



Evelyn Heinemann/Hans Hopf

Psychische Störungen in Kindheit und Jugend

Symptome – Psychodynamik –
Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie

6., aktualisierte Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autoren



Evelyn Heinemann, Prof. Dr. em., studierte Psychologie und Sonderpädagogik (Frankfurt und Marburg). Nach Tätigkeiten als Sonderschullehrerin und Pädagogische Mitarbeiterin (Universität Frankfurt) war sie Professorin für Psychologie an der Evangelischen Fachhochschule in Nürnberg und 25 Jahre Professorin für Allgemeine Sonderpädagogik an der Universität Mainz. Forschungs- und Lehrschwerpunkt war all die Jahre Psychoanalytische Pädagogik. Sie absolvierte eine psychoanalytische Ausbildung am DPV Institut in Giessen und führte in Nebentätigkeit psychoanalytische Therapien mit Menschen mit geistigen Behinderungen durch.



Hans Heinz Hopf, Dr. rer. biol. hum., ist analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Dozent, Supervisor und Ehrenmitglied an den Psychoanalytischen Instituten Stuttgart, Freiburg und Würzburg. 2013 erhielt er den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeuten-schaft und 2018 wurde ihm die Staufer-Medaille des Landes Baden-Württemberg verliehen.

Evelyn Heinemann
Hans Hopf

Psychische Störungen in Kindheit und Jugend

Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele –
psychoanalytische Therapie

6., aktualisierte Auflage

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 angewandeter 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.

6., aktualisierte Auflage 2021

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:
ISBN 978-3-17-038998-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-038999-1
epub: ISBN 978-3-17-039000-3
mobi: ISBN 978-3-17-039001-0

Inhalt

Vorwort zur sechsten Auflage

Einleitung

I Psychoanalytische Theorie

- 1 Psychische Entwicklung und Struktur
- 2 Konflikte, Abwehrmechanismen und Symptombildung
- 3 Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte
- 4 Psychoanalyse und Pädagogik
- 5 Psychoanalytische Therapie bei Kindern und Jugendlichen
- 6 Bindungstheorie und Bindungstherapie
- 7 Extremtraumatisierte Kinder und Jugendliche – Psychoanalyse und/oder Traumatherapie

II Neurosen

- 8 Hysterie
- 9 Zwang
- 10 Angst

III Narzisstische Störungen

11 Depression

12 Suizid

13 Aggression

14 Autoaggression

15 Hyperaktivität

IV Sexualität, Sexualisierung und Sexueller Missbrauch

16 Sexuelle Entwicklung und Geschlechtsidentität – Mehrere Sexualitäten oder Pathologie?

17 Sexualisierung (Perversionen)

18 Sexueller Missbrauch

19 Sexualität, Sexualisierung und Sexueller Missbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung

V Psychosomatische Störungen

20 Psychosomatik

21 Magersucht

22 Bulimie

23 Einnässen (Enuresis)

24 Einkoten (Enkopresis)

VI Borderline-Störungen, Psychosen und Autismus

25 Borderline-Störungen

26 Psychosen

27 Autismus und Geistige Behinderung

VII Sprachstörungen

28 Sprache

29 Stottern

30 Mutismus

31 Stammeln (Dyslalie)

Literatur

Register

Vorwort zur sechsten Auflage

Wir freuen uns, dass die Nachfrage auf unser Buch über Psychische Störungen und ihre Psychodynamiken ungebrochen ist, so dass eine sechste, aktualisierte Auflage erscheint. Wir haben uns entschieden, die Theorie zum selbstverletzenden Verhalten zu ergänzen und zwei Fallbeispiele hinzuzufügen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass das selbstverletzende Verhalten von Jugendlichen zugenommen hat: Deutschland gehört innerhalb von Europa zu den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten (Plener et al., 2018).

Nach wie vor hat es ein psychodynamisches Verstehen der Sammel-Diagnose ADHS schwer. Um diese medizinische Diagnose hat sich ein geschlossenes System etabliert. So gut wie alle Kinder mit sozialen Auffälligkeiten, mit jedweden Formen von Konzentrationsstörungen, bekommen heutzutage Medikation. Als Psychotherapiegutachter konnte ich (H. H.) beobachten, dass mittlerweile beginnende Schulprobleme, mäßig gesteigerte Bewegungsunruhe, auch leicht aggressives Verhalten eines Kindes sofort medikamentös behandelt werden, nicht selten ohne ausreichende psychologische Diagnostik. Der Eindruck entsteht, dass Kinder gelegentlich konzentrierter, leistungsstärker – vor allem aber diszipliniert werden sollen.

Damit werden die zentralen Konflikte verschleiert. Viele Kinder- und Jugendpsychiater sind dankbar, dass Ihnen für alle sozialen Störungen ein vermeintlich ›hilfreiches‹ Medikament zur Verfügung steht, das schnelle Hilfen verspricht. Eltern fühlen sich entlastet. ADHS ist gemäß der offiziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie eine angeborene Transmitterstörung. Folglich haben die Symptome auch nichts mit ihnen und ihren Beziehungen zu tun. Wer an ihre *Verantwortung* appelliert, weist ihnen – angeblich – *Schuld* zu. Fast immer beginnt eine psychoanalytische Therapie mit dem mühevollen Unterfangen, Eltern darüber aufzuklären, dass Konzentrationsprobleme und

Bewegungsunruhe zu allererst pädagogischen und psychologischen Bereichen zuzuordnen sind.

In Kitas, Kindergärten und Schulen bekommen Kinder von ihren Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern oft schon nach kurzer Beobachtung ihres Verhaltens die Diagnose ADHS, obwohl die dazu notwendigen Kenntnisse fehlen, und sie das gar nicht dürften. Lehrerinnen und Lehrer üben nicht selten Druck auf Eltern aus, ihren Kindern eine Medikation zu verabreichen, damit sie im Unterricht angepasste Kinder haben.

Von 1973 bis 1995 hatte ich (H. H.) kein Kind wegen Bewegungsunruhe oder Unaufmerksamkeit in psychotherapeutischer Behandlung, auch nicht mit ähnlichen Begleitsymptomen, und ich besitze noch die Akten aller Kinder, die ich während 47 Jahren behandelt habe. Was ebenfalls nicht zur Kenntnis genommen wird, ist, dass es damals bei den Mädchen auch kein selbstverletzendes Verhalten gab. Selbst Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten selten eine entsprechende Symptomatik. Heute ist es oft so, dass Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten im Umkehrschluss die Diagnose Borderline-Störung erhalten, weil die offizielle Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht immer nach Ursachen und der Dynamik fragt. Wir gehen davon aus, dass das selbstverletzende Verhalten die Parallel-Störung zum ADHS der Jungen ist. Nur werden die Spannungen nicht wie bei den Jungen externalisiert, sondern internalisierend als destruktive Kraft auf das eigene Selbst und den Körper gerichtet. Beide Störungsbilder zeigen Mängel innerhalb der Symbolisierungsfähigkeit. Wir vermuten, dass beide auch zentrale Folgen einer sich verändernden Gesellschaft sind. Mittlerweile haben bereits Jugendliche der frühen Adoleszenz Geschlechtsverkehr, oft von der Familie aktiv unterstützt. Dies kann als eine neue Freiheit angesehen werden. Aber welche Folgen hat das bei einem strengen Über-Ich? Die einstigen Verbote und strengen Regeln haben Mädchen in der Präadoleszenz und später auch geschützt. Wir leben in einer Gesellschaft mit vielen Freiheiten. Sie stellt aber keinen stabilen Rahmen mehr zur Verfügung. Sie ist wenig haltend und bewahrend. Viele junge Mädchen sind von frühen sexuellen Beziehungen überfordert.

Wir haben auch große Sorge, dass das Störungsbild »Autismus-Spektrum-Störung« ein ähnliches Schicksal erfahren könnte (vgl. Hopf, 2019, S. 145–156) wie ADHS. Die Zahl der Autismus-Diagnosen ist weltweit angestiegen. Auch in Deutschland wird die Diagnose »Autismus-Spektrum-Störung« immer häufiger vergeben. Zum einen sind Vereinzelung und Rückzugsverhalten Teil einer kollektiven Pathologie. Wir leben in einer Welt von gestörten Beziehungen, von Elterntrennungen und Rückzugstendenzen.

Autistische Züge können aber auch leicht mit anderen Merkmalen verwechselt werden, bei Bindungsstörungen, bei schizoiden Tendenzen, narzisstischen Störungen oder bei depressiven Rückzügen. Oft werden einzelne Diagnosekriterien herausgegriffen und verabsolutiert, auch werden Differenzialdiagnosen nicht immer gründlich erörtert. Es besteht die Gefahr, dass die Autismus-Spektrum-Störung in ähnlicher Weise ausgeweitet werden könnte wie bereits die ADHS. Seit der Diagnostizierung von ADHS haben wir den Eindruck, als sei eine gewisse Furchtsamkeit, zumindest Irritation entstanden, vermeintlich *biologische* Störungsbilder *psychosomatisch* zu verstehen. Wir brauchen selbstbewusste Psychoanalytiker, die Kinder, ihre Konflikte und ihre Beziehungen verstehen. Ärztliche Diagnosen und Diagnosen gemäß ICD sollen selbstverständlich immer erwähnt werden. Doch für die Erstellung eines Therapieplans benötigen Psychoanalytiker eine eigene schlüssige Psychodynamik und eine Diagnose nach neurosenpsychologischen Aspekten. Der Reichtum der Psychoanalyse kann Schubladen-Diagnosen in Frage stellen. Wir sind davon überzeugt, dass wir die Leserinnen und Leser mit unserem Buch bei der Erstellung von Diagnosen hilfreich begleiten können.

Ein kleiner Hinweis noch zu den im Buch besprochenen Diagnosen nach ICD-10: Die ICD -11 wird voraussichtlich am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Sie ist völlig neu aufgebaut und gegliedert; ohne genaue Kenntnis des Werkes kann eine Einarbeitung der neuen Diagnosen in diesem Buch leider noch nicht erfolgen.

Frankfurt a. M. und Mundelsheim
im Herbst 2020
Evelyn Heinemann und Hans Hopf

Einleitung

Das vorliegende Buch möchte Anregungen für die pädagogische und therapeutische Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen geben. Im ersten Kapitel werden Grundkenntnisse der psychoanalytischen Theorie zusammengefasst und die Bedeutung des Verstehens der Psychodynamik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den Arbeitsfeldern von Pädagogik und der stationären und ambulanten analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aufgezeigt. Die Autoren bemühen sich, psychoanalytische Theorie am Verstehen konkreter Situationen aus dem pädagogischen und therapeutischen Alltag verständlich zu machen. Das Ziel ist dabei immer, zu einem besseren Verstehen des Verhaltens der Kinder und Jugendlichen zu gelangen. Die Fallbeispiele sind authentisch, auch wenn Namen oder konkrete Hinweise auf die Personen geändert wurden.

Entlang der klassischen Einteilung der Psychoanalyse behandelt das Buch Neurosen, narzisstische Störungen, eine Auswahl der häufigsten psychosomatischen Störungen, Borderline-Störungen und Psychosen sowie Sprachstörungen und Störungen der sexuellen Entwicklung. Auch wenn einzelne Störungsbilder im Kindesalter nur temporär auftreten können oder an Intensität großen Schwankungen ausgesetzt sind, so bleibt die zugrunde liegende Psychodynamik doch ähnlich. Dies berechtigt unserer Meinung nach zu dem Versuch, über ein solches Buch zum Verstehen der Kinder und Jugendlichen beitragen zu wollen. Die Tabelle auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die im Text befindlichen Fallbeispiele (► [Tab. 0.1](#)). Jedes Kapitel beinhaltet einen theoretischen Teil, mindestens ein Fallbeispiel und die Interpretation des Fallbeispiels im Hinblick auf Psychodynamik und Behandlungstechnik.

Es ist nicht immer einfach, Theorie und Praxis in dieser Form zu verbinden, möchten wir doch nicht zu einer Kategorisierung oder schablonenartigen Diagnostik beitragen, sondern das Kind und den Jugendlichen und dessen Verständnis in den Mittelpunkt stellen. Dabei ist Theorie nützlich und hilfreich. Unsere Falldarstellungen sollen nicht zur Verifikation oder Falsifikation von Theorie benutzt werden, keine Vignetten sein, denen so oft ein eigenständiges Leben fehlt. Aus der langjährigen ambulanten und stationären Arbeit von Hans Hopf sind die Falldarstellungen, mit Ausnahme des Falles zum Autismus und die Fälle zu sexuellem Missbrauch bei geistiger Behinderung. Evelyn Heinemann erarbeitete und schrieb die Theorie zu den einzelnen psychischen Störungen sowie das erste Kapitel, mit Ausnahme des Teils zur Kinder- und Jugendpsychotherapie. Theorie und Praxis wurden dann ausführlich diskutiert und die Fälle gemeinsam interpretiert.

Tab. 0.1: Fallbeispiele

Name	Diagnose	Alter zu Beginn der Therapie	Geschlecht	Seiten
Bindungsstörungen				
Susi	Obstipation	2	weiblich	82–85
Extremtraumatisierung				
Leon	Misshandlung	4	männlich	90–99
Neurosen				
Tamara	Hysterie	18	weiblich	107–112
Jennifer	Zwangsstörung	11	weiblich	117–122
Simon	Angstneurose	13	männlich	128–132
Sarah	Phobie	11	weiblich	132–136
Narzisstische Störungen				
Sonja	Depression	10	weiblich	143–147
Vanessa	Suizidalität	17	weiblich	152–156
Ronny	Aggression und Dissozialität	8	männlich	162–168
Michael	Autoaggression	8	männlich	175–188
Lea	Selbstverletzendes Verhalten	15	weiblich	181–182
Anna	Selbstverletzendes Verhalten	16	weiblich	182–184
Dieter	Hyperaktivität	8	männlich	190–194
Sexualität, Sexualisierung und Sexueller Missbrauch				
Julia	Störung der Sexualpräferenz	18	weiblich	202–208
Pascal	Transvestitismus	15	männlich	212–217
Marianne	Sexualisierung bei sexuellem Missbrauch	15	weiblich	221–225
Herr A.	Leichte Intelligenzminderung, Sexueller Missbrauch	24	männlich	231–234
Frau D.	Mittelgradige Intelligenzminderung, Sexueller Missbrauch	23	weiblich	235–238
Psychosomatische Störungen				
Rebecca	Maersucht	14	weiblich	249–254

Jasmin	Bulimie	18	weiblich	259–263
Sabine	Einnässen	5	weiblich	268–272
Katharina	Einkoten	7	weiblich	275–280
Borderline-Störungen, Psychosen und Autismus				
Angelika	Borderline-Störung	18	weiblich	287–293
Maria	Psychotische Episode	20	weiblich	303–304
Stefan	Psychose	17	männlich	305–310
Björn	Psychose	11	männlich	310–321
Heiner	Autismus und geistige Behinderung	23	männlich	327–338
Sprachstörungen				
Klaus	Stottern	12	männlich	347–352
Sandra	Mutismus	9	weiblich	356–361
Daniel	Stammeln	8	männlich	363–367

I **Psychoanalytische Theorie**

1 Psychische Entwicklung und Struktur

1.1 Strukturmodell

Während Freud in seinen ersten Vorstellungen vom seelischen Apparat, dem sogenannten topischen Modell, lediglich zwischen unbewusst, vorbewusst und bewusst unterschied, sprach er in seinem späteren Modell, dem sogenannten Strukturmodell, schließlich von den Instanzen Es, Ich und Über-Ich (Freud 1923b). Das Es ist dabei die psychische Repräsentanz der Triebe, die als Drang oder Wünsche psychisch in Erscheinung treten. Im Es herrscht das Lustprinzip, das Ziel der Triebe ist die Bedürfnisbefriedigung. Im Es gibt es keine Zeitvorstellung, keine Wertungen, keine Moral und Widersprüche bestehen nebeneinander. Es herrscht der Primärprozess mit assoziativen Verknüpfungen. Im Verlauf der Anpassungen an die äußere Realität entwickelt sich das Ich. Wir gehen heute davon aus, dass bestimmte Ich-Kerne bereits bei der Geburt vorhanden sind, eine primäre Autonomie des Ich besteht (Hartmann u. a. 1946). Die Instanz des Ich entsteht nicht nur aus dem Es, wie bei Freud. Das Ich reguliert die Anpassung an die Umwelt, im Ich herrscht das Realitätsprinzip und der Sekundärprozess, es vermittelt zwischen Es, Über-Ich und Realität. Für diese Arbeit stehen dem Ich die Abwehrmechanismen zur Verfügung (► [Kap. 2.](#)). Das Ich organisiert Lernen, Erfahrung und Gedächtnis. Das Über-Ich stellt eine Unterstruktur des Ich dar, die ständig verbietend, auffordernd, drohend und belohnend auf das Ich einwirkt. Das Über-Ich entsteht aus der Auflösung des Ödipuskomplexes um das 6. Lebensjahr, Vorläufer gibt es allerdings schon aus der prägenitalen Zeit (vgl. Klein 1928; Grunberger 1974). Als

Teil des Über-Ich bildet sich das Ich-Ideal, in dem die Wunschvorstellungen vor sich hergetragen werden.

Hartmann (1939) führte den Begriff des Selbst ein, aus dem die Theorie der Selbststruktur, einer vierten Instanz, entwickelt wurde. Aus der Kritik am Dreiinstanzenmodell, das Neurosen lediglich aus einem Konflikt zwischen den drei Instanzen erklären konnte, und damit sogenannte narzisstische Störungen, die mehr Störungen im Selbsterleben betrafen, wie beispielsweise die Depression, nicht ausreichend verstanden werden konnten, wurde die Theorie des Selbst entwickelt. Das Selbst entsteht aus der Verinnerlichung von Interaktionserfahrungen, die sich als Selbst- und Objektrepräsentanzen im Selbst niederschlagen. Psychische Struktur entwickelt sich aus der Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen. Reale und fantasierte Erfahrungen mit der Umgebung werden in innere Charakteristika und Regulationen verwandelt. Mentzos (1984, S. 43) fasst zusammen:

- Es geht nicht um die objektiven realen Beziehungen als solche, sondern um die Erfahrungen, die das Subjekt mit ihnen gemacht hat, also auch um Fantasien über die Beziehungen.
- Gemeint sind nicht nur kognitive Abbilder der Umwelt und im Gedächtnis, sondern durch sie bedingte Veränderungen in der Struktur des Selbst.
- Es geht nicht nur um eine Verinnerlichung von Charakteristika des Objektes, sondern um die Internalisierung von Interaktionen. Internalisiert werden ganze Objekte oder Teilaspekte. Der Mensch führt ein Leben lang einen inneren Dialog mit den verinnerlichten Objekten.

Wir sprechen von den Selbst- und Objektrepräsentanzen als innerpsychischem Niederschlag von Erfahrungen. Verinnerlichung findet entlang der Entwicklungslinie von Inkorporation – Introjektion – Identifikation statt, von archaischeren zu differenzierteren Formen der Verinnerlichung. Während bei der Inkorporation in Anlehnung an den oralen Modus ein Objekt mit Haut und Haaren verinnerlicht wird, »wir essen und trinken den Leib Christi« und identifizieren uns so auf eine archaische Weise mit ihm, wird das Objekt bei der Introjektion zwar noch als ganzes Objekt verinnerlicht, aber nicht mehr auf dem Wege

konkreter Einverleibung. Bei der reiferen Identifikation wählt das Subjekt unbewusst aus, identifiziert sich mit bestimmten Aspekten, ist aktiver am Prozess der Verinnerlichung beteiligt. Die Inkorporation findet vor einer Differenzierung zwischen Selbst und Objekt statt. Bei der Introjektion hat eine Differenzierung stattgefunden, die Objektbeziehungen sind aber noch sehr ambivalent. Die Identifizierung dagegen setzt eine reife Objektbeziehung voraus.

Erfahrungen werden allerdings nicht nur verinnerlicht, die Psyche steht von Anfang an in einem wechselseitigen Austausch mit der Umwelt. Erfahrungen werden auch externalisiert. Entsprechend ist der früheste Vorgang des Sich-Entledigens die Exkorporation (in Anlehnung an das Erbrechen), in der weiteren Entwicklung stehen dann Projektion und Selbstobjektivierung in der schöpferischen Tätigkeit (ebd., S. 48).

1.2 Triebtheorie, Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie

In der Psychoanalyse wird zwischen der Triebentwicklung, der Entwicklung der Objektbeziehungen und der narzisstischen Entwicklung des Selbst unterschieden. Diese Entwicklungen verlaufen parallel und beeinflussen sich wechselseitig. Die Vorstellung, dass sich die psychische Struktur aus einem komplizierten Interaktionsprozess zwischen Anlage und Umwelt entwickelt, macht die Psychoanalyse nicht nur zu einer Krankheits- und Behandlungslehre, sondern zu einer kritischen Kulturtheorie, die Biologie, Ethnologie und Soziologie integriert.

Die Triebtheorie der Psychoanalyse geht wesentlich auf Freud zurück. Freud stellte im Laufe seiner Publikationen mehrere Triebtheorien auf. Zunächst sprach Freud in »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie« (1905d) vom Dualismus der Libido (Sexualtriebe zur Arterhaltung) und der Ichtriebe (Selbsterhaltungstriebe). Freud fasste also ursprünglich Aggression als Teil des Sexualtriebes auf. Aggression diente als Mittel zur Durchsetzung von Ansprüchen. In »Triebe und Tribschicksale« (1915c) trennte sich Freud von der Vorstellung,

Aggression sei eine libidinöse Strebung, und sprach vom Gegensatz von Liebe und Hass. In »Jenseits des Lustprinzips« (1920g) geht er schließlich erneut von einem Triebdualismus aus, nämlich dem Lebenstrieb (Libido), der die Sexualtriebe und die Selbst- und Arterhaltungstribe umfasse, sowie dem Todestrieb (Destrudo), der den Aggressionstrieb beinhalte und das Ziel habe, aufzulösen und zu zerstören. Im Todestrieb wird Aggression primär gegen das Selbst gerichtet und erst sekundär durch die Mischung mit dem Lebenstrieb nach außen gewendet. Nur wenige Psychoanalytiker, speziell die Schulen, die auf Melanie Klein oder Françoise Dolto zurückgehen, halten heute noch an der Todestriebhypothese fest, der Dualismus von Libido und Aggressionstrieb dagegen ist unumstritten.

In der Ich-Psychologie, die auf A. Freud (1936) und Hartmann (1939) zurückgeht, rückte die Störung des Ich und Über-Ich gegenüber der Triebentwicklung in den Vordergrund. Hartmann (1955) führte den Begriff der Neutralisierung ein. Als solche bezeichnet er den Wechsel libidinöser wie aggressiver Energie in einen nicht triebhaften Modus. Auf diese Weise werden die Energien der Triebe dem Ich verfügbar gemacht, das Ich kann sie kontrollieren, nutzen und die Abfuhr aufschieben. Die primär aggressiven Tendenzen werden auf diese Weise in nützliche, expansive und konstruktive verwandelt.

In der Objektbeziehungspsychologie wird die Triebtheorie weiter modifiziert. Nach Kernberg (1989) strukturieren sich Triebe aus spezifischen Affektdispositionen und den verinnerlichten Objektbeziehungen, d. h. den Selbst- und Objektrepräsentanzen. Angeborene Affektdispositionen färben als gute und böse Affekte die Objektbeziehungen. Anfänglich sind Affekte aufgrund der Ich-Schwäche in »gut und böse« gespalten. Erst später wird Spaltung zu einem aktiven Abwehrvorgang. Aus diesen Affektdispositionen und den realen Erfahrungen von Interaktionen, d. h. der Bildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, strukturieren sich nach Kernberg Libido und Aggression: »Libido und Aggression repräsentieren die beiden umfassenden psychischen Triebe, welche die übrigen Triebkomponenten und die anderen, zuerst in Einheiten von internalisierten Objektbeziehungen konsolidierten, Bausteine integrieren« (ebd., S. 106 f.).

Die Theorie der Spaltung der Affekte in »gut und böse« geht auf Melanie Klein (1972) zurück, die zwischen einer frühen paranoid-schizoiden Position und der späteren depressiven Position unterschied. Sie sieht die Ambivalenz der depressiven Position, die Integration guter und böser Aspekte, als wesentliche Voraussetzung der Ichreifung. Kognitive Reifung, Abnahme der Angst vor den eigenen Aggressionen sowie gute Erlebnisse mit der Mutter fördern die Auflösung der paranoid-schizoiden Position, in der Spaltung vorherrscht. In der depressiven Position sind Wiedergutmachung, Ambivalenz und Dankbarkeit möglich. Aggression wandelt sich in Schuldgefühl, wenn die Fähigkeit zur Integration guter und böser innerer Bilder erreicht, das Ertragen des Ambivalenzkonfliktes möglich ist. Beim Vorherrschen von Ambivalenz richtet sich Aggression auch gegen die guten Anteile des Objektes. Aus Schuldgefühl entsteht der Drang, den Schaden wiedergutzumachen, dabei müssen die Liebesgefühle, d. h. die libidinösen Gefühle, nach Klein allerdings den destruktiven Regungen gegenüber überwiegen. Dankbarkeit verstärkt die Liebe zum äußeren Objekt. Dankbarkeit und Wiedergutmachung verstärken sich gegenseitig und steigern die Fähigkeit, anderen zu vertrauen, und die Fähigkeit, Liebe zu geben und zu empfangen. Die bessere Anpassung an die Realität, die Beziehung zu den realen Eltern, ist dem Kind eine große Hilfe gegenüber den fantasierten Imagines. Während in den frühen Entwicklungsstufen die aggressiven Fantasien gegen die Eltern und Geschwister Angst hervorrufen – vor allem Angst, jene Objekte könnten sich gegen das Kind selbst wenden –, bilden nun diese Aggressionen die Grundlage für Schuldgefühle und den Wunsch nach Wiedergutmachung (Klein 1934, S. 103).

Betrachten wir nun die Entwicklung der Triebe, der Objektbeziehungen und ihrer Verinnerlichungen sowie die narzisstische Entwicklung des Selbst.

1.3 Die Triebentwicklung

Der Trieb wird bei Freud (1915c, S. 214 f.) definiert als »Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem, als psychischer Repräsentant,

der aus dem Körperinneren stammenden, in die Seele gelangenden Reize, als ein Maß der Arbeitsanforderung, die dem Seelischen infolge seines Zusammenhanges mit dem Körperlichen auferlegt ist«. Der Trieb wird im Es psychisch repräsentiert und erscheint dort als Drang. Er hat seine Quelle im Körperlichen und ein Triebziel, beispielsweise die orale Einverleibung, sowie ein Triebobjekt, die Mutterbrust oder das ödipale Objekt. Das Triebziel ist immer die Befriedigung und das Objekt dasjenige, an welchem oder durch welches der Trieb sein Ziel erreicht.

Der Trieb entwickelt sich in Phasen, d. h. er progrediert und kann zu einer früheren Form der Triebbefriedigung regredieren. Die Phasentheorie beruht auf verschiedenen erogenen Zonen, die nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten mit Triebenergie besetzt werden und die Partialtriebe mit ihren Befriedigungsmöglichkeiten prägen. Die Partialtriebe der frühkindlichen Phasen werden schließlich in der Pubertät in den reifen Genitaltrieb integriert. Entscheidend für das Gelingen der Triebentwicklung ist ein für das Kind verarbeitbares Maß an Triebbefriedigung und Triebversagung. Bei zu viel Versagung kann es zu Fixierungen und Regressionen kommen, bei zu viel Befriedigung ebenfalls (► [Tab. 1.1](#)).

In der oralen Phase, im ersten Lebensjahr des Kindes, ist die sogenannte erogene Zone die Mundhöhle und die Hautoberfläche. In dieser Phase geht es um die Befriedigung oraler Bedürfnisse, aber auch um Geborgenheit, Urvertrauen (Erikson 1968, S. 241 ff.), Hautkontakt, das Hören der Stimme der Mutter, das Riechen der Mutter, um Wärme, Anklammerung und Sicherheit. Der enge Kontakt zur Außenwelt geschieht über das Saugen an der Mutterbrust oder deren Surrogat. Mit der Muttermilch findet die erste Inkorporation und Exkorporation statt. Die ersten Aktivitäten sind die oralen Aktivitäten des Saugens und Schreiens. Der Aggressionstrieb, der immer auch die Funktion hat, Trennung und Individuation zu fördern, äußert sich im Beißen und führt nach dem Zahnen des Babys zur Beendigung der Stillphase. Der orale Trieb wird autoerotisch, er löst sich vom Partialobjekt Mutterbrust und wendet sich Befriedigungen wie dem Daumenlutschen oder Schnuller zu. Der Säugling erkundet seine Umwelt, indem er alles in den Mund steckt. Orale Aggression drückt sich im Beißen, Aussaugen, im Vampirismus und Kannibalismus, im Auffressen der Beute aus.

Tab. 1.1: Die psychische Entwicklung

Triebentwicklung	Entwicklung der Objektbeziehungen	Entwicklung des Selbst (Narzissmus)	
S. Freud	M. Mahler	D. Stern	K. Kohut
Orale Phase 0–12 M.	Phase des normalen Autismus (0–2 M.)	Auftauchen des Selbstempfindens	primärer Narzissmus
	Phase der normalen Symbiose (– 6 M.)	Trennung und Gemeinsamkeitserlebnisse des Selbst mit und gegen den Anderen	Selbst-Objekt-Einheit
	Phase der Loslösung und Individuation	Subjektives Selbstempfinden getrennter Psychen	
Anale Phase 1–3 J.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Differenzierung u. Entwicklung des Körperschemas (– 10 M.) 2) Übungsphase (– 17 M.) 3) Wiederannäherung (– 24 M.) 4) Konsolidierung d. Individualität und Objektkonstanz <p>Während 3 und 4: Triangulierung</p>		Größen-Selbst und idealisierte Elternimago Realistische Vorstellungen vom Selbst und den Objekten
Phallische Phase Klitoridal-vaginale Phase 3–6 J.		Ödipuskomplex	Über-Ich und Ich-Ideal Geschlechterrollen-identifikation
Latenzphase 6–11 J.			
Pubertät 12–16 J.		Sekundäre Individuation: Adoleszenzkrise	Generationen-Über-Ich

Während der analen Phase vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr wird dem Kind durch den Reifeprozess der Körpermuskulatur die Sphinkterkontrolle möglich. Auch die motorische Fortbewegung, das Sich-Entfernen und Wiederannähern an die Mutter werden zu den zentralen Erfahrungsqualitäten. Das Kind erlebt seinen Kot als Teil von sich, den es nach Lust und Laune behalten oder hergeben kann. Der Kot gilt als das erste Geschenk des Kindes, das es seiner Umwelt geben kann. Die erogene Zone ist in dieser Zeit der Enddarm und der After mit

seiner sensiblen Schleimhaut. Zur analen Lust gehört das Gefühl der Meisterung, der Autonomie, des Trotzes und der Stolz auf das eigene Produkt, eine wichtige Voraussetzung für ein Vertrauen in die eigenen Leistungen. Eine anale Fixierung wird in der Psychoanalyse mit individuellem Besitzstreben und Geiz in Verbindung gebracht. Geld galt in den Mythen der Anden Südamerikas als Götterkot (Elhardt 1971, S. 74). In Europa ging der Entstehung des Kapitalismus der Beginn der Reinlichkeitserziehung voraus. Im Mittelalter konnte man noch seine Notdurft verrichten, wo man sich gerade aufhielt. Aus Angst vor inneren Dämonen wurden bereits Säuglingen Klistiere und Abführmittel verabreicht. Ein individuelles Besitzstreben konnte sich so nicht ausbilden (Heinemann 1998b).

In der analen Phase herrschen nicht nur die Modi Festhalten und Loslassen, sondern auch Aktivität und Passivität. Kneten und Schmieren sind bereits Sublimierungen analer Lust. Kreativität wurzelt letztendlich in der schöpferischen Umformung von Materialien. In den typischen analen Reaktions- und Charakterbildungen sind Abwehr wie Befriedigung analer Impulse unverkennbar. Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn nannte Freud (1917c) die anale Trias. Anale Aggression ist deutlich weniger absolut wie die orale Aggression. Sie äußert sich in Entwertung, beispielsweise durch die sogenannte Fäkalsprache (Hosenscheißer etc.), im Sich-Unterwerfen, in Sadismus und Masochismus.

Die anale Phase wird schließlich von der phallischen Phase abgelöst, in der auf der Objektbeziehungsebene der Ödipuskonflikt dominiert. Freud ging davon aus, dass in dieser prägenitalen Phase nur ein Geschlechtsorgan wahrgenommen wird, der Phallus des kleinen Jungen. Entweder man hat ihn, oder nicht, kastriert oder nicht, ist hier die Frage. Aus dem Sichtbaren hat Freud den phallischen Monismus (1923e) abgeleitet. Freud meinte, dass das Mädchen über zwei Geschlechtsorgane verfüge, ein männliches, kastriertes, die Klitoris und ein weibliches, die Vagina, die das Mädchen erst in der Pubertät entdecke. Die Modi dieser Zeit sind Eindringen und Umschließen. Dem phallischen Monismus wurde schon frühzeitig widersprochen (Jones 1928, 1933; Horney 1933), indem die Nicht-Existenz der Vagina als Abwehrprodukt im Sinne der Verleugnung aufgrund zu großer Kastrationsängste in der männlichen Entwicklung kritisiert wurde.

Mitscherlich-Nielsen (1975) schlägt vor, von einer phallischen und klitoridal-vaginalen Phase zu sprechen (► [Kap. 3](#)). Als phallische Aggression wird das Konkurrieren, z. B. beim Urinieren, Stechen oder Kastration betrachtet.

Freud (1915 f, S. 242) bezeichnete die Beobachtung des elterlichen Geschlechtsverkehrs als Urszene; das Kind erlebt sich als ausgeschlossen aus der elterlichen Beziehung und erhält so einen Schub in Richtung Aufgabe des Ödipuskomplexes. Die Fantasien, die um die Urszene kreisen, gehören zu den Urfantasien.

In der folgenden Latenzphase ruht die Triebentwicklung, Lernen und kognitive Reifung stehen im Vordergrund. Die Latenzperiode gilt als eine Zeit der Konsolidierung. Das Kind verlegt sein Interesse auf die Bewältigung der Realität.

In der Pubertät kommt es zur erneuten Besetzung der Genitalien mit dem Erlangen der Geschlechtsreife. Die Pubertät gilt als eine der größten Krisen in der gesamten Entwicklung. Durch hormonelle Veränderungen kommt es zu einem erheblichen Zuwachs an Triebdruck und Veränderungen des Körpers durch sekundäre Geschlechtsmerkmale. Es kommt zu einer Reaktivierung frühkindlicher Phasen vor allem auch mit dem Ziel der Integration von Sexualität.

1.4 Die Entwicklung der Objektbeziehungen

Lange Zeit galt die frühkindliche Phasentheorie Margret Mahlers (1978) als Kernstück psychoanalytischer Entwicklungstheorie. In Anlehnung an Freuds (1914) Theorie des primären Narzissmus und das Konzept der objektlosen Stufe von Spitz (1969, S. 53 ff.) sprach sie von einer Phase des normalen Autismus in den ersten beiden Lebensmonaten. Die Aufmerksamkeit des Säuglings sei ganz nach innen gerichtet – vermutlich auf seine Körperempfindungen –, so dass die äußere Welt und die Mutter nicht wahrgenommen werden. Die vorherrschende Aufgabe sei in dieser Zeit die Entwicklung einer Homöostase, d. h. eines Zustandes des Wohlbefindens in Koordination von Schlafen, Wachen, Nahrungsaufnahme, Verdauung und Temperaturregelung. Erst durch die Pflegeleistungen der Umwelt

verschiebe sich die libidinöse Besetzung zur Körperperipherie. Der Säugling befinde sich zuvor in einem Zustand halluzinatorischer Desorientiertheit und Omnipotenz.

Im Alter zwischen vier und sechs Wochen bis zum Alter von fünf Monaten befindet sich nach Mahler der Säugling in einer normalen Symbiose mit der Mutter, einem dunklen Gewährwerden der Außenwelt und des mütterlichen Objektes. Dieses Objekt wird nicht als unabhängig vom Selbst erfahren, sondern als mit ihm verschmolzen im Sinne einer unabgegrenzten Dualunion mit der Mutter.

Hauptkennzeichen sei die »halluzinatorisch-illusorische somatopsychische omnipotente Fusion mit der Mutter« (Mahler 1978, S. 63). Es entsteht ein libidinöses Band zwischen Mutter und Kind, das sich auch in der Lächelreaktion des Säuglings äußert.

Ab dem 6. Lebensmonat beginnt nach Mahler die Loslösungs- und Individuationsphase (ebd., S. 72 ff.), die sie in vier Subphasen unterteilt: Die Subphase der Differenzierung (bis zum 10. Monat), die Übungssubphase (bis zum 17. Monat), die Subphase der Wiederannäherung (18. bis 24. Monat) und schließlich die Phase der Konsolidierung (bis zum 36. Monat).

Während der Subphase der Differenzierung ist das erste Anzeichen beginnender Differenzierung das visuelle Muster des Nachprüfens bei der Mutter. Das Kind beginnt sich für die Mutter zu interessieren, vergleicht sie mit anderen. Die Fremdenangst entsteht. Das vertraute Gesicht der Mutter wirkt angstmindernd. Vor allem Kinder, die gesättigt aus der Symbiose hervorgehen, zeigen aktives Differenzierungsverhalten.

In der Übungsphase ist das Kind aufgrund motorischer Reifung in der Lage zu krabbeln, zu kriechen und bald auch zu laufen. Es kann sich motorisch von der Mutter wegbewegen, Loslösung und Autonomie unmittelbar ausprobieren. Insbesondere durch das aufrechte Fortbewegen beginnt das Liebesverhältnis des Kindes mit der Welt, es kann aktiv erkunden und die unbelebte Umwelt erforschen.

In der dritten Subphase wird sich das Kind physischer Getrenntheit immer bewusster, und es macht stärkeren Gebrauch davon. Das Kind erlebt verstärkt Trennungssituationen und reagiert mit gesteigerter Trennungsangst und Wiederannäherung an die Mutter. Mahler spricht

vom emotionalen Wiederauftanken. Körperkontakt wird erneut gesucht. Es beginnt ein Beschatten der Mutter und ein Weglaufen von ihr. In dieser Zeit erhalten die Übergangsobjekte (Winnicott 1971) eine besonders stabilisierende Funktion. Sie sind die ersten Symbole, sie sind die Mutter und sind sie doch nicht, sie können im Gegensatz zur realen Mutter manipuliert werden.

Die vierte Subphase bedeutet die Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der emotionalen Objektkonstanz. In dieser Zeit kann das Kind schließlich getrennt von der Mutter funktionieren unter Bewahrung der Repräsentanz des abwesenden Objektes. Es kommt zur Vereinigung von guten und bösen Objektrepräsentanzen zu einem Ganzobjekt, zu einer Mischung von Aggression und Libido.

Vorteil des Mahlerschen Modells ist, dass es, im Gegensatz zu den Rekonstruktionen Freuds aus den Erwachsenenanalysen, aus der direkten Kinderbeobachtung kommt; es steht zudem im Wechselprozess mit der Triebentwicklung. Während der oralen Phase herrscht die Symbiose mit der Mutter und der Beginn der Ablösung der visuellen Wahrnehmung von der Dominanz der taktilen. Während der drei folgenden Subphasen herrscht die anale Phase mit der motorischen Reifung und der Möglichkeit zur Fortbewegung. Das »Nein« der analen Trotzphase fördert die Individuation.

Kritisch ist anzumerken, dass die Herleitung der Phasen des normalen Autismus und der Symbiose, die Mahler als Fixierungsstellen für den Autismus und die Psychosen (► Kap. VI) geltend macht, d. h. eine Herleitung aus der pathologischen Entwicklung, fragwürdig ist. Diese Phasen stimmen inzwischen nicht mehr mit den Erkenntnissen moderner Säuglingsbeobachtung überein.

Stern (1983; 1985) spricht von den ersten beiden Monaten als Phase des auftauchenden Selbstempfindens. Der Säugling ist bei Stern von Anfang an auf seine Umwelt bezogen. Er verfügt über angeborene Fertigkeiten zu lernen und ein Gefühl von Regelmäßigkeit und Ordnung herzustellen. Sein visuelles Abtastmuster, sein soziales Lächeln zeigen, dass er Sinneseindrücke miteinander in Beziehung setzt. Er verfügt nicht nur über Triebe, sondern über angeborene Vitalitätsaffekte, Furcht, Angst, Scham, Schuld, Freude und Wut, die er mit anderen austauscht. Er befindet sich in einer dialogischen Hör-, Seh- und

Fühlwelt. Entgegen dem Konzept von Mahlers Symbiose gibt es bei ihm im Alter bis neun Monate ein sogenanntes Kernselbstempfinden zweier physisch getrennter Wesenheiten, zweier Körper, die miteinander in Beziehung treten können, ohne miteinander zu verschmelzen. Er sieht einen anfänglichen Zustand einer Trennung von Selbst und Objekt (self-versus-other), der Gemeinsamkeitserlebnisse (self-with-other) ermöglicht. Gemeinsamkeitserlebnisse sind auch reichlich vorhanden, aber die Grenzen gehen im Normalfall nicht verloren. Das Selbst ist Urheber von Handlungen und Empfindungen und verfügt über ein spezifisches Gedächtnis. Das Alter von 7–9 bis 18 Monate beschreibt Stern als subjektives Selbstempfinden getrennter Psychen, als Gefühle von Intersubjektivität. Das Kind kann jetzt mit Hilfe von Symbolen kommunizieren.

Mit den Beobachtungen und Erkenntnissen von Stern ergeben sich fundamentale Kritikpunkte am Mahlerschen Modell. Wir schließen uns hier Dornes (1993, S. 75) an, der dafür plädiert, die Phase des normalen Autismus fallen zu lassen. Auch Mahlers Konzept der Symbiose betrachtet Dornes als nicht haltbar. Der Säugling nehme nicht symbiotisch wahr, nehme an Interaktionen nicht undifferenziert und passiv teil. Das symbiotische Verschmelzungsgefühl geht seiner Ansicht nach einher mit Sterns Konzept von Gemeinschaftserlebnissen zwischen Mutter und Kind, allerdings ohne eine Verschmelzung. Die Grenze zwischen Selbst und Objekt bleibt bei Stern erhalten. Intensive Gemeinschaftserlebnisse sind nicht von Grenzauflösung oder Konfusion begleitet, das sei nur in einer pathologischen Entwicklung so. Der Säugling kann sich weiterhin beim Erleben vom Miteinander abgrenzen. Nur wenn die Eltern die Autonomie behindern, kann die Flucht in eine Symbiose für einen überforderten Säugling entstehen, die Symbiose ist also bereits Abwehrprodukt. Gleichermassen führt Stern zu einer Revision des Spaltungskonzeptes. Bei ihm kann der Säugling bereits ein ganzes Objekt wahrnehmen, erst affektive Belastungen können zu Beeinträchtigungen der Wahrnehmung und damit zur Spaltung als Abwehrleistung führen. Die Erkenntnisse Mahlers haben damit für die pathologische Entwicklung weiterhin uneingeschränkt Gültigkeit.