

4.2.3 Psychische Störung und Krise

Es ist ein Grundmerkmal menschlicher Entwicklung, dass sie sowohl kontinuierlich, als auch sprunghaft verläuft. Dazu gehört das Durchleben von Krisen ebenso wie Perioden scheinbarer Ruhe. Ein Sprichwort sagt: „Das einzig Beständige ist der Wandel“. Der größte Teil der „normalen“ Krisen wird vom Individuum eigenständig bewältigt: In der Pubertät beispielsweise findet ein gravierender Umbruch auf allen Ebenen statt: Zum körperlichen Gestaltwandel kommt mit der aufkeimenden Sexualität ein verändertes psychisches Erleben und eine notwendige Neudefinierung der sozialen Rolle, kurz: Die persönliche Identität muss neu gefunden werden. Der größte Teil der Jugendlichen schafft das recht gut, trotz schwieriger werdender gesellschaftlicher Bedingungen. Ein kleinerer Teil bedarf stützender Hilfe seitens der sozialen Primärgruppen wie Familien, Schule, Peers. Erst bei erheblichen Einschränkungen des Erlebens von Autonomie und Selbstwert mit entsprechender Symptombildung wird professionelle Hilfe erforderlich. Dabei werden in der Regel zunächst sozialpädagogische oder psychologische Beratungsangebote in Anspruch genommen. Wird die Krise überdeutlich, wie z. B. bei der Pubertätsmagersucht, einer Adoleszentenpsychose oder einem akuten Suizidversuch, ist medizinisch-jugendpsychiatrische Hilfe unabweisbar notwendig geworden. Der Ausgang der Krise ist nicht allein von der Intervention abhängig: Wie bei allen menschlichen Systemen finden sich in einem nichtlinearen „chaotischen“ Zusammenspiel aller Elemente (Personen, Institutionen, Risiko- und Schutzfaktoren, Zeit und Ort) neben vorhersehbaren Ergebnissen auch oft überraschende Lösungen.

Meine eigene Arbeit hat sich in den vergangenen Jahren dahingehend gewandelt, vielen Menschen, die mit ihren Kindern in meine Praxis kommen, zu verdeutlichen, dass keine (langfristige) Therapie notwendig ist. Das stärkt die oft verschüttete Überzeugung der Klienten, dass auch „etwas Gutes“ an ihnen, ihrem Beziehungsverhalten und ihren Erziehungsmühen ist. Schließlich kommen viele Eltern mit sehr schlechten Gefühlen über sich und ihr Kind, mit Schuldgefühlen und Verunsicherung, weil sie keine Modelle haben, wie sie gut mit ihren Kindern umgehen können. Der Anteil pädagogischer und sozialarbeiterischer Interventionen in der kinderpsychiatrischen Praxis ist gegenüber den medizinisch-therapeutischen mit der Zunahme erzieherischer Hilflosigkeit bei den Bezugspersonen erheblich größer geworden.

Es geht also nicht darum, dass wir jedes Problem bis ins Letzte lösen, das entspricht nicht dem Leben. *Es geht darum, dass blockierte Entwicklung – da*

wo der Lebensfluss ins Stocken gekommen ist, wo eine Stromschnelle am Weiterschwimmen hindert – wieder „in Fluss kommt“. Das kann sich auf das Individuum Kind mit all seinen körperlichen, seelischen und geistigen Aspekten als auch auf seine Familie oder sein weiteres Umfeld beziehen. Wenn dann längerfristige Entwicklungsstörungen bei einem Kind vorliegen sollten, ist es vielleicht notwendig, das Kind und seine Eltern ein Stück „an die Hand zu nehmen“, und zu begleiten, um einiges nachzuholen, anderes zu lassen, oder den Blick nach vorne zu lenken. Dabei steht Begleiten und Anstoßen im Vordergrund, und weniger „Verändern“ und „In-der-Tiefe-Graben“.

Exkurs: Was ein Kind braucht:

- **Geborgenheit und Sicherheit**, einen klaren Platz im Mikrokosmos
- **Zuwendung und Beachtung**, liebevolles Interesse, Responsivität
- **Verständnis** für die Möglichkeiten und Begrenztheiten des jeweiligen Entwicklungsstandes
- **Anerkennung** für Initiative, Kontaktbereitschaft und Leistung

4.2.4 Normale und gestörte Entwicklung: Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung

„Entwicklungsaufgaben sind (nach Havighurst) voraussehbare und reguläre Anforderungen, die sich dem Individuum und seiner Familie zu einer bestimmten Zeit in seiner Biographie stellen und deren erfolgreiche Bewältigung für die weitere Entwicklung von großer Bedeutung ist.“

Das Modell der Entwicklungsaufgaben orientiert sich wie andere, frühere Phasenmodelle an bestimmten Entwicklungsperioden, betont aber gegenüber diesen das Moment der aktiven Auseinandersetzung und die Selbstregulation von Entwicklungsprozessen.

Psychische Störungen können aus diesem Verständnis heraus als:

- **Inadäquate Lösungsversuche für anstehende Entwicklungsaufgaben**
- **Ergebnis unzureichender Bewältigung früherer Entwicklungsaufgaben**
- **Hindernis für die Bewältigung aktueller Entwicklungsaufgaben** angesehen werden.

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgaben	Psychosexuelle Phase / Themen
Säuglingsalter 0–6–12 Monate	<ul style="list-style-type: none"> – Aufbau früher interpersoneller Bindung – Physiologische und sensomotorische Regulation – Spannungs- und Erregungskontrolle – Elementare Kommunikation mit der Umwelt 	<ul style="list-style-type: none"> – Oral – <i>Urvertrauen vs. Urmisstrauen</i>
Kleinkindalter 12–24–36 Monate	<ul style="list-style-type: none"> – Motorische Kontrolle – Stabile Bindung – Kognitive und sprachliche Funktionen – Erkundungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> – Anal – <i>Autonomie vs. Scham und Zweifel</i>
Kindergartenalter 3–5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Realitätsprüfung – Grundlagen der Autonomieentwicklung und Selbstkontrolle: Ausscheidung, motorische Fähigkeiten – Sprachentwicklung – Spiel und Fantasie 	<ul style="list-style-type: none"> – phallisch-ödipal – <i>Initiative vs. Schuldgefühl</i>
Vorschul- und frühes Schulalter 5–7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Impulskontrolle – Einfache moralische Unterscheidungen – Geschlechterrollenidentifikation – Beziehung zu Gleichaltrigen – Spiel in Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> – Latenz – <i>Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl</i>
Grundschulalter 7–11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Soziale Kooperation in der Gruppe – Freundschaften – Arbeitshaltung – Kulturtechniken – Kompetenzerleben und Selbstbewusstsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Latenz – <i>Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl</i>
Pubertät 11–15 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Auseinandersetzung mit körperlichen Veränderungen – Auseinandersetzung mit psychischen Veränderungen (Emotionalität, Sexualität) – Abstrakt-formales Denken 	<ul style="list-style-type: none"> – Pubertät – <i>Identität vs. Ich-Identitätsdiffusion</i>
Mittlere Adoleszenz 15–17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Gemeinschaft mit Gleichaltrigen – Heterosexuelle Beziehungen – Stabilisierung der Geschlechterrollenidentität – Auseinandersetzung mit moralischen Prinzipien 	<ul style="list-style-type: none"> – Genital – <i>Identität vs. Ich-Identitätsdiffusion</i>
Späte Adoleszenz 17–21–25 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Ablösung von den Eltern – Stabilisierung eines internalisierten moralischen Bewusstseins – Berufswahl 	<ul style="list-style-type: none"> – Genital – <i>Intimität und Solidarisation versus Selbstbezogenheit</i>

Tab. 3: Entwicklungsaufgaben

Auf S. 85 sind in tabellarischer Form die Entwicklungsperioden mit den dazugehörigen vorherrschenden Entwicklungsaufgaben dargestellt, zusätzlich die psychosexuellen Phasen nach Freud und die psychosozialen Konfliktthemen (Erikson, 1966) der jeweiligen Periode. Die Aufstellung gibt eine Orientierung; je nach Autor werden die Perioden etwas unterschiedlich eingeteilt.

Betrachten wir das Phänomen „psychische Störung“ vorrangig unter einem Entwicklungsaspekt. So zeigt jede Entwicklungsphase ihre typische Ausformung:

Säuglingsalter (1. Lebensjahr): Schon die Schwangerschaft, vor allem aber die ersten Lebensmonate sind eine besonders chancenreiche, aber auch vulnerable Zeit für die Ausbildung „guter“ Interaktionszyklen zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen. Besonders in Fällen einer nicht geglückten Anfangsphase der Beziehung ist die Entstehung einer ungünstigen psychosozialen Entwicklung, von psychischer Auffälligkeit und Anfälligkeit für Suchtprobleme bei den betroffenen Kindern wahrscheinlich. Ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln solcher Probleme kann die Ausbildung von destruktiven Zyklen in der Beziehungsgestaltung zwischen Mutter (Vater) und Kind verhüten, und aus beginnenden Teufelskreisen „Engelskreise“ (Papoušek 2010, s.a. Abb. 2) werden lassen. Neuere Forschungsergebnisse (Laucht, Esser & Schmidt 1997) zeigen auf, dass gerade in belasteten Familien wesentliche Grundlagen für Resilienz und Ressourcen in den Anfängen der Eltern-Kind-Kommunikation zu finden sind.

Im frühesten Lebensalter reagieren Kinder noch überwiegend motorisch und vegetativ auf Irritationen. Der obere Magen-Darmtrakt (Gewöhnung an orale Ernährung) und die Haut (Kontaktaufnahme zur Umwelt) stehen als Austragungsort im Vordergrund. Die Probleme zeigen sich als frühkindliche Regulationsstörung der postnatalen Anpassungs- und Reifungsprozesse:

- im Schlaf-Wach-Rhythmus
- bei der Nahrungsaufnahme und Verdauung: Fütter- und Gedeihstörungen
- bei der Spannungs- und Affektregulierung: exzessives Schreien, motorische Unruhe
- in einem überwachen oder gedämpften Explorationsverhalten.

Bei seinen komplexen Adaptationsprozessen ist das Baby existentiell auf äußere Hilfe angewiesen. Mary Ainsworth beschrieb elterliche **Feinfühligkeit** als Fähigkeit, die angeborenen, in Belastungs- und Gefährdungssitu-

tionen aktivierten Signale des Kindes (Rufen, Schreien, Anklammern, Nähe-suchen etc.) wahrzunehmen und sie richtig zu interpretieren (z. B. als Suche nach Körperkontakt, Hunger etc.) und sie prompt und angemessen zu befriedigen. Dieser Austausch von Signalen und Reaktion geschieht jeden Tag unzählige Male, seine Qualität entscheidet wesentlich über die Art der Bindungsbeziehung, die sich dabei herausbildet. Das Kind, so wissen wir heute, ist jederzeit mitgestaltender Akteur und bestimmt durch sein Temperament und seine Interaktionsbereitschaft den Ausgang eines jeden Interaktionszyklus mit.

Wenn sich die primäre Bezugspersonen dem Kind zuwenden kann, hilft sie durch feinfühliges „**Containment**“ (Bion 1963) dem Kind über schmerzliche oder frustrierende Erfahrungen hinweg: Sie nimmt die Gefühlsäußerung ihres Kindes an und auf, verarbeitet sie und gibt sie dem Kind in verständlicher Form, mit emotionaler Unterstützung so zurück, dass sich das Kind in seiner Welt als glaubhaft geschützt erleben kann. Dadurch kann es im explorativen Kontakt mit der Umwelt bleiben. Dies hat den Charakter von „Vorkauen“, so dass es seinen eigenen affektiven Zustand als „verdaulich“ erleben kann. Ziel dieses Prozesses ist es, das Kind in der Verarbeitung ängstigender Affekte / Erlebnisse so zu unterstützen, dass es in explorativem Kontakt mit der Umwelt bleiben kann. Containment enthält bereits Mentalisierungsaspekte, betont aber den Aspekt des Raumgebens und Haltens stärker. Über das Kindesalter hinaus ist Containment eine wichtige Variable jeglicher Hilfebeziehung, aber auch z. B. von Schule, Ausbildung und Arbeitsplatzgestaltung.

Von H. und M. Papoušek stammt das erweiterte Konzept der **intuitiven elterlichen Kompetenzen**. Damit sind Fertigkeiten der vorsprachlichen Kommunikation gemeint, die ein Spektrum von typischen Verhaltensmustern umfassen und so das globale Konstrukt *Containment* operationalisieren:

- Dialogabstand, Grußreaktion
- Ammensprache – erhöhte Stimmlage
- Verlangsamtes Tempo, prototypische Melodik
- Prototypische Mimik
- Imitationsneigung
- Interaktive Spielchen
- Gemeinsame Ausrichtung der Aufmerksamkeit
- Entwicklungsphasenspezifische Anpassungen der Verhaltensmuster

„Das elterliche Kommunikationsverhalten kompensiert die anfängliche Unreife und unterstützt die postnatalen Regulations- und Anpassungsprozesse

des Säuglings. Es erleichtert den Übergang zu Schlaf- oder zu guten Wachphasen, in denen der Säugling aufnahme- und interaktionsbereit ist, Blickkontakt einüben kann und lernt, seine Erfahrungen mit der Umwelt gut zu integrieren und ruhige Kommunikationsformen zu entwickeln.“ (Papoušek, M. 1995). Unter hinreichend entspannten und ressourcenvollen Bedingungen gelingender Elternschaft kommt es in den Wochen nach der Geburt in hochkomplexen Rückkoppelungsprozessen zu einer individuellen Abstimmung zwischen Säugling und Mutter. Während das Baby diese Erfahrungen im prozeduralen (nicht bewusstem, vorsprachlichen) Gedächtnis speichert und zur Grundlage seines „Arbeitsmodells“ der Bindungserfahrungen macht, bezieht die Mutter ihre eigene Bindungsrepräsentation als Niederschlag der eigenen Bindungserfahrungen unbewusst, aber wirksam strukturierend in den Kommunikationsprozess ein.

Wenn dies nicht in positiver, entwicklungsförderlicher Weise möglich ist, aufgrund einer nicht zustande gekommenen oder unterbrochenen Hinwendung (Frühgeburt mit Krankenhausaufenthalt, frühe Trennungen, Misshandlung in der Schwangerschaft, ...) können die genannten Symptome auftreten (vgl. Trost, 2010). Das Gleiche gilt für Mütter und Väter, die sich aufgrund eigener Sorgen oder Krisen nicht auf das Kind einstellen können: Psychische Krankheit oder Traumatisierung, Suchtproblematik, Ablehnung in der eigenen Ursprungsfamilie, ausgeprägte Beziehungsstörungen oder andere existentielle Sorgen können Gründe dafür sein. Das führt häufig dazu, dass kindliche Signale ignoriert oder verzerrt wahrgenommen werden. Selma Fraiberg nannte dies die Wirkung der „Gespenster im Kinderzimmer“, die nur schwer bewusst kontrolliert und die genuinen elterlichen Kompetenzen überlagern oder abschwächen können. Im extremen Fall frühkindlicher Deprivation kann eine *anaklitische Depression* mit Apathie, wimmerndem Weinen, motorischen Stereotypen und starker Selbstbezogenheit entstehen.

Hilfebedürftiger „Patient“ in dieser Lebensphase ist immer die Dyade Mutter-Kind oder die Triade Mutter-Vater-Kind, nie das Kind allein. Dabei werden regulationsgestörte Säuglinge selten dem Kinderpsychiater vorgestellt, häufiger in kinderärztlichen Praxen oder den zunehmend eingerichteten „Schreiambulanz“. MitarbeiterInnen der sozialen Dienste sollten eine Sensibilität diesen Problemen gegenüber entwickeln und im Sinne einer primärpräventiven Sozialarbeit ihren KlientInnen lösungs- und ressourcenorientierte Hilfen anbieten. Dabei führt eine Kombination von körperlicher und psychischer Entlastung, praktischer Anleitung und Familienberatung nahezu immer zum Erfolg.



Abb. 2: Variablen früherer Mutter-Kind-Interaktion

Für junge Eltern bedeutet die Geburt eines Kindes keineswegs nur unge-
 trübte Freude: In dieser Zeit erweist es sich, ob die Beziehung auch unter der
 täglichen Belastung trägt, ob hinreichende Abgrenzungen zu den jeweilige
 Ursprungsfamilien erreicht werden konnten, ob brauchbare Regeln für das
 Zusammenleben entwickelt werden konnten. Für die Familienentwicklung
 ist darüber hinaus bedeutsam, dass durch die neu entstandene Dreiersitua-
 tion (Triade) erstmalig Koalitionen möglich sind, bei der eine(r) ausgeschlos-
 sen werden kann. Daher ist es auch und gerade in dieser Phase wichtig, die

Paarbeziehung zu stärken, Rollen und Aufgaben partnerschaftlich auszuhandeln und dabei für individuelle Unterschiede Raum zu lassen.

Kleinkindalter (2. und 3. Lebensjahr):

Exkurs: Zur Entwicklung und Bedeutung von Bindung

Im Zuge der interaktionellen Erfahrungen des ersten Lebensjahres entwickelt sich beim Kind ein stabiles Bindungsverhalten, dessen Qualität im psychologischen Verfahren der „Fremden Situation“ (Ainsworth, M. et al. 2015) erfasst werden kann. Dieses Verhaltensmuster zeigt die emotionale und motivationale Antwort des Kleinkindes auf eine experimentelle, kurze Trennung von seiner Hauptbezugsperson. Man unterscheidet Kinder mit organisierten und nicht organisierten Bindungsstilen. Organisiert bedeutet, dass die Kinder über eine Bindungsstrategie verfügen, auf die sie in Situationen von Angst und Stress zurückgreifen können. Dazu gehören die sicher gebundenen (ca. 50–60%), die unsicher-vermeidenden (30–40%) sowie unsicher-ambivalent (10–20%) gebundenen Kinder. Ein nicht organisierter Bindungsstil wird bei traumatisierten und vernachlässigten Kindern gefunden, entweder als desorganisierte Bindung auf dem Hintergrund eines der drei organisierten Muster oder als nicht klassifizierbarer Bindungsstil im Sinne einer Bindungsstörung (ca. 15%). Auch eine bedeutsame Traumatisierung der Mutter führt häufig zu einem desorganisierten Bindungsmuster bei ihrem Kind. Mit zunehmender Reifung des Gehirns und der psychischen Funktionen entsteht aus dem Bindungsverhaltensmuster die, meist das ganze Leben lang bestimmende **Bindungsrepräsentation** als differenzierte Fühl-, Denk-, Sprach-, und Handlungsstrategie.

- **Unsicher-vermeidende Kinder** – und später auch Erwachsene – zeigen Misstrauen in die Hilfsbereitschaft anderer und eine Idealisierung der eigenen Kompetenzen, sie scheinen von ihren (Bindungs-)Gefühlen abgekoppelt und leugnen eigene Verwundbarkeit. Im Spiel mit anderen Kindern werden sie eher zu „Tätern“, aggressiv und verletzend.
- **Unsicher-ambivalente Kinder** zeigen ein stark anklammerndes und wenig selbstvertrauendes Verhalten, sie überlassen anderen die Initiative, werden eher „Opfer“, erfahren durch ihre mangelnde Autonomie letztlich ebenso Ablehnung.
- **Desorganisiert gebundene Kinder** zeigen immer wieder motorische Stereotypen, ratloses Innehalten oder „Eingefrorene Wachsamkeit“. Das Paradox der Mutter als gleichzeitig potentiell sicherem Hafen und Quelle

von Angst und Gefahr führte zur Aushebelung jeglicher funktionellen Bindungsstrategie.

Sichere emotionale Bindungen sind für Kinder die wichtigste Ressource zur Bewältigung von Unsicherheit, Angst und Stress. Die Ausformung und Stabilisierung sicherer Bindungsmuster hängt davon ab, ob ein Kind die wiederholte Erfahrung machen kann, dass es in der Lage ist, neue Anforderungen, die zu einer Störung seines emotionalen Gleichgewichtes führen, mit der Unterstützung einer primären Bezugsperson bewältigen zu können. (Hüther, G. 2013)

Jugendliche in Heimerziehung weisen nur zu max. 5% eine sichere Bindung auf, während ca. 40% organisiert-unsichere Bindungsrepräsentationen zeigen, und über 50% eine desorganisierte oder sogar nicht klassifizierbare Bindungsrepräsentation (Schleiffer 2014).

Es mag zunächst verwundern, dass sogar kognitive Kompetenzen von der Bindungsentwicklung beeinflusst werden (Tab. 3). In diesem Zusammenhang hat das Konzept **Mentalisieren** eine hohe Bedeutung erlangt:

Unterschiede in der Auswirkung von Bindung bei Kindern (... und Jugendlichen)		
Bindungstyp	sicher gebunden	unsicher gebunden
Sozio-emotionale Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> - wenig aggressiv - mehr soziale Kompetenz im Umgang mit anderen Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> - öfter feindselig, wütend - Isolation, Anhänglichkeit
Selbst- und Persönlichkeits-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - beziehungsorientiert - eher angemessenes Selbstbild - höhere Ich-Flexibilität - bessere Emotionsregulierung - bessere Verhaltensregulierung 	<ul style="list-style-type: none"> - auf sich selbst fixiert - idealisiertes oder negatives Selbstbild - weniger Ich-Flexibilität - schlechtere Emotions und Verhaltensregulierung
Kognitiver Bereich	<ul style="list-style-type: none"> - planvolleres Handeln - höhere Effektivität 	<ul style="list-style-type: none"> - planloseres Handeln - niedrigere Effektivität

Tab. 3

„To hold the mind in Mind“ (Fonagy & Target, 2008). Mentalisierung meint die Bildung eines symbolvermittelten sekundären Repräsentationssystems der Affekte, des Selbst und der Objekte. Es bedeutet also, eine Vorstellung davon zu besitzen, welche mentalen und affektiven Gründe für das Verhalten eines Menschen vorliegen können. Dies gelingt mittels der kontingenten Spiegelung der Affekte des Kindes durch die primäre Bezugsperson vom ersten Lebenstag an. Das Kind antwortet darauf, und so entwickelt sich ein früher Dialog, in dem die Bezugsperson dem Kind hilft, sein Verhalten – und das von anderen – in Verbindung mit der Benennung von Gefühlen, Wünschen, Erwartungen und Überzeugungen zu verstehen. Zunächst hat Mentalisieren ausschließlich analoge, affektive Qualitäten. Diese werden nach und nach durch verbale Kommentare ergänzt. Eltern beginnen bereits früh, im Gefühlsausdruck nicht ganz gleich wie das Baby, sondern nur ähnlich und erkennbar übertrieben zu reagieren. Dieser Aspekt wird *Markierung* genannt; er hilft bereits dem Säugling nach und nach zwischen sich und der Bezugsperson zu unterscheiden. Die Psyche einer anderen Person wird damit unabhängig und getrennt von der eigenen Psyche wahrgenommen, was ja für eine erfolgreiche Orientierung in der Welt der Menschen entscheidend ist, und empathischem Verhalten den Weg bereitet. Gelingendes Mentalisieren nimmt die Perspektiven Anderer wahr und respektiert sie, es „vermittelt Sinn und Bedeutung in Beziehungen, es ermöglicht Nähe, Verstandenwerden und liebevollen Humor“ Der Ausdifferenzierung der primär angeborenen Mentalisierungsfähigkeit ist ein langfristiger und vulnerabler Prozess; er gelingt in sicheren Bindungen besser als in unsicheren. Mentalisieren-Können ist Voraussetzung auch für Selbstreflexion und Handlungsplanung. Situativ oder chronisch gestresste, belastete und psychisch kranke Menschen haben diese Ressource weniger zur Verfügung, es kann zu einem Versagen der Mentalisierungskompetenz kommen. Die Förderung von Mentalisierung ist ein bedeutsamer Faktor in einer guten Erziehung, in der Vermittlung bindungskorrigierender Erfahrungen, und mittlerweile auch in der Behandlung psychischer Erkrankungen (Bolm, 2015).

Bei mindestens 70% der Kinder entspricht das Bindungsverhalten der Bindungsrepräsentation der primären Bezugsperson, i. d. R. der Mutter. Derzeit wird noch erforscht, wie Änderungen dieser „Bindungstransmission“ im Sinne einer günstigeren Entwicklung zu erreichen sind.

Beim Erwerb neuer Kompetenzen im zweiten Lebensjahr steht zunächst die [motorische Integration](#) im Vordergrund. Aufrechter Gang und zunehmende feinmotorische Geschicklichkeit ermöglichen neue Perspektiven und einen ge-

zielteren Umgang mit der dinglichen Umwelt. Dies umfasst die Möglichkeit, sich von der Mutter zu entfernen und zurückzukehren, damit erste Ansätze zur Autonomie zu realisieren, den Spracherwerb mit der Fähigkeit zur Symbolisation und der erweiterten Kommunikation, und die Kontrolle über Blase und Darm (anale Phase). Damit entstehen erste (All-)Machtgefühle, die dazu beitragen, dass sich das Kind in den Wutanfällen der Trotzphase gegen Einschränkungen und Verbote wehrt. In diesen und anderen Auseinandersetzungen mit der Umwelt entsteht ein erstes Bewusstsein der eigenen Person: „Ich!“ Störungen in diesem Alter werden meist noch als vorübergehend gewertet, obwohl heute immer mehr hilflose Eltern mit Problemen der Durchsetzung ihrer, meist motorisch hochaktiven Kleinkinder in die kinderpsychiatrische Praxis kommen.

Psychische Störungen in diesem Alter zeigen sich als **Angstsyndrome** (z. B. Trennungsangst), **Schlafstörungen** mit panischen Angstträumen (pavor nocturnus), **Hyperventilationskrämpfe** (=respiratorische Affektkrämpfe), **motorische Stereotypien** wie Kopfschlagen, **Wutanfälle** und deutliche **motorische Unruhe** (hyperkinetisches Verhalten). In dieser Zeit beginnen **Sprachentwicklungsstörungen** und **Sinnesbehinderungen** (Hören, Sehen) deutlich zu werden, **motorische Entwicklungsverzögerungen**, und eine mögliche **geistige Behinderung**. Bis zum Ende des Kleinkindalters sollte auf der Basis elterlicher Spiegelungserfahrungen eine grundlegende Empathiefähigkeit vorhanden sein. Bei fehlender Responsivität in diesem Sinne muss eine autistische Störung abgeklärt werden.

Im **Kindergarten- und Vorschulalter (4. – 7. Lebensjahr)** geht es um die kritische Überprüfung der Realität. Geschlechtsunterschiede werden in ihrer sozialen Bedeutung wahrgenommen. Erstes Zählen, Messen, Vergleichen, die Vergrößerung kognitiver und sprachlicher Fertigkeiten ermöglichen eine kritische Bestandsaufnahme und die erste Festlegung sozialer Ränge und Rollen. Das die Initiative lenkende, gerade entstehende Gewissen beinhaltet auch die Möglichkeit zu Schuldgefühlen. Die Psychoanalyse betont die Bedeutung der frühen genitalen Sexualität in dieser Phase, deren Ausdruck „Doktorspiele“ und verstärkte genitale Manipulationen sein können. Vater und Mutter werden als geschlechtlich unterschiedlich wahrgenommen. Dies kann zur Verliebtheit in den gegengeschlechtlichen Elternteil und zur Konkurrenz mit dem gleichgeschlechtlichen führen. Auf der Ebene der Familiendynamik ist es jetzt besonders wichtig, das Kind nicht zum Ersatzpartner zu machen, die „Elternachse“ zu stärken und damit dem Kind seinen angemessenen Spielraum zu zuweisen. Besonders Kinder in Scheidungssituationen oder Söhne alleinerziehender Mütter sind hier besonders „bündnis“-gefährdet.

Seelische Störungen in dieser Zeit zeigen sich in Sprach- und Sprechstörungen, in psychosomatischen Störungen wie Bauchschmerzen, in motorischer Unruhe (Hyperaktivität), oder Schüchternheit und Ängsten. Ab dem 5.-6. Lebensjahr werden auch Einnässen und Einkoten als behandlungsbedürftig gewertet. Depressive oder aggressive Entwicklungen werden deutlich, ebenso die sogenannten „Kinderfehler“ wie Daumenlutschen oder Nägelbeißen. Es muss als höchst alarmierend angesehen werden, dass in deutschen Kindertagesstätten mittlerweile ein Viertel aller Kinder als psychisch auffällig im genannten Sinn gelten.

Latenzphase

Dieser von der Psychoanalyse für die Zeit zwischen Schuleintritt und Pubertät verwendete Begriff soll darauf verweisen, dass in dieser Zeit Themen der Sexualität eher im Hintergrund bleiben. Leistungsbereitschaft, Lerninteresse und die Orientierung an Regeln und Sprache der Gruppe Gleichaltriger stehen im Vordergrund des kindlichen Interesses. Wenn es nicht gelingt, auf diesen Gebieten befriedigende Erfahrungen zu machen, z.B. aufgrund von Teilleistungsschwächen, Lernstörungen oder körperlichen Einschränkungen, kann die Entwicklung eines angemessenen Selbstwertgefühls behindert werden. Minderwertigkeitsempfinden und Selbstzweifel sind die mögliche Folge. Trotz der schon relativ ausgeprägten Autonomie benötigt das Kind noch viel Anleitung, Unterstützung und Führung.

Typische psychische Störungen in dieser Zeit sind Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, Versagensängste, Leistungsprobleme und Schulschwänzen oder Schulverweigerung. Letztere bezieht sich auf Konflikte im Lebensfeld Schule selbst, während die Schulphobie meist eine unbewusste Verschiebung familienbezogener Trennungsängste auf die öffentliche Institution Schule bedeutet.

In dieser Altersspanne treten auch vermehrt Ticstörungen, Symptome von Zwangserkrankungen, oder der selektive Mutismus (Schweigen trotz vorhandener Sprachfähigkeit in bestimmten Lebenskontexten, z.B. Schule) auf. Bislang überwiegend psychosomatisch, durch Bauchschmerzen, Übelkeit, Unruhe etc. ausgedrückte neurotische Störungen erhalten nun eher einen psychischen Ausdruck: z.B. als depressive oder Angstneurose. Dissozialität und Verwahrlosung, Zündeln und Stehlen geben Erziehern und Therapeuten manchmal große Probleme auf.

Die Pubertät und Adoleszenz (12–18 Jahre), Übergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter stellt den Jugendlichen vor eine Reihe von Le-

bensaufgaben, deren Bewältigung hochkomplex und häufig mit krisenhaften emotionalen Begleiterscheinungen verbunden ist. Stichworte dazu sind:

- **Biologische Reifung:** körperliche Veränderungen, Disharmonie in Körperproportionen, Gefühlslage und Haltung, Bedeutendwerden und Integration von Sexualität,
- **Soziale Integration:** Liebeskontakte zum anderen Geschlecht, neue soziale Rollen in Schule und Berufsleben, unklarer Status: Nicht-Mehr-Kind und Noch-Nicht-Erwachsener,
- **Ablösung vom Elternhaus:** Auseinandersetzung mit (vormals oft selbstverständlichen) Werten, Regeln, Normen, mit der Person von Vater und Mutter, mit alten Bindungsmustern

Mit den genannten Themenkomplexen werden die wesentlichen Bereiche der personalen Identität berührt. Ist die Individuation und Sozialisation bis dahin einigermaßen ungestört verlaufen, so kann davon ausgegangen werden, dass auch diese Phase konstruktiv bewältigt wird. Im anderen Fall, also bei intensiven und anhaltenden früheren Kränkungen durch wichtige Bezugspersonen, massive Versagenserlebnisse oder eigene Handicaps, können die Konflikte früherer Entwicklungsstadien nochmals krisenhaft aufbrechen, und auf diese Weise eine „endgültige“ Lösung vor dem Erwachsenwerden herausfordern.

In unserem Kulturkreis können drei Reaktionsmuster auf diese Herausforderung als typisch angesehen werden:

- **Emotionale Instabilität** (mit regressiven, vermeidenden Verhaltensweisen)
- **Angriffs- oder Rückzugstendenzen** (oppositionelles, regelverletzendes Verhalten oder resignierter Rückzug)
- **Idealistische Denk- und Verhaltensweisen** (als Versuch, die eigene Begrenztheit nicht annehmen zu müssen)

Häufige psychische/psychosomatische Störungen in der Pubertät / Adoleszenz sind:

- Auf die **körperliche Identität** bezogene Störungen wie: **Anorexia nervosa** (Pubertätsmagersucht), **Adipositas** (Pubertätsfettsucht), **Bulimie** (Ess-Brechsucht) **Hypochondrische Selbstbeobachtung**
- Auf die **psychische Identität** bezogene Störungen: **Psychosen** (**juvenile Schizophrenie**, **vereinzelt manisch-depressive Psychosen**), **Borderline-Störung**, **Suchterkrankungen**, **Störungen der Geschlechtsrollenüber-**

nahme und des Sexualverhaltens, narzisstische Krisen (wer bin ich, was bin ich wert?) Selbsttötungsideen und –versuche, Zwangsstörungen.

- Auf die soziale Identität bezogene Störungen: Dissozialität und Delinquenz, Autoritätskrisen, als universeller Protest, oder mehr auf die Familie bezogen, Weglaufen

Familiendynamisch gesehen fällt die Adoleszenz der Kinder nicht selten mit einer „midlife-crisis“ der Erwachsenen zusammen, die sich auf die zweite Lebenshälfte hin mit der Erkenntnis nachlassender Leistungsfähigkeit beruflich, sozial und als Paar neu orientieren müssen. Eltern wie Kinder brauchen einander in diesen Lebensphasen, müssen sich aber auch loslassen. Am Ende steht eine neu gefundene Balance zwischen Nähe und Distanz, Führen und Eigene-Wege-Gehen, von der im Idealfall alle profitieren.

4.3 Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die Einteilung psychischer Auffälligkeiten in einem Klassifikationssystem ist, ein Versuch, psychopathologische Phänomene unter Aspekten gleicher oder ähnlicher gemeinsamer Merkmale systematisch einzuordnen. Dies ist notwendig, um sinnvolle Abgrenzungen von Störungsbildern vorzunehmen, darüber in einer gemeinsamen Sprache zu sprechen, therapeutische Konzepte und prognostische Einschätzungen abzuleiten.

Klassifikationssysteme sind zunächst einmal **kategorial** strukturiert: Liegt diese oder jene Krankheit vor oder nicht? („Herr Doktor, die Lehrerin hat gesagt, Sie sollen unser Kind auf ADHS testen!“)

Um die verschiedenen Ebenen der Störung zu erfassen, ist jedoch auch eine **dimensionale** Erfassung notwendig. Dies wird mit dem unten beschriebenen Multiaxialen Klassifikationsmodell erreicht.

Und, bereits ausführlich dargelegt, hat jede psychische Störung auch – und im Kindes- und Jugendalter vor allem – einen **Entwicklungsaspekt**.

Kaum erfasst wird in den internationalen Klassifikationssystemen der Verlaufsaspekt und der Aspekt der Schwere der Störung.

Es ist problematisch, dieses lineare Denkmodell der somatischen Medizin auf psychische Erkrankungen, zumal bei Kindern und Jugendlichen, zu übertragen. Auch erscheint es im Lichte neuerer Protektions- und Vulnerabilitätsforschung heute diskussionswürdig, solche Einteilungen nahezu aus-