

DAS KLEINKIND IM KINDERGARTEN

**Prof. Dr. Hubert Harbauer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt**

Psychische Gefährdungen und Verhaltensstörungen des Kleinkindes im Kindergartenalter

- I. Wesentliche psychophysische Entwicklungsvorgänge im Kindergartenalter
- II. Gefährdungen und Verhaltensstörungen im Kindergartenalter.
 1. Trotzphase
 2. "Nervosität" motorische Unruhe
 3. Kinderfehler, habituelle Handlungen
 - a) Daumenlutschen,
 - b) Nägelbeißen
 - c) Haareausreißen
 4. Schlafstörungen, Angsthaltungen
 - a) Schlafstörungen
 - b) Angsthaltungen
 5. Einnässen
 6. Einkoten
 7. Sexuelle Spielereien
 8. Sprachstörungen
 - a) Verzögerte Sprachentwicklung
 - b) Stammeln
 - c) Stottern
 - d) Poltern
 - e) Mutismus
 - f) Aphasien, Demens
 9. EBstörungen
 10. Spielstörungen
 11. Autistische Verhaltensweisen
 12. Unfallgefährdung, Körperbehinderung
 - a) Unfallgefährdung

b) Körperbehinderung

III. Schlußbemerkung

Hubert Harbauer

Psychische Gefährdungen und Verhaltensstörungen des
Kleinkindes im Kindergartenalter

I. Wesentliche psychophysische Entwicklungsvorgänge im
Kindergartenalter

Der Lebensabschnitt vom Ende des 3. Lebensjahres bis zum Eintritt in die Schule wird in unserem Kulturkreis meist Kindergartenalter genannt. Diese Zeitspanne verdient besondere Beachtung, weil in dieser Periode die Anpassungsfähigkeit des Kindes für die späteren Lebensjahre entscheidend mitbestimmt wird.

Die Qualität der Wechselbeziehungen zwischen Kindergartenkind und seiner Bezugsperson ist auch jetzt noch von erheblicher Bedeutung und führt im ungünstigen Fall zu teilweise bleibenden Fehlentwicklungen. Das Kind im Kindergartenalter soll aber auch zunehmend und allmählich fähig gemacht werden, in Abwesenheit der Mutter Beziehungen zu anderen Personen seiner Umwelt bzw. zu seiner Gruppe aufzunehmen. Die eigentliche Bezugsperson, im Idealfall die Mutter, darf aber trotzdem nur für kürzere Zeit dabei in den Hintergrund treten.

Vor allem bei den Kindern, die bisher als Einzelkinder aufwuchsen oder bereits Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, stellt der Kindergarten eine wertvolle Ergänzung der Familienbeziehung dar. Der Kindergarten muß aber in seiner Atmosphäre und seinen Inhalten familienähnlich geführt werden und darf noch keinen Schulcharakter tragen. Es sind kleine Gruppen erforderlich mit entsprechendem Inventar und Möbeln. Ergänzend zur häuslichen Gesundheitserziehung müssen dort Funktionen wie Händewaschen, Zähnebürsten und ähnliches fortgeführt bzw. noch intensiviert werden. Erfreulicherweise haben sich die Funktionen sogenannter Kinderbewahranstalten früherer Jahre geändert, weil mehr Spielfreude und Gruppenerleben in diese Einrichtungen eingezogen sind.

Stoffwechsel- und hormonelle Untersuchungen haben gezeigt, daß es nicht wie früher angenommen aus biologischer Sicht in dieser Lebensphase zu einer Cäsur, oder einem Umbruch kommt, einem Vorgang, der einmal auch als kleine oder „erste Pubertät“ bezeichnet wurde.

Die augenfälligsten Entwicklungsschritte der Menschwerdung, der Erwerb der Sprache, wenn auch noch in einer kindangepaßten Form und des aufrechten Ganges sollten bei Eintritt in das Kindergartenalter abgeschlossen sein.

Während das Längenwachstum des Kindes im 2. und 3. Lebensjahr etwa 10 cm jährlich beträgt, nimmt dieses in den folgenden Jahren bis etwa zum 7. Lebensjahr im Verhältnis zur Gewichtszunahme rascher zu. (Periode der ersten Streckung.) Eine zweite ähnliche Streckungsperiode läßt sich etwa um die Zeit der Vorpubertät registrieren.

Zur Beurteilung der allgemeinen körperlichen Entwicklung kann jetzt neben der Größen- und Gewichtszunahme auch die röntgenologische Kontrolle der Entwicklung der Knochenkerne herangezogen werden. Durch diese Untersuchung ist eine relativ exakte Aussage über den Stand der körperlichen Entwicklung möglich.

Durch die in den ersten Lebensjahren durchgeführten Schutzimpfungen gelang es die Rolle gefährlicher Infektionskrankheiten deutlich zu mindern, im Kindergartenalter ist es sinnvoll eine einmal erreichte Immunität gegen bestimmte Erkrankungen, vor allem gegen die Poliomyelitis, durch eine Nachimpfung zu intensivieren.

Im Kindergartenalter wird ein relativ steiler Abfall der Sterblichkeit beobachtet. Diese ist beim Säugling noch extrem hoch und geht danach kontinuierlich zurück, so daß sie zwischen dem 10. und dem 12. Lebensjahr die niedrigsten Werte innerhalb des menschlichen Lebens erreicht.

Die Möglichkeiten der Körperbeherrschung haben sich bei gesunden Kindern weiter entwickelt, so daß verständlicherweise durch die Tendenz die Umwelt zu er-

fahren und zu erkennen jetzt eine erhöhte Unfallgefahr besteht, weil Übersicht und ~~entsprechende~~ intellektuelle Steuerung im Hinblick auf Risiken noch nicht entsprechend entwickelt sind.

Das in jüngeren Jahren vorwiegend zerstörende Spiel wird jetzt zum Rollenspiel. Es überwiegt dabei die aufbauende Komponente, während die Ablenkbarkeit zurückgeht.

Die Schlafdauer des Kindes im Kindergartenalter wird meist überschätzt. Sie reduziert sich von etwa 13 - 14 Stunden bei Eintritt in das Kindergartenalter auf etwa 11 - 12 Stunden täglich im 5. und 6. Lebensjahr. Ein Mittagsschlaf ist dabei noch sinnvoll. Er sollte aber nicht zu lange ausgedehnt und ebenso nicht erzwungen werden.

Die Sprachentwicklung des Kindergartenkindes hat sich erheblich ausgedehnt, wobei die Entwicklungsabschnitte, in denen Stammeln oder Stottern als Durchgang noch physiologisch ^{sind} ist weitgehend abgeschlossen wurden. Das Wortverständnis eilt allerdings der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit im allgemeinen noch voraus. Der Wortschatz des Kindes im 4. Lebensjahr beträgt etwa 1 500 - 2 000 Worte.

Vorstufen einer sexuellen Entwicklung, das sogenannte "Vorlustsystem" lassen sich zunehmend erkennen.

Nach psychoanalytischer Meinung erlernt das Kind in dieser Lebensphase seine Geschlechtsrolle und Identität. Sie wird wegen der sexuellen Differenzierung auch genitale Phase genannt. Die sexuelle Rolle beginnt mit dem Erkennen, daß es zwei Geschlechter gibt, ein Vorgang, der durch die unterschiedliche Kleidung und durch verschiedenes Verhalten der Geschlechter gefördert wird. Dabei bleiben die Eltern die Hauptmodelle der männlichen und weiblichen Rolle..

Während sich so ein sexuelles Bewußtsein mehr und mehr entwickelt, wird der Knabe oder das Mädchen auch mit Problemen, die seine Position zu den Eltern an-

gehen konfrontiert. Unter tiefenpsychologischen Aspekten wird angenommen, daß es eine gewisse Zeitspanne lang ein Gefühl der Rivalität mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gibt, um die Zuneigung des anderen Elternteils zu erreichen. Diese Phase wird als ödipale Phase bezeichnet. Bei ungestörter Entwicklung löst sich dieser Konflikt wieder. Ein Fortbestehen der ödipalen Situation nach Ende dieser Entwicklungsspanne wird als abnorm angesehen. Die Vorformen sexueller Reifung provozieren wahrscheinlich auch biologisch positive Impulse für die gesamte spätere Persönlichkeitsentwicklung. Nicht selten wird im Kindergartenalter eine angebliche, besondere sexuelle Neugierde diagnostiziert. Das Interesse an den Genitalien der Geschwister oder Spielkameraden, vor allem des anderen Geschlechts ist normal und selbstverständlich. Treten jetzt Probleme auf, dann liegen meist vor der angeblich vermehrten Neugierde des Kindes für diesen Erlebnisbereich das betonte Verbot des Erwachsenen.

Unter sexualpädagogischen Aspekten sollte in Fortführung eines früher liegenden Erziehungsvorganges, der auf das Werden von Urvertrauen gerichtet und mit der Hautnähe, der Sprachmelodie der Umgebung, der Zärtlichkeit überhaupt gekoppelt ist, dem Kind dieser Altersstufe ein gelegentliches Zuhause-sein im elterlichen Bett, die Körperwärme naher Angehöriger, die "Kuscheligkeit" vieler Alltagssituationen weiter vermittelt werden. Kinder dürfen und sollen jetzt erfahren, daß es nicht nur Zärtlichkeit zwischen Eltern und Kindern, sondern auch zwischen ihren Elternpartnern gibt. Dies heißt unter sexualpädagogischen Überlegungen nicht ein Vorgehen zu praktizieren, wie es vor wenigen Jahren noch gelegentlich provoziert wurde, in dem Sinne, daß Eltern Sexualbeziehungen ihren Kindern "einfach vorgemacht haben". Erfahren Kinder in dieser Lebensspanne nicht dieses

zärtliche Klima, dann wird es schwer sein, ihnen etwa in der Vorpubertät durch Worte klar zu machen versuchen, daß der Geschlechtsverkehr nur selten der Fortpflanzung dient, sondern häufiger ein Instrument gespielter Zärtlichkeit ist. Erleben Kinder jetzt echte Partnerschaft zwischen ihren Eltern, dann vermögen sie auch ein Wissen um noch nicht intellektuell erfahrbare Dinge in ihre Gefühlswelt zu integrieren.

Das Angebot von Vorsorgeuntersuchungen wird in dieser Altersspanne noch nicht entsprechend wahrgenommen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat mit seinem präventiven und frühdiagnostischen Anliegen zum Kind im Kindergartenalter bisher keinen breiteren Zugang; er erreicht es erst zur Einschulungsuntersuchung. Die Einrichtungen der Kleinkinderfürsorge unterstehen im allgemeinen der Aufsicht von Jugendämtern, so daß von dort vor allem Schwerpunkte im pädagogischen Bereich gesetzt werden; ärztlich-psychologische Probleme bleiben aber erfahrungsgemäß dabei recht hintergründig.

II. Gefährdungen und Verhaltensstörungen im Kindergartenalter

1. Trotzphase

Das Durchlaufen der Trotzphase, etwa zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr, ist, soweit diese sich nicht durch ein Fehlverhalten der Umgebung verlängert, ein normaler Entwicklungsvorgang. Das erwachende Selbstwertgefühl steigert sich, das Kind wird sich seiner Fähigkeit anders zu wollen als seine Angehörigen mehr und mehr bewußt; es möchte zunehmend selbst bestimmen. Durch die Begrenztheit seiner Vorstellungswelt und der jetzt erhöhten Aktivität läuft es damit fortlaufend Gefahr in Widerspruch zur bisher tolerierten Erziehungsautorität seiner Angehörigen zu geraten. Soweit Erziehungsvorgänge von ihm erlebt werden, die ihm dieses angestrebte Gefühl nicht bestätigen, begegnet es diesen mit Wutausbrüchen.

Die Ausprägung der Trotzphase hängt neben entwicklungsbiologischen Voraussetzungen auch mit dem bis dahin

zustandegekommenen Wechselspiel im Erziehungsvorgang zwischen Erzieher und Kind zusammen.

Bei einer verstärkten oder zeitlich verlängerten Trotzphase, oft bis in die ersten Schuljahre, manifestieren sich diese Autonomieversuche des Kindes sowohl in einer übersteuerten, als auch in einer zeitlich verlängerten Art und Weise. Die entsprechend ungeschickten bzw. unpädagogischen Antworten der Umgebung vermögen dann meist nicht mehr als den Trotz zusätzlich zu intensivieren oder die Trotzphase zu verlängern. Es entwickelt sich ein Teufelskreis zwischen Kind und erziehender Umgebung.

Andererseits gibt es Kinder, die eine Trotzphase nur sehr flüchtig und kaum erkennbar durchlaufen. Bei diesen gelang es meist die notwendige und nützliche Kind-Umwelt Spannung kleinzuhalten.

Es ist sicher falsch, den Trotz dieser Altersphase auf dem Höhepunkt durch autoritäre Maßnahmen brechen zu wollen. Er läßt sich viel besser durch ein "Leerlaufen" abfangen, d.h. der Erwachsene sollte zwar vom Trotz Kenntnis nehmen, ohne ihm aber die vom Kind erwünschte Beachtung zu schenken.

Ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen haben Vermutungen, die Trotzphase könne auch mit innersekretorischen oder vegetativen Umwälzungen in Zusammenhang stehen nicht bestätigt. ("Kleine Pubertät"). Es handelt sich also nach bisherigem Wissen um einen zwar individuell ausgestalteten, aber ganz überwiegend durch Milieubeziehungen verursachten Entwicklungsdurchgang.

2. "Nervosität", motorische Unruhe

Beim sogenannten nervösen oder neuropathischen Kleinkind ist oftmals eine Trennung körperlich verankerter und umweltbedingter Voraussetzungen für das Entstehen solcher Verhaltensweisen nur schwer möglich.

Von Neuropathie darf dann gesprochen werden, wenn konstitutionelle Faktoren ursächlich wesentlich erkennbar sind. Die so reagierenden Kinder zeichnen sich aus durch Überempfindlichkeit gegen Sinneseindrücke, durch überschießende Reizbeantwortung, sowie meist auch durch eine auffallende Erschöpfbarkeit ihrer physischen Leistungen seit ihren ersten Lebenstagen.

Für den Säugling gibt es typische neuropathische Verhaltensweisen wie Ess- und Schlafstörungen, die sich im Kindergartenalter durch nicht ausbleibende entsprechende Reaktionen der Umgebung eher noch intensivieren. Neuropathische Kinder im Kindergartenalter sind überdurchschnittlich ablenkbar. Sie vermögen sich nur selten auf einen Spielvorgang über längere Zeit zu zentrieren. Ihr Bedürfnis nach Abwechslung ist so groß, daß sie sich fortwährend mit neuen Spielanfängen und Spielideen beschäftigen. Darüber hinaus sind allgemeine nervöse Symptome, wie vermehrte Schreckhaftigkeit oder Temperaturempfindlichkeit erkennbar. Solche Verhaltensweisen werden dann verständlicher -
weise zunehmend erlebnismäßig- biographisch determiniert. Diese funktionellen Organminderwertigkeiten bestreiten auch psychoanalytisch orientierte Untersucher nicht, im übrigen ist so gesehenes Fehlverhalten auch aus dem Tierreich bekannt.

Neuropathischen Kindern fällt es im allgemeinen schwerer mit den üblichen Kinderkrankheiten fertigzuwerden, so kann ein als Krankheit abgeschlossener Keuchhusten, noch Monate danach durch nervöse Hustenanfälle die Umgebung in Atem halten. Nervöse Kinder weisen auch vermehrt Voraussetzungen für ein sich wiederholendes und gelegentlich zu schweren Stoffwechselkrisen führendes Erbrechen auf. (Acetonämisches Erbrechen).

Zentralsymptom einer derartigen Entwicklung kann auch die motorische Unruhe sein. Ursächlich läßt sie sich seltener auf konstitutionelle Bedingungen zurückführen, häufiger entsteht sie durch einengende Erziehungshaltungen im Kindergartenalter.

Auch bei der minimalen Hirndysfunktion kann Unruhe oft als hervorstechendes Symptom neben Reizüberempfindlichkeit, Aufdringlichkeit, mangelnde Steuerungsfähigkeit, Störung des Sozialempfindens oder Konzentrationschwäche bei relativ ungestörter Intelligenzfunktion diagnostiziert werden. Die minimale Hirndysfunktion entsteht meist durch eine Schwangerschaftsnoxen oder durch einen Sauerstoffmangel während des Geburtsvorganges. Gelingt es der Erziehungshaltung der Umgebung sich auf die Besonderheiten solcher Kinder einzurichten und zusätzlich nicht zu provozieren, dann beruhigen sich im allgemeinen diese Reaktionsweisen im Ablauf der Kindheit. Einzel- oder Gruppenspieltherapie sind in dieser frühen Lebenszeit in den meisten Fällen noch nicht indiziert, während eine Beratung und Führung der Eltern ~~dieser Kinder~~ umso sinnvoller ist. Diese müssen sowohl über die veränderte soziale Kontaktbereitschaft z.B. im Kindergartenalter informiert werden; zugleich ist es ebenso wichtig von ihnen ausgehende Fehlhaltungen abzubauen.

3. Kinderfehler, habituelle Handlungen

a) Daumenlutschen

Während dem Daumenlutschen in den beiden ersten Lebensjahren, gebahnt durch den Saugreflex, im allgemeinen keine pathologische Bedeutung zukommt, darf es als störende Manipulation am eigenen Körper angesehen werden, wenn es noch nach dem 3. Lebensjahr persistiert. Daumenlutschen dient in jedem Falle einer lust- u. unlustbetonten Spannungsabwehr. Besteht es über mehrere Lebensjahre fort, dann darf angenommen werden, daß ein Zusammenhang mit frühen Mangelerscheinungen, vor allem mit nicht entsprechender, körperlich-emotional getönter Zuwendung besteht. Oft ~~bleibt~~^{liegt} bei dieser Ersatzbefriedigung, soweit sie im Kindergartenalter noch intensiv betrieben wird, ein übergroßes Zärtlichkeitsbedürfnis vor. Wir wissen, daß Daumenlutschen bei abwesender Bezugsperson und in isolierten Situationen, z.B. vor dem Einschlafen vermehrt beobachtet wird.

Die meisten Kinder lutschen am Daumen, vereinzelt werden auch andere oder mehrere Finger, selten sogar Zehen in den Mund gesteckt. Während des Vorganges ist ein deutliches Gefühl der Befriedigung bzw. der Spannungslösung beim Kind erkennbar.

Gegen ein zu langes und intensives Daumenlutschen werden vor allem von Kieferorthopäden Bedenken erhoben, da dieses Symptom, allerdings nicht bei allen lutschenden Kindern, zu Zahnstellungsanomalien mit Kieferdeformierung führen kann.

Das Daumenlutschen besitzt im allgemeinen eine gute Prognose, eine eigentliche Behandlungsbedürftigkeit besteht erst beim Schulkind. Im Kindergartenalter sollte Daumenlutschen jedoch immer ein Warnsymptom sein, dafür, daß das lutschende Kind möglicherweise in seinen Zärtlichkeitsbedürfnissen zu kurz kommt. Das Anziehen von Handschuhen bzw. das Bestreichen der Finger mit übelriechender Flüssigkeit nützen meist nicht bzw. nur vorübergehend.

Nägelbeißen

Das Nägelbeißen oder Nägelreißen, sowohl an den Fingernägeln als auch an den Zehen hat seinen Häufigkeitsgipfel ~~erst~~ in den ersten Schuljahren, in vielen Fällen wird es jedoch auch schon im Kindergartenalter beobachtet, bzw. in dieser Zeit gebahnt. Nägelbeißen stellt ein aggressives Symptom dar, durch das ein Kind sonst nicht abreagierbare Impulse, vielleicht entstanden durch Einengung oder Überforderung auszuagieren, versucht. Entstehender Schmerz und begleitendes Lustgefühl sind dabei häufig kombiniert. Nägelbeißen findet sich bevorzugt bei motorisch unruhigen und sehr aktiven Kindern. Das Symptom wird selten isoliert beobachtet und vermag sich oft recht hartnäckig einzuschleifen.

Eine symptomatische Behandlung führt meist nicht zum erwünschten bzw. baldigen Erfolg. Die Behandlung kann sich deshalb nur am Erkennen des verantwortlichen Hintergrundes orientieren. Hartnäckiges Nägelbeißen

ist oftmals kombiniert mit anderen Verhaltensauffälligkeiten und macht deshalb nicht selten eine Psychotherapie beim Kind, gelegentlich auch bei der Familie erforderlich.

c) Haareausreißen

Eine wesentlich seltenere, dafür aber sich durch erhebliche Aggressionsimpulse auszeichnende Manipulation am eigenen Körper ist das Haareausreißen; es führt überwiegend durch Ziehen und Herumreißen an den Haaren zu einer lokalisierten, manchmal auch völligen Kahlköpfigkeit. Das Symptom wird vor allem bei Mädchen beobachtet; die Haare werden oft in unbeobachteten Augenblicken ausgerissen, wobei es scheint, daß auch hier die unmittelbare Nähe erlebter Lust und zugefügter Schmerz bedeutsam ist.

Selten werden ausgerissene Haare verschluckt, so daß einmal komplizierende Darmerkrankungen entstehen können.

Haareausreißen bedarf stets der Psychotherapie. Wird das Symptom, wie es nicht selten vorkommt, bei intellektuell minderbegabten Kindern beobachtet, kann Verhaltenstherapie bzw. Heilpädagogik notwendig werden. Gelegentlich gelingt es therapiebegleitend diesen Reflex nur durch Kahlscheren des Kopfes zu durchbrechen.

4. Schlafstörungen, Angsthaltungen

a) Störungen des Schlafes haben ihren Häufigkeitsgipfel im Kindergartenalter. Das oft überschätzte Schlafbedürfnis dieser Lebenszeit liegt bei etwa 10 bis 12 Stunden. Einschlafstörungen gibt es als Folge einmaliger Angst-erlebnisse z.B. nach nicht entsprechend verarbeiteten und erregenden abendlichen Fernsehinhalten, aber auch als Folge einer fortlaufenden Bedrohung oder Dauerbeunruhigung kindlicher Existenz. Solche Einstellungen fließen dann in das Schlafverhalten ein. Einschlafstörungen kommen ferner dann zustande, wenn, meist durch eine ~~noch~~ zu enge Symbiose mit der Mutter die abendliche Trennung in das eigene Schlafzimmer noch nicht entsprechend verarbeitet wurde. Hier vermitteln oft Einschlafgewohnheiten wie Lichtbrennen lassen, Türe einen Spalt offen lassen, oder ein verlängertes und kein Ende findendes Gute Nacht sagen.

Durchschlafstörungen kommen im Kindergartenalter seltener als Einschlafstörungen vor. Dabei werden Kinder während der Nacht oder auch gegen Morgen wach, äußern gelegentlich Angst, was aber nicht immer der Fall ist. Häufiger beginnen sie nach dem Wachwerden im Bett zu spielen, bzw. sie beschäftigen sich mit sich selbst.

Von Schlafstörungen sind Knaben und Mädchen gleich häufig betroffen, während bei den meisten anderen Verhaltensstörungen ein Knabenüberwiegen deutlich ist. Etwa 1 - 2 Stunden nach dem Einschlafen, fast immer

vor Mitternacht wird bei Kleinkindern oftmals ein plötzliches Aufschrecken aus dem Schlaf beobachtet. (Pavor nocturnus). Die Kinder schreien dann meist laut, sitzen oder stehen im Bett, sind überdurchschnittlich beunruhigt und wirken bewußtseinsklar. Sie klammern sich häufig an ihre Angehörigen und berichten von angeblich angsterfüllten Träumen am Morgen besteht hierfür eine Amnesie. Häufig handelt es sich um sogenannte "brave" Kinder, die tagsüber einen sehr gefügigen und angepaßten Eindruck machen, trotzdem aber nicht selten in ihrer motorischen Entfaltung behindert wurden bzw. Antriebe nicht entsprechend entladen konnten.

Beim Schlafwandeln (Somnambulismus) ist das Bewußtsein eingeengt. Die Kinder, allerdings meist erst jenseits des Kindergartenalters laufen mit geöffneten Augen in der Wohnung umher, wobei sie bei Ansprache durch die Angehörigen häufig verstört wirken. Es kommt fast immer zu geordneten Handlungsabläufen, so daß das Risiko der befürchteten Selbstgefährdung geringer ist als von den Eltern meist angenommen wird. Hirnelektrische Untersuchungen wiesen nach, daß somnambule Zustände vor allem im Tiefschlafstadium auftreten.

Ursächlich lassen sich bei über der Hälfte aller schlafgestörten Kinder gravierend-negative Umweltschädigungen, vor allem nicht intakte Elternbeziehungen, diagnostizieren. Es resultieren somit ein großer Anteil der in den Schlaf hineingenommenen emotionalen Konflikte aus einer nicht harmonischen Familienatmosphäre. Dabei handelt es sich besonders bei den Müttern oftmals um unausgeglichenere, unzufriedenere, mit ihrer augenblicklichen Lebenssituation in Konflikte geratene Persönlichkeiten.

b) Angsthaltungen

Obwohl sich beim Kindergartenkind Angst oftmals in Schlaf-

störungen äußert, können Angsthaltungen auch tagsüber aus dem alleingelassen werden, aus der Angst vor dem Gewitter oder vor der Dunkelheit entstehen. Unpädagogische Erziehungshaltungen werden durch bewusstes Angstmachen z.B. vor dem Polizisten, vor dem "schwarzen Mann" oder vor dem Doktor in dieser Lebensphase sogar oft provoziert. Tierphobien, bei denen ein Kleinkind beim Anblick bestimmter Tiere lebhafteste Angst bekundet spielen im Kindergartenalter eine Rolle. Der Hintergrund solcher ängstlicher Assoziationen ist meist der, daß das gefürchtete Tier einmal selbst außerordentlich ängstigenden Charakter hatte oder zufällig in einer aus anderen Gründen ängstigenden Situation anwesend war. Bei der Erhebung der Vorgeschichte überdurchschnittlich ängstlicher Kleinkinder lassen sich in der Frühgeschichte häufig keine anderen Anhalte finden als eine diffuse, meist von der Mutter ausstrahlende Ängstlichkeit, die bereits in den ersten Lebensjahren das Kind verwirrt hat.

Für Schlafstörungen und Angsthaltungen, die sich häufig überlappen, liegt der Behandlungsvorgang schwerpunktartig nicht beim Kind sondern bei der Umgebung, meist den Eltern. Zunächst ist es wichtig, die dem Kind zuge- mutete Schlafdauer zu eruieren. Es gibt viele Mütter, die aus verständlichem Selbstschutz heraus ihren Vorschulkindern z.B. dann, wenn eine erhöhte Zuwendung notwendig machender Säugling nachgeboren wurde, eine zu lange Schlafzeit zumuten und deshalb ihre Kleinkinder zu früh zu Bett bringen. Das Verhindern erregender Fernsehsendungen oder von Störungen innerhalb der abendlichen Familienatmosphäre ist viel wesentlicher als die manchmal nicht zu umgehende kurzfristige Verordnung eines angstlösenden oder entspannenden Medikaments. Eigentliche Schlafmittel sind im Kindergartenalter nicht notwendig.

Viele Schlafstörungen dieses Altersabschnittes sind vorübergehende Störungsbilder, bei denen es zunächst genügt, die Angehörigen zu beruhigen und Geduld für das nächtliche Verhalten ihres Kindes aufzubringen. Das in der Nacht das elterliche Schlafzimmer aufsuchende Kleinkind darf keine schroffe Abfuhr erfahren, wenn es wünscht in die Elternbetten kommen zu dürfen. Es sollte vorübergehend dort aufgenommen werden, wobei es allerdings oftmals schwierig wird, diesen Vorgang wieder zu entwöhnen.

5. Einnässen

Bis zum Ende des 3. spätestens bis zum Ende des 4. Lebensjahres sollte ein Kind tags und nachts trocken geworden sein. Es entstehen deshalb gerade im Kindergartenalter bei noch einnässenden Kindern besondere Probleme.

Die große Mehrzahl der Kinder näßt nur in der Nacht ein, etwa 5 - 10 % am Tage und etwa der gleiche Prozentanteil am Tage und in der Nacht. Beim Einnässen (Enuresis) läßt sich eine primäre Form, bei der noch nie Trockenheit erreicht wurde, von der sekundären Form, bei der das Kind bereits über längere Zeit trocken gewesen ist, unterscheiden. Die sekundäre Form ist therapeutisch leichter angebar. Am Ende des Kindergartenalters nässen etwa 5 - 8 % der Kinder in der Nacht ein.

Das Kind im Kindergartenalter entleert normalerweise noch häufiger als der Erwachsene, bei dem es zu etwa 4 - 5 Blasenentleerungen am Tage kommt die Blase.

Liegen organische Ursachen, wie Mißbildungen, Harnwegsinfektionen, Abflußhindernisse oder Ähnliches für das Einnässen vor, dann sollte von Blaseninkontinenz, aber nicht von Einnässen gesprochen werden. Diese organischen Ursachen machen aber nur 3 - 5 % aller naßmachenden Kinder aus. Die entsprechende Differentialdiagnostik ist verantwortungsvoll und erfordert eine exakte, gelegentlich fachurologische, Beurteilung.

Sowohl beim Einnässen am Tage als auch in der Nacht handelt es sich nicht um ein Überlaufphänomen der Blase, sondern um die veränderte Relation: Flüssigkeitsmenge - nervöser Tonuszustand der Harnblase. Diese Relation kann auch verantwortlich sein dafür, daß ein Kind unmittelbar nach Entleeren der Blase erneut einnäßt. Ursächlich kommen für das verlängerte Einnässen verschiedene Faktoren in Frage. An erster Stelle stehen unter den mehr psychofunktionellen Ursachen abnorme Erziehungseinstellungen der Angehörigen. Oftmals ist dabei die Haltung der Mutter zu fordernd, zu ungeduldig oder zu lieblos. Ein Kleinkind kann sich ferner durch ein neu in die Familie gekommenes Mitglied, sei es ein neuer Elternpartner oder ein nachgeborenes Kind bedroht fühlen. Es regrediert dann wieder zu Verhaltensweisen des jüngeren Kindes, die es bereits verlassen hatte und erzwingt auf diese Weise unbewußt vermehrte Beachtung und Zuwendung. Auch Enttäuschung und Trotz, sowie übermäßige Strenge im Erziehungsvorgang bzw. ungünstige soziale Voraussetzungen, wie Berufstätigkeit der Mutter können zum Symptom führen, was vor allem für sehr zärtlichkeitsbewußte Kinder gilt. Ob tatsächlich eine zu früh begonnene Reinlichkeits-erziehung für verlängertes Einnässen verantwortlich gemacht werden kann, ist umstritten. Die Reinlichkeitserziehung beginnt sinnvollerweise zu Ende des ersten bzw. zu Beginn des zweiten Lebensjahres.

Neben den mehr psychologisch orientierten Ursachen gibt es auch somatofunktionelle Gegebenheiten, bei denen zwar kein krankhafter ORGANbefund zu erheben ist, trotzdem aber das Einnässen überwiegend mit biologisch verankerten Voraussetzungen im Zusammenhang steht. Hierzu gehören die Kinder, die aus Familien kommen, in denen auch andere Familienmitglieder verlängert naß gemacht haben.

Eine derartige Belastung findet sich bei etwa 20 % aller einnässenden Kinder. Natürlich muß für eine so gesehene Verursachung ein tradiertor, pathogener Erziehungsstil ausgeschlossen werden. Auch Tiefschlaf oder sehr unruhiger Schlaf können für verlängertes Naßmachen

verantwortlich gemacht werden. Darüber hinaus sind es manchmal Anomalien beim Tag-Nachtrhythmus der Urinausscheidung. Manche Kinder werden von einem Überfallartigen Harndrang befallen, so daß sie dann die Toilette nicht mehr erreichen.

Therapeutisch erfordert Einnässen im Kindergartenalter noch keinen zu großen Einsatz, weil in diesem Lebensabschnitt das Symptom oftmals auch noch spontan sistiert. Sicher ist es wichtig, mit den Angehörigen über das Symptom zu sprechen, weil dieses bei Ihnen oftmals eine affektive Abwehr bedingt. Sie fühlen sich mitverantwortlich und bauen dadurch meist ungerechtfertigter Weise Schuldgefühle auf. Sehr viele Kleinkinder werden wegen Einnässens sogar körperlich gezüchtigt, weil die Angehörigen glauben, es könne sich dabei "um eine Unart" oder Böswilligkeit des Kindes handeln. Damit wird in der Vorschulzeit der Beratungsvorgang mit den Angehörigen, vor allem mit der Mutter wesentlicher und sinnvoller als ein Behandlungsversuch des Kindes. Vermehrte Zuwendung zum einnässenden Kind, in der einfachen Form eines Spazierganges vor dem Zubettgehen oder eines Sichwidmens vor dem Einschlafen führt nicht selten durch die erlebte, besondere Zuwendung zum Trockenwerden. Auch in der Vorschulzeit sollten keine moralisierenden Vorwürfe gemacht werden, weil das einnässende Kind mehr als Tadel Trost benötigt. Dabei vermag aber auch ein intensives Lob an trockenen Tagen affektiv zu belasten. Deshalb bewährt sich mit Blickrichtung auf das Symptom eine überwiegend sachliche, dabei aber liebevolle Einstellung. Das Trockenwerden ist für das junge Kind eine ~~der ersten~~ von der Umwelt herangetragene Forderung, bei dem von ihm erstmal ein bestimmtes Verhalten erwartet wird. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn diese Forderung in ein positiv getöntes Gefühl des Aufgehobenseins eingebettet ist.

Auf eine medikamentöse Behandlung des Einnässens, z.B. mit thymoleptischen Mitteln sollte im Vorschulalter noch verzichtet werden. Verhaltenstherapeutische Aspekte durch Verwendung einer Bettnässermatte oder Bettnässershose können in der Zeit vor der Einschulung Verwendung finden. Für das autogene Training, das bei älteren Kindern oft zum Erfolg führt, ist das Kindergartenkind noch zu jung. Die häufig geübte Flüssigkeits-einschränkung am Nachmittag bedeutet gerade für diese junge Altersstufe eine erhebliche Belastung, manchmal eine regelrechte Qual, vor allem in heißer Jahreszeit. Die oft schon am Nachmittag einsetzende Flüssigkeits-einschränkung oder gar Unterbindung belastet die affektiven Beziehungen zwischen Kind und Angehörigen zusätzlich. Suggestivmaßnahmen nützen nicht selten gerade beim jungen Kind. Hier sind viele einfallsreiche Manipulationen, die keine Schmerzen bereiten, vorstellbar.

6. Einkoten

Nach Ende des 3. , längstens ~~des~~ 4. Lebensjahres sollte ein Kind keinen Stuhl mehr in die Hose entleeren. Noch immer einkotende Kinder, es sind ganz überwiegend Knaben gibt es deshalb auch im Kindergartenalter. Die Kinder koten fast nur am Tage ein und haben das Einkoten als Sekundärsymptom begonnen, d.h. sie waren bereits einmal über längere Zeit sauber. Im Kindergartenalter wird von Angehörigen das Beschmutzen der Wäsche oftmals mit Einkoten verwechselt; ersteres kommt jetzt noch häufig zustande, weil dem jungen Kind die Benutzung von Toilettenpapier nicht entsprechend erklärt wurde. Manchmal wird auch Kot im Zimmer oder am Bettgestell verschmiert, wobei es sich wahrscheinlich um einen lustgetönten Vorgang handelt. Einkotende Kinder gehören einem relativ aggressiven Kinderkollektiv an, sie stammen häufig aus sozialer Unterschicht.

Hartnäckiges, noch vor der Einschulung bestehendes Einkoten bedarf stets einer körperlichen meist auch röntgenologischen Untersuchung des Enddarmbereiches. Nicht selten sind Mißbildungen des Enddarmes für das Einkoten verantwortlich oder das Einkoten fixiert sich, nachdem dort einmal Fehlbildungen bestanden haben. Es ist wichtig im Behandlungsvorgang auf eine regelmäßige Stuhlentleerung zu drängen, da häufig überdurchschnittliche Aggressivität bei einkotenden Kindern vordergründig ist, es sollte stets versucht werden diese aggressiven Impulse anders zu kanalisieren, z.B. durch das Einsetzen entsprechender Kampfspiele. Die Prognose des Einkotens ist gut. Das Symptom sistiert fast immer nach den ersten Schuljahren.

7. Sexuelle Spielereien

Zwischen dem 4. und 6. Lebensjahr bahnen sich Vorstufen der Geschlechtlichkeit an, die in der ersten Schulzeit weitere Ausformung erfahren. Diese Verhaltensweisen lassen sich einem "Vorlustsystem" zuordnen, bei dem es offenbleibt, ob und in welchem Ausmaß bei einzelnen Kindern bereits sexuelle Tönungen mit-schwingen.

In dieser Altersphase richten die "Doktorspiele" meist zwischen Kleinkindern erhebliche Beunruhigung, vor allem bei den Müttern an. Es handelt sich dabei u.a. um das gegenseitige Betasten der Genitalien, um das Wettpissen bei Knaben oder um das Einbringen von Gegenständen in die Scheide. Die Genitalorgane sind durch die vorausgegangene Sauberkeitserziehung unnötig intensiv in den Mittelpunkt kindlichen Interesses gerückt, manchmal sogar entsprechend durch Belohnungen unterstützt worden. Das Kleinkind wendet sein Interesse auch den Ausscheidungsprodukten anderer Kinder zu und möchte natürlich auch bei den Erwachsenen seiner Umgebung entsprechendes beobachten. ~~Demit stüet~~

Damit stößt es häufig auf Ablehnung, es wird gerügt und muß erfahren, daß dieses "sich nicht gehöre". Tatsächlich dürfte es aber eine Selbstverständlichkeit sein, daß in dieser Lebensphase die Genitalorgane des eigenen und fremden Körpers das prüfende und sachliche Interesse des Kleinkindes ebenso erwecken/ wie jeder andere Gegenstand der Welt. Vor der betonten Neugierde des Kindes liegt das betonte Verbot des Erwachsenen.

Nicht selten wird bei Kleinkindern nach Betasten des Genitales von "Spielonanie" gesprochen. Dieser Begriff findet sich häufig in Berichten aus Heimen oder Kindergärten. Bei genauer Erhebung der Vorgeschichte versteckt sich aber hinter dieser Feststellung meist nichts anderes als eine Spielerei der präsexuellen Stufe im Genitalbereich mit noch ungerichteten Impulsen. Es sollte deshalb dieser Vorgang nicht Spielonanie genannt werden, weil es sich nicht um Onanie, sondern um eine Spielerei am Genitale handelt. Derartige, noch immer abstempelnde Vorwürfe, kommen häufig aus Familien, in denen ein blutsfremder Elternpartner in der Erziehung tätig ist. Dort wird offensichtlich etwas bevorzugt zum Problem, was die leibliche Vollfamilie überwiegend ohne Schwierigkeiten zu verarbeiten imstande ist. Möglicherweise spielt hier manchmal auch der Haß der Stiefmutter auf das Stiefkind als Übertragung des Hasses, der eigentlich der leiblichen Mutter gelten sollte, eine Rolle mit. Es wird dann in einer "Haltet den Dieb" Reaktion von der nicht entsprechend integrierten Erwachsenenumgebung so geantwortet.

Trotz der im Hinblick auf die sogenannte Spielonanie gemachten Einschränkung gibt es auch im Kleinkindesalter bereits einen Masturbationsablauf, bei dem Kinder mit deutlichen Zeichen der Erregung, des Schwitzens, Errötens, d.h. orgasmusähnlich auffällig werden. Viele junge Kinder sind dabei kaum ansprechbar.

Kommt es bei Kindergartenkindern zu solchem Tun, beweist dieses nicht ein hypersexuelles Verhalten, sondern legt nahe, daß dadurch meist ein erhebliches Minus an Zuwendung und Liebe durch die versorgende Umgebung, durch Masturbation kompensiert wird. Die Kinder demonstrieren damit eine Störung in ihrer Kontaktnahme, sie finden bereits in den ersten Lebensjahren bei der Masturbation Entlastung und Abfuhr für angestaute Erregungen.

Die Tatsache, daß solche Handlungsweisen vor allem in Heimen und liebesarmen Institutionen vermehrt zu Hause sind, bestätigt diese Erkenntnis. Alle bisherigen Untersuchungen, die sich mit dem späteren sexuellen Verhalten früh masturbierender Kinder befaßt haben, konnten keine besonders intensive sexuelle Aktivität im späteren Alter bestätigen. Neben der weitaus häufigeren Milieukomponente zeigt die klinische Erfahrung, daß Masturbieren im Kindergartenalter bzw. in noch früherer Lebenszeit häufig auch bei schwachsinnigen Kindern zu registrieren ist. Sexualpädagogisch bleibt auch im Kindergartenalter die Familie der wesentliche Vermittlungsort. Kindergärtner~~n~~ und andere familienfremde Persönlichkeiten können den Kindern Wissen und Einstellungen zu geschlechtsspezifischen Organen und Verhaltensweisen vermitteln. Die eigentliche Voraussetzung dafür aber, daß später dauerhafte und glückvolle Bindungen eingegangen werden können, muß in dieser Lebenszeit von der Familie geschaffen werden. Dies bedeutet, daß die Elternpartner sich Zeit nehmen^{Sollten}, um mit ihren Kindern zu spielen, um ihnen Zuwendung und gegenseitige Zärtlichkeit zu zeigen. So darf der Vater mit dem Vorschulkind, um bei einem Beispiel zu bleiben, in der Badewanne planschen~~er~~ sollte sich für Küssenschlachten interessieren und das junge Kind an freien Tagen ins warme Ehebett krabbeln lassen, wenn es dies wünscht. Das Bett darf nicht Strafcharakter erhalten, dadurch daß ein Kind dorthin zur Strafe geschickt wird. Es gibt Angehörige, die sich progressistisch geben

möchten und Sexualpädagogik, ~~dann~~ über eigene Hemmungen hinweg gewissermaßen übers Knie brechen wollen. Gelangweilte und desinteressierte Kleinkinder werden dann in einer frühen Altersstufe mit sexualwissenschaftlichen Informationen vollgestopft, ohne daß sich diese Eltern vergewissern, ob ihnen überhaupt noch zugehört wird.

8. Sprachstörungen

Der eigentliche Sprachaufbau vollzieht sich nach Vorstufen und Anfängen der Sprachentwicklung etwa zwischen 1 1/2 und 4 Jahren. Mitte des 2. Lebensjahres sollten Zweiwortsätze möglich sein, gegen Ende des 4. Lebensjahres werden im allgemeinen einfache grammatikalische Regeln beherrscht. Die Sprachentwicklung bedeutet für das Kind im Kindergartenalter die höchste intellektuelle und motorische Leistung; sie ist deshalb in dieser Entwicklungszeit erheblich störbar sowohl durch körperliche Krankheiten besonders aber durch Milieunoxen. Voraussetzung für eine normale Sprachentwicklung ist immer ein intaktes Hörvermögen.

Jede Sprachheiltherapie bedarf der Zusammenarbeit zwischen dem Logopäden, dem Psychologen sowie ärztlichen Disziplinen wie Kinderpsychiater oder Kinderarzt. Gemeinsam mit diesen können oft auch Eltern als Ko-Therapeuten tätig werden.

a) verzögerte Sprachentwicklung

Eine verzögerte Sprachentwicklung liegt vor, wenn im 4. und 5. Lebensjahr noch deutlich erkennbare Rückstände im Sprechvermögen vorhanden sind. Von einer Hörstummheit als Extremfall einer verzögerten Sprachentwicklung wird dann gesprochen, wenn bei einer Intelligenzentwicklung im Normalbereich und normalem Hörvermögen nach dem 4. Lebensjahr noch keine oder nur eine sehr rudimentäre Sprachentwicklung besteht.

Es ist außerordentlich wichtig, daß hörstumme Kinder sehr früh sprachheilpädagogisch behandelt werden. Dabei haben sich Rhythmus- und Stimm- Summübungen bewährt. Vor der Einschulung beträgt die Häufigkeit einer sprachlichen Entwicklungsverzögerung noch etwa 3 - 5 %.

b) Stammeln

Beim Stammeln besteht eine Störung der Artikulation, bei der einzelne Laute oder Lautverbindungen durch andere ersetzt oder entstellt gebildet werden, bzw. völlig fehlen. Am häufigsten wird der S-Laut falsch gebildet. (Sigmatismus, Lispeln.)

Zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr kann es zum sogenannten physiologischen Stammeln, das, wie der Name sagt, nur ein Durchgangsstadium in der sprachlichen Entwicklung darstellt, kommen. Physiologisches, d.h. vorübergehendes Stammeln darf nicht mit einer hirngeschichtlich verursachten Stammelstörung verwechselt werden. Organische Stammelfehler finden sich bei etwa 1/3 hirnvorgeschädigter Kinder.

Beim multiplen Stammeln umfaßt die Stammelstörung mehr als 2 Laute. Das universelle Stammeln stellt die schwerste Form einer Stammelstörung dar, bei der die Sprache häufig dann unverständlich wird. Stammelstörungen lassen sich im Rahmen einer logopädischen Therapie relativ gut behandeln. Dabei ist es wichtig, daß meist wohlmeinende Angehörige keine der Stammelstörung ähnliche Kindersprache im Umgang mit dem Kind benutzen ("Babysprache") und so das Stammeln noch fördern.

c) Stottern

Beim Stottern besteht eine Störung des Sprechablaufes, * trotz intakter Sprechwerkzeuge. Stottern ist häufig situationsabhängig. Es lassen sich das vorwiegend klonische Stottern, das überwiegend tonische Stottern sowie Misch-

bzw. Kombinationsformen beider Stotterstörungen unterscheiden. Beim tonischen Stottern kommt es zu einem Pressen, das sich vor allem in der Gesichtsmuskulatur sowie durch Ersatzbewegungen, meist an Armen und Beinen, ausdrückt. Das klonische Stottern ist durch Wiederholung einzelner Wörter gekennzeichnet. Auch die Stotterstörung hat ähnlich wie die Stammelstörung etwa um das 4. bis 5. Lebensjahr nicht selten eine physiologische Durchgangphase, die als Entwicklungsstottern bezeichnet wird. Sie ist meist verursacht durch ein Auseinanderklaffen zwischen bereits vorhandenen sprachmotorischen Ausdrucksmöglichkeiten und dem sehr ausgeprägten, gedanklichen und sprachlichen Übereifer des Kleinkindes. Entwicklungsstottern kann sich, wenn der veränderte Sprechvorgang dem Kind durch sein Milieu fortlaufend bewußt gemacht wird, bzw. andere negativ-Umweltfaktoren tätig werden, zu einer echten Stotterstörung fixieren. Stottern tritt bei Knaben vermehrt auf. Es wird bei 5jährigen Knaben in etwa 5 %, bei 5jährigen Mädchen in etwa 2 % beobachtet. Das Symptom kann sich um die Einschulungszeit ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ noch einmal verstärken.

Ursächlich dürfen für das Stottern überwiegend psychogene Einflüsse verantwortlich gemacht werden. Nur bei einem Fünftel Stottern der Kleinkinder lassen sich psychogene Momente sicher ausschließen. Dabei sind einmalige psychische Traumatisierungen von wesentlich geringerer Bedeutung als chronische, das Kind belastende Konflikte.

Auch eine abgelaufene leichte frühkindliche Hirnschädigung vermag die sehr störbare Sprachentwicklung zu irritieren. Bei diesen organisch vorgeschädigten stotternden Kindern kann es im Ablauf einiger Jahre ^{zu} einem dann sekundären neurotischen Überbau kommen. Etwa 1/5 der Kinder mit Hirnschädigungen stottern mehr oder minder intensiv. Ein kleinerer Anteil der Stotterer lässt sich ~~kann~~ auf Erbeeinflüsse zurückgeführt werden.

Hierfür sprechen vor allem Forschungsergebnisse der Zwillingsforschung.

Der Behandlungsvorgang muß mehrere Faktoren berücksichtigen. In der Frühzeit ist es für Eltern und Betreuer außerordentlich wichtig, die Stotterstörung möglichst nicht zu beachten, d.h. vor allem auch nicht zu korrigieren, was vielen Angehörigen schwerfällt. Dem stotternden Kleinkind sollte von der Umgebung aufmerksam zugehört werden, nur in sehr seltenen Fällen ist es geraten dem gestörten Sprachfluß unaufdringlich durch Hilfen von außen abzumildern.

Falls gesichert ist, daß es sich um kein Entwicklungsstottern mehr handelt, muß bereits in der Vorschulzeit eine sprachheilpädagogische Therapie eingeleitet werden. Sie umfaßt sowohl sprachliche Übungsbehandlung als auch Psychotherapie. Übende Verfahren werden sinnvoller Weise in Gruppen durchgeführt, hierzu gehören Atemübungen, Rhythmikübungen oder Entspannungsübungen. Die Psychotherapie versucht gleichzeitig bekannte Symptome einer psychogenen bzw. neurotischen Störung aufzuarbeiten. Verhaltenstherapeutische Modelle sehen im Stottern eine fehlerlernte Verhaltensweise, die sich durch eine nach Lernprinzipien aufgebaute Behandlung wieder zurückbilden soll.

Es gibt wenige entspannende Medikamente, deren Einsatz als zusätzlicher Behandlungsvorgang nützlich ist, wobei ^{durch das} ~~in dem~~ Medikament allein keine Stotterstörung heilbar wird.

Die Stotterstörung führt bei ihrem Fortbestehen zu erheblichen sozialen- und Kommunikationsproblemen, ein Vorgang, der meist bereits mit der Einschulungszeit beginnt. Bei rechtzeitig und gut durchgeführter Behandlung werden etwa 1/3 der stotternden Kleinkinder symptomfrei, ein weiteres Drittel zeigt deutliche Besserung und ein letztes Drittel stottert auch in späterer Lebenszeit.

d) Poltern

Beim Poltern kommt es zu überstürzten und hastigem Redefluß, in dessen Ablauf vor allem Endlaute entstellt, "verschluckt" bzw. verstümmelt werden. Die Sprache wirkt so verwaschen und ist nicht selten schwer zu verstehen. Poltern wird oft mit Stottern verwechselt. Poltern weist häufiger als Stottern eine hirnrorganische Genese auf. Die Sprachheilpädagogik des Polterns muß ebenfalls im Kindergartenalter aufgenommen werden und läßt sich durch motorische Übungsbehandlung sowie durch rhythmische Gymnastik verstärken.

e) Mutismus

Mutistische Kleinkinder haben einen intakten Sprechapparat, schweigen aber total oder partiell aus psychogenen Gründen. So kann es vorkommen, daß ein Kleinkind im Kindergarten nicht spricht, während im Elternhaus eine fast unauffällige Sprache benützt wird oder umgekehrt. Mutismus entwickelt sich oft bei Konflikten, vor allem bei empfindsamen Kindern, die dann aus Umweltsgründen diese erhebliche Sprachscheu entwickeln. Die Behandlung des Mutismus ist stets abhängig von der Grundstörung, ^{deren} während Psychodynamik zunächst zu eruieren ist .

f) Aphasie

Eine aphasische Störung kann dann diagnostiziert werden, wenn nach hirnrorganischer Schädigung bereits vorhanden gewesener Sprachentwicklung ein Sprachverlust organischer Genese aufgetreten ist. Es wird eine motorische, eine sensorische und eine totale Aphasie unterschieden. Ihre Behandlung ist nur in Spezialeinrichtungen möglich. Nach hirnrorganischen, schweren Krankheitsbildern der ersten Lebensjahre, die oftmals erst nach zunächst unauffälliger psychischer Entwicklung im Kindergartenalter einsetzen, kann es

zur Demenz kommen, deren erstes Symptom häufig eine sich langsam wieder zurückbildende Sprache ist. Die Sprachentwicklung läßt sich im Kleinkindesalter im Frühstadium organischer Krankheiten als auch bei negativen Umweltentwicklungen als ein sehr feiner Seismograph für das kindliche Wohlbefinden ansprechen .

9. Essstörungen

"Schlechtessen" im Kindergartenalter ist eine sehr häufige Klage ratsuchender Mütter. Nach diesen Angaben essen etwa 20 bis 50 % aller Kinder dieser Altersstufe zu wenig, wobei sich in diesen Zahlen häufig lediglich die mütterliche Sorge ausdrückt, ihr Kind könne zu wenig essen, obwohl es tatsächlich ein normales Appetitverhalten aufweist. Kinder gleichen Ernährungsbefundes zeigen Unterschiede im Nahrungsbedarf; auch die Nahrungsverwertung ist nicht gleichförmig. Vor allem in den sogenannten Streckungsperioden, d.h. auch in der Vorschulzeit werden deshalb nicht selten Appetitstörungen registriert. Empfindsame Kinder zeigen einen besonders störbaren Appetit; Essenszwang und wohlgemeinte Überfütterung potenzieren dann verständlicherweise das Problem.

In vielen Familien wird das schlecht essende Kind Mittelpunkt des Familiengesprächs und erhält auf diese Weise eine von ihm meist geschickt benutzte Waffe im Machtkampf bei der Auseinandersetzung mit der Mutter. Essen wird dann zum Erpressungsmanöver, sobald die Mutter über das Schlechtessen in Panik gerät, oder bereit ist für ausreichendes Essen zusätzliche Belohnungen zu geben. Diese Schwierigkeiten entstehen vor allem in den Familien, in denen Überbesorgnis oder Ängstlichkeit sowieso überdurchschnittlich zu Hause sind. Essschwierigkeiten gehören dann bei Kleinkindern fast zur Familientradition.

Ohne Zweifel gibt es auch sogenannte konstitutionelle Schlechtesser, die bereits in den ersten Lebenstagen Fütterungsschwierigkeiten boten und diese in den folgenden Jahren beibehalten.

Beim schlechtessenden Kind müssen verständlicherweise Krankheitssymptome akuter und chronischer Art zunächst einmal ausgeschlossen werden. So kann eine Appetitstörung Symptom einer heraufziehenden Kinderkrankheit oder Begleitsymptom einer notwendigen Medikation sein. Dies macht eine gründliche Allgemeinuntersuchung des Kindes erforderlich, weil erst danach die oft sehr fixierte mütterliche Einstellung zum Essverhalten entsprechend korrigiert werden kann.

Labile oder "nervöse" Kinder zeigen vor allem am Morgen eine verminderte Appetithaltung. Sind Krankheitssymptome ausgeschlossen, dann ist es nützlich, daß die Familie sich bei ablehnendem Essverhalten des Kleinkindes nicht erpressen läßt. Dabei hat sich ein Vorgehen bewährt, bei dem die zubereitete Mahlzeit angeboten und dem Kind letztlich freigestellt wird, ob es essen möchte oder nicht. Zugleich aber sollte Vorsorge getroffen werden, daß der Appetit später nicht auf Umwegen z.B. durch Genuß von Süßigkeiten gestillt wird. Es ist nicht ratsam vom Kleinkind hartnäckig abgelehnte Nahrungsformen immer erneut auf den Tisch zu bringen, damit wird lediglich die Abwehr verstärkt. Einfühlbar muß sein, daß auch das Kleinkind bestimmte Speisen lieber ißt und andere ihm weniger gut schmecken. Dabei darf aber keine einseitige Ernährung toleriert werden. Beginnt das Kleinkind beim Essen zu trödeln und fängt es an durch anderes Tun abzulenken, dann darf ohne große Ankündigung, so als ob es selbstverständlich sei, das Essen abserviert werden. Die Hinführung der Mutter zu dieser Erkenntnis benötigt oft großer Geduld. Appetitanregende Mittel bedingen nur sehr am Rande, wenn überhaupt eine veränderte Einstellung zum Essen.

bedeuten für das
Sie ~~sind beim~~ gesunden Kind fast immer nicht mehr als eine Suggestivmaßnahme.

Das über längere Zeit erbrochende Kind bedarf stets der exakten körperlichen Durchuntersuchung, um beginnende ernstere Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Diese Differentialdiagnose kann ~~deshalb~~ besonders schwierig sein, denn überwiegend handelt es sich auch beim Erbrechen um einen bedingten Reflex, mit dem das Kleinkind, falls seinen Wünschen nachgegeben wird, sehr bald lernt, die Aufmerksamkeit seiner Umgebung auf sich zu ziehen. Ebenso mögen erzwungene Nahrungsaufnahme oder Ekelassoziationen einmal für Erbrechen verantwortlich werden.

Die Prognose des psychogenen Erbrechens ist gut, beim azetonämischen Erbrechen kann durch Veränderungen im Stoffwechselgeschehen sehr schnell ein Krankheitsbild entstehen, das unmittelbarer ärztlicher Versorgung bedarf.

10. Spielstörungen

Während Lernstörungen durch das hieraus entstehende Versagen in der Schule immer die intensive Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich ziehen, stehen Spielstörungen im ~~kleinen Kindesalter~~ ^{Kleinkindesalter} häufig im Schatten entsprechender Beobachtung und Registrierung.

Spielstörungen können sowohl Ausdruck neurotischer Verhaltensstörungen nach nichtentsprechender Sozialisation in den ersten Lebensjahren sein ("intentionale Lücken"); gelegentlich spielt ursächlich für dieses Symptom die nicht entsprechende motorische Koordination nach erlittener minimaler Hirndysfunktion eine Rolle. Eine Auffälligkeit im Spielverhalten liegt dann vor, wenn ein Kleinkind nach kurzer Zeit vom begonnenen Spiel abläßt, ein neues Spiel anfangen möchte und ihm so für das Spielverhalten auch nur eine kurze Ausdauer fehlt; dies sollte stets den Verdacht einer Fehlentwicklung erwecken.

Spielgestörte Kinder können in der Einzelsituation oder mit Freunden auch relativ aggressiv und ablehnend reagieren. Gelegentlich beschäftigen sich Kinder im Vorschulalter ohne erkennbare Phantasie mit vorgegebenen Spielen. Eine solche Spielschwäche kann auch erster Hinweis auf ein leichtes Intelligenzdefizit sein. Selbstverständlich spielen äußere Voraussetzungen, wie das Vorhandensein von Geschwistern, entsprechende Anregungen durch das Spielmaterial wie überhaupt das Familienklima für die Entwicklung eines guten Spielverhaltens eine große Rolle. Es ist wahrscheinlich, daß die Überzahl der Verhaltensauffälligkeiten des Kleinkindalters mit einer Spielstörung gekoppelt einhergehen. Spielstörungen sind somit oft Frühzeichen einer erst später erkennbaren Lern- bzw. Arbeitsstörung.

11. Autistische Verhaltensweisen

Bei autistischem Verhalten im Kindergartenalter handelt es sich stets um eine schwere Kontaktstörung, die sich auf unterschiedliche Ursachen zurückführen läßt. Die ausgeprägteste Form des sogenannten frühkindlichen Autismus ist bereits in der Säuglingszeit erkennbar, leichtere Störungsbilder fallen durch ihre Selbstzogenheit erst im Kindergartenalter auf. Ursächlich handelt es sich um ein Psychosyndrom, das entweder im Sinne einer hirnorganischen Vorschädigung durch zentrale Entwicklungsstörungen der Wahrnehmung verursacht wurde, ~~oder aber~~ Bei den meist leichteren Fällen ^{Kann es} auf emotional - negativ getönte früher Fehlbeziehungen zwischen Mutter und Kind zurückgeführt werden. ~~kann~~. Nicht selten dürften mehrere Faktoren für die Färbung und Ausprägung des Zustandsbildes verantwortlich sein.

Neben dem vordergründigen Symptom der extremen autistischen Abkapselung aus der persönlichen Umwelt fällt in dieser Lebensphase das ängstlich zwanghafte Bedürfnis nach Gleich-erhaltung der dinglichen Umwelt auf. So können z.B. autistische Mädchen in panische Angst geraten, weil ihre Puppe von den Angehörigen anders hingelegt worden ist, als das Kind selbst dies vorher getan hat. Auch die Sprachentwicklung verläuft beim frühkindlichen Autismus verspätet bzw. sie entwickelt sich bei den schwersten Formen niemals entsprechend. Bei der Diagnosenstellung ist es wichtig, zunächst eine Hörstörung auszuschließen, da vor allem die Taubheit im Kindergartenalter zu ganz ähnlichen Symptomen führen kann.

Die Intelligenz autistischer Kinder kann oft nicht exakt beurteilt werden; wahrscheinlich kommt es zu einem Auseinanderklaffen intellektueller Leistungen ohne eine generelle Intelligenzminderung. Die Erfahrung lehrt aber, daß nur ein geringer Prozentanteil autistischer Kinder über eine durchschnittliche oder gar überdurchschnittliche Intelligenz verfügt.

Kinder mit einer sogenannten autistischen Psychopathie fallen durch ihre Sonderinteressen und durch ihre ebenfalls vorhandene, wenn auch nicht so schwere Abkapselung, meist erst im Schulalter auf. Es handelt sich dabei oftmals um Knaben, deren Zuwendung ganz auf ausgestanzte, meist technische Gegenstände ihrer Umgebung zentriert ist. Die Kinder mit autistischer Psychopathie sprechen sehr früh, während ihre motorische Entwicklung meist verspätet, ungeschickt und disharmonisch verläuft.

Autismus, bzw. autistische Verhaltensweisen benötigen in der Vorschulzeit einer heil- und sonderpädagogischen Behandlung, die mit sensomotorischer Übungsbehandlung und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gekoppelt werden sollte. Autistische Kinder müssen zumindest bei deutlicher Ausprägung des Syndroms einen Sonder- oder Spezial-kindergarten besuchen. Eine sinnvolle medikamentöse Beeinflussung gibt es bisher nicht, gelegentlich ist eine leichte medikamentöse Entspannung angeraten. Ablehnung sollte die gelegentlich geübte Ein-

stellung erfahren, im Gespräch mit den Eltern autistischer Kinder ihre bereits bestehende Verunsicherung mit der These einer emotionalen Vernachlässigung in erster Lebenszeit zusätzlich zu verstärken und erneut Schuldgefühle zu vermitteln. Soweit Fördereinrichtungen für autistische Kinder geschaffen werden, ist es notwendig, dort auch nur autistische Kinder und nicht geistig behinderte Kinder mit leichten autistischen Zügen aufzunehmen. Bis heute kommt es in vielen solchen Institutionen zu einer Vermengung beider Kollektive, was das therapeutische Bemühen erschwert.

12.: Unfallgefährdung, Körperbehinderung

a) Unfallgefährdung

Trotz vieler Maßnahmen hat sich die Unfallhäufigkeit von Kleinkindern in den vergangenen Jahrzehnten kaum geändert. Die relative Unfallmortalität ist sogar um das Doppelte angewachsen. Mit der im Kindergartenalter einsetzenden Vervollkommen^g statischer und motorischer Funktionen geht die Zunahme motorischer Vitalität einher. Diese Funktionslust bedeutet für das Kind eine biologische Notwendigkeit. Es benutzt seine Bewegungsmöglichkeiten bis Ermüdung eintritt. Die Bewegungsmöglichkeiten sind überwiegend von seinen Bedürfnissen bestimmt und zeigen nicht immer eine zuverlässige Wirklichkeitsorientierung. Die motorische Hyperaktivität kann auch einen Kompensationsversuch auf Mangelerscheinungen im Sinne einer nicht entsprechend zärtlichen oder auch einengenden Zuwendung darstellen.

Die Hauptgefährdungszeit für Unfälle liegt deshalb im Kleinkindesalter. Dabei werden etwa 3/4 aller Unfälle von Knaben erlitten. Verkehrsunfälle bzw. Stürze stehen im Vordergrund, aber auch Vergiftungen, Verätzungen und Verbrennungen spielen eine Rolle.

Der häufigste Unfallort ist neben der Straße die Küche, danach das Schlaf- u. Badezimmer-. Hirnvorgeschädigte, bzw. intelligenzschwache Kinder besitzen ein höheres Unfallrisiko.

b) Körperbehinderung

Die Auseinandersetzung mit körperlichen Gebrechen oder mit einer Fehlbildung bedeutet bereits für das Kind im Kindergartenalter ein Problem der Anpassung. Es ist kein Zweifel, daß die ^{sich} ~~sich~~ noch in der Ausreifung und Prägung befindliche junge Persönlichkeit auf ein solches Geschehen anders einstellt als das ältere Kind oder gar als der Erwachsene.

Etwa 40 % eines Kollektivs körperbehinderter Kleinkinder müssen nach Eintritt der Behinderung wegen Verhaltensschwierigkeiten den Erziehungsberater bzw. den Sozialfürsorger aufsuchen. So sind beispielsweise die Beeinträchtigung der sozialen Anpassung nach Kinderlähmungsfolgen genau untersucht. Es zeigte sich dabei, daß die Kinder mit Lähmungserscheinungen teilweise empfindsamer und scheuer wurden und ihre Kontaktnahme zur Umwelt merklich beeinträchtigt war.

Weiter läßt sich eine Störung im Umgang mit Gleichaltrigen registrieren, die sich in absichtlichem Vermeiden von solchen Begegnungen als auch in der Familiengemeinschaft zeigte. Auch den Bemühungen erwachsener Beziehungspersonen gelingt es dann nur schwer und in vielen Fällen nicht eine Isolierung und Vereinsamung zu verhüten. Testpsychologisch lassen sich häufig Selbstwertzweifel, mangelnder Lebensmut und gelegentliche Resignation sichern. Eine andere Kindergruppe entwickelt nach dem Eintritt der Körperbehinderung ein betontes Leistungsstreben vermutlich als Kompensation des erheblich geminderten Selbstwertbewußtseins. Der chronischen körperlichen Behinderung, vor allem des sehr jungen Kindes wird von den Angehörigen manchmal mit unrealistischer Hoffnung oder auch mit ihrer Leugnung begegnet.

Keine Rolle spielt die häufig befürchtete negative Einflußnahme des körperlich behinderten Kindes auf gesunde Geschwister in normalem Familienmilieu.

Die Sozialisation des vorschulpflichtigen Kindes hängt in ihrem Gelingen sehr entscheidend auch vom Funktionieren der Sinnesorgane ab. Hier sind vor allem die Seh- und Hörstörungen zu nennen. Persönlichkeitsentwicklung und ihre Anpassung im Kindergartenalter muß bei solchen Ausfällen z.B. beim Schielen nicht nur mit einem Schönheitsfehler, sondern auch mit einer Sinnesbehinderung fertigwerden, die den Schielenden bei nicht entsprechender Behandlung letztlich dann nur noch mit einem Auge sehen läßt.

III. Schlußbemerkung

Die Gefährdungsaspekte und Verhaltensauffälligkeiten des Kindergartenalters sind erheblich, sie konnten hier nur unvollständig dargestellt werden. Wesentlich erschien es aufzuzeigen, daß es zahlreiche Störungsbilder gibt, die das Sozialisationsgeschehen dieser Lebensphase verändern, hemmen oder verhindern. Darüber hinaus war es ein Anliegen, darauf hinzuweisen, daß das Gelingen oder Mißlingen der Auseinandersetzung zwischen dem vorschulpflichtigen Kind und seiner Umwelt, meist den Eltern oder dem Kindergarten - nicht nur von den Beziehungen ~~zum~~ Kind als auch, wie wir heute wissen, von den Einstellungen und Haltungen ~~beider~~ Partner zueinander abhängig ist. Es wird auch von Voraussetzungen mitbestimmt, die durch unsere Körperlichkeit in ihrer Unvollkommenheit vorgegeben sind. Dies wird heute gelegentlich übersehen.

Das Hauptentwicklungsziel des Kleinkindesalters, die Bereitstellung der für den weiteren Aufbau der Persönlichkeit notwendigen Kräfte und Funktionen zentriert sich wesentlich auf den seelisch-geistigen Bereich, aber auch auf die Körperlichkeit, d.h. oft auf ein Wechselspiel zwischen beiden.

Die Möglichkeit, Funktionen bis zum 5. oder 6. Lebensjahr spielend und in entsprechender Obhut üben zu können, ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen folgender Entwicklungsstufen.

Trotz der unbestrittenen positiven Möglichkeiten des Kindergartens kommt nach wie vor die entscheidende Rolle in dieser Lebensphase der Familie zu, eine Erfahrung, die nur Zerstörer unserer heutigen Lebensform bezweifeln können. Diese Familie darf deshalb nicht noch mehr als bisher vertechnisiert oder beschnitten werden. Alle Ersatzerziehungen und späteren Ansätze nützen wenig, wenn nicht, wie der Altmeister der Kinderpsychotherapie, ZULLIGER es einmal formuliert hat, vorher die "Wohnstube" ihre Pflicht gerne getan hat. Es fehlen sonst Grundlagen, die später nimmermehr verfügbar sind.