

I Allgemeiner Teil

1 Entwicklung und deren Störungen bezüglich Alter und Beziehungspersonen

1.1 Entwicklungslinien des ersten Lebensjahres

In einer kurzen schematischen Übersicht werden einige Entwicklungslinien des ersten Lebensjahres dargestellt, welche leicht überprüfbar sind. Natürlich besteht bezüglich der Zeitangaben eine sehr große Variabilität. Die Sequenz der entsprechenden Entwicklungsschritte aber wird auch bei großer zeitlicher Unterschiedlichkeit einzelner Schritte eingehalten. Wir folgen hier den von Hellbrügge, Lajosi, Menara, Schamberger, Rautenstrauch (1978) beschriebenen Abläufen.

1.1.1 Entwicklung der Körperdrehung und des Kriechens

Im ersten Monat kann der Kopf für einen Augenblick angehoben werden. Mit drei Monaten geht das schon für eine Minute. Im fünften Monat gelingt es, dass der Säugling sich aktiv von Seite zu Seite sowie aus der Bauch- in die Rückenlage zu drehen vermag. Im sechsten Monat braucht er zum Abstützen in Bauchlage nur noch *eine* Hand. Mit acht Monaten vermag er auf dem Bauch rückwärts zu kriechen und sich aus Bauchlage zum Sitzen zu bringen. Mit zehn Monaten beginnt er auf allen vieren zu kriechen, im elften Monat kriecht er bereits viel auf Händen und Knien. Die Beherrschung der Motorik erweitert das Blick- und Explorationsfeld massiv, auch durch die Lokomotion.

1.1.2 Entwicklung des Sitzens

Während bei Neugeborenen der Kopf bei einem gehaltenen Sitzen schlaff vorwärts fällt, kann er mit zwei Monaten bereits aufrecht gehalten werden. Mit sechs Monaten spielt das Kind in Rückenlage, mit angehobenem Kopf mit seinen Füßen. Es sitzt mit wenig Hilfe. Mit acht Monaten zieht es sich selbst auf und sitzt kurze Zeit frei ohne Halt. Ende des zehnten Monats sitzt der Säugling auf der Unterlage mit geradem Rücken und gestreckten Beinen, was sich in den Folgemonaten noch stabilisiert. (Der Weg geht vom Liegen zum Sitzen und Stehen. Die Hilflosigkeit verringert sich zusehends).

1.1.3 Entwicklung des Stehens und Gehens

Das Neugeborene vermag, angemessen gehalten, automatische Schreitbewegungen durchzuführen. Bereits mit fünf Monaten übernimmt es mit den Füßen für kurze Zeit fast sein ganzes Gewicht. Im sechsten Monat streckt es die Beine in Hüften und Knien und »tanzt« auf den Zehenspitzen. Bereits im siebten Monat vermag das Kind für einen Augenblick, zum Stehen heraufgezogen, zu stehen. Im neunten Monate stellt sich das Kleinkind selbst auf, wenn es an den Händen gehalten wird. Im zehnten Monat zieht es sich an Möbeln oder anderen Dingen zum Stehen hoch. Am Ende des elften Monats

geht das Kleinkind seitwärts am Gitter des Laufstalls oder an Möbeln herum, schreitet auch vorwärts, wenn ihm beide Hände erreicht werden. Am Ende des ersten Lebensjahres vollzieht ein Kind, zum Stehen heraufgezogen, seine ersten selbstständigen Schritte. Das Vorhandene (das Schreitvermögen) wird zuerst blockiert und dann wieder gelernt.

1.1.4 Entwicklung des Greifens und der Handbeherrschung

Der Greifreflex ist bereits bei der Geburt vorhanden. Am Ende des ersten Monats führt der Säugling die Hand unwillkürlich zum Mund. Einen Monat später bildet sich der Hand-Greif-Reflex zurück, die Hände können häufiger offengehalten werden. Am Ende des dritten Monats werden die Hände sehr genau betrachtet und es ist ein Übergang zu aktivem Greifen zu beobachten. Am Ende des sechsten Monats werden Oberflächen mit den Handflächen betastet, einen Monat später wechselt ein Kind einen Würfel oder anderen Gegenstand zwischen den beiden Händen aus. Mit acht Monaten kann zwischen Daumen und Zeigefinger ein Gegenstand erfasst werden. Das Berühren mit dem Zeigefinger ist meist am Ende des neunten Monats festzustellen. Ein Gegenstand, der dem Kind auf den Kopf gelegt wird, wird von ihm selbst entfernt. Am Ende des zehnten Monats reicht der Säugling auf Anfrage dem Erwachsenen ein Spielzeug, kann es aber noch nicht loslassen. Dies gelingt erst zwei Monate später.

Damit man »begreifen« kann, muss der Greifreflex erst blockiert werden, so dass sich die Hand öffnen lässt. Erst danach kann man etwas willentlich »erfassen«. Der Wechsel von einer Hand zur anderen und die Kombination mit dem Sehen und In-Den-Mund-Nehmen ermöglicht eine komplexe, dreidimensionale Wahrnehmung. Das Sprachver-

ständnis ist in einfacher Form bereits ab dem zehnten Monat vorhanden.

1.1.5 Entwicklung der Sinnesorgane des Spielverhaltens

Das Neugeborene reagiert unwillig auf extreme sensorische Einwirkungen, insbesondere auf Licht und Geräusche, nämlich mit Stirnerunzeln, Schreien oder Zappeln. Am Ende des dritten Monats sucht es mit den Augen nach dem Ort der Entstehung eines Tones. Spielzeuge in der Hand werden am Ende des vierten Monats genau angeschaut, am Ende des fünften Monats auch in den Mund gesteckt und von einer Hand in die andere gegeben (Hand-Mund-Augen-Koordination). Am Ende des achten Monats lauscht das Kleinkind bereits einer Unterhaltung, lässt Dinge fallen, nimmt sie wieder hoch und erprobt, insbesondere am Ende des zehnten Lebensmonats, das Hinunterwerfen von Gegenständen. Am Ende des elften Monats findet es ein Spielzeug unter einer Tasse oder in einem zugedeckten Plastikkubus und zieht Gegenstände an einer Schnur zu sich heran. Eine Reizüberflutung kann nun durch Verhaltenssignale mitgeteilt werden. Räumlichkeit und Zeitlichkeit werden experimentell ausgebaut (Wegstoßen und Herholen; Aktivität und Passivität).

1.1.6 Entwicklung des Hörens

Was ein Kind in jungen Jahren hört, scheint für den Rest seines Lebens in seiner Psyche eingeschrieben zu sein (Sacks, 2007). Musik ist mit den frühesten Erlebnissen verbunden; Erinnerungsspuren werden bereits vor der Geburt gebildet und musikalische Erinnerungen sind besonders langandauernd. Das Hörorgan und das Trommelfell entwickeln sich in der achten Schwangerschaftswoche. Ab der 20. Schwangerschaftswoche kann das

Ungeborene akustische Signale wahrnehmen. Taktile und auditive Wahrnehmungen sind die wichtigsten sensorischen Modi des Fötus in der Interaktion mit seiner Mutter. Der Fötus hat keine Möglichkeit, die Stimme seiner Mutter zu beeinflussen, aber er kann anhand ihrer Stimme wahrscheinlich emotionale Unterschiede im mütterlichen Gefühlszustand erkennen. Erst nach der Geburt ist das Kleinkind in der Lage, zu schreien und zu weinen, d. h. Laute zu evozieren und mit diesen seine Gefühle kundzutun (Maiello, 2001). Der hörende Fötus ist eingebettet in ein inneres Klangkontinuum, das durch die Herztöne und die Stimme der Mutter gekennzeichnet ist. Der stetige Rhythmus der Herztöne erhält einen existenziellen Charakter. Der Tonfall der mütterlichen Sprache prägt das fötale Ohr mit melodischem Dialekt. Im Moment der Geburt entdeckt das Kind, dass der vertraute Herzschlag und die »Melodie« der mütterlichen Stimme eine Veränderung erfährt.

Attraktiv für Kleinkinder sind nicht die Wortinhalte der Eltern, sondern ist die »Musikalität« der elterlichen Sprache. Diese wird in fast allen Kulturen im Dialog mit dem Säugling »überhört«. Vor dem Erwerb sprachlicher Kompetenz ist das frühe Kommunikationssystem vor allem eines das sich der Affekte als »Boten« bedient (Rose, 2004; Rose zit. in Sabbadini, 2002). Die Stimme der Mutter, die den affektiven Zustand des Säuglings widerspiegelt, ist ebenso wichtig wie die »Spiegelung« im Gesicht (Klanghülle des Selbst [Anzieu, 1976]).

1.1.7 Entwicklung von Sprachäußerungen

Das Neugeborene reagiert mit Schreien auf unangenehme Wahrnehmungen. Am Ende des zweiten Monats sind häufige Lautäußerungen zu beobachten, eine Art »plaudern«. Einen Monat später kann das Kleinkind bereits drei Laute von sich geben, die sich

deutlich unterscheiden lassen. Auch das Schreien differenziert sich (zum Beispiel Hunger- und Schmerzschreien). Am Ende des vierten Monats ist Freude an spontaner Lautbildung mit Lautwiederholung vorhanden, »gurren«, »jauchzen« und »lallen« verstärken sich am Ende des sechsten Monats. Einen Monat später lallt ein Kind Silben, am Ende des achten Monats werden diese verdoppelt. Am Ende des zehnten Monats treten »Lall«-Monologe auf, das Kind sagt Mama und Papa, aber noch ohne sichere Differenzierung, und bemüht sich, Laute nachzuahmen. Am Ende des elften Monats kann es den Kopf schütteln, um nein zu sagen, und am Ende des ersten Lebensjahres ist es fähig, mindestens zwei sinnvolle Worte in Kindersprache zu sprechen.

(Lallmonologe mit Verdoppelungen entsprechen eigenem Experimentieren. Daneben besteht viel Imitation. Beides ermöglicht es, das kulturelle Sprachangebot anzunehmen und auszubauen. Knapp vor Ende des ersten Lebensjahres beginnt sich die Verneinung auszubilden).

1.1.8 Entwicklung des Sprachverständnisses

Das Sprachverständnis ist in den ersten sechs Monaten schwer zu prüfen. Am Ende des siebten Monats sucht ein Kind, von der primären Betreuungsperson gehalten, mit den Augen nach Gegenständen oder Personen, wenn diese mehrfach benannt worden sind. Einen Monat später geschieht dies bereits mit einer Kopfdrehung. Am Ende des neunten Monats macht ein Kleinkind »Patsch-Patsch-Bewegungen«, wenn es dazu aufgefordert worden ist. Einen Monat später reagiert es auf seinen Namen und auf die Aufforderung, etwas dem Gegenüber zu geben. Am Ende des elften Monats macht ein Kind spontan »winke-winke« und versteht Verbote wie »Nein«. Am Schluss des ersten Lebensjahres reagiert es auf die Bitte, einen

Ball oder anderen bekannten Gegenstand zu suchen, zu finden und diesen zu holen. Suchbewegungen durchziehen alles, stets mit dem Ziel, sich eine Fertigkeit zu erwerben. Anforderungen werden am Ende des ersten Lebensjahres, auch wenn meist nur zwei Worte gesprochen werden können, recht genau verstanden und folgsam ausgeführt.

1.1.9 Sozialentwicklung

Das Neugeborene lässt sich durch *Hautkontakt*, d. h. Streicheln, oder durch Stillen beruhigen. Am Ende des ersten Monats hat das Aufnehmen des Kindes auch eine beruhigende Wirkung, ebenso wie eine vertraute Stimme. Am Ende des dritten Lebensmonats finden wir das »*blickerwidernde Lächeln*«, d. h., auch ein fremdes, bewegtes Gesicht löst ein freudiges Lächeln aus. Einen Monat später verhält sich das Kind freundlich zu Fremden, leistet einen gewissen muskulären Widerstand im Spiel und freut sich, wenn man mit ihm spielt. Am Ende des fünften Monats ist es imstande, einen liebenswürdigen von einem strengen Sprachton zu differenzieren. Dasselbe gilt auch für die Mimik. Meistens hört es auf zu weinen, wenn man mit ihm spricht. Gegen Ende des sechsten Monats beginnt es, sich gegenüber Bekannten und Unbekannten unterschiedlich zu

benehmen. Es streckt die Arme aus, um hochgenommen zu werden. Am Ende des siebten Monats zeigte es Genuß an zärtlichem sich Anschmiegen. Zum Ende des achten Monats taucht das »*Fremdeln*« unbekanntem Erwachsenen gegenüber auf. Das Kleinkind beginnt, vertraute Erwachsene zu *imitieren* und beobachtet sehr genau. Einen Monat später versteht es das *Versteckspiel* und ärgert sich, wenn man ihm ein Spielzeug wegnimmt. Gegen Ende des zehnten Monats ist ein Verständnis für Lob zu beobachten. Am Ende des ersten Lebensjahres zeigt es sich *fasziniert vom eigenen Spiegelbild*, lächelt dieses an und spielt mit ihm. Es unternimmt erste Versuche, selbstständig mit einem Löffel zu essen.

Außenaktivitäten können also eine klare Beruhigungswirkung auf den Säugling ausüben (Wiegen, Streicheln). Der *erste und der zweite »Organisator«* (blickerwiderndes Lächeln, Achtmonatsangst/Fremdeln) (Spitz, 1969) manifestieren sich meist recht deutlich. Beide sagen etwas über die Beziehungsentwicklung aus (z. B. Entwicklung der Kontaktaufnahme zu einem besonderen Attraktor, dem menschlichen Gesicht; Bildung eines »ganzen« Objektes; Unterscheidung von fremd und vertraut). Im Versteckspiel zeigt sich der lustvolle Umgang mit der *Trennungsangst*. Das spiegelbildliche Konterfei eines Gegenübers evoziert Interesse.

1.2 Psychophysisches Gleichgewicht

Beim Säugling und Kleinkind können *Reifung und Entwicklung verschiedenster Funktionen* – in ihrer Wechselwirkung mit den Aktionen der zentralen Bezugspersonen – auch psychoanalytisch exploriert und verstanden werden. Dynamische Konflikte zwischen den beiden Protagonisten zeigen sich nicht nur in Funktionsstörungen physiologi-

scher Abläufe sondern auch in psychischen Symptomen, die sich plötzlich manifestieren können. Beide Bereiche lassen sich – ganz anders als beim Jugendlichen und Erwachsenen – gut und zumeist direkt *beobachten*. Die Klinik ist oft bedeutend aussagekräftiger als eine nosographische Einteilung, die etwa bis zum dritten Lebensjahr außerordentlich

schwierig vorzunehmen ist (DC: 0-3R, 2005). Denn die *Ausdrucksformen* sind höchst unterschiedlich und rasch wechselnd. Reifungsfaktoren, Entwicklungselemente, reaktive Erscheinungen, ungewöhnliche Verhaltensweisen, beginnende strukturelle Verzerrungen und komplexe Bedeutungen sind nur schwer auseinander zu halten. Zudem vermag jegliche, noch ungeordnete Funktionseinheit des Ich die Entwicklung gerade dieser Funktion zu beeinträchtigen. Die klinische Beobachtung hingegen zeigt uns die Entwicklung von *funktionellen Störungen* in Abhängigkeit von der Strukturierung des Ich, dem Zeitpunkt ihres Auftretens/Verschwindens und ob sich eine motorische Abfuhr oder eine eigentliche Transformation festhalten lässt.

Früh auftretende Probleme zeigen sich oft in einer Dysfunktion der *Dyade* »primäre Betreuungsperson« – Kind. Für jeden Menschen gibt es altersspezifische Schwellen, jenseits welcher die Integrationsfähigkeiten überschritten sind. Diese dyadischen Dysfunktionen transformieren sich – sofern die Schwellenwerte des Primärprozesses in traumatisierender Form überschritten worden sind und damit stressauslösende Belastungssituationen auftauchen – nicht selten in physiologische Funktionsstörungen des Kindes. Diese weisen auf einen damit verknüpften Besetzungsabzug des Säuglings von der äußeren Welt hin.

Meist lassen sich Funktionsstörungen als Vorformen eigentlicher psychophysischer Probleme beschreiben, die ein gestörtes psychophysisches Gleichgewicht zum Ausdruck bringen. Die Gleichgewichtsstörung baut sich auf einer Dysbalance der narzisstischen Ökonomie des Säuglings auf, d. h. der Säugling ist wegen der ungenügenden Art der Zuwendung, die er von den primären Betreuungspersonen erfahren hat, nicht mehr

im Stande, das Andauern von massiven Unlustzuständen in seiner Innenwelt zu verhindern. Er versucht sie deshalb durch Externalisation loszuwerden oder durch autoerotische Aktivitäten ein Gegengewicht zu setzen.

Existieren Probleme bei der libidinösen Besetzung einer physiologischen Funktion, so besetzen der Säugling oder das Kleinkind automatisch die Motorik, als ob motorische Aktivitäten im Sinne einer Flucht bei diesem Entwicklungsstand bereits behilflich sein könnten. Bei der *halluzinatorischen Wunsch-erfüllung* werden die muskulären Innervationen in gleicher Art aktiviert wie beim Handeln, aber sie werden gleichzeitig auch blockiert, so dass keine Handlung entsteht.

Gewisse libidinöse oder aggressive Besetzungen werden unter bestimmten Bedingungen für Mechanismen aufgewendet, die den lebenserhaltenden geradezu zuwiderlaufen. Sie überschreiten physiologische Gesetzmäßigkeiten und können – lässt man sie anstehen – einen Säugling oder ein Kleinkind in Todesgefahr bringen (z. B. Dehydrierung bei Erbrechen). Man könnte diese Besetzungsform als eine pervertierende beschreiben, da ein primär angestrebtes Ziel um 180 Grad verschoben, d. h. ins Gegenteil verkehrt worden ist.

Intrapsychische, interpersonale und soziokulturelle *Gleichgewichte*, die auf Grund der Reifung und der Entwicklung stets von neuem abgeglichen werden müssen, scheinen somit untrennbar miteinander verknüpft zu sein. Die Störung von einem Balancesystem bewirkt mehr oder weniger massive und unterschiedlich lange anhaltende Störungen der anderen, auch ganz besonders deshalb, weil die Funktion der *primären Symbolisierung* sich in einem Zustand des »status nascendi« befindet und nur in geringem Ausmaß eingesetzt werden kann.

1.3 Säuglinge und primäre Beziehungspersonen

Wenn man vom »Säugling« spricht, so entspricht dies einer unstatthaften Gleichsetzung von verschiedensten Personen, nicht nur, was ihre ganze Körperlichkeit, sondern auch, was die Art ihrer Innenwelt angeht. Denn Säuglinge sind bereits bei der Geburt sehr unterschiedliche Wesen, einerseits wegen ihrer *genetischen Ausstattung* (z. B. bezüglich des »Temperaments«), dann wegen der *intrauterinen Erfahrungen* während der Schwangerschaft und schließlich dadurch, wie sich der »Fit« zwischen ihnen und den primären Betreuungspersonen auf ihre psychischen Reifungs- und Entwicklungsvorgänge auswirkt. Sie unterscheiden sich in ihrer Aktivität/Passivität (z. B. was den Gebrauch der Motorik angeht), ihrem nach-außen oder nach-innen Gewendetsein, ihrer Empfindsamkeit und Reagibilität (Schwellenhöhe für Außen- oder Innenreize), ihrer Art, mit Unlust umzugehen (z. B. Erregung oder Hemmung oder zyklischer Wechsel von beidem), ihrer Fähigkeit, Erlebnisse sich anzueignen (Mentalisierung im Sinne der französischen Schule), ihrer Neigung, sich für eine kürzere Entbehrungszeit autoerotisch zu beruhigen, ihrem Hunger nach Zuwendung (d. h. der narzisstischen Besetzung durch das Gegenüber) und ihrer Neigung, eine sich entwickelnde Rage gegen sich selbst oder nach außen zu wenden.

Die vom Körper und der Psyche des Säuglings wie auch der primären Betreuungspersonen und dem dyadischen Paar als solchem generierten und wechselseitig einwirkenden Variablen sind so unüberschaubar zahlreich, dass nur gröbere Störfaktoren (z. B. längere Diskontinuitäten in der Betreuung, Unvermögen, die vom Säugling oder von den primären Betreuungspersonen ausgehenden Signale wahrzunehmen) eindeutige Vorausagen erlauben.

Säuglinge lassen bereits bei der Geburt enorme Unterschiede erkennen, zum Beispiel

was Aktivität/Passivität, Empfindsamkeit, Bedürfnisintensität, Integrationsfähigkeit und zeitliche Regulierungskapazität angeht. All diese Faktoren dürften sich im Verlaufe der Schwangerschaft, d. h. der *intrauterinen Entwicklung*, bereits ausgebildet haben. Aber sie wurden für die Betreuenden noch nicht manifest erfahrbar.

Gelingt es den »primären Beziehungspersonen« (in der Mehrzahl sind dies die Eltern) den Körper ihres Säuglings bzw. Kleinkindes libidinös intensiv zu besetzen, so umfasst dies nicht nur die erogenen Zonen, sondern auch diverse Funktions- und Regulationsmechanismen. Diese Besetzungen geben den libidinösen Besetzungen der kleinen Kinder ein entsprechendes »Gerüst« für Entwicklungsabläufe. Identifizieren sich die Säuglinge mit den primären Betreuungspersonen, so übernehmen sie diese Gerüstanteile, die für ihre eigenen Regulationsfunktionen wie eine Aufbauhilfe wirken. Denn diese liefern so etwas wie ein Gegengewicht zu eventuell verkehrt laufenden Besetzungen.

Stehen aber heftige projektiv-aggressive Aktivitäten, widersprüchliche Signale oder ein Besetzungsabzug der primären Beziehungspersonen im Vordergrund, so sind die Kräfte des Todestriebes, bzw. der Destruktion, oft so stark, dass diese Kinder sich in Richtung Selbstvernichtung bewegen; denn ein Säugling stirbt, wenn sich nicht eine erwachsene Person um ihn kümmert.

Alle ungenügenden oder unausgeglichene Triebesetzungen, alle größeren oder häufigeren Kontinuitätsunterbrechungen und zu massive Unterschiede zwischen der Ausstattung des realen und der des phantasmatischen Kindes in den Vorstellungen der Eltern stellen oft so massive Entwicklungsbeeinträchtigungen dar, dass aus diesen Gründen ein Übermaß an narzisstischer Rage freigesetzt wird. Dieses überfordert meistens das Kind und vielfach auch die Eltern, hat somit einen

traumatisierenden Charakter, wirkt als Distress auf den kindlichen Organismus ein und übersteigt die Integrationsfähigkeit des jeweiligen Ichs. Die Symptombildung bzw. Ausbildung einer psychophysischen Funktionsstörung oder der im Verhältnis zum Auslöser zu heftige Einsatz motorischer Aktivitäten zur Spannungsabfuhr oder der Versuch einer autoerotischen Beruhigung werden somit leicht ausgelöst.

Den Zeitpunkt, wann aus einer funktionalen Störung eine eigentliche somatische Läsion wird, kann höchstens im Einzelfall und unter Einbezug vieler Variablen zu erfassen versucht werden.

Geht man von einem Differenzierungsmodell der Psyche aus, so heißt das, dass sich intrapsychische Strukturen im Ich (und später im Über-Ich) in ungefähr normierten Zeitbereichen ausbilden. Es lässt sich dann von zeitgerechten, vorzeitigen oder verspäteten Entwicklungen sprechen. Damit sich diese Strukturen ausbilden können, sind der Säugling und das Kleinkind auf (Kontinuität vermittelnde) spezifische Betreuungspersonen und deren dazugehöriges, persönlich-emotionales wie auch deren sozio-kulturelles Milieu angewiesen.

Die Aufgabe der zentralen Betreuungspersonen besteht einerseits im Reizschutz, andererseits aber auch in der – dem jeweiligen Säugling und seiner Entwicklung angemessenen – variationsreichen Stimulation. Mütter oder andere signifikante Personen werden fortlaufend aufgefordert, sich gegenüber dem sich entwickelnden Säugling anzupassen und gleichzeitig behilflich zu sein, dessen Impulse zu regulieren und zu steuern. Beim Versuch, immer wieder neue Gleichgewichte zwischen polaren Positionen, bzw. Einstellungen zu finden, sind sie dauernd mit der Wahrnehmung ihrer ambivalenten, d. h. den liebenden und den ablehnenden Gefühlen, die sie gegenüber dem Säugling oder Kleinkind empfinden, konfrontiert. Dies ist besonders schwierig, wenn es bei der primären Betreuungsperson um unbewusste Aspekte wie die

Nötigung zu projektiven Identifizierungen oder um die Auswirkungen widersprüchlicher oder paradoxer Signale geht, die – im Hinblick auf den Säugling – mit einer hohen Desorganisationspotenz verbunden sind. Die überfürsorgliche Liebe lässt dem Kind keinen Raum für Eigenexploration, die zu stark phobisch-fernhaltende Haltung gibt ihm keine Möglichkeit, im Kontakt mit einem wirklichen Gegenüber sich selbst zu finden. Beide polaren Positionen hinterlassen einen Säugling oder ein Kleinkind in einer unerträglichen Deprivationsposition (welche die »psychische Aneignung« der gemachten Erfahrungen in hohem Maße erschwert und höchstens einen Ausweg über eine Verhaltens- oder Somatisierungsstörung möglich macht).

Befindet sich die Mutter in einem postpartal-psychotischen oder schwer depressiven Zustand, so kann sie nicht mehr zwischen sich und dem Säugling unterscheiden. Dieser wird zu einem Teil ihrer Innenwelt, sie spricht ihm alle ihre Gefühle und halluzinatorischen Wunscherfüllungen zu und kann seine Bedürfnisse und sein Begehren nicht mehr wahrnehmen.

Leidet eine Mutter unter starken neurotischen Ängsten, so wird der Säugling davon richtig eingehüllt, kann kaum mehr Eigen Erfahrungen machen und vermag seine eigene Affektivität nicht im freien Kontakt mit dem Gegenüber zu explorieren und zu entwickeln.

Je älter ein Kind wird, desto differenzierter hat sich sowohl der somatische als auch der psychische Teil seiner Persönlichkeit entwickelt. Je homogener und altersentsprechender sich das Niveau der Funktionen ausgeformt hat, desto komplexer sind nicht nur die Aufgaben, die das Kind meistern muss, sondern auch die Möglichkeiten, mit denen es den auftretenden Schwierigkeiten zu begegnen vermag. Je unausgeglichener, retardierter oder regressiver sich die psychophysischen Funktionen erweisen, desto leichter werden sich dysfunktionale Problemlösungen einstellen, die dann als sog. »Symptome«

oder Auffälligkeiten in Erscheinung treten und im günstigen Fall bewirken, dass von den

betroffenen Eltern Hilfe gesucht und in Anspruch genommen wird.

1.4 Frühe Entwicklungsstörungen und psychosomatische Auffälligkeiten

Die frühen psychosomatischen Auffälligkeiten können als störende Abweichungen basaler vitaler Funktionen (wie z. B. der Nahrungsaufnahme und dem Appetit, der Verdauung und der Evakuierung des Unverdaulichen, der Einatmung von sauerstoffgesättigter Luft und dem Ausatmen von CO₂-haltiger Abluft etc.) verstanden werden. Werden diese Funktionen durch kleinere affektive Konflikte beeinträchtigt, so zeigt sich dies in den entsprechenden Funktionsstörungen.

Reifung und Entwicklung sind über längere Zeit mit dem Alter eines Kindes verknüpft. Die biologischen, die psychoaffektiven und die geistigen Funktionen machen eine Entwicklung durch, die sich an der zunehmenden Strukturierung des Ich erkennen lässt. Alle Ausdrucksformen zeigen eine größere Variation und höhere Komplexität. So kann ein Symptom in Abhängigkeit vom Alter des Kindes eine völlig verschiedene Bedeutung haben. Selbst eine dysfunktionale Störung kann in ihrem Erscheinungsbild oft nicht von einer primär organischen Krankheit unterschieden werden. Dysfunktionale Störungen haben zudem nicht selten auch eine Auswirkung auf diverse organische Abläufe (z. B. eine Hyperphagie, die zu einer Adipositas mit allen sekundären organischen Begleiterscheinungen führen kann). Fehlen die von Spitz (1969) beschriebenen drei psychischen »Organisatoren« (d. h. beobachtbare Phänomene, nämlich das blickerwidernde Lächeln um den dritten, die Fremden-Angst um den achten und die Fähigkeit, Nein zu sagen, um den 18. Monat herum), so manifestieren sich oft mit solchen Ausfällen

verknüpfte, dysfunktionale somatische Desorganisationserscheinungen.

Die übermäßige Besetzung von Konflikten, die anhaltend sexualisierte Beziehung zu Überich-Substituten und die Vermeidung einer Trauerarbeit in Beziehungen, was von den klinischen Bildern der Hysterie bekannt ist, sowie die klassische Konversion, wie wir sie bei Jugendlichen und Erwachsenen kennen, sind beim Kleinkind – auf Grund der noch nicht ausgereiften Ich- und Abwehr-Strukturen – außerordentlich selten. Hysteriforme Erscheinungen, d. h. solche, bei denen eine Erregung automatisiert in somatischer Form abgeführt wird, sind hingegen recht häufig.

Eine verfrühte Entwicklung kann sich auf das ganze Ich oder nur auf Teile dieser Struktur erstrecken. Es kann sich um ganz frühe oder spätere Funktionseinheiten wie Regulations-, Steuerungs- und Abwehrmechanismen handeln oder um Fähigkeiten wie Affektentwicklung, Toleranz für Unlustzustände oder Leidensfähigkeit. Die verfrüht entwickelten Teile der Psyche (die z. B. eine Neigung zu Autodestruktivität, zu Somatisierung, zu narzisstischem Rückzug, zu leichter Kränkbarkeit oder zu Frustrationsintoleranz etc. zeigen) können einerseits zwar zu stark, zu schwach oder zu verzerrt erscheinen, aber noch im Rahmen einer kompensierbaren Varianz erscheinen, d. h. sie können im Verlauf der weiteren Entwicklung ausgeglichen und integriert werden. Wenn sie aber ungewöhnlich intensiv, zu schwach oder massiv verzerrt sind, so können sich – infolge intrasystemischer Schwierigkeiten – pathogene Störungen entwickeln.