

Psychotherapie



Dieter Bürgin/Barbara Steck

Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen

Psychoanalytisch verstehen
und behandeln

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autoren

Prof. em. Dr. med. Dieter Bärger, emeritierter Chefarzt der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik Basel sowie emeritierter ordentlicher Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Basel. Ausbildungsanalytiker der Schweiz. Ges. f. Psychoanalyse.

PD Dr. med. Barbara Steck, Priv.-Doz. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universität Basel. Psychoanalytische und familientherapeutische Ausbildung an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätskliniken von Basel und Lausanne.

Dieter Bürgin und Barbara Steck

Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen

Psychoanalytisch verstehen und behandeln

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2019

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-032345-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-032346-9

epub: ISBN 978-3-17-032347-6

mobi: ISBN 978-3-17-032348-3

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Einleitung	14
I Allgemeiner Teil	
1 Entwicklung und deren Störungen bezüglich Alter und Beziehungspersonen	17
1.1 Entwicklungslinien des ersten Lebensjahres	17
1.1.1 Entwicklung der Körperdrehung und des Kriechens	17
1.1.2 Entwicklung des Sitzens	17
1.1.3 Entwicklung des Stehens und Gehens	17
1.1.4 Entwicklung des Greifens und der Handbeherrschung	18
1.1.5 Entwicklung der Sinnesorgane des Spielverhaltens	18
1.1.6 Entwicklung des Hörens	18
1.1.7 Entwicklung von Sprachäußerungen	19
1.1.8 Entwicklung des Sprachverständnisses	19
1.1.9 Sozialentwicklung	20
1.2 Psychophysisches Gleichgewicht	20
1.3 Säuglinge und primäre Beziehungspersonen	22
1.4 Frühe Entwicklungsstörungen und psychosomatische Auffälligkeiten	24
2 Gen-Umfeld-Interaktionen und Resilienz	25
2.1 Wechselwirkungen von Genen und Umwelt	25
2.2 Genetik und Resilienzentwicklung	26
2.3 Genetik – Epigenetik: Beispiel Kindsmisshandlung	26
2.4 Genetik und Identifizierungen	27
3 Stressvolle Belastungen und ihre Auswirkungen	29
3.1 Allgemeine Bemerkungen	29
3.2 Neurobiologische Reaktionen auf Stress	30
3.3 Psychobiologische Auswirkungen von Stresserfahrungen	32
3.4 Drei verschiedene Arten von Stressreaktionen bei Kleinkindern	33
3.5 Stress in verschiedenen Lebensaltern	35
3.5.1 <i>Pränataler Stress</i>	35
3.5.2 <i>Stress im Säuglingsalter</i>	35

3.6	Stress in Trennungssituationen	36
3.7	Posttraumatische Stressreaktion und -störung	37
3.8	Schmerz und Stress	37
4	Körper (Soma) – Psyche und Gehirn	39
5	Psychische Traumatisierung und ihre Folgen (unter dem Gesichtspunkt der »Subjektivierung und der Psychisierung«)	42
6	Der Wiederholungszwang	44
7	Körperliche Krankheiten und ihre psychischen Auswirkungen	45
8	Psychosomatische Störungen und Familiendynamik	47
8.1	Einführung	47
8.2	Elternschaft	47
8.3	Die Familie	47
8.4	Familienmodelle	48
8.5	Kommunikation	48
8.6	Entwicklungsprozesse und deren Störungen innerhalb der Familie ...	50
8.7	Charakteristika psychosomatischer Familien	53
8.8	Psychodynamische Familiendiagnostik	54
8.9	Familientherapeutische Prozesse	56
8.10	Therapeutische Haltung	59
 II Spezieller Teil		
9	Psychosomatische Erscheinungen in den ersten Lebensjahren	63
9.1	Einleitung.....	63
9.2	Physiologische Umstellungen bei der Geburt	63
9.3	Kommunikations- und Beziehungsangebot der primären Betreuungspersonen.....	65
9.4	Repräsentanzen-Entwicklung.....	66
9.5	Kommunikationsformen zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen.....	67
9.6	Psychosomatische Symptome der ersten beiden Lebensjahre.....	69
9.6.1	Die sog. »Koliken« der ersten drei Monate.....	69
9.6.2	Schlafstörungen des ersten Trimesters	70
9.6.3	Die Rumination	71
9.6.4	Die Anorexien der ersten sechs Monate und diese der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bzw. des zweiten Lebensjahres	72
9.6.5	Adipositas	74
9.6.6	Erbrechen	74
9.6.7	Affekt- (Schluchz-)Krämpfe	75
9.6.8	Säuglings- und Kleinkind-Asthma	78

9.6.9	Funktionales, bzw. idiopathisches oder psychogenes Megakolon	79
9.7	Weitere Überlegungen zur Psychosomatik nach dem ersten Lebensjahr	81
10	Konversionsstörungen	84
10.1	Grundsätzliches zum Konversionsbegriff	84
10.2	Diagnostische Kriterien DSM-5: F44.4 (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)	85
10.3	Grundsätzliches zur Einteilung	87
10.4	Funktionelle oder psychogene Bewegungsstörungen	87
10.5	Inzidenz und Prävalenz	89
10.6	Ätiologie	90
10.7	Typische Persönlichkeitszüge	91
10.8	Psychodynamik	92
10.9	Diagnose	95
10.10	Verlauf	96
10.11	Therapie	96
11	Essstörungen	106
11.1	Einführung (zu Pica, Rumination und ARFID=Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder).	106
11.2	Essstörungen mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder = ARFID)	107
11.2.1	Einführung	107
11.2.2	Allgemeine Anmerkungen	108
11.2.3	Epidemiologische Untersuchungen	109
11.2.4	Diagnose	109
11.2.5	Differentialdiagnose	110
11.2.6	Behandlung	110
11.3	Pica	111
11.3.1	Historische Anmerkungen	111
11.3.2	Diagnostische Kriterien DSM 5: F 98.3	111
11.3.3	Definition	112
11.3.4	Ätiologie	112
11.3.5	Komplikationen	112
11.3.6	Differentialdiagnose:	112
11.3.7	Therapie und Prävention	112
11.4	Rumination	113
11.4.1	Einführung	113
11.4.2	Diagnostische Kriterien DSM-5: F 98.21	113
11.4.3	Definition und klinische Symptome	114
11.4.4	Epidemiologie und Prävalenz	114
11.4.5	Ätiologie	114
11.4.6	Pathophysiologie	114

	11.4.7 Differentialdiagnose	115
	11.4.8 Therapeutische Maßnahmen	115
12	Psychosoziale Gedeihstörung (GS) und Minderwuchs	117
	12.1 Einführung und Definition	117
	12.2 Prävalenz	117
	12.3 Ätiologie	118
	12.4 Differentialdiagnose	118
	12.5 Auswirkungen und Prognose	118
13	Affektives Deprivationssyndrom (AD)	119
	13.1 Therapeutische Maßnahmen	119
14	Adipositas	124
	14.1 Prävalenz, Inzidenz, Alters- und Geschlechtsunterschiede	124
	14.2 Ätiologie und Risikofaktoren	125
	14.3 Interaktionen Säugling/Kleinkind – Betreuungspersonen	126
	14.4 Medizinische und psychosoziale Folgen der Adipositas	127
	14.5 Präventive und therapeutische Maßnahmen und Interventionen	128
15	Anorexia und Bulimia nervosa	130
	15.1 Anorexia nervosa	131
	15.1.1 Historische Anmerkungen	131
	15.1.2 Diagnostische Kriterien DSM-5: F 50.01/50.02	131
	15.1.3 Definition und Klassifikation	133
	15.1.4 Epidemiologie	133
	15.1.5 Symptomatik, Diagnose und Differentialdiagnose	133
	15.1.6 Ätiologie und Pathogenese:	135
	15.1.7 Therapie	137
	15.1.8 Verlauf und Prognose	138
	15.2 Bulimia nervosa	140
	15.2.1 Diagnostische Kriterien DSM-5: F50	140
	15.2.2 Epidemiologie	141
	15.2.3 Symptomatik	141
	15.3 Binge-Eating- und -Drinking-Störung	143
	15.3.1 Diagnostische Kriterien DSM-5: F50.8	143
	15.3.2 Binge Drinking	144
	15.3.3 Therapie	145
	15.4 Andere, näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung; DSM-5: F50.8...	146
	15.5 Nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung; DSM-5: F50.9....	147
16	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	148
	16.1 Einführung	148
	16.2 Symptomatik	149
	16.3 Epidemiologie und Diagnose	149
	16.4 Pathogenese	150
	16.5 Psychosoziale Auswirkungen	151

16.6	Therapeutische Maßnahmen	152
16.6.1	Therapie mit Biologika	152
16.6.2	Medikamentöse Behandlung	152
16.6.3	Psychotherapeutische Behandlung	153
16.6.4	Andere Behandlungsarten	153
17	Asthma bronchiale	154
17.1	Allgemeine Anmerkungen	154
17.2	Definition, Häufigkeit und Symptomatik	155
17.3	Stressfaktoren	156
17.4	Komorbiditäten	156
17.5	Entwicklungspsychologische Aspekte	157
17.6	Psychodynamische Aspekte	158
17.7	Psychotherapeutische Aspekte	161
18	Hauterkrankungen	163
18.1	Psychodynamische Aspekte	163
18.2	Dermatitis artefacta	166
18.3	Trichotillomanie	167
18.4	Onychophagie	167
18.5	Die atopische Dermatitis (AD)	168
18.5.1	Klinik	169
18.5.2	Ätiologie und Pathogenese	169
18.5.3	Psychodynamik	169
18.5.4	Therapie	169
18.6	Akne vulgaris	170
18.7	Psoriasis	171
18.8	Allgemeine psychotherapeutische Anmerkungen	171
19	Migräne	173
19.1	Psychodynamik	174
20	Ausscheidungsstörungen	176
20.1	Enuresis	177
20.1.1	Historische Anmerkungen:	177
20.1.2	Definition und Einteilung	177
20.1.3	Diagnostische Kriterien DSM-5: F 98	177
20.1.4	Organische Ursachen	178
20.1.5	Prävalenz und Alters- und Geschlechtsverteilung	179
20.1.6	Pathophysiologische Anmerkungen	180
20.1.7	Komorbiditäten sowie assoziierte psychische und Verhaltensstörungen	180
20.1.8	Ätiologie	181
20.1.9	Psychodynamik	183
20.1.10	Zusammenfassung der Hypothesen bei der funktionellen Enuresis	185
20.1.11	Therapie	187

20.2	Enkopresis	191
20.2.1	Einführung	191
20.2.2	Definition und Diagnostische Kriterien DSM-5: F98	191
20.2.3	Klinik und Komorbiditäten	192
20.2.4	Organische Ursachen und Differentialdiagnose	193
20.2.5	Prävalenz und Alters- und Geschlechtsverteilung	193
20.2.6	Entwicklungsphysiologie und -pathologie:	194
20.2.7	Psychodynamik der Enkopresis:	194
20.2.8	Symptomatik und Begleiterscheinungen	196
20.2.9	Ätiologie und Diagnostik	197
20.2.10	Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen	198
20.2.11	Therapie	199
20.2.12	Prognose	202
21	Tic-Störungen und Tourette-Syndrom	204
21.1	Tic-Störungen	204
21.1.1	Einführung	204
21.1.2	Diagnostische Kriterien DSM-5: F95.1	204
21.1.3	Epidemiologie und Prävalenz	206
21.1.4	Pathophysiologische Aspekte	206
21.1.5	Komorbidität und psychopathologische Probleme	206
21.2	Tourette-Syndrom	207
21.2.1	Diagnostische Kriterien DSM-5: F95.2	208
21.3	Umweltfaktoren	209
21.4	Stress und Tic-Störungen	210
21.5	Psychodynamik	211
21.6	Therapeutische Möglichkeiten und Interventionen	218
21.7	Zusammenfassung	222
22	Psychosomatische Phänomene im Rahmen verschiedener Ursachen	224
	Literaturverzeichnis	226
	Stichwortverzeichnis	241

Vorwort

Das Werk »Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter«, das im Jahre 1993 erschienen ist, war auf dem Hintergrund des Denkens und Konzeptualisierens im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik (KJUP) in Basel entstanden. Verschiedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten sich daran beteiligt.¹ Die klinische Erfahrung, Produktivität und Kreativität all dieser im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie sehr erfahrenen Kolleginnen und Kollegen war in den Text eingeflossen und hatte ihn, gerade durch die manchmal leicht unterschiedlichen Optiken, bereichert und ergänzt.

Nachdem das Buch bald ausverkauft gewesen und über lange Zeit keine neue Auflage vorgesehen war, trat Herr Dr. Poensgen vom Kohlhammer-Verlag auf Anraten von Herrn Dr. Hans Hopf 2015 mit der Idee hervor, es zu überarbeiten und neu herauszugeben. Als Frau Privatdozentin Dr. med. Barbara Steck, ehemals auch eine langjährige, tragende Mitarbeiterin der KJUP, eine erfahrene Wissenschaftlerin und zudem gute Freundin, sich bereit erklärt hatte, bei dieser Aufgabe mitzumachen, stand dem Ansinnen nichts mehr im Wege.

So freuen wir beide uns über dieses neue, gemeinsam verfasste Werk, welches der Entwicklung heutiger psychosomatischen Sichtweisen Rechnung trägt und einerseits gegenwärtige somatische Erkenntnisse, andererseits aktuelle psychoanalytische und psychodynamische Konzeptualisierungen² zu vereinen sucht. Psychoanalytisches Denken liegt allen Überlegungen zugrunde, wenngleich manchmal auch andere Therapieverfahren angeführt sind.

Jeder Mensch somatisiert zu gewissen Zeiten seines Lebens. Stress erhöht die psychosomatische Vulnerabilität. Der Körper übernimmt es, sich dem Patienten, dem Gegenüber und der gesamten Umgebung mitzuteilen. Psychosomatische Patienten sind es gewohnt, psychophysisch zu leiden. Es ist, als hätten sie aber nie gelernt, auf ihren Seelenschmerz wirklich zu hören. Unsere angeborene Kommunikationsbereitschaft umfasst nicht nur Emotionen und kognitive Inhalte, sondern auch physiologische, mittels des Körpers zum Ausdruck gebrachte Bedürfnisse und psychische Begehren. Wie vermag ein Individuum die Sprache seines Körpers zu hören? Wahrscheinlich vor allem durch nonverbale Informationen wie Gesten, Haltungen und Bewegungen, Gefühlsempfindungen

1 Frau Dorothee Biebricher (†), Dipl.Psychol., an den Kapiteln »Essstörungen«, »Adipositas« und »Asthma bronchiale«; Prof. Dr.med. Kai von Klitzing an den Kapiteln »Entzündliche Darmkrankheiten« und »Tic-Störungen«; Prof. Dr. med. Peter Riedesser (†) am Kapitel über »Konversion«; Frau Dr. med. Barbara Rost an den Abschnitten über »Essstörungen in der Adoleszenz« und »Hautkrankheiten« und an einem Fallbeispiel beim Kapitel »Konversion«; Herr Dr. phil. Joachim Schreiner, Dipl. Psychol., an den Kapiteln »Enuresis« und »Enkopresis«.

2 Ergänzende theoretische Teile sind – etwas breiter angelegt – in unserem letzten Buch dargestellt: Bürgin D. & Steck B. (2013). *Indikation psychoanalytischer Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Klett-Cotta.

und -ausdrucksformen (der eigenen Stimmfärbung und Tonalität, des eigenen Blickkontakts und Geruchs), durch vegetative (z.B. Schwitzen oder Erröten) und taktile (z.B. Wahrnehmen von Temperatur oder Spannungen/Druck) Symptome, sowie durch verbale Äußerungen. Da Affekte die Brücken zwischen Psyche und Soma darstellen, sind interaktive Botschaften der primären Betreuungspersonen für das Kind höchst bedeutungsvoll, vor allem in der Art und Weise der kommunikativen Übermittlung, damit sie vom Kind »gelesen«, »verstanden« und »interpretiert« werden können.

Die Wurzeln des psychosomatischen Geschehens liegen in der frühesten Kindheit, oft in Spannungszuständen zwischen Säugling und den primären Bezugspersonen. Die frühesten psychischen Strukturbildungen, zum Beispiel die Bildung des Kern-Selbst, sowie Introjektions -und Projektionsprozesse und nicht etwa die Verdrängung oder höher entwickelte komplexe Abwehrkonfigurationen spielen dabei eine besonders wichtige Rolle. Der menschliche Säugling ist im Verhalten biologisch zwar darauf ausgerichtet, sich an der Stimme, am Blick und dem Lächeln der Hauptbezugspersonen zu orientieren; psychologisch aber baut er eine sehr intime Beziehung zum Unbewussten der primären Betreuungsperson auf.

Alle *Symptome* stellen Selbstheilungsversuche dar, sind Konfliktlösungsversuche, um mit interpsychischen konfliktgeladenen Spannungsfeldern und Seelenschmerz umzugehen. Bei vielen Patienten mit ausgeprägten psychischen Schmerzen besteht das Gefühl, ein schweres Vergehen begangen, nämlich weiter gelebt zu haben, da sie sich unerwünscht und abgelehnt gefühlt haben. So kann sich zum Beispiel ein Kleinkind als absolut monströs und keinesfalls liebenswert empfinden. Dies geschieht besonders leicht, wenn der Projektionsdruck der hauptsächlichsten Beziehungspersonen keinen Raum dafür ließ, dass ein Kind seine eigenen Emp-

findungsweisen zu entwickeln imstande war. Botschaften wie: »Du hast so zu sein, wie ich mir dich erträume oder vorstelle«, oder: »Du sollst empfinden und denken, so wie ich es von dir erwarte und verlange«, und ebenso Botschaften, deren verbaler Inhalt nicht mit der nonverbalen Kommunikation übereinstimmt, wie z. B.: »...geh nur, ...amüsiere dich mit deinen Freunden« (verbale Botschaft), während die Melodie/Tonalität der Stimme lautet: »...wie kannst du es nur wagen, mich allein zu lassen!«, hinterlassen vor allem im Kleinkindesalter, aber auch bei Latenzkindern, schwere Konfusionen und den Eindruck, eigenes Empfinden und Denken sei mit Gefahren verbunden und nicht erlaubt, wie auch mit der Gewissheit, bezüglich der Berechtigung, eigenständig zu funktionieren, grundsätzlich eingeschränkt zu sein.

Die psychosomatische *Symptomwahl* wird wahrscheinlich immer geheimnisvoll bleiben. Das Kind erfindet sich gleichsam selbst und zieht die äußere Realität nur noch ungenügend in Betracht. Es scheint aus unerträglichen Erfahrungen des Nicht-Seins oder der Bedeutungslosigkeit in ein sich selbst Haltendes und damit in etwas Fassbareres zu fliehen.

Frühe traumatische Erfahrungen entsprechen möglicherweise Traumszenarien, die nicht geträumt werden können (McDougall, 1992). Oft haben sie etwas mit Übererregung, Überstimulation oder übermäßigen Schmerzerfahrungen zu tun. Diese letzten bewirken gegebenenfalls, dass die Psyche nicht mehr mit den üblichen Formen symbolischer Wortbildungen zu denken vermag. Dies gilt besonders, wenn ein Säugling oder ein Kleinkind Zuviel an rätselhaften Botschaften der Hauptbetreuungspersonen (Laplanche, 2005, 2011) in sich aufgenommen hat. In diesen Fällen versucht die Psyche einerseits mittels eigenartigen, oft paradoxen Bildern oder Szenerien und andererseits auch der gesamte Körper angesichts des noch Undenkbaren und des damit Nicht-Aus-

sprechbaren neue Lösungswege zu finden, um dem Seelenschmerz zum Ausdruck zu verhelfen. Das Abgespaltene bleibt dynamisch sehr aktiv. Der gesamte Körper versucht gleichsam, die undenkbbaren, nicht verbalisierbaren Affekte, Empfindungen, Ideen, Bilder und Szenerien in das biologische Substrat einzuschreiben.

Frühkindliche Traumata stellen eine tödliche Bedrohung des gesamten Selbst dar, denn nicht-symbolisierte oder -symbolisierbare Erlebnisinhalte können nicht in der üblichen Art verdrängt werden. Sie lassen sich nur projektiv entfernen oder durch Verwerfung vom bewussten Erleben fernhalten. Für das, was durch Projektion aus der Psyche entfernt wird, existiert keine Kompensation. Es hinterlässt Leerstellen, existentielle »Lücken«, unaushaltbare Vernichtungsangst und sprachlose Verzweiflung. Höchstens in Form halluzinatorischer Verfolgungsängste, von Drogenabhängigkeit oder mittels Somatisierung vermag es wiederzukehren. Auch ein Festungswall ausgeprägtester Blockierungen kann zum Überleben beitragen.

Bei psychosomatischen Patienten ist es unabdingbar, auf früheste, präverbale Bedeutungsträger zu hören, die ersten Bilder eines Gegenübers entziffern zu können und zu verstehen, was für Annahmen der Säugling sich darüber gemacht hat, wer und wie das Gegenüber wohl sei. Dies ist besonders schwierig, da sich in ein und der gleichen Person oft verschiedene Organisationseinheiten finden, die auf sehr unterschiedlichem

Entwicklungsniveau angesiedelt sein können, aber gleichzeitig am Werke sind.

Natürlich sind alle Störungen und/oder Erkrankungen im Bereich der Psyche-Soma-Existenz von Kindern und Jugendlichen nicht ohne einen intensiven Einbezug des Umfelds, z. B. die familialen Konstellationen, im Sinne eines übergeordneten Systems, zu betrachten. Das Buch ist bewusst nicht als klassisches Lehrbuch konzipiert, sondern als ein Text, der – gewachsen aus den Erfahrungen im klinischen und ambulanten Behandlungsbereich und den theoretischen Entwicklungen psychoanalytischen Denkens – gewisse Basisannahmen deutlich zu machen versucht und zu eigenem Weiterdenken anregen soll.

Die psychotherapeutische Arbeit an der Entwicklung interpersonaler Beziehungen bewirkt Veränderungen der Ich-Funktionen, der Selbst- und Objektrepräsentanzen, der Affektwahrnehmung und der Besetzung des eigenen Körpers. Sie steht im Zentrum aller Überlegungen.

Wer sich vertieft mit dem Gebiet der Psychosomatik, d. h. der engsten Verbindungen von Körper und Seele, auseinandersetzen möchte, tut gut daran, das Kapitel der frühesten Störungen ganz zu lesen. Wer sich vor allem rasch ein Bild über ein bestimmtes Symptombild machen möchte, kann sich auch nur gerade das entsprechende Kapitel vornehmen, da die verschiedenen Teilbereiche auch eine eigene Geschlossenheit aufweisen.

Dieter Bürgin und Barbara Steck

Frühjahr 2019

Einleitung

In den Praxen der Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie und den entsprechenden Polikliniken und Kliniken sind Kinder und Jugendliche mit sog. psychosomatischen Krankheiten eine häufige Patientengruppe.

Alle, die psychosomatisch leidende Personen behandeln, stehen im Kontakt mit Menschen, welche zu einem Teil ihrer inneren Erfahrungen kaum mehr Zugang haben. Möglicherweise haben zu viele Affekte die Fähigkeit zu denken und zu empfinden eingeschränkt oder blockiert und damit die Körper-Psyche-Schnittstelle unterbrochen. Damit kann auch die eigene Körpersprache nicht mehr »gehört« und verstanden werden.

Zu einer ganzheitlichen Erfassung einer in der Sprechstunde präsentierten Problematik solcher Patientinnen und Patienten gehört nicht nur die sorgfältige somatische Abklärungsuntersuchung, sondern auch das Verstehen der jeweiligen sozialen Einflüsse, der innerseelischen und innerfamiliären psychischen Strukturen und Dynamiken sowie der Wechselwirkungen zwischen diesen Perspektiven und Zugängen.

Den Faktoren der *Reifung* und *Entwicklung* kommt in den Lebensabschnitten der Säuglings-, Kinder- und Jugendzeit viel größere Bedeutung zu als beim Erwachsenen, vor allem der Einschätzung, ob der junge Patient in einem Normbereich situiert werden kann, in welchem die vorhandenen biologischen, intrapsychischen und interpersonalen Ressourcen ausreichen, um seine körperliche, seelische und soziale Entwicklung im gegebenen Umfeld zu ermöglichen. Oder aber, ob das Störungsgeschehen die Selbstregulations-

fähigkeit überschreitet und äußere Hilfe unverzichtbar wird. Im vorliegenden Buch wird deshalb versucht, die genannten Krankheitsphänomene einerseits aus *entwicklungsbiologischer* und *-psychologischer* Sicht sowie andererseits vor dem Hintergrund entwicklungspsychopathologischer Kenntnisse und Erfahrungen darzustellen. Ziel des Buches ist es, die in den psychosomatischen Krankheiten oft enthaltenen – körperliche und interaktionelle Aspekte übergreifenden – verkörpertten Botschaften der Patienten und ihrer Umgebung in ihrer Komplexität vertiefend darzustellen und eben jenen Patienten sowie deren Umfeld mit Hilfe der daraus hervorgegangenen, integrativen Sicht, die den gegebenen Umständen angemessenste Behandlung angedeihen zu lassen.

Wir versuchen in diesem Buch von den frühesten körperlichen und psychischen Entwicklungsschritten auszugehen und zu betrachten, wie sich diese beiden Aspekte, als Teil eines Ganzen, eigenständig und doch in steter Wechselwirkung zueinander entwickeln. Es zeigen sich bereits sehr früh Phänomene, die weder als rein psychisch noch als eindeutig somatisch bezeichnet werden können, sondern eine gegenseitige Verflochtenheit zum Ausdruck bringen, die sich in Reifungs- oder Entwicklungsstörungen und damit schließlich in auffälligem Verhalten manifestieren können. Wir benutzen den Begriff Reifung (im Sinne von Spitz, 1969) zur Bezeichnung einer nach genetischen Plänen erfolgenden Entfaltung und den Begriff der Entwicklung für die in der Interaktion mit der jeweils spezifischen Umgebung erfolgenden Ausgestaltungen.

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 Folge Monaten 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*« unbekannten 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 Triebbesetzungen, 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.