

Berger, Margarete

Die Mutter unter der Maske - Zur Entwicklungsproblematik von Kindern adoleszenter Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 8, S. 333-345

urn:nbn:de:bsz-psydok- 33061

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebtinger, R., Ebtinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) 366

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatrien Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie-Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltetherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna 24

Buchbesprechungen

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direktive Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kormmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Freiburg
(Leiter: Prof. Dr. med. P. Strunk)

Die Mutter unter der Maske – Zur Entwicklungsproblematik von Kindern adoleszenter Eltern

Von Margarete Berger

Zusammenfassung

Zu einer kinderpsychiatrischen Stichprobe von 97 Kindern und Jugendlichen, deren Mütter bei der Geburt durchschnittlich 16½ Jahre und deren Väter meist nur wenig älter waren, werden einige Gesichtspunkte zum kindlichen Entwicklungsverlauf dargestellt. Nicht allein aufgrund des jugendlichen Alters und der damit verbundenen sozialen Einschränkungen zur Übernahme der Elternrolle ist die primäre Beziehung der jungen Eltern zum unzeitgemäß geborenen Kind gefährdet. Frühe und pubertäre Objektverluste kennzeichnen den Entwicklungsgang der jungen Mütter und Väter. Für die adoleszente Mutter hat das Kind häufig die Bedeutung eines Lückenbüßers, der die Fortsetzung der idealisierten Objektbeziehung zur entbehrten Mutter und zum unbetreuerten, verlorenen Vater gewährleisten soll. Die reale Be-

ziehung zum Kind ist von einer unabweislichen Ambivalenz durchdrungen. Darüber hinaus ist das Kind passiv in die chronifizierte Ablösungsmanöver zweier Generationen verstrickt. Dem Kind fehlt ein identitätssichernder Bezugsrahmen. Es unterliegt ebenso wechselhafter wie gefährlich grenzenloser Anteilnahme. Dem Adoptivkind vergleichbar, wächst das Kind adoleszenter Eltern im Bewußtsein fragwürdiger Existenzberechtigung auf; seine Herkunft bleibt ihm vielfach verdunkelt und eine adäquate Geschwisterbeziehung verschlossen.

1 Einleitung

Es war vor allem *René Spitz*, der nach dem 2. Weltkrieg mit seinen Untersuchungen zum Hospitalismus-Syndrom der Säuglinge die Aufmerksamkeit auf trauma-

tisierende Milieu- und Beziehungsbedingungen gelenkt hat. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen zu sogenannten psychischen Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung in den Industrieländern. Im Allgemeinen handelt es sich bei diesen Untersuchungen nicht um den Nachweis der pathogenen Wirkung eines einzelnen Faktors, sondern um spezifische, potentiell pathogene Wechselwirkungsprozesse aufgrund riskanter Entwicklungsbedingungen wie z. B. bei Scheidungskindern (Bauers u. a. 1986, Reich u. a. 1986, Wallerstein 1984), Adoptivkindern (Nickman 1985), Kindern chronisch kranker Eltern, Kindern mit psychotischen Eltern (Remschmidt 1980) oder bei Kindern, die ohne Vater aufwachsen (Abelin 1975, Fthenakis 1985, Herzog 1980, Mattjat 1986). Dührssen (1984) unterstreicht in ihrer Arbeit besonders die Bedeutung des Verlusts eines Elternteiles, aber auch die Beeinträchtigung durch uneheliche Geburt. Alle diese Unterscheidungen haben zum Verständnis psychodynamischer Prozesse beigetragen und sind mit der Erwartung verbunden, geeignete Konzepte der Prävention bzw. der Einschränkung des Erkrankungsrisikos zu finden.

Von ähnlichen Vorstellungen ausgehend, habe ich die Kindheitsgeschichten von insgesamt 97 Kindern und Jugendlichen untersucht, deren Mütter bei der Geburt der Kinder durchschnittlich 16½ Jahre alt waren. Es handelt sich um Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 13 Monaten und 19 Jahren, die in den letzten drei Jahren in der Ambulanz der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Universität Freiburg vorgestellt und behandelt wurden.

Historisch kann man davon ausgehen, daß es sich bei den unehelichen Kindern der letzten Jahrhunderte überwiegend um Kinder junger Mütter gehandelt haben dürfte. Der kanadische Historiker Edward Shorter (1977) weist nach, daß die illegitimen Geburten in Europa seit 1750 bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts sprunghaft angestiegen sind, und zwar als Folge zunehmender sexueller Aktivität im Kapitalismus. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts ist die Zahl illegitimer Geburten vermutlich infolge praktizierter Geburtenkontrolle wieder niedriger und steigt nach dem 2. Weltkrieg an, und zwar überraschenderweise parallel mit der Verfügbarkeit erfolgreicherer Verhütungsmittel. Shorter wie viele andere (Badinter 1981) machen auf das materielle Elend der illegitimen Kinder im 18. und 19. Jahrhundert aufmerksam. Im ausgehenden 18. Jahrhundert sind ein Fünftel der jährlich in Paris geborenen Kinder Findelkinder, die vor Vollendung des ersten Lebensjahres zu 50–90% in Findelhäusern sterben. Badinter stellt dar, daß man von einer verbreiteten mütterlichen Kindesvernachlässigung noch im 18. Jahrhundert ausgehen muß, nicht nur aus materiellen Gründen, sondern weil der Existenz eines Kindes die emotionale Bedeutung, die sie inzwischen erlangt hat, noch nicht zuerkannt war. Gegenwärtig scheinen wir vor einem gegenteiligen, z. T. regressiven Phänomen zu stehen, das nicht unbedingt als Ausdruck verstärkter Mutterliebe verstanden werden kann. Seit den 70er Jahren nehmen die sogenannten Teenagerschwangerschaften insbesondere in

den USA, aber auch in den europäischen Ländern zu (Black u. a. 1985). Es bilden sich ganze „Sozialamtmütter-Dynastien“ (Heinsohn/Steiger 1985, 284). Die jungen Frauen steigen aus den Schwierigkeiten persönlicher Reifungsprobleme und der selbständigen Existenzversorgung aus und flüchten sich in das Dasein der staatlich versorgten Mutter; das Kind wird zur materiellen und emotionalen Unterhaltsquelle.

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Geburtenrate bei Minderjährigen zwischen 1950 und 1970 – also mit dem Zeitpunkt der Freigabe von Verhütungsmitteln – verdoppelt und ist inzwischen niedriger als 1950. Es besteht Übereinstimmung darüber, daß die Geburten bei Minderjährigen mit hohen somatischen, vor allem aber psychosozialen Risiken für Mutter und Kind verbunden sind.

Die jungen Mütter befinden sich in einer entwicklungstypischen Krisensituation, in der die Voraussetzung für elterliche Kompetenz noch nicht gegeben ist – weder in psychischer noch in sozialer Hinsicht. In den westlichen Industriestaaten ist die frühe Schwangerschaft im Alter zwischen 14 und 18 Jahren meist als Symptomäquivalent einer schweren adoleszenten Reifungskrise zu verstehen (vgl. Berger 1987).

Infolge gegebener sozialer Unselbständigkeit sind die adoleszenten Mütter und Väter auf die aktive Unterstützung der Herkunftsfamilie oder institutionelle Hilfen angewiesen. Diese lebensnotwendige Unterstützung erweist sich – wie ich zeigen will – zugleich als eine schwer überwindbare innere und äußere Barriere, die sich zwischen den jungen Eltern und ihrem Kind aufrichtet.

Systematische Untersuchungen über adoleszente Mütter und ihre Kinder fehlen bisher. Zur Zusammenstellung der vorliegenden Befunde ist einschränkend zu vermerken, daß sie an einer klinischen Stichprobe gewonnen wurden und mir keine Vergleichsgruppe zur Verfügung stand. Es ist lediglich die Möglichkeit gegeben, bestimmte Fakten mit den übrigen kinderpsychiatrischen Patienten der gleichen Untersuchungsjahrgänge zu vergleichen.

2 Die jungen Eltern und ihre primären Beziehungsschwierigkeiten zum Kind

2.1 Die Mütter

Die meisten Mütter der Stichprobe, die in der Zeit von 1969 bis 1983 Minderjährig schwanger wurden und sich zur Geburt des Kindes entschlossen hatten, stammen nicht, wie vielleicht aufgrund amerikanischer Studien zu erwarten, aus der Unterschicht. 71 Prozent kommen aus mittelständischen und bis zur Pubertätszeit der jungen Mädchen auch überwiegend vollständigen Familien. Etwa zwei Drittel dieser Mütter haben die unterbrochene Berufsausbildung nach der Geburt des Kindes fortgesetzt und sind bis heute erwerbstätig. D. h. auf die Mehrzahl der klinischen Stichprobe trifft das Schlagwort von der Sozialamtmutter nicht zu. Die Probleme, die die Mütter haben, ergeben sich vielmehr u. a. gerade aus ihrem Anspruch und ihrem Bemühen um materielle Eigenständigkeit. 29 Prozent der Mütter ge-

hören allerdings der ärmsten Schicht an. Sie sind darüber hinaus fast ausnahmslos seit der Kleinkindzeit nicht in ihrer Familie, sondern entweder in Pflege- oder Adoptivfamilien, meistens jedoch in Heimen aufgewachsen. Diese jungen Mütter haben nach der Geburt des Kindes keine Berufsausbildung absolviert, aber die meisten sind gegenwärtig teilzeiterwerbstätig. Es handelt sich also um zwei, soziologisch gesehen, unterschiedliche Müttergruppen.

Aber es gibt Gemeinsamkeiten hinsichtlich traumatischer Kindheitserfahrungen. Die jungen Mütter beider Gruppen sind überdurchschnittlich häufig vom Tod einer Elternperson betroffen – allerdings in jeweils verschiedenen Entwicklungsperioden. Bei 55 Prozent der Mädchen aus vollständigen Familien stirbt der Vater, seltener die Mutter zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr, weitere 11 Prozent verlieren in der frühen Adoleszenz den Vater durch Scheidung. Bei mehr als der Hälfte der jungen Frauen, die in Heimen aufgewachsen sind, war der Tod der Mutter Anlaß für die Heimaufnahme in der Kleinkindzeit.

Aus den Biographien der Mütter beider Gruppen ist zu erschließen, daß der frühe bzw. zu Beginn der Adoleszenz erlittene Objektverlust nicht betrauert werden konnte. Die traumatische Bedeutung des Verlusts ist auf das Vorherrschen einer idealisierten Beziehung zum verlorenen Objekt zurückzuführen und auf den Mangel einer konstanten positiven Beziehungserfahrung mit dem überlebenden Elternteil oder einem Ersatzobjekt. Das Trauma des Verlusts beeinträchtigt nicht nur die adoleszente Verselbständigung, sondern trägt wesentlich zum Zustandekommen der unzeitgemäßen Schwangerschaft bei. Die Schwangerschaft ist als Versuch zu verstehen, die Trennung im Rahmen der adoleszenten Krise agierend zu annullieren.

Charakteristisch für die Kindheitsentwicklung der jungen Mütter, die in ihren Familien aufgewachsen sind, ist eine frühe und anhaltende Beziehungsstörung zur Mutter und eine enge, pseudoinzestuöse Bindung an den idealisierten Vater (vgl. Steffens 1986). Der verführerische Vater hat teilweise Mutterfunktionen übernommen, aber über wenig Fähigkeiten zum symbolischen Vater verfügt. Die enge Bindung zum Vater bleibt über seinen Tod hinaus, aber auch dann, wenn er nicht stirbt, nach der Geburt des Kindes und jenseits der Adoleszenz erhalten.

Das Zustandekommen der Schwangerschaft bei den Adolescentinnen, die den Vater durch Tod oder Scheidung der Eltern verlieren, steht in engem Zusammenhang mit seinem unverwindbaren Verlust. Oft wird das Kind ahnungsvoll bewußt wie ein Ersatzobjekt für den Vater erlebt, was sich z. B. auch daraus ersehen läßt, daß die männlichen Kinder seinen Namen tragen. Diejenigen jungen Mädchen, die den Vater nicht verlieren, versuchen sich als erwählte Lieblingstochter seiner verführerischen Bindung durch Flucht aus dem Elternhaus zu entziehen, werden bald danach schwanger und kehren – durch äußere Umstände mitbedingt – ins Elternhaus zurück. Der Vater der Adolescentin wird zum Quasi-Vater seines Enkels. Die Existenz des Enkels scheint zwar einerseits die Ablösung von den Eltern zu unterstreichen, andererseits aber befestigt sie – durch äußere Umstände begünstigt – die Verbindung und damit die Nicht-Tren-

nung von beiden Eltern bzw. der verwitweten Mutter. Mit der Geburt des Kindes der jungen Adolescentin ist eine Situation geschaffen, die infantilen Kinderwunschphantasien der Kleinkindzeit entspricht: Ein gemeinsames Kind mit der Mutter haben und ein Kind vom Vater haben, wie die Mutter. Den frühen Kinderwunschphantasien und der phantasiebestimmten Kleinkindlogik entsprechend fällt den Eltern bzw. der Mutter der Adolescentin die Fürsorge für das unzeitige Baby zu – so, als handelte es sich um ein jüngeres Geschwister. Sie selbst erlebt ihr Kind eher wie das fremde Produkt einer Tagträumerei, mehr wie ein Phantasiekind und weniger wie ein wirkliches Kind. Mit der Existenz des Kindes wird nun aber nicht nur die weiterbestehende und die unbetrüerte Verbindung zum Vater bezeugt, sondern auch der ungelöste Konflikt mit der frühen und der ödipalen Mutter.

Bei den deprivierten Adolescentinnen, die nicht in ihrer Familie aufgewachsen sind, spielen beim Zustandekommen der frühen Schwangerschaft persistierende infantile Kinderwunschphantasien bzw. Kind-sein-Phantasien infolge Wiederbelebung von Mutterverlust bzw. Mutterentbehmung eine große Rolle. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, daß gerade diese vielfach traumatisierten Jugendlichen nie eine zureichende Differenzierungsfähigkeit zwischen Phantasie und Wirklichkeit und zwischen innerer und äußerer Realität erreichen konnten, am wenigsten zu Beginn der Adoleszenz. Der Verlust der Mutter wurde nie ausreichend realisiert und das Gefühl, die gute Mutter wiederzufinden, gehörte zur Überlebensstrategie. Die Schwangerschaft dient der Depressionsabwehr und wird mit der Hoffnung verbunden, nun nicht mehr allein zu sein. Die auf das Kind gerichteten Erwartungen entsprechen der Sehnsucht nach einer ideal guten Mutter. Sobald sich dann dieses Kind als ebenso bedürftig erweist wie seine junge Mutter, verliert es seine idealen Züge und wird zum Aggressor. Da das Kind in seiner erwünschten Funktion als bedürfnisbefriedigendes Objekt versagt, wird der Verzicht und die Trennung von diesem Kind vollziehbar. Die junge Mutter richtet ihre ungestillten Hoffnungen auf eine neue Schwangerschaft. Dennoch behält das Erstgeborene die Funktion eines Art Lückenbüßers. Verständnislos für die gewachsenen Bezüge des Kindes besteht die Mutter später auf seiner Präsenz, wenn ihre Verlassenheitsängste überhand nehmen.

Frühe und anhaltende Beziehungsstörung zur Mutter bzw. Mutterentbehmung, psychische Fehlentwicklung und die Ohnmacht, den Verlust der Primärobjekte zu betrauern und die adoleszente Trennung zu bewältigen, sind somit, sowohl für das Zustandekommen der frühen Schwangerschaft der Adolescentin, wie auch für die Beziehungsschwierigkeiten zu ihrem Kind von großer Bedeutung. Diese Beziehungsschwierigkeiten sind leichter zu verstehen, wenn man davon ausgeht, daß das Kind die Funktion eines Art Lückenfüllers gegen den drohenden Verlust einer idealisierten Objektbeziehung zu den Primärobjekten hat. Aus dieser Funktion ergibt sich, daß das Kind für die Adolescentin beider Müttergruppen zu-

nächst wenig Subjektcharakter hat. Die oft verspätet wahrgenommene Schwangerschaft dürfte diesem mangelnden Wirklichkeitssinn für das Kind entsprechen. Wie die klinische Erfahrung zur Mutter-Kind-Beziehung der untersuchten Stichprobe zeigt, führt die Lückenbüsserfunktion dazu, daß die Mutter seine eigenständigen Bedürfnisse leicht verkennt und das Kind außerdem zum Objekt von Trennungserwägungen wird. Widersprüchliche Annäherungs- und Ablehungsimpulse bestimmen die Beziehung der Adolescentin zu ihrem Kind. Auch wenn es bewußt erwünscht war und sie sich energisch Abtreibungsvorschlägen widersetzt hatte, besteht eine schwer wandelfähige Beziehungsambivalenz. So kann eine Mutter noch nach 13 Jahren äußern: „Hätte ich ihn doch lieber abgetrieben.“ Es fällt der Mutter schwer, sich mit dem Kind als Person zu identifizieren; es bleibt eine Art unheimlicher Fremdling.

Für beide Müttergruppen gilt, daß die sehr jungen Mütter selbst dann, wenn sie ihr Kind nicht so ausgeprägt erlebten, sie es schwer hatten, empathisch auf die Bedürfnisse des Babys einzugehen. Die jungen Mädchen befanden sich in einer Entwicklungsperiode, in der die Nähe zu Hilflosigkeit und Ohnmacht besondere Angst macht und das narzißtische Gleichgewicht gefährdet. Selten hat die Umwelt als gute Umgebungsmutter funktioniert. („Weil ich es doch nicht können würde, habe ich eine Spritze gegen das Stillen gekriegt.“) Leichte Anomalien – Ikterus, Sichelfüße, Phimose – haben die jungen Mütter in Panik und schuldbewußte Abweisung gegen das Neugeborene versetzt. Soweit die jungen Mütter primär ihr Baby selbst betreut haben, ergibt sich aus ihren Berichten, daß die Aufmerksamkeit für Körpervorgänge beim Kind offenbar mit geringeren Schwierigkeiten verbunden war als der emotionale Dialog mit dem Kind. („Erst beim zweiten Kind habe ich dann gemerkt, daß ich mit ihm sprechen kann, bevor es spricht.“) Die sprachlose Betreuung des Kindes mag als Hinweis dafür zu werten sein, weshalb viele der vorgestellten Kinder fettsüchtig waren.

Die alterstypischen Schwierigkeiten der adoleszenten Mütter im Umgang mit dem Kind werden noch nach zehn und mehr Jahren deutlich. Einzelne Mütter sind von einer schwer zu bändigenden Vorwurfshaltung erfüllt: Das Kind hat ihre adoleszente Freizügigkeit gestohlen, es hat sie jäh von Gleichaltrigen distanziert, es hat die Mutter gezwungen, wieder und wieder einen Vater für das Kind zu suchen, wobei alle neuen Liebesbeziehungen der Mutter durch die Existenz des Kindes erschwert wurden.

Betrachtet man den äußeren Verlauf der Mutter-Kind-Geschichten, ergeben sich eine Reihe konkreter Anhaltspunkte, die die unabweislichen Beziehungsschwierigkeiten weiterhin verständlich machen. Zwei Drittel der Mütter bleiben nach der Geburt nicht mit dem Kind zusammen; der Kontakt ist diskontinuierlich. Die Kinder sind im Säuglingsheim oder bei einer Großmutter, die Mutter setzt ihre Berufsausbildung fort und arbeitet. Großmütter und Großväter übernehmen Elternrollen, die Adolescentin wird als Mutter nicht ernstgenommen. So fördern

das Säuglingsheim wie Großelternpersonen die innerlich ohnehin angelegte Entfremdung zwischen Mutter und Kind. Die primäre Beziehung zum Kind ist auch dadurch erschwert, daß es keinen Vater gibt. Bestenfalls ist der Erzeuger des Kindes präsent, aber er ist ein Jugendlicher, der sich in einer Entwicklungsphase befindet, die es ihm schwer macht, das Kind narzißtisch zu besetzen, als einer wichtigen Voraussetzung zur Vaterrolle. Das jugendliche Paar kann die Zeit der Schwangerschaft selten als eine die Zweierbeziehung stabilisierende und die künftige Dreierbeziehung vorbereitende Phase erleben. Dieses Defizit an gemeinsamer Erfahrung trägt viel zu den anhaltenden Schwierigkeiten, sich als Eltern fühlen zu können, bei. Dazu kommt, daß die beiden Jugendlichen zwar ein Kind, aber keine befriedigende sexuelle Beziehung miteinander haben.

2.2 Die Väter und Stiefväter

Über die Biographie und die Beziehung der Väter zu ihren Kindern war weit weniger in Erfahrung zu bringen. Nur 32 von 97 Kindern leben zum Untersuchungszeitpunkt mit dem Vater zusammen. 39 Kinder haben weder Kontakt zum Vater, noch besteht Klarheit über seine Identität. Die anamnestischen Angaben zu Vätern und Stiefvätern stammen demzufolge zumeist von den Müttern. Danach sind die Väter bei der Geburt ihrer Kinder zum größten Teil durchschnittlich eineinhalb Jahre älter als die Mütter; nur ausnahmsweise sind sie 10 bis 20 Jahre älter, dann oft verheiratet, Lehrherr, Arbeitgeber oder naher Verwandter der adoleszenten Mutter. Vieles spricht dafür, daß die Beziehung der Jugendlichen zueinander – der Altersperiode entsprechend – flüchtig, mehr narzißtisch bestimmt und ohne eigentliche heterosexuelle Bindung und erotische Erfahrung gewesen ist. Noch während der Schwangerschaft haben sich viele Paare wieder getrennt, nicht nur, weil die Kindsväter sich der Verantwortung entzogen haben, sondern auch, weil die jungen Mütter den Zufallsvater als Liebesobjekt und Vater ihres Kindes nicht akzeptieren konnten.

Die meisten Kindsväter sind in unvollständigen Familien aufgewachsen und wie die jungen Mütter im Verlauf der Kindheit ihrerseits häufig vom Verlust einer Elternperson betroffen. Bei Bekanntwerden der Schwangerschaft haben sich drei jugendliche Väter suizidiert, was die Mütter ihren Kindern bis heute verschwiegen haben. Auffallend häufig wird weiter von schweren, selbstdestruktiv wirkenden Unfällen der Kindsväter während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes berichtet. 39 Paare, und damit weniger als die Hälfte der jungen Eltern, bleiben nach der Geburt des Erstgeborenen zusammen und heiraten im Verlauf der ersten vier Lebensjahre des Kindes, meistens aus Anlaß weiterer Kinder. Doch fast die Hälfte dieser Ehen dauern nur ein bis zwei Jahre. Die Trennung erfolgt oft wegen Alkoholismus des jungen Vaters und Tätlichkeiten gegen die Ehefrau. Nach Darstellung der Mütter wird die Eifersucht des jungen Vaters auf das Baby zu einem zentralen Beziehungsproblem, selbst dann, wenn das Kind von der Großmutter versorgt wird. Es kommt nicht selten zu Mißhandlungen des Kindes durch den jugendlichen Vater. Insgesamt ergibt sich, daß die psychische und soziale Entwicklung der adoleszenten Väter negativer verlaufen ist als die der Mütter; selten wird die Berufsausbildung fortgesetzt, viele Väter geraten in kriminelle Verwicklungen, was wiederum Anlaß für die Mütter ist, dem Kind die Identität des leiblichen Vaters zu verheimlichen.

Zum Scheitern der Vater-Kind-Beziehung trägt die primäre innerliche und auch äußerliche Abwendung und Tabuisierung des Vaters durch die junge Mutter wesentlich bei. So erfährt z. B. eine Mutter durch Zufall nach Jahren, daß der Kindesvater an einem Herzinfarkt verstorben ist. Sie verschweigt das Ereignis, veranlaßt aber eine kardiologische Untersuchung beim Kind.

Das besondere Engagement von sieben Vätern, die zum Untersuchungszeitpunkt mit ihrem Erstgeborenen und einer Stiefmutter zusammenleben, hat verschiedene biographische Gründe. Drei der Väter sind Adoptivkinder. Das Kind ist ihr einzig sicherer Blutsverwandter und stützt die Identität des Vaters in einer beziehungsarmen Umwelt. Dementsprechend besteht eine leidenschaftliche Parteinahme des Vaters für das Kind, auch um den Preis, daß die Ehe mit der Stiefmutter daran scheitert.

Mehr als die Hälfte der Kinder haben wechselnd intensiven Kontakt mit einem, meist mehreren Stiefvätern, weil die junge Mutter trotz mehrfach gescheiterter Ehen und Lebensgemeinschaften immer neue Ersatzväter für sich, weniger für das Kind mobilisiert. Auch die Stiefväter kommen überwiegend aus schwierigen Familienverhältnissen und geraten leicht in ein infantiles Konkurrenzverhältnis mit dem Sonderkind der Mutter. Bemerkenswert ist, daß die Stiefväter sich widerspruchslos dem Anliegen der Mutter beugen, für das Kind als der wahre Vater zu gelten. Viele Stiefväter fühlen sich gestützt und motiviert von der Aufgabe, Ordnung in die Verhältnisse der Mutter zu bringen, was auch heißt, dem Kind einmal „ordentlich den Hintern zu versohlen“. In Konkurrenz mit dem tabuisierten leiblichen Vater des Kindes und dem Vater der eigenen Kindheit, führen die Stiefväter ein autoritäres Vaterregime. Besonders beständige und rigide Stiefväter sind Männer, die selbst keine Kinder zeugen können.

Allgemein besteht gegenüber dem Kind eine von Müttern, Großmüttern, Großvätern und Ersatzvätern auf Zeit gleichermaßen geförderte Konfusion über die Identität des wahren Vaters. Diese Vergeheimnisung des Vaters – durchaus auch dann, wenn die leiblichen Eltern eine kurze Ehe geführt haben, und das Kleinkind den Vater erlebt hat – zwingt die Kinder, sich mit der Annullierung des echten Vaters abzufinden. Kommentar eines Achtjährigen: „Die Mama hat gesagt, das gilt jetzt nicht mehr, daß der Onkel Otto mein Papa ist, weil wir wieder geheiratet haben. Der Otto ist wieso nicht mein Papa, das hat mir die Oma gesteckt.“

3 Die Kinder

3.1. Der provisorische Charakter des Entwicklungsmilieus

Mit wenigen Ausnahmen sind den untersuchten Kindern und Jugendlichen bis zur Klinikvorstellung wenigstens drei, oft bis zu sieben Wechsel der Bezugspersonen widerfahren. Wiederholt wurde der gerade entwickelte menschliche Bezugspunkt für hinfällig erklärt und durch

Entwertung zerstört. Diese traumatisierende Diskontinuität bewirkt Geschichtslosigkeit. Der Verlauf der frühkindlichen Entwicklung der Kinder ist schwer zu rekonstruieren. Die gegenwärtige Bezugsperson, selbst wenn es die Mutter ist, hat keine genaue Kenntnis zum Werdegang des Kindes.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den Familienverhältnissen der Kinder zum Zeitpunkt der Klinikvorstellung:

Tab. 1: Gegenwärtige Familienverhältnisse

	Jungen N = 57	Mädchen N = 40	insgesamt N = 97
bei Mutter und Stiefvater, Freund der Mutter, Adoptivvater	16	10	26
bei alleinstehender Mutter nach verschiedenen Ehetrennungen; teilweise mit Großmutter ms.	13	11	24
bei den Eltern, teilweise mit Großelternpersonen	17	8	25
bei Vater und Stiefmutter im Heim	3	4	7
bei Pflegeeltern	4	3	7
sozialpsychiatrische Wohngruppe	-	1	1
mit Freund zusammen	-	1	1

Insgesamt 50 Kinder leben bei der Mutter, 25 Kinder bei beiden Eltern, 7 Kinder beim Vater, der Rest bei keinem der Eltern. Während die übrigen Patienten der kinderpsychiatrischen Ambulanz aus den gleichen Untersuchungsjahrgängen zu 52,5% aus einer vollständigen Primärfamilie kommen, trifft dies nur für knapp 25 Prozent der Kinder adoleszenter Eltern zu. Die Tabelle täuscht jedoch eine Kontinuität vor, die für die Kinder tatsächlich nicht existiert. Die meisten Kinder verbringen nur drei bis vier Jahre unter einem Dach.

3.2 Die Vorstellungsanlässe in der Kinderpsychiatrie

Für den provisorischen Charakter der jeweiligen Bleibe des Kindes sprechen nicht zuletzt die Anlässe für die Klinikvorstellung. Selten wird bereits aus dem manifesten Vorstellungsgrund die drohende Ausweisung aus dem gegenwärtigen Milieu ersichtlich, aber um so deutlicher ergibt sich die Trennungsbedrohung aus dem latenten Vorstellungsanlaß. Häufigster manifester Vorstellungsgrund ist das Präsentiersymptom Schulversagen, dann psychosomatische Symptome und Erkrankungen. Dritthäufigster Vorstellungsgrund ist der Suicidversuch ab dem zehnten Lebensjahr, dann dissoziale Symptome und Mißhandlungen. Drei jungen Mädchen kommen,

weil sie schwanger sind und abtreiben lassen wollen und für ein Mädchen soll ein Gutachten wegen Verdacht auf Kindestötung erstellt werden.

Das häufige Vorkommen von Suicidversuchen legt bereits eine latente Trennungsgefahr nahe (vgl. *Wienforth* 1985). Von wenigen Ausnahmen abgesehen sind die Bezugspersonen in Trennungs- und Neubeginnereignisse involviert, die eine wie selbstverständliche Verpflanzung der Kinder nach sich ziehen. Häufigster Auslöser derartiger Trennungs- und Bindungslawinen ist ein Partnerwechsel der Mutter. Entweder soll jetzt das Kind von der Großmutter oder den Pflegeeltern weg in die neue Familiengemeinschaft zwangsintegriert werden, weil sich die Mutter eine endlich erreichte Beständigkeit erhofft, oder das Kind soll ausgewiesen werden, weil es die Sicherheit der neuen Gemeinschaft bedroht. Bezeichnenderweise ist es immer das erstgeborene Kind der Mutter, das vom mütterlichen Trennungskalkül betroffen ist und nicht die nachgeborenen Geschwister. Da es sich bei der Neugestaltung der mütterlichen Verhältnisse immer auch um eine Verselbständigungsbemühung von der Herkunftsfamilie handelt, ist das Erstgeborene besonders in die mütterliche Ablösungsanstrengungen einbezogen.

Bei den Kindern, die zum Untersuchungszeitpunkt mit den leiblichen Eltern leben, spielen ebenfalls hintergründig Trennungseignisse und -absichten für die Klinikvorstellung eine große Rolle. Auslösendes Ereignis ist oft der Tod und die schwere Erkrankung einer Großelternperson. Ihr Verlust hat eine desintegrierende Wirkung auf die Paarbeziehung der dem Alter nach zwar inzwischen erwachsenen, aber in psychischer Hinsicht noch adoleszenten Eltern. Mit dem Verlust von Großelternpersonen geraten bislang getroffene Arrangements aus den Fugen. Es kommen Scheidungserwägungen auf, aber auch die Tendenz, sich des störenden ersten Kindes zu entledigen, das im Empfinden der Eltern mit seinen depressiven oder dissozialen Symptomen und der Trauer um die Großmutter das Familienleben vergiftet. Die Klinik wird zu einer Ersatzgroßeltern-Institution, die das Kind zur weiteren Versorgung übernehmen soll.

Auch bei den Kindern, die gegenwärtig beim leiblichen Vater und einer Stiefmutter leben, sind Trennungsbedrohungen für die Vorstellung maßgeblich, sei es, weil die Stiefmutter den neunjährigen Stiefsohn beschuldigt, seine Halbschwester sexuell zu belästigen, sei es, weil sie an der Versorgung des schwer hospitalisierten Sonderkindes scheitert. Aufgrund schwerwiegender Symptome der Kinder sehen sich auch Pflegeeltern häufig zur Abgabe ihrer Elternersatzfunktion gezwungen.

Es hat sich als unvermeidlich erwiesen, daß selbst die Klinik letztlich zu einer Ausweisungsagentur für die Kinder werden mußte. Während zum Vorstellungszeitpunkt 14 Kinder und Jugendliche fremd untergebracht waren, sind es derzeit 39, also 40% der Stichprobe. Dieser hohe Anteil von Fremdunterbringungen ist nicht nur auf die therapeutisch nicht beeinflussbare psychische, sondern vor allem auch auf die physische Bedrohung der Kinder im Zusammenhang mit Mißhandlungen und sexuellen Übergriffen zurückzuführen.

3.3 Das Ausgeliefertsein der Kinder im Beziehungsnetz der Generationen

Bis zur Klinikvorstellung sind eine Vielzahl keineswegs imaginärer Bezugspersonen an einer provisorischen Verantwortung für das Kind beteiligt. Diese Umstände führen dazu, daß die Zuständigkeit für das Kind immer wieder innerhalb zweier, voneinander wenig getrennter Generationen sowie interagierender Stiefväter und Pflegeeltern verschoben werden kann; vorübergehende Heimaufenthalte kommen hinzu. Im Erleben der meisten Bezugspersonen ist das Kind mehr Projektionsschild von Phantasien. Passive Verwicklungen in ein familiäres Beziehungsnetz bleiben kaum einem der Kinder erspart. Ich möchte diese skizzierten Besonderheiten an einem Fallbeispiel veranschaulichen:

Die 11jährige Katrin wird von ihrer Mutter in der Ambulanz vorgestellt, weil sie sich strikt weigere, ihre Schularbeiten ohne Hilfe der berufstätigen Mutter zu erledigen. Katrin hat 20 kg Übergewicht, bewegt sich gebückt wie eine alte Frau mit einem vergrämten, vorwurfsvollen Ausdruck im Gesicht. Demgegenüber wirkt die 27jährige Mutter wie ein konfuses junges Mädchen, sehr zuwendungsbedürftig, auch übergewichtig. Mit Genugtuung registriert die Mutter das aggressiv abweisende Verhalten Katrins beim Erstkontakt und prophezeit: „Niemand kann mit ihr was anfangen. Eimerweise habe ich Liebe in sie gekippt, aber sie ist ein Faß ohne Boden.“ Katrin kontert: „Ich komme auch allein durch.“ Die Mutter daraufhin in höchster Aufregung: „Ich bin doch deine Mutter. Du mußt zu mir *wie* eine Mutter sein.“ Im Einzelkontakt mit Katrin erweist sich ihr aggressives und pseudoautonomes Verhalten als Abwehr gegen einen depressiven Zusammenbruch. Sie ist erfüllt von spröden Selbstherabsetzungen – niemand kann Interesse für sie haben, sie ist schlecht. Der Vater Katrins verweigert die Kontaktaufnahme mit der Klinik mit der Begründung, nicht er, sondern die Großmutter ms. sei die „Zuständige“. Inzwischen überstürzen sich die Ereignisse. Die Lehrerin bringt Katrin spontan in die Ambulanz – schwer mißhandelt vom Vater, der später dazu erklärt, er habe zur Züchtigung Katrins seinen Hosengürtel benutzen müssen, weil er erst kürzlich an der Hand operiert worden sei.

Bei der Geburt Katrins war ihre Mutter knapp 16, der Vater 17 Jahre alt. Die Mutter stand vor dem Realschulabschluß, der Vater war Maurerlehrling. Eineinhalb Jahre vor Katrins Geburt hatte die Großmutter ms. ein letztes Kind geboren, die schwerbehinderte Anna. Während dieser Schwangerschaft war es zur Aktualisierung chronischer Konflikte zwischen Katrins Mutter und ihrer Mutter gekommen. Nachdem Katrins Mutter ihrerseits schwanger war, soll die künftige Großmutter ms. auf Abtreibung bestanden haben, verweigerte eine Heiratserlaubnis des jungen Paares und ihre Unterstützung für Katrin, weil sie sich mit Anna überlastet fühlte. Auch die Eltern des jugendlichen Vaters lehnten Hilfe ab. So kam Katrin nach ihrer Geburt in ein Säuglingsheim, während ihre Mutter im Elternhaus blieb, eine Lehre begann und widerwillig ihre kleine Schwester und Tante Katrins mitversorgte. Zwei Jahre später war Katrins Mutter erneut schwanger, die Großeltern ms. stimmten jetzt einer Heirat der Eltern zu, das junge Paar nahm eine Wohnung im Haus der Großeltern und Katrin kam mit knapp drei Jahren zu ihren Eltern. Der Vater Katrins soll mit heftiger Eifersucht auf das lebhaft Kleinkind und die Zuwendungs Bemühungen der Mutter reagiert haben. Beide Eltern fühlten sich mit der schwierigen Katrin und deren Abneigung gegen den kleinen Bruder derart

überfordert, daß Katrin nach einem halben Jahr wieder in das Heim, später dann zu Pflegeeltern gegeben wurde. Drei Jahre später bemühte sich die Großmutter *ms.* um die Pflegschaft Katrins, nachdem Anna, die junge Tante Katrins, in einer Tagesstätte betreut werden mußte. Daraufhin lebte Katrin vier Jahre bei ihren Großeltern *ms.* in unmittelbarer Nähe zu den Eltern und ihrem kleinen Bruder. Die Großmutter verwöhnte Katrin demonstrativ, bestand jedoch gleichzeitig auch darauf, daß Katrin Anna umsorgte, während sie Katrins Eltern wie unmündige große Kinder behandelte. Zwischen Katrin und ihrer Großmutter entwickelte sich ein ähnlich konfliktreiches Verhältnis um Anna wie früher zwischen der Mutter Katrins und deren Mutter. Katrin wird von der Großmutter „wie eine heiße Kartoffel fallengelassen“, nachdem sie Anna bestohlen und geschlagen hatte, und zu ihren Eltern ausgewiesen. Gleichzeitig machte die Großmutter ihre Erziehungsrechte an Katrin weiter geltend. Katrin warb um die Zuneigung ihrer Mutter, was heftige eheliche Auseinandersetzungen zur Folge hatte. Bereits mehrfach war Katrin im Beisein der Mutter vom Vater heftig geschlagen worden. Zwei Tage vor Katrins schwerer Mißhandlung hatte sich der Stiefgroßvater *vs.* erhängt. Katrin kam nach längerer Therapie in ein heilpädagogisches Heim, wo sie gelegentlich von der Mutter besucht wird. Sie kämpft um ihre Wiederaufnahme in die Familie, will aber auch zur Großmutter zurück.

Katrins Außenseiterrolle und gleichzeitige Involvierung in die agierten Konflikte zweier Generationen ist bezeichnend für den Entwicklungsgang der Kinder adoleszenter Eltern der Stichprobe. Gewiß ist der Kinderpsychiater in der Praxis im allgemeinen vertraut mit innerfamiliären Ablösungsproblemen und der Macht des Wiederholungszwangs in der Generationenabfolge. Die klinische Erfahrung mit den Kindern adoleszenter Eltern legt aber nahe, daß derartige Konfliktkonstellationen hier gehäuft und in intensiverer Form vorkommen, verbunden mit einem großen Beharrungsvermögen bei allen Beteiligten.

Nicht unmaßgeblich für die ausgeprägten Nähe- und Distanzprobleme dieser zumeist matriarchalen Familienverknüpfungen ist der geringe Altersabstand zwischen Großeltern-, Eltern- und Kindergeneration. Wenn die Großmutter die Mutter ihres Enkels, die Mutter die ältere Schwester ihres Sohnes sein könnte, der Großvater der Vater und der Onkel der Bruder, gerät die genealogische, traditionssichernde Ordnung durcheinander. Es kommt zu verwirrenden Rollendiffusionen, die Phantasien einen Anschein von Wirklichkeit verleihen und das Agieren von Phantasien fördern. Im Vergleich zu einer zeitlich gemächlicheren Generationenabfolge haben es alle Beteiligten schwerer, sich in ihren Familienrollen voneinander abzugrenzen.

Die Geburt des Kindes der adoleszenten Eltern läßt weder den Eltern noch den relativ jungen Großeltern Zeit, in ihre Rollen hineinzuwachsen. Zeit allein ist selbstverständlich nicht die einzige Reifungsvoraussetzung, aber doch eine notwendige. Das Kind löst einen jähen Generationenumbruch aus, dem sich, zum Nachteil des Kindes, zunächst alle widersetzen, mit der Konsequenz, daß das Neugeborene fremd untergebracht wird. Die Großelternpersonen negieren also zunächst das Enkelkind, während sie mit den jugendlichen Eltern ver-

stärkt autoritär verfahren: Widerstand gegen eine Verbindung des jungen Paares, Heiratsverbot, Verpflichtung zur Berufsausbildung usw. Kommt es dann zur zweiten Schwangerschaft, wird Heiratserlaubnis erteilt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt übernimmt eine Großmutter das erstgeborene Kind, wie zum Ersatz für die Tochter oder den Sohn. Obwohl zwischen Großmutter und junger Mutter heftige Konflikte toben, wird das Kind ihrer Obhut übergeben, sei es, um das Kind den negativen Erfahrungen preiszugeben, die seine junge Mutter mit ihrer Mutter durchstanden hat, sei es um bisher nicht erfahrene Fürsorge mittels des Kindes zu mobilisieren und anstehende Trennungsbedrohungen zu verschieben. Das Kind als Lückenbüßer dämpft die Verlassenheitsängste der Großmutter und der Mutter, je nach Bedarf.

Das Kind, das im Machtbereich von Großmutter oder beiden Großeltern lebt, lernt als erstes, daß seine Eltern noch zu unreif sind, um seine Eltern sein zu können, daß es ohne Großmutter im Heim leben müßte, auch wenn die junge Mutter mit einem Stiefvater und jüngeren Geschwistern gleich nebenan wohnt. Oft weiß ein Kleinkind von seinem Vater nicht mehr, als daß die Großmutter ihn holen wird, wie den „schwarzen Mann“, um das böse Kind zu verhauen.

Die großelterliche Erziehung ist in der Regel, wie das Material ergibt, mehr bedürfnisbestimmt als kindorientiert und außerdem vom Bewußtsein einer vorläufigen und deshalb nicht vollverantwortlichen Sorge getragen. Ähnlich wie Adoptiveltern leben Großelternpersonen in der Vorstellung, daß ihnen das Kind von den richtigen Eltern eines Tages geraubt werden wird. Wie schlechte Adoptiveltern entwerten sie die richtigen Eltern in den Augen des Kindes, in der Hoffnung, dadurch ein paar Jahre mehr mit dem Kind zu gewinnen. Da es letztlich jedoch immer wieder weniger um das Kind geht, als um die Ablösungsproblematik der großelterlichen Mutter und der Kindsmutter, kann es im Rahmen dieser Auseinandersetzung ebenso schnell zum abrupten Verstoß des Enkels kommen, wie zum Kindesraub, wobei Großelternpersonen weder die Haustür der leiblichen Eltern noch die von Pflegeeltern oder Heimen respektieren. Das geraubte Kind wird dann mit undisziplinierten Wiedergutmachungsbemühungen überschüttet, die selten ihm persönlich gelten.

Zu Grenzüberschreitungen kommt es nicht nur in Zusammenhang mit Kindesraub und durch Irreführung des Kindes über die Identität von Eltern, Geschwistern und Großeltern, die sich „Mama“ und „Papa“ nennen lassen und nach Belieben den Vornamen des Kindes ändern, sondern vor allem im Intimitätsbereich des Kindes. Großmütter, Großväter und Stiefgroßväter verzichten zumeist auf die bei den eigenen Kindern praktizierten Erziehungsprinzipien. Während jugendliche Mütter und Väter in ihrer Hilflosigkeit ihre nachgeborenen Kinder auffällig häufig in drastischer Großelternmanier traktieren, besteht bei den Großelternpersonen selbst eher die Tendenz, sich über die Unarten ihres Enkels zu amüsieren. Der Enkel darf, ja soll bei der Großmutter im Bett schlafen, an keinem Ort mag sie auf seine Anwesenheit

verzichten. Eine Großmutter formuliert das so: „Ich wollte endlich mal das Leben mit einem Kind genießen und mich nicht sorgen müssen, was aus ihm wird.“ Den Kindern droht somit die Gefahr, zur Puppe von Großelternpersonen zu werden; dazu ein Beispiel:

Die sechsjährige Miriam war nach ihrer Geburt zunächst im Heim und wurde dann vier Jahre von der Großmutter vs. versorgt. Nachdem Miriams Mutter verschiedene Beziehungen zu anderen Männern aufgenommen hatte, fühlte sich die Großmutter für ihren Sohn so gekränkt, daß sie das Kind nicht mehr betreuen wollte. Miriam kam zur Großmutter ms. und dem Stiefgroßvater, hatte keinen Kontakt mehr zum Vater und auch nur halbjährlich zur Mutter.

Wie sich herausstellte, hatte Miriams Mutter mit vier Jahren den Vater durch einen Unfall verloren und war, wie sie sagt, voller Haß gegen Mutter und Stiefvater aufgewachsen. Der Stiefvater habe – mit Billigung der Mutter – seinen Stieftöchtern sexuell nachgestellt. Kurz vor der Schwangerschaft mit Miriam hatte Miriams Mutter den Stiefvater deswegen angezeigt, dann aber ihre Aussage widerrufen. Noch in Unkenntnis dieser Vorgeschichte legte Miriams Sceno-Spiel anlässlich des Ambulanzkontaktes gewohnheitsmäßige erotische Praktiken mit dem Stiefgroßvater nahe, was sich dann auch bestätigte.

Die Hinweise zu Miriams Geschichte zeigen – neben dem drastischen Mangel an Respekt für das Kind – die Wirksamkeit des Wiederholungszwangs im Generationenverbund. Miriam verliert im gleichen Alter, in dem der Vater ihrer Mutter starb, den Vater und innerlich auch die Mutter, die ihr Kind einer Gefährdung aussetzt, der sie selbst preisgegeben war. Die mütterliche Ambivalenz zum Stiefgroßvater wird mittels Miriam noch einmal ausagiert.

Von vier weiteren kleinen Mädchen der Untersuchungsgruppe ist als gesichert anzunehmen, daß sie vom Großvater, dem Onkel und dem Stiefvater sexuell benutzt worden waren. Diese Vorkommnisse gehören jeweils in den Kontext des unzertrennlichen Verwandtenbundes, in dem z.B. bereits zwischen Vater und Lieblingstochter eine inzestuös betonte Verbindung besteht. Zu einer manifesten inzestuösen Handlung kommt es dann zwischen Großvater und Enkelin.

Trotz der besonderen Gefahr für die Kinder, allseits zum Objekt ausagierter Phantasien zu werden, entwickeln sie selbstverständlich zu Vätern und Müttern der älteren Generation wichtige, oft die einzig konstanten Beziehungen. Der plötzliche Verlust, einer über einige Zeit gelebten Gemeinschaft mit einer Großmutter, wirkt sich besonders schwerwiegend in der frühen Adoleszenz aus. Suicidversuche am um Jahre zurückliegenden Todestag der Großmutter oder des Großvaters sind häufig Vorstellungsanlaß. Oft führt das zu den leiblichen Eltern verpflanzte Kind eine stumme Union mit der verlorenen Großelternperson der frühen Kindheit weiter und bleibt innerlich unnahbar für seine Eltern und Geschwister, die sich wie verschreckte Kinder gegen die Depression des Erstgeborenen zusammenscharen.

Im Zusammenhang mit der fatalen Außenseiter- und zugleich Bedarfsrolle, die das Kind adoleszenter Eltern im Generationenverbund in der Regel innehat, bilden

sich im einzelnen nicht nur enge Beziehungen zwischen einer Großelternperson und Kind aus. Es kommt im Laufe der Jahre auch zu stabilen und dann relativ starren Mehrpersonenbündnissen, die unabhängig von veränderten äußeren Umständen weiterwirken. Charakteristisch für diese Bündnisse ist, daß keine echten triadischen Beziehungen entwickelbar sind:

a) Die Großmutter-Mutter-Kind-Union, die den „Anna-selbdritt“-Bildern vergleichbar ist. Das Kind als der Delegierte der beiden Mütter tut alles um diese Dreier-Union gegen männlich-väterliche Erweiterung zu verteidigen. Die Kraft des Bündnisses bleibt unbetroffen davon, ob die Mutter mit einem Mann zusammenlebt und weitere Kinder geboren hat. Schwerste autodestruktive Entwicklungskomplikationen werden beim Kind spätestens zu Beginn der adoleszenten Krise offenbar, denn es darf keine Trennung der Dreierheit geben.

b) Großeltern und jugendliche Eltern bilden – nicht unbedingt unter einem Dach – ein in sich ungetrenntes Elternkonglomerat um das gemeinsame besondere Kind. Die nachgeborenen Geschwister können sich demgegenüber eindeutiger als die Kinder ihrer Eltern abgrenzen, während das Erstgeborene nicht selten in der Phantasie aufwächst, der Vater sei sein Onkel oder sein Stiefvater. Werden keine Geschwister geboren, besteht die Neigung, in enger Symbiose zu verharren, wie folgendes, psychopathologisch besonders auffälliges Beispiel zeigt:

Monika, 12 Jahre alt, wird wegen einer Colitis ulcerosa vorgestellt. Sie wurde geboren, als ihre Eltern knapp 16 Jahre alt waren. Die jungen Eltern sind seit ihrer Kleinkindzeit wie Geschwister miteinander aufgewachsen, ihre Familien leben Haus an Haus. Als Monikas Mutter, Lieblingstochter ihres Vaters, schwanger wird, gibt der werdende Großvater seine seit Jahren erwogenen Scheidungsabsichten auf. Die Enkelin wird auf den Namen der Frau getauft, deretwegen der Großvater seine Familie hatte verlassen wollen. Die kleine Monika wird von den Familien ihrer beiden Eltern wie ein Friedensengel betrachtet. Ein Jahr später erleidet Monikas Mutter eine Fehlgeburt und entwickelt danach eine schwere konversionshysterische Symptomatik. Ihre Erstickungsängste beim Essen können nur durch die Anwesenheit Monikas gemildert werden, von der die Mutter sagt: „Sie ist meine andere Hälfte – ich muß sie immer atmen hören.“ Durch Jahre wird Monika immer wieder auf ein Geschwisterchen vorbereitet, aber der ersten folgen vier weitere Fehlgeburten. Als Monika elf Jahre alt ist, ziehen sie und ihre Eltern aus beruflichen Gründen des Vaters von den zwei Großelternpaaren weg. Am Umzugstag erleidet der Großvater ms. einen Schlaganfall. Drei Tage nach dem Umzug setzt die Colitis-symptomatik Monikas, bis dahin ein angeblich gesundes Kind, ein, während die Erstickungszustände der Mutter wie durch ein Wunder verschwunden sind.

c) Mütter – weit seltener Väter – begründen nach wechselvollen Beziehungsereignissen und Enttäuschungen zusammen mit ihrem Erstgeborenen ein exklusives Zweierbündnis, aus dem auch die nachgeborenen Geschwister ausgeschlossen sind. In der Phantasie von Mutter und Kind existiert ein idealisierter oder verfolgender Dritter, in der Realität scheitern individuelle Beziehungsversuche, weil sie das Bündnis gefährden. Die intensiven

Erwartungen und illusionären Ansprüche, die Mutter und Kind oder Vater und Kind miteinander verbinden, können schwer aufgegeben werden bzw. entidealisiert werden. Da andererseits das Kind und der erwachsene Bündnispartner beständig in ihren Ansprüchen aneinander enttäuscht werden, besteht ein hohes Maß an Aggressivität und Selbstdestruktivität. Die ödipale Überforderungssituation, der insbesondere die Söhne alleinlebender Mütter ausgesetzt sind, trägt zu konflikthafter Beunruhigung und schließlich zu einer generellen Verweigerungshaltung – z. B. auch Kapitulation vor Schulanforderungen – bei, weil sich die Kinder nur als Erwachsene und in ihrer Eigenschaft als Partner- oder Vaterersatz von der Mutter akzeptiert fühlen. Dieses partielle und unemphatische Interesse der Mutter ist für den Lückenbüßer dann oft die einzig sichere Gewähr für seine Existenzberechtigung.

Auch Mutter-Tochter-Bündnisse sind von mütterlichen Parentifizierungserwartungen geprägt. Um z. B. den Ruf ihrer Mutter zu verteidigen, schlägt die 14jährige Cornelia eine Klassenkameradin so zusammen, daß sie wegen Körperverletzung angezeigt wird. Cornelias Mutter droht daraufhin mit Heimeinweisung, was zur Folge hat, daß Cornelia in suicidalen Absicht aus dem Fenster springt. Cornelias Mutter kann sich im einzelnen nicht mehr erinnern, in wie vielen Pflegestellen sie die Tochter untergebracht hatte, bevor sie vor fünf Jahren mit ihr ein ganz neues Leben beginnen wollte.

Der Versuch eines Neubeginns von Müttern zusammen mit der bis dahin unbekanntem Tochter ist häufig anzutreffen. Er hängt selbstverständlich auch von äußeren Umständen, wie beruflicher Stabilisierung der Mutter ab. Zumeist schließt dieser Neubeginn den Vorsatz der Mutter ein, endgültig auf heterosexuelle Liebesbeziehungen zu verzichten. Es ist dann die Tochter, die die delegierten verbotenen Wünsche der Mutter ausagiert. Im Konfliktfall distanzieren sich die Mutter von der Tochter, weil das Kind vorrangig als negativer Selbstanteil erlebt wird. Eine Mutter präzisiert: „Ich kann es nicht ertragen, daß so ein Schrott wie ich nochmal rumläuft.“ Die Mutter kann aber auch die Rolle einer schweigenden Teilhaberin ihrer auf die Tochter externalisierten Wünsche übernehmen, indem sie z. B. ein inzestuöses Verhältnis zwischen ihrem ehemaligen Freund und der Tochter inszeniert und fortbestehen läßt.

3.4 Die Geschwisterbeziehungen der Kinder

Im Vergleich zur Beziehung mit den Eltern sind allgemein unter Geschwistern aktivere und gefahrlosere Auseinandersetzungen möglich, die zur Individuierung beitragen. Ist die Beziehung zu den Eltern ohnehin problematisch, wird die Geschwisterbeziehung zu einer um so wichtigeren, kompensierenden Erfahrung und kann immer als ein prognostisch günstiges Zeichen bei einer schwierigen Kindheitsentwicklung gewertet werden. Den Kindern adoleszenter Eltern ist dagegen in der Regel nicht nur diese kompensatorische Liebesmöglichkeit ver-

schlossen. Die Tatsache, Geschwister zu haben, wird für sie oft zu einer zusätzlich traumatisierenden Erfahrung, weil das Geschwister unerreichbar bleibt und die diffuse Feindvorstellung, die die Person der jüngeren Geschwister umgibt, nicht mittels Unterstützung der beteiligten Erwachsenen abgebaut werden kann. Man muß sich dazu vergegenwärtigen, daß die meisten dieser Kinder nicht auf die Geburt eines Geschwisters vorbereitet wurden. Sie erfahren meistens erst Jahre später, daß sie überhaupt Geschwister haben. Während das Erstgeborene im Heim, bei Großeltern oder Pflegeeltern lebt, wächst das zweitgeborene Kind ungleich häufiger bei Mutter und Vater oder Stiefvater auf. Soweit dieses zweite Kind zur Stabilisierung einer Paarbeziehung und sozialen Verselbständigung beider Eltern beiträgt, wird ihm die Rolle eines Erstgeborenen zuerkannt, weil es das erste legitime, erlaubte Kind ist. Bis für das verbotene Erstgeborene das Problem einer möglichen Teilhabe an der durch das zweite Kind gegründeten Familienkonstellation endlich gelöst werden kann, können bereits mehrere Geschwister geboren sein, die nun eine gewisse Einheit untereinander bilden, was den Start des Familienneulings nicht erleichtert. Ein besonders konfliktreiches Beispiel ist Robert:

Als Roberts 17jährige Mutter mit ihm schwanger war, hatte sie vergeblich versucht, ihn mittels Salzlösungen abzutreiben. Die verwitwete Großmutter ms. hatte dann versprochen, Robert aufzuziehen. Roberts Vater gilt als unbekannt, obwohl die Mutter gegen ihn Unterhaltsklage geführt hat. Als Robert vier Jahre alt ist, wird er der Großmutter durch Mutter und Stiefvater in einer Nacht- und Nebel-Aktion geraubt. Zwischen Robert und seinem eineinhalb Jahre jüngeren Stiefbruder kommt es bald zu heftigen Konflikten. Robert wird deswegen ein halbes Jahr später zur Großmutter zurückgeschickt, die es daraufhin nicht unterlassen kann, Robert über die Verzweiflungstaten seiner Mutter während der Schwangerschaft mit ihm aufzuklären. Vier Jahre später kommt Robert mit Unterstützung eines zweiten Stiefvaters erneut in die Familie der Mutter. Wenige Tage später wird der Stiefbruder beim Ballspiel mit Robert von einem Auto überfahren und ist seitdem schwerbehindert. Das Unfallereignis hat zur Akzentuierung von Roberts Außenseiterrolle in der Familie beigetragen. Mit heute 15 Jahren ist Robert infolge seines neurotischen Strafbedürfnisses in eine Serie delinquenter Handlungen verstrickt.

Sind die untersuchten Kinder Einzelkinder, was für 20 Prozent der Stichprobe zutrifft, bestehen wiederum spezifische Probleme, die das Mutter-Kind-Verhältnis belasten, wie Monikas Beispiel zeigt. Acht junge Mütter haben sich in unbewußt selbstbestrafender Absicht nach der Geburt des unzeitigen Erstgeborenen sterilisieren lassen, noch häufiger wurde die nachfolgende Schwangerschaft abgebrochen. Zum Teil haben die Kinder von diesen Vorgängen Kenntnis, auch weil sie Projektionsschild mütterlicher Schuldgefühle werden und die Mutter bei späterem Kinderwunsch zu entdecken glaubt, das falsche Kind geboren zu haben. Die zehnjährige Tanja sieht das so: „Die Mama hat sich operieren lassen, damit ihr nicht nochmal so was passiert wie mit mir. Aber jetzt wollen sie sich scheiden lassen, weil meine Mama keine Kinder mehr kriegen kann, auch nicht mit künstlicher Befruchtung.“ Für Tanja wird aufgrund dieser Situation die

Fragwürdigkeit, ja Unerlaubtheit der eigenen Existenz aktualisiert.

Vom Gefühl, unerlaubt zu existieren, sind sieben Kinder besonders betroffen, die sogenannte Ersatzkinder sind (vgl. Cain 1964). Vor der Geburt dieser Kinder hatten die betreffenden Mütter im Alter von 15 und 16 Jahren eine Totgeburt, Fehlgeburt und zweimal eine legale Abtreibung erlebt. Der erfahrene Verlust hatte offenbar traumatische Bedeutung. Die jungen Mütter wurden kurz danach mit einem anderen Partner erneut schwanger. Die sieben nachgeborenen Kinder galten zwar als ausgesprochene Wunschkinder, aber die Mütter waren nicht in der Lage, sich diesen Kindern emotional zuzuwenden. Die Wunschkinder sind für ihre Mütter ganz besonders zerstörerische Fremdlinge geblieben.

Wegen der Bedeutung der Geschwisterproblematik bin ich dieser Frage noch aus einer anderen Perspektive nachgegangen. Ich habe diejenigen Krankengeschichten von Kindern durchgesehen, deren Mütter beim ersten Kind jünger als 18 Jahre alt waren, die Patienten jedoch nicht die erstgeborenen, sondern die zweit- und drittgeborenen Kinder der Mutter sind. Es stellte sich heraus, daß die Entwicklungsproblematik dieser nachgeborenen Kinder wiederkehrend vom Tabu gezeichnet war, mit dem das erstgeborene, z. B. adoptierte, bei der Großmutter oder im Heim lebende Kind umgeben worden ist. Die belastenden Konsequenzen des Geschwisterentzugs sind also zweiseitig. Darüber hinaus wurde zusätzlich ersichtlich, daß die Beziehung der Mutter zum nachgeborenen Kind im einzelnen von den Erfahrungen mit dem Erstgeborenen nachhaltig berührt sein kann. So besteht z. B. eine Mutter auf der Sterilisation ihrer zweitgeborenen geistig behinderten 12jährigen Tochter, weil sie eine frühe Schwangerschaft befürchtet.

3.5 Zum psychischen Befund der Kinder

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zum Alter der Kinder bei der Klinikvorstellung.

Tab. 2: Alters- und Geschlechterverteilung der untersuchten Stichprobe

Mädchen	N = 40	Jungen	N = 57
3- 5 Jahre	2	1- 5 Jahre	1
5-10 Jahre	3	5-10 Jahre	14
10-13 Jahre	16	10-13 Jahre	24
13-19 Jahre	19	13-19 Jahre	18

Die meisten Kinder und Jugendlichen beiderlei Geschlechts befinden sich im Entwicklungsabschnitt der Praepubertät und Pubertät. Außerdem wurden im Vergleich zu den Mädchen fast fünfmal häufiger Jungen im Alter zwischen 5 und 10 Jahren vorgestellt. Die Überzahl männlicher Kinder in dieser Altersgruppe ist vor allem auf den vielfachen Vatermangel und die hieraus erwachsenen Entwicklungskomplikationen zurückzuführen.

Wie schon erwähnt, kommen nur 25 Prozent der Kinder der Stichprobe aus einer vollständigen Primärfamilie. Deutlich unterscheiden sich die untersuchten Kinder von den übrigen Pa-

tienten, auch hinsichtlich der Häufigkeit von Mißhandlungsergebnissen und widerfahrenen inzestuösen Übergriffen durch einen männlichen Erwachsenen des Verwandtenverbands. 10 Prozent der Kinder sind körperlich mißhandelt worden, gegenüber 4 Prozent bei den übrigen Ambulanzpatienten. 7 Prozent der Kinder waren sexuell mißbraucht worden; es handelt sich um Mädchen zwischen 3 und 15 Jahren und einem 16jährigen Jungen, der regelmäßig Geschlechtsverkehr mit der Mutter und seinem Stiefvater hatte.

Im Vergleich zu den sonstigen Ambulanzpatienten wurden bei den Kindern der Stichprobe wesentlich häufiger psychosomatische Störungen und depressive Entwicklungen gefunden. Trotz des bekannten, höheren perinatalen Risikos der Kindern adoleszenter Mütter sind die untersuchten Kinder im Vergleich zu den übrigen Ambulanzpatienten nicht häufiger, aber immerhin zu 13 Prozent von einer leichteren frühkindlichen Hirnschädigung betroffen.

Ich möchte im folgenden nicht näher auf die symptomatischen Auffälligkeiten der Kinder eingehen, sondern die Gesichtspunkte hervorheben, die mir für ihre Entwicklungsproblematik bezeichnend erscheinen. Die meisten Kinder haben eine gestörte Separations-Individualisations-Phase durchlaufen. Dementsprechend ist die Persönlichkeitsentwicklung durch frühkindliche Traumatisierungen im Bereich der Ich-Entwicklung und Objektbeziehungsfähigkeit mehr oder weniger beeinträchtigt. Allerdings haben die Kinder im Verlauf ihrer wechselnden Beziehungskonstellationen auch partiell gute Erfahrungen machen können und verfügen von daher über psychische Ressourcen für eine gewisse Sublimierungsfähigkeit. Die Mehrzahl der Kinder ist jedoch von unbewältigten Trennungsängsten und einer schwer aufhebbar ambivalenten Beziehung zu den Primärobjekten beherrscht. Die vorbehaltsreiche Gefühlswidersprüchlichkeit, auf die die Kinder bei Mutter, Vater, Großeltern und Pflegeeltern treffen, trägt zur Fortdauer und Verstärkung dieser Ambivalenz bei. Selbstwertdefizite, Identitätsstörungen – auch im sexuellen Bereich –, Verwirrung zur Generationenzugehörigkeit und zum Dunkel der eigenen Herkunft bestimmen das Selbstkonzept und das Selbsterleben der Kinder.

Zum Schutz illegitimer Kinder, insbesondere aus besserem Hause, hatte Kaiser Franz Joseph 1862 eine Verfügung erlassen, die es Schwangeren erlaubte, unter Geheimhaltung ihres Namens gegen ein Entgelt an der niederösterreichischen Landesgebäranstalt unter einer Maske zu entbinden. Niemand durfte nach Namen und Herkunft der Mutter fragen, und dem Kind konnte ein beliebiger Name gegeben werden; die Einrichtung existierte noch 1910 (vgl. Winter 1910).

Dieses Bild – die Mutter unter der Maske – veranschaulicht die vorherrschende Schwierigkeit der meisten untersuchten Kinder in bezug auf die Wahrnehmung und die Identifizierbarkeit der Mutter und des eigenen Selbst. Bei oft überdurchschnittlichen Fähigkeiten der Kinder, sich in zwischenmenschliche Situationen einzufühlen, besteht gleichzeitig eine große Angst und Gehemmtheit, übergreifende Zusammenhänge zu erfassen. Diese Wahrnehmungsängste sind mit Todes- und Vernichtungsvorstellungen verbunden. Denn in jedem Entwicklungsalter

sind die Phantasien zur tabuisierten, quasi verbotenen Herkunft, mit der Vorstellung, ungeliebt und ungeschützt zu sein, eng verknüpft. Auseinandersetzungen werden gemieden, um aggressive Regungen unter Kontrolle halten zu können. Die Kinder wagen es nicht, das Gesicht der Mutter unter der Maske zu entdecken, ebenso wenig wie ein fragloses Zutrauen zu anderen Bezugspersonen besteht. Das Grundgefühl, nicht geliebt zu sein, also nichts wert zu sein, sich als Person immer nur partiell Geltung verschaffen zu können, die Angst, Abneigung zu entdecken und der Rolle des Lückenbüßers nicht gerecht zu werden, zwingt die Kinder ihrerseits, eine Maske zu tragen; zum Schutz vor weiterer narzißtischer Verletzung und um das negative Selbstgefühl zu verhüllen.

Zu einer häufigen Abwehrleistung gegen das Überschwemmtwerden von depressiven und selbstdestruktiven Gefühlen gehört die Ausbildung einer frühen Autonomie bzw. Pseudoautonomie zur Verteidigung gegen eine unberechenbare Umwelt. Mit den vielfachen psychosomatischen Symptomen kommt es zur stummen Konfliktdarstellung. Andere Kinder entwickeln die Überlebensstrategie eines überangepaßten, falschen Selbst, von kleinauf bemüht, die widerfahrene Schutzlosigkeit in eine Beschützerrolle umzukehren.

Die kindlichen Stabilisierungsbemühungen zwischen Selbstenttäuschung und Selbstüberschätzung scheitern spätestens in den Pubertätsjahren. Oft zusätzlich aktualisiert durch neuerliche Veränderungen des Beziehungsmilieus, kommt es zu depressiven Zusammenbrüchen. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen beider Geschlechter aus der Altersgruppe der 13- bis 18jährigen haben einen oder mehrere Suicidversuche unternommen; fast ausnahmslos handelt es sich um Kinder von Müttern mit Objektverlust in der Kindheit. Vier von insgesamt 40 Mädchen der Untersuchungsgruppe sind mit 15 Jahren schwanger und wollen abtreiben lassen.

Überblickt man die klinischen Befunde der Kinder insgesamt, dann fällt eine allgemein vorhandene und bezeichnende basale Unsicherheit auf, die als Residualtrauma bis in die Adoleszenz fortwirkt. Es ist die stumme Frage nach den wahren Eltern. Im Laufe der kindlichen Entwicklung haben in der Regel wechselnde Bezugspersonen Mutter- und Vater-Rolle übernommen und auch wieder abgegeben, zumeist ohne zureichende Berücksichtigung der Trennungsqualen und der Konfusion, in die die Kinder dadurch geraten waren. Trauer konnte nicht zugelassen werden. Im allgemeinen fehlte den Kindern nicht nur eine Auseinandersetzungsmöglichkeit mit der Vergeheimnisung ihrer Herkunft, sondern auch zur aufgespaltenen Zugehörigkeit als Kind der Großeltern, der Mutter, beider Eltern, der Mutter und eines Stiefvaters usw. Mit der widerfahrenen Umverpflanzung – mal mit, dann wieder ohne Geschwister – waren die Kinder jedes Mal einem Angriff auf eine gegebene und plötzlich entwertete Ordnung ausgesetzt.

Darüber hinaus haben die Kinder zudem ein wichtiges Element elterlicher Fürsorge verloren. Ich meine die gefühlsmäßige Anteilnahme und Unterstützung für das

psychische Wachsen des Kindes. Es zeigte sich immer wieder, daß z. B. Eltern, die ihr Kind nach Jahren von der Großmutter geholt hatten, nicht in der Lage waren zu realisieren, daß dieses Kind inzwischen 12 Jahre alt war. Entsetzt stellt eine Mutter bei ihrer pubertierenden Tochter „wachsende Tumore“ im Brustbereich fest. Ähnlich waren Großmütter gewohnt, ihren 15jährigen Enkel noch immer mehr als ein Kleinkind anzusehen und ganz erschüttert über seine sie beleidigenden Intimitätsansprüche. Es ist anzunehmen, daß die allgemeine Generationenkonfusion und die Stagnierung eigenständiger Entwicklung bei den Erwachsenen zu einem Defizit an Sinn für psychisches Wachstum beiträgt. Dieser Umstand und die verbreitete Unfähigkeit zur Konfliktverarbeitung im Umkreis der Kinder dürfte wahrscheinlich auch zur Vielzahl ihrer psychosomatischen Auffälligkeiten beitragen.

Die basale Unsicherheit in bezug auf ihren Platz in der Welt, d. h. ihre ungesicherte Position innerhalb einer Vergangenheit und Zukunft integrierenden Ordnung mit identifizierbaren Mutter- und Vaterfiguren setzt die Kinder adoleszenter Eltern spätestens im Latenzalter einer intrapsychischen Konfliktsituation aus, wie sie von Adoptivkindern bekannt ist. Das spezifische Adoptivkindproblem ergibt sich daraus, daß das Kind real zwei Elternpaare hat und meistens, ohne seine Herkunft genau zu kennen, in der Vorstellung aufwächst, von den leiblichen Eltern ausgesetzt worden zu sein. Im Latenzalter stehen dem Kind aus einer regulären Primärfamilie im Vergleich zum Adoptivkind grundsätzlich andere Möglichkeiten der Konfliktbewältigung mit den Eltern zur Verfügung. In bedrängten Situationen wendet sich dieses Kind typischen Familienroman-Phantasien zu, schöpft daraus Trost, narzißtische Wiederherstellung, entwickelt Alternativen, gewinnt Distanz und eine gewisse Eigenständigkeit zu den realen Eltern und Geschwistern. Im Unterschied dazu ist das innere Bild imaginierbarer Familienromaneltern beim Adoptivkind und beim Kind adoleszenter Eltern von der Gewißheit besetzt, tatsächlich irgendwo reale Eltern und Geschwister zu haben. Dementsprechend gibt es für Adoptivkinder und ähnlich auch für die Kinder adoleszenter Eltern keinen konfliktfreien Phantasieraum, der erlaubt, sich innerlich von den Erfahrungen mit den wirklichen Elternpersonen phantasierend in einer narzißtisch erhebenden, idealeren Familienwelt zu erholen. Sie können keinen Gebrauch von der Familienromanphantasie als einem konfliktfreien seelischen Prozeß machen. Denn nichts kann über den negativen Affekt hinwegtäuschen, daß es, nicht in der Phantasie, sondern in der Wirklichkeit, Elternpersonen und Geschwister gibt, die das Kind aus unerfindlichem Grund ablehnen. Dazu kommt, daß z. B. die großelterlichen Ersatzeltern der Kinder adoleszenter Eltern – ganz ähnlich wie Adoptiveltern – diesen besonderen Schmerz des abgelehnten Kindes nicht zureichend nachvollziehen können. Die Kinder adoleszenter Eltern haben es im allgemeinen sogar schwerer als Adoptivkinder, das Problem der mehrfachen Elternschaft zu bewältigen, weil die echten und die Ersatzeltern ständig interagieren und in ihrer Funktion wechseln. Dementspre-

chend ergeben sich für die Kinder im Verlauf der adoleszenten Krise auch besonders schwierige Ablösungsprobleme. Darüber hinaus gibt es weitere Umstände, die den Gebrauch der Phantasie als Voraussetzung für Sublimierungsprozesse bei einer ganzen Reihe von Kindern spezifisch blockieren. Betroffen sind besonders diejenigen weiblichen Kinder, denen im Rahmen des entgrenzten Generationendurcheinanders reale inzestuöse Erfahrungen aufgezwungen wurden. Es ist für die weibliche Entwicklung selbstverständlich von großer Bedeutung, ob das kleine Mädchen phantasiert, von einer Vaterfigur sexuell begehrt zu werden, oder diese Phantasie zur Wirklichkeit gemacht wird. Die konkrete Erfahrung schränkt die Weiterentwicklung von Wünschen und ihre Sublimierungsmöglichkeit ein.

Insgesamt ergibt sich zur individuellen Entwicklung der untersuchten Kinder, daß die spezifischen Umstände der Geburt das Risiko einer spezifischen Einschränkung der Phantasietätigkeit in sich trägt. Darüber hinaus besteht im Hinblick auf die Wahrnehmungsgänge zum Gesicht der „Mutter unter der Maske“ eine allgemeine psychische Gehemmtheit, Gefühle und Konflikte wahrzunehmen und psychisch zu verarbeiten. Balzac, ungewolltes Kind einer jungen Mutter, schreibt: „Da ich immerzu neues Leiden erwartete, so wie Märtyrer den nächsten Schlag erwarten, drückte mein Wesen eine traurige Resignation aus, unter der alle Anmut und Lebhaftigkeit des Kindes erstickt waren. Meine Haltung wurde als Zeichen von Idiotie gedeutet und rechtfertigte die düsteren Voraussagungen meiner Mutter“ (zitiert nach *Frijling-Schreuder* 1964). Balzac soll ein dicker, langweiliger Junge gewesen sein, der dann in der Pubertät magersüchtig wurde.

4 Schlußbemerkung

Die vielschichtigen Entwicklungsprobleme, in die die untersuchten Kinder adoleszenter Eltern geraten sind, verdeutlichen das psychische und soziale Risiko, das sich aus ihrer unzeitgemäßen Geburt ergeben hat. Manches spricht für die Annahme, daß auch die Kinder adoleszenter Eltern einer Normalpopulation vergleichbaren Beziehungs- und Individuierungsschwierigkeiten ausgesetzt sind. Sicher gibt es zahlreiche Erscheinungsformen von Kindesvernachlässigung, die auf mangelnde elterliche Kompetenz und materielle Schwierigkeiten zurückzuführen sind. Die Vernachlässigung, die den Kindern adoleszenter Eltern widerfahren ist, beinhaltet jedoch einige spezifische Züge. Es handelt sich nicht schlicht um ein ungewolltes, überflüssiges Kind, das im 18. Jahrhundert vermutlich bereits im ersten Lebensjahr im Findelhaus gestorben wäre.

Am Beispiel der skizzierten kindlichen Entwicklungsumstände wird vielmehr erkennbar, daß das Kind zunächst im Zusammenhang mit seiner unzeitgemäßen Zeugung eine psychodynamisch gesehen wichtige Bedeutung – zumindest für die adoleszente Mutter – erfüllt und deshalb nicht verhütet, nicht abgetrieben, sondern geboren wird.

Erfahrungsgemäß durchleben die meisten Schwangeren unseres Kulturkreises in den ersten Schwangerschaftsmonaten eine sich allmählich auflösende Ambivalenz zur Schwangerschaft (*Bibring* 1959, *Kestenberg* 1977, *Molinski* 1972). Das Ungeborene wird zunehmend zum benennbaren Objekt. Im gegenteiligen Fall wird die Schwangerschaft lange verleugnet. Bei den jungen Müttern der untersuchten Kinder scheint die Ausformung der Beziehung zum aufwachsenden Kind der primären Ambivalenz der ersten Schwangerschaftsmonate zu entsprechen. Es sieht so aus, als setze sich im Leben des Kindes die ursprüngliche, phantasiedurchwirkte Unsicherheit der jungen Mutter zur Identität des Erzeugers und zur Realität des Kindes fort. Zu dieser Beeinträchtigung der Beziehung und ihrer mangelnden Entwickelbarkeit tragen viele innere und äußere Umstände bei: Die Trauer- und Trennungproblematik der adoleszenten Mutter, ihre Enttäuschungswut auf die Eltern, die sich gegen ihr Phantasiekind richtet, dessen Existenz ihre Entwicklung zur Mutter und liebenden Frau eher hemmt als fördert, und die materiellen Probleme; das allgemeine weibliche Dilemma in bezug auf die Aufteilung der Kräfte zwischen Arbeit und Mutterschaft trifft die Adolozentin noch weit härter als die erwachsene Frau. Ähnliches gilt für den adoleszenten Vater, der aus psychischen und materiellen Gründen schwer Vater sein kann. Die in jeder Hinsicht unselbständige Position der jungen Mutter bringt es mit sich, daß das Kind – nicht nur aus materiellen Gründen, sondern, wie ausgeführt – in seiner Funktion als Lückenbüßer und als Mittel, die adoleszente Entidealisierung aufzuhalten, zum Allgemeinbesitz, schlimmstenfalls zum Spielball verschiedener, miteinander verketteter Bezugspersonen wird, während seine Bedürfnisse schwer nachvollzogen werden können.

Die Nähe zur Mutter ist für das Kind nur während der Schwangerschaft gesichert. Mit der Geburt setzt eine, dem notwendigen Annäherungsprozeß entgegengerichtete Bewegung ein. Noch ungesicherter ist die Beziehungs- und Identifikationsmöglichkeit des Kindes mit dem Vater.

Die Lebensumstände der untersuchten Kinder zeigen, daß die Risiken zur psychischen Fehlentwicklung mit den familiären Problemen zusammenhängen, die zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes zur Lösung anstehen: Trauerarbeit bei vielfachen Objektverlusten und Ablösung von der Primärfamilie – bei Eltern und Jugendlichen – und damit Umorientierung in jeweils eigenständige, generationentypische Lebenszusammenhänge. Dieser Prozeß wird durch das vorzeitige Kind scheinbar provoziert, in Wirklichkeit aber angehalten.

Für die therapeutische und präventive Arbeit mit der Risikogruppe der Kinder adoleszenter Eltern scheint mir die Kenntnis und die Wirksamkeit der ungelösten bzw. chronischen Reifungskrise, in der die Bezugspersonen des Kindes aus zwei Generationen gefangen sind, von Belang. Der Einblick in die Entwicklungsumstände der untersuchten Kinder legt nahe, daß die beteiligten Erwachsenen, insbesondere auch die Eltern der Kinder, infolge ihrer Verfangenheit in Trennungsprobleme, Bin-

dungen erhalten bzw. herzustellen suchen, die primäre Trennungängste beschwichtigen. Demgegenüber scheint den adoleszenten Müttern der Bereich erotischer, heterosexueller Erfahrung, die zur Ablösungsfähigkeit von den Primärobjekten und zur gereiften Beziehung zum Kind beitragen, auch im Erwachsenenleben schwer zugänglich zu sein. Dieser Gesichtspunkt dürfte auch bei der Problematik der „Sozialamtmütterdynastien“ eine Rolle spielen.

Summary

The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents

Certain aspects of child development are presented here on the basis of a random psychiatric sample of 97 children and young people whose mothers were, on the average, 16½ years of age at the time of the child's birth. The fathers were only slightly older. The primary relationship of young parents to children born at this early age is endangered not only as a result of age itself and the related social limitations placed on assuming the role of parents. A further danger is the early object loss during puberty that characterizes the development of the young mothers and fathers. For the adolescent mother, the child often serves as a stand-in for the mother she has to do without and for the unmourned but lost father. The real relationship to the child is pervaded by an unavoidable ambivalence. Moreover, the child is passively caught up in the chronological detachment maneuvers of two generations. The child lacks a frame of reference that provides him with a secure sense of identity and is subject to variable as well as dangerously unbounded sympathy. Like the adopted child, the child of adolescent parents grows up with an uncertain sense of its right to exist; the child's origins frequently remain obscure and the possibility of adequate sibling relations is closed.

Literatur

Abelin, E. (1975): Some further observations and comments on the earliest role of the father. *Int. J. Psycho-Anal.* 56,

293–302. – *Badinter, E.* (1981): Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München. – *Berger, M.* (1987): Das verstörte Kind mit seiner Puppe. Zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 36, 108–117. – *Bibring, G.* (1959): Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 9–45. – *Black, C. / De Blassie, R. R.* (1985): Adolescent Pregnancy: Contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. *Adolescence* 20, 281–290. – *Bauers B. / Reich G. / Adam D.* (1986): Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35, 90–96. – *Cain, A. C. / Cain, B. S.* (1964): On replacing a Child. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 3, 443–456. – *Dührssen, A.* (1984): Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. *Z. Psm. Med.* 30, 18–42. – *Frijling-Schreuder, E.* (1964): Honoré De Balzac, ein gestörter Junge, der nicht behandelt wurde. *Psyche* 18, 606–615. – *Fthenakis, W. W.* (1985): Väter. Band 1 und 2, München. – *Heinsohn, G. / Steiger, O.* (1985): Die Vernichtung der weisen Frauen. *Herbstein.* – *Herzog, J. M.* (1980): Sleep disturbance and father-hunger in 18–20 month old boys. *The Erl König-Syndrome. The Psychoanalytic Study of the Child* 35, 219–236. – *Kestenberg, J.* (1977): Regression and reintegration in pregnancy: In: *Blum, H. P.* (Ed.): *Female psychology. Contemporary psychoanalytic views.* New York, 213–251. – *Mattejat, F.* (1986): Zur Bedeutung des Vaters in der Adoleszenz. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 14, 32–49. – *Molinski, H.* (1972): Die unbewußte Angst vor dem Kind. München. – *Nickman, S.* (1985): Losses in Adoption. *The Need for Dialogue. Psychoanalytic Study of the Child* 40, 365–398. – *Reich, G. / Bauers, B. / Adam, B.* (1986): Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35, 42–51. – *Remschmidt, H.* (Hg.) (1980): *Psychopathologie und kinderpsychiatrische Erkrankungen* Bern. – *Steffens, W.* (1986): Zur Psychodynamik der Vater-Tochter-Beziehung in der Adoleszenz. *Psychother. med. Psychol.* 36, 215–220. – *Shorter, E.* (1977): Die Geburt der modernen Familie. Reinbek. – *Wallerstein, J.* (1984): Die Bedeutung der Scheidung für die Kinder. In: *Steinhausen, C.* (Hg.): *Risikokinder.* Stuttgart, 107–122. – *Wienforth, J.* (1985): Suizidalität und Weitergabe von Todeserlebnissen in der Familie. *Zschr. psychosom. Med.* 31, 365–379. – *Winter, M.* (Hg.) (1910): *Ich suche meine Mutter. Die Jugendgeschichte eines „eingezahlten Kindes“.* München.

Anshr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Margarete Berger, Abt. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie der Univ. Freiburg, Hauptstr. 5, 7800 Freiburg.