihr glückliches Gelingen ist damit nicht garantiert. Das bezeugen jene fünf Probanden der kranken Gruppe B, die zweifelsfrei von einer zuverlässig präsenten und guten Bezugsperson berichten und die dennoch heute

von gravierenden psychogenen Syndromen beeinträchtigt werden.

In der Empirie unserer epidemiologischen Erhebung erfahren wir gerade aus der frühesten, insbesondere der Säuglingszeit unserer Probanden natürlich meist nur die ihnen selbst überlieferten Äußerlichkeiten. Von ihrem frühkindlichen Erleben indessen hören wir sehr wenig und kaum Verlässliches, obwohl unsere psychogenetischen Theorien genau davon handeln. Aber geht es wirklich um eine chronologische Entsprechung der Theorie mit der Erinnerung erwachsener Menschen an ihre früheste Kindheit? Oder bestätigen die trotz schwerer Frühgenese seelisch gesunden Probanden des Mannheimer Kohortenprojektes die psychoanalytische Theorie nicht insofern, als keiner von ihnen ohne die innere Repräsentanz einer konstant guten Person seine die seelische Gesundheit begründenden Ich-Funktionen aufgebaut hat und daß jene inneren Repräsentanzen jedesmal einer realen äußeren Person entsprechen?

In einigen Fällen mußten wir sogar konstatieren, daß die etwa ab dem zweiten Lebensjahr gut verbürgte Bezugsperson den Kindern während ihrer ersten 12 bis 18 Lebensmonate noch gar nicht zur Verfügung stand. An welche Vorerfahrungen knüpfte bei ihnen die dann auftauchende positive Bezugsperson an? Theoretisch postulieren wir hier eine primär gute Erfahrung, die entweder der inneren Konstitution entspricht, aus der intrauterinen Vergangenheit kommt oder von einer real guten frühen Teil-Objekt-Beziehung herrührt. Vielleicht aber stammt sie auch von einem realen, nur temporär und partiell genügend guten mütterlichen Objekt, dessen das Kind wieder verlustig ging und welches „auferstand“, als die dauerhaft guten frühen Teil-Objekt-Beziehung herrührte. Entscheidend ist jener Erfahrungskern spekulativer Herkunft, der die gute Objektbeziehung als die Basis aller seelischen Gesundheit bewahrt, bis die liebevolle Zuwendung eines tatsächlichen Menschen der wirklichen Umwelt diesen Keim zum Wachstum und zu progressiver interpersonaler Entfaltung erweckt. In diesem Sinne bestätigt unser retrospektiver epidemiologischer Ansatz die Bedeutung der basalen Mütterlichkeit für die seelische Entwicklung des Menschen, nicht als mystische Spekulation, sondern als interpersonale Notwendigkeit.

Literatur

- Balint, M.*: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber-Klett, Bern-Stuttgart 1966
- Bowlby, J.*: Maternal care and mental health. WHO, Genf 1952
- Bowlby, J.*: Trennung. Kindler, München 1976
- Dührssen, A.*: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für med. Psychologie. Göttingen 1962
- Dührssen, A.*: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für med. Psychologie. Göttingen 1971
- Dührssen, A.*: Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. Z. f. Psychosom. Med. u. Psychoanalyse 30 (1984) 18–42
- Erikson, E.H.*: Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart 1968
- Erikson, E.H.*: Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1966
- Freud, S.*: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: G.W. V. Fischer, Frankfurt/M. 1905, 1960
- Garnezy, N.*: The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony E.J., C. Koupernik (eds.): The child in his family. Vol. 3. Children at psychiatric risk. Wiley, New York 1974
- Harlow, H.F., M. Harlow*: Social deprivation in monkeys. Science, Am. 207 (1962) 137–146
- Harlow, H.F., M. Harlow*: Ethology. In: Freedman, A., H. Kaplan, J. Sadock (eds.): Comprehensive textbook of psychiatry, Vol. 1, Williams & Wilkins, Baltimore 1975
- Hemminger, H.*: Kindheit als Schicksal? Rowohlt, Reinbek 1982
- Klein, M.*: Das Seelenleben des Kleinkindes. Klett, Stuttgart 1962
- Krech, D., M.R. Rosenzweig, E.L. Bennett*: Environmental impoverishment, social isolation and changes in brain chemistry and anatomy. Physical Behaviour 1 (1966) 99–104
- Langmeier, J., Z. Matejcek*: Psychische Deprivation im Kindesalter. Urban u. Schwarzenberg, München 1977
- Lieberz, K.*: Geschwisterlicher Altersabstand und neurotische Störung im Erwachsenenleben. Zeitsch. Psychoth. Psychosom. Med. Psychol. 33 (1983) 217–223
- Lieberz, K.*: Geringer geschwisterlicher Altersabstand – ein Risikofaktor in der Genese schizoider Störungen? Nervenarzt 55 (1984) 596–601
- Mahler, M., F. Pine, A. Bergmann*: Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt/M. 1978
- Mertens, W.*: Psychoanalyse. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz (1981)
- Meierhofer, M., W. Keller*: Frustration im frühen Kindesalter. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1974
- Moog, W., E.S. Moog*: Die entwicklungspsychologische Bedeutung von Umweltbedingungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Marhold, Berlin (1972)
- Müller-Braunschweig, H.*: Die Wirkung der frühen Erfahrung. Das erste Lebensjahr und seine Bedeutung für die psychische Entwicklung. Klett, Stuttgart 1975
- Nissen, G.*: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1971
- Portman, A.*: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Schwabe, Basel 1969
- Rutter, M.*: Protective factors in children's response to stress and disadvantage. In: Kent, M.W., J.E. Rolf (eds.): Primary prevention of psychopathology: Social competence in children. Vol. 3. University Press of New England, Hannover, N.H. 1979
- Rutter, M., D. Quinton*: Longitudinal studies of institutional children and children of mentally ill parents (United Kingdom). In: Mednick, S.A., A.E. Baert (eds.): Prospective longitudinal research. An empirical basis for the primary prevention of psychosocial disorders. Oxford University Press, Oxford 1981
- Schepank, H.*: Report of an epidemiological field study about neuroses and psychosomatic disorders. Psychother. Psychosom. 40 (1983) 158–165
- Schepank, H. et al.*: Das Mannheimer Kohortenprojekt. Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. Z. Psychosom. Med. 30 (1984a) 43–61
- Schepank, H. et al.*: Wie häufig kommen Neurosen wirklich vor? Prax. Psychother. Psychosom. 29 (1984b) 105–114
- Seidler, E.*: Der Neugeborenenversuch Friedrichs II. von Hohenstaufen. Dtsch. Ärzteblatt 39 (1964) 2029–2032
- Spitz, R.A.*: Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The psychoanalytic study of the child 2 (1946) 313–342
- Spitz, R.A.*: Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first year of life. Int. J. Psycho-Analysis 31 (1950) 138–142
- Spitz, R.A.*: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart 1967
- Spitz, R.A.*: Die Evolution des Dialogs. Psyche 27 (1973) 697–717
- Tizard, B., J. Hodges*: The effects of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of eight year old children. J. of Child Psychology and Psychiatry 19 (1978) 99–118
- Tress, W.*: Bemerkungen zur Arbeit von S. Weyerer und H. Dilling. Nervenarzt 56 (1985) 50–51
- Vaillant, G.E.*: Werdegänge. Erkenntnisse der Lebenslaufforschung. Rowohlt, Reinbek 1980
- Werner, E.E., R.S. Smith*: Vulnerable but invincible: A study of resilient children. McGraw Hill, New York 1982
- Winnicott, D.*: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München 1976