

Schmidt, Martin H.

Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder Rückblick und Ausblick

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 9, S. 330-337

urn:nbn:de:bsz-psydok-34454

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

Erziehungsberatung

| | |
|--|----|
| GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) | 55 |
|--|----|

Familientherapie

| | |
|---|---|
| HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) | 2 |
|---|---|

Forschungsergebnisse

| | |
|---|-----|
| GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) | 87 |
| GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) | 306 |
| HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) | 38 |
| JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) | 244 |
| KLAUER, K. J.: Denks training für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) | 150 |
| KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) | 114 |
| LEMPF, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) | 80 |
| LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) | 157 |

| | |
|---|----|
| LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) | 18 |
| STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) | 74 |

Identität

| | |
|---|-----|
| DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) | 214 |
| LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) | 210 |
| OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) | 203 |
| REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) | 222 |

Praxisberichte

| | |
|---|-----|
| HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) | 180 |
| KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) | 300 |
| DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) | 172 |
| LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) | 293 |
| MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) | 94 |

Psychotherapie

| | |
|---|---|
| SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) | 6 |
|---|---|

Übersichten

| | |
|---|-----|
| BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) | 126 |
| FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu- | |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) | 132 | SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview | 330 |
| FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) | 12 | SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) | 364 |
| HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) | 120 | SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) | 347 |
| REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) | 283 | ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) | 358 |
| REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) | 162 | Tagungsberichte | |
| SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) | 167 | Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.-29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie | 61 |
| SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) | 261 | Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 | 62 |
| STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) | 255 | Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.-9. 2. 1990 | 229 |
| SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) | 278 | Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.-3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers | 230 |
| ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) | 249 | Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR | 231 |
| VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) | 52 | Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg | 232 |
| WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) | 45 | 2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft | 310 |
| Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung | | Buchbesprechungen | |
| LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) | 325 | ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie | 313 |
| MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) | 353 | ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus | 104 |
| REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) | 338 | BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen | 379 |
| ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) | 361 | BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth | 100 |
| | | BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung | 371 |
| | | BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation | 28 |
| | | CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie | 314 |
| | | CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony | 238 |
| | | DOLD, P.: Szeno-Familientherapie | 101 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| EGGERS, C./LEMPPE, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 378 | LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule | 105 |
| EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25 | 312 | MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße | 65 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen | 315 | MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers | 64 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs | 315 | MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend | 139 |
| ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen | 313 | NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung | 380 |
| FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen | 64 | NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung | 193 |
| FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie | 102 | NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie | 377 |
| FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart | 382 | NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter | 381 |
| FRIESE, H. J./TROTTE, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend | 194 | NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie | 140 |
| GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart | 271 | OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit | 142 |
| GRISSEMANN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik | 66 | PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems | 29 |
| HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann | 63 | PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl. | 142 |
| HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung | 270 | PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen | 316 |
| HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität | 236 | PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe | 382 |
| HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz | 237 | PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung | 64 |
| HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens | 375 | RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten | 375 |
| HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention | 30 | RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger | 105 |
| INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV | 195 | ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology | 31 |
| ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen | 370 | SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie | 102 |
| JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen | 272 | SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung | 315 |
| KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie | 100 | SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik | 103 |
| KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie | 374 | SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern | 28 |
| KAST, V.: Wege zur Autonomie | 235 | SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten | 272 |
| KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung | 314 | SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44 | 107 |
| KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen | 31 | SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder | 192 |
| KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung | 33 | STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder | 380 |
| KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie | 373 | STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter | 33 |
| KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre | 379 | THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte | 237 |
| KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht | 106 | THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis | 30 |
| LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen | 32 | TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl. | 66 |
| | | VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe | 272 |
| | | VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn | 376 |
| | | WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter | 194 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen | 235 | ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit | 104 |
| WEISS, H.: Familie und Frühförderung | 192 | ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag | 32 |
| WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan | 372 | Editorial: 202, 324 | |
| ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen | 370 | Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367 | |
| ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung | 141 | Diskussion/Leserbriefe: 233, 267 | |
| | | Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368 | |
| | | Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384 | |
| | | Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384 | |

Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick

Von Martin H. Schmidt

Zusammenfassung

Objektive und subjektive limitierende Faktoren müssen bei der Betrachtung aufgegebenen und aktueller Forschungsthemen beachtet werden. Fünf Beispiele auch für fallengelassene Forschungsthemen werden unter den Aspekten von Diagnose-, Verlaufs-, Interventions-, Entstehungs- und Entwicklungswissen gegeben; alle Themen leben in irgendeiner Weise weiter. Unter analogen Aspekten werden fünf neue wichtige Forschungsgegen-

stände unter dem Oberbegriff ökologisch orientierter kinderpsychiatrischer Forschung beschrieben. Ihre Komplexität verlangt modellgeleitete prospektive Mehrebenenforschung, um biologische und psychosoziale Forschungsansätze zu vereinigen und um die Sequenz pathogener Ereignisse, den entwicklungspsychologischen Aspekt und die Wirkung von Interventionen ausreichend zu berücksichtigen. Eine Neuordnung von Forschungsstrukturen und eine veränderte Forschungsförderung werden damit nötig.

1 Objektive und subjektive Bedingungen für die Entwicklung von Forschungsthemen

Die Frage nach Forschungsfeldern unterschiedlicher Aktualität in unserem Fach führt zu der Frage, was denn überhaupt zur Wahl von Forschungsthemen beiträgt. Einiges Nachdenken über diese Frage erbringt die Feststellung, daß es äußere Faktoren gibt, die die Wahl von Forschungsthemen begrenzen, und daß es in der Regel persönliche Faktoren gibt, die innerhalb dieser Begrenzung die Wahl von einzelnen Themen begünstigen. Natürlich sind diese äußeren und inneren Faktoren nicht völlig unabhängig voneinander. Zu den äußeren begrenzenden Faktoren zähle ich – zumal bei kostspieliger Forschung – in erster Linie die Finanzierbarkeit von Forschungsvorhaben, also die Frage, welche forschungsfördernde Institution dafür Geld aufbringt und – umgekehrt – für welche Themen das nicht möglich ist. Bei weniger finanzaufwendigen Forschungsvorhaben mag vor diesem Kriterium ein anderes rangieren, nämlich das der Rezeption von Forschungsergebnissen: Mit manchen Themen, die sich wenig allgemeiner Resonanz erfreuen, kann sich ein Forscher womöglich für einige Zeit interessant machen, aber Projekten nachzugehen, deren Resultate niemand publizieren oder nach einiger Zeit niemand mehr lesen mag, erfordert schon ein hohes Vertrauen in den eigenen Forschungserfolg. Eine dritte äußerlich begrenzende Bedingung tritt hinzu: unwahrscheinlicher oder ausbleibender Erfolg bei der gewählten Fragestellung. In der Regel werden Fragestellungen mit beschränkten Antwortaussichten nur dann angegangen, wenn diese Aussichten falsch eingeschätzt werden. Ansonsten gehören solche Lieblingsthemen des Forschers, für die es keine brauchbaren Methoden gibt, mehr zu den Ideen, die er zwar ständig mit sich herumträgt, aber klugerweise nicht realisiert.

Damit sind wir bereits bei den wirklich subjektiven Kriterien, die die Auswahl bestimmter Forschungsthemen begünstigen: Da ist zunächst das Interesse des Forschers an einzelnen Fragen zu nennen, das durch Neugier, wissenschaftliche Vorbilder oder – in den klinischen Fächern – durch klinische Neigungen des Forschers bestimmt wird. Das Außerachtlassen bestimmter Forschungsthemen bzw. die Interpretation eigener Ergebnisse unter einem bestimmten übergeordneten Aspekt folgt nicht selten auch vermeintlich gesellschaftlichen Zwängen, so bei der schichtenbezogenen Sozialisationsforschung in den sechziger Jahren in der Bundesrepublik, bei der Interpretation von Resultaten im Sinne des dialektischen Materialismus in der Vergangenheit in der östlichen Hälfte Deutschlands oder bei der Bezugnahme auf Rassentheorien während der Zeit des Nationalsozialismus; derartige Ausrichtungen müssen nicht gesellschaftspolitisch motiviert sein, sondern können auch durch wissenschaftliche Modetrends bestimmt sein, gegen die man nicht verstoßen will, wie bei der Untersuchung allfälliger Fragen unter familientherapeutischen oder systemischen Aspekten in der gegenwärtigen Forschung. Eine zweite Bedingung auf seiten des Forschers

ist seine Kenntnis über verfügbare methodische Möglichkeiten, sowohl was das Design von Forschung als auch was Operationalisierungsmöglichkeiten angeht. Der Zusammenhang zwischen Hirnatrophie und Eßverhalten wäre ohne die Möglichkeiten der Computertomographie nicht untersucht worden, und modellgeleitete Forschung in der Entwicklungspsychologie lohnt sich erst, seit es nicht nur Computer für den hohen Rechenaufwand, sondern auch mathematische Modelle für bestimmte Entwicklungsfragen gibt (KOHLMAYER ET AL. 1983; BISANZ ET AL. 1987). Eine dritte Bedingung erwächst aus der Konfrontation mit praktischer Arbeit, in der medizinischen Forschung aus Fragen, die dem Kliniker in seinem ärztlichen Alltag begegnen. Das können ungelöste Fragen sein, die er als sehr dringend erlebt, aber die Kinderpsychiatrie ist eher arm an solchen Forschungsthemen. Die Autismusforschung gehört heute dazu, während etwa die Beschäftigung mit AIDS in der Kinderpsychiatrie keineswegs so drängende Motive hat, weil zumindest bislang nur wenige Kliniker mit kindlichen und jugendlichen Patienten mit dieser Erkrankung zusammenkommen. Das vermehrte Auftreten von Bulimia nervosa im Jugendalter markiert ein aktuelles Problem, aber an seiner Bearbeitung wird gleichzeitig eine andere Seite der praktischen Bedingungen deutlich: Forschung orientiert sich leicht auch an den Krankheitsbildern, die man in einer Klinik häufig sieht; das hat beispielsweise die Anorexierecherche mindestens ebenso begünstigt wie das Bedürfnis, die Probleme anorektischer Patienten zu lösen.

2 Aufgegebene Forschungsthemen

Bei der Betrachtung des Kommens und Gehens von Forschungsthemen muß der oben skizzierte Hintergrund mit berücksichtigt werden. Ein einzelnes aufgegebenes Forschungsthema paradigmatisch zu behandeln, wäre aus mehreren Gründen ein schwieriges Unterfangen: Man wird leicht ungerecht, wenn man ein Forschungsthema, das sehr wichtig war und das uns heute veraltet scheint, mit all seinen Schwierigkeiten und Fehlern ausbreitet, ohne die positiven Seiten der Thematik und die seinerzeit berechtigten in sie gesetzten Erwartungen zu kennen. Auch hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie keine umfassenden Forschungsthemen (eher schon umfassende Betrachtungsweisen wie die systemische oder die entwicklungspsychopathologische), sondern in der Regel mehrere begrenzte Themen nebeneinander, und solche Themen werden auch nicht plötzlich und offensichtlich abgelöst, sondern verschwinden leise und fast unbemerkt. Dabei zeigen sie neue Impulse, weil die begangenen Wege sich zwar als ungangbar erwiesen haben, damit die Fragestellungen aber nicht völlig obsolet gewesen sein müssen. Schließlich hätte die Auswahl eines einzigen Themas als Beispiel für ein aufgegebenes Forschungsthema sehr subjektiv werden können, da die Wahl auch von Antipathien des Betrachters beeinflusst wird.

Deswegen werden im folgenden einige seit den fünfziger Jahren aufgegebenen Forschungsfelder exemplarisch benannt. Als Raster dafür dient eine Sichtweise, die ärztlichem, insbesondere kinderpsychiatrischem Handeln nahe liegt: In der Regel untersuchen Kinder- und Jugendpsychiater bestimmte Fragestellungen, um Gruppen von Kranken oder Gruppen von Krankheiten bzw. Störungen besser gerecht zu werden. Merkmale, die solche Gruppen konstituieren, sind eine möglichst einheitliche Symptomatologie, die eine Diagnose erlaubt, ein möglichst einheitlicher Verlauf, der eine Prognose über den Gang einer Erkrankung oder Störung möglich macht, sind Möglichkeiten der Veränderung der Symptomatik, die eine geplante und für die Betroffenen einigermaßen einheitliche Intervention zulassen, schließlich einheitliche Elemente der Pathogenese, die aus dem Wissen über die Entstehung der Krankheit Schlüsse auf deren eventuelle Prävention erlauben und – speziell für unsere Patientengruppe – Wissen darüber, wie sich eine Erkrankung je nach dem Entwicklungsstand eines Kindes oder Jugendlichen ausdrückt, wie sie von diesem Entwicklungsstand modifiziert wird. Was kinderpsychiatrische Forschung produziert, läßt sich also – das ist nur ein möglicher Ordnungsaspekt – als Diagnosewissen, Verlaufswissen, Interventionswissen, pathogenetisches Wissen und Entwicklungswissen zusammenfassen. Nach diesen Kriterien werden im folgenden fünf Beispiele von Forschungsthemen gegeben, die im wesentlichen aus Gründen unbefriedigender Ergebnisse aufgegeben wurden und für die sich auch heute von der Förderung wie von der Rezeption her – zum Teil auch wegen methodischer Mängel – nur schwer objektive Unterstützung finden ließe. Dennoch leben Aspekte dieser Themen in anderer Form weiter.

Als Beispiel für eine im Bereich der Schaffung von Diagnosewissen aufgegebenen Forschungsstrategie nenne ich KRETSCHMERS Konstitutionstypologie und seinen Versuch, bestimmten neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen korrelative Aspekte des Körperbaus zuzuordnen, wie er sich aus den Werten in Tab. 1 ergibt.

Auch die mit der Faktorenanalyse gefundene statistische Möglichkeit, diesen Ansatz besser zu überprüfen, hat nicht verhindert, daß er fallengelassen wurde, kaum daß er auch in der Kinderpsychiatrie Fuß gefaßt hatte (SCHMIDT 1965).

Ein Beispiel von Verlaufswissen betrifft psychoanalytische Vorstellungen über die neurotisierende Wirkung psychischer Traumen, die die individuelle Erlebnisweise eines Menschen derart prägen sollen, daß sie noch im Erwachsenenleben determinierende Kraft haben, wie sich das in den aus der Kindheit stammenden Psychoneuro-

sen zeige; mit der Traumatheorie ist die inzwischen auch aufgegebenen Vorstellung vom sexuellen Charakter der Psychoneurosen verbunden, der die Bedeutung der frühen Kindheit betonte, während die sogenannte Latenzzeit für die Neurosenentstehung als weniger wichtig erachtet wurde. Die Frage der Begründung für diese unterschiedliche Bedeutung zweier Lebenszeiten verblaßt angesichts der Erkenntnisse, daß auch pathogene Einflüsse in der sogenannten Latenzphase mit einer späteren Neurotizität hochsignifikant korreliert sind, und daß Life events eine weitgehend additive Beziehung zu schädigenden Kindheitseinflüssen zeigen, d. h. daß auch die traumatischen Kindheitserlebnisse die Anfälligkeit für spätere Lebensereignisse nicht im Sinne eines Vulnerabilitätsfaktors erhöht (SCHEPANK 1987, S. 278 ff. und 158 ff.). Nach einem solchen Modell können neurotische Erkrankungen auch bei geringen frühkindlichen, aber intensiveren späteren Belastungen entstehen.

Das zum Interventionswissen gegebene Beispiel geht aus von der Verbindung zwischen Neurosentheorien und der Behandlung von Dissozialität. KLÜWER (1974) hat eine Differenzierung der diesbezüglichen Vorstellungen angeregt, um eine gegenseitige Blockierung der unterschiedlichen Bedürfnisse dieser Dissozialen und der angebotenen Therapien zu vermeiden. Damalige Typologien der Dissozialität unterschieden schichtgebundenes dissoziales Verhalten, dissoziales Verhalten infolge mangelnder Erziehungskonsistenz und fehlender Lernmöglichkeiten (also fehlender Objektrepräsentanz und Verhaltensmodelle), weiter Dissozialität infolge pathologischer Über-ich-Bildung bei ängstlichen Kindern und schließlich Dissozialität als Konsequenz der Fixierung an psychische Traumen. Er zitiert in diesem Zusammenhang BERLINGHAM'S Vorstellung, Kinder könnten sich im Sinne einer Bandenbildung zueinander hingezogen fühlen, weil sie gemeinsam von ihren Eltern enttäuscht seien; ihre delinquenten Akte seien als Ausdruck von Rache anzusehen. Diese Vorstellung von neurotischer Dissozialität prägt Therapieindikationen bis in unsere Tage. Trotz HARTMANN'S (1977) Untersuchungen leben solche Therapieindikationen mit dem Paradoxon, man müsse eigentlich viele dissoziale Kinder psychotherapeutisch behandeln, was aber wegen ihrer mangelhaft ausgeprägten psychischen Instanz nicht möglich sei. Die Entwicklung der Verhaltenstherapie hat hier hilfreiche Alternativen eröffnet (z. B. HERBERT 1978) und damit die Frage, ob sich Behandlungsstrategien aus der affektiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens ableiten lassen, uninteressant gemacht.

Ein Beispiel einer aufgegebenen pathogenetischen

Tab. 1: Körperkonstitution bei verschiedenen Erkrankungen (Angaben in Prozent der Zeilensummen nach KRETSCHMER 1961, S. 39)

| | N | pyknisch | leptosom | athletisch | dysplastisch | uncharakt. |
|---------------|------|----------|----------|------------|--------------|------------|
| Epileptiker | 1505 | 5,5 | 25,1 | 28,9 | 29,5 | 11,0 |
| Schizophrene | 5233 | 13,7 | 50,3 | 16,9 | 10,5 | 8,6 |
| Manisch-Depr. | 1361 | 64,6 | 19,2 | 6,7 | 1,1 | 8,4 |

Vorstellung entstammt mehr oder weniger den sechziger Jahren. Gemeint sind die Theorien von BERNSTEIN (1972), die im deutschen Sprachraum im wesentlichen durch OEVERMANN (1972) in weitere Forschungsansätze umgesetzt wurden. Die Vorstellung ging von einem engen Zusammenhang zwischen restriktiven und elaborierten sprachlichen Codes und der Schichtenzugehörigkeit aus, der die psychischen Entwicklungsmöglichkeiten und die Vulnerabilität von Kindern beeinflusse (vgl. Tab. 2).

Tab. 2 sollte schon wegen ihrer kleinen Zahlen und hohen Durchschnittsintelligenzquotienten sowie der engen Streuung zu kritischer Distanz nötigen, mehr aber noch sollte das die generelle Vorstellung, die Differenziertheit sprachlicher Verständigung, die natürlich ein Schichtenindex ist, könne als ausreichende Basis für die Entwicklungschancen von Kindern betrachtet werden. Offensichtlich wurde ein Epiphänomen schichtenspezifischen Verhaltens untersucht, das keineswegs so stringent mit der Schichtenzugehörigkeit verbunden ist wie damals vermutet wurde, schon weil sonst vertikale soziale Mobilität praktisch unmöglich wäre. Jüngere Ergebnisse der analytischen Epidemiologie betonen demgegenüber das Ausmaß der familiären Desorganisation als Haupthemmnis für die ungestörte Entwicklung von Kindern (MOSCHEL & HÄBERLE 1977; POUSTKA 1984; ESSER ET AL. 1990).

Das letzte Beispiel aufgebener Forschungsstrategien betrifft das Feld des Entwicklungswissens. Anhand von Tab. 3 (UNDEUTSCH 1959) lassen sich frühere Vorstellungen betreffend den Zusammenhang von körperlicher und psychischer Reife, in diesem Falle von körperlicher Reife und psychischer Leistungsfähigkeit, nachvollziehen.

Man ging damals davon aus, daß eine möglichst hohe Synchronie körperlicher und psychischer Entwicklungen in der Adoleszenz als ideal anzusehen sei. Vielfältige Versuche wurden gemacht, einschlägige Hypothesen zu belegen, aber schon die von HAGEN und THOMAE ins Leben gerufene Längsschnittuntersuchung deutscher Nachkriegskinder ließ Zweifel an der Richtigkeit solcher Vorstellungen aufkommen (HAGEN 1969). Genährt wurde die Hypothese durch die Vorstellung, auch die psychische Entwicklung sei weitgehend genetisch gesteuert, und es bestehe eine Art Primat des Kortex über das Endokrinium. Heutige Vorstellungen betonen die Rolle sozioökonomischer Verhältnisse auch für das körperliche Reifungstempo (MARSHALL 1975), andererseits die Rolle ökologischer Faktoren für die kognitive Sozialisation (z. B. OERTER ET AL. 1977).

Alle hier dargestellten aufgegebenen Forschungsthemen leben in einer bestimmten Weise fort, was darauf hinweist, daß sie offene Fragen betreffen, zu denen fehlerhafte Hypothesen gebildet wurden, die dann kritischem Hinterfragen kaum noch zugänglich waren. KRETSCHMERS konstitutionsbiologische Thematik findet sich abgewandelt in heutigen Studien über die generative Stigmatisierung, also diskrete körperliche Abnormitäten, die in der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zusammenhang mit der pathogenetischen Differenzierung scheinbar unspezifischer größerer Krankheitsgruppen wieder Raum gewinnen, z. B. bei der Ausdifferenzierung der Alkoholembyopathie oder des fragilen X-Syndroms aus der Gruppe der Intelligenzminderungen unklarer Genese. Die Thematik der Neurosen-genese lebt weiter in der Frage nach der Kontinuität und Diskontinuität krankhafter Entwicklung und der Bedeutung der Adoleszenz für die Pathogenese, die offensichtlich geschlechtsspezifisch ist; für Jungen bedeutet sie eine Labilisierungsphase bei gleichzeitig stabilen oder sogar abnehmenden Krankheitsraten, für die Mädchen einen Wendepunkt in Richtung auf eine Entwicklung zu steigender Morbidität. Überlegungen zur Psychogenese der Dissozialität finden sich in den Elementen kognitiver Verhaltenstherapie, die heute das Feld beherrschen, ebenso in Gestalt der kognitiven Selbstinstruktion als therapeutisches Verfahren bei expansiven Syndromen bereits junger Kinder. BERNSTEINS Thematik lebt fort in der Suche nach Mechanismen, die den Einfluß schichtenspezifisch gehäufte Merkmale auf Vulnerabilität und Pathogenese von Kindern und Jugendlichen untersuchen. Selbst genauere Maße wie der Family Adversity Index von RUTTER und QUINTON (1977) untersuchen nur Epiphänomene pathogenetischer Faktoren, nicht aber die pathogenen Mechanismen selbst, wie sie sich zwischen depressiven Müttern und ihren Streitfamilien oder zwischen delinquenten Eltern und ihren Söhnen abspielen; Interaktionsanalysen solcher Vorgänge verweisen auf die Rolle ungünstiger Kettenbildungen. Das Thema der Synchronie von körperlicher und psychischer Entwicklung ist ebenfalls weiterverfolgt worden. Noch heute gilt große Asynchronie zwischen körperlicher und psychischer Reife als ein Risikofaktor. Sozialpsychologische Betrachtungen der Entwicklung in der Adoleszenz eröffnen eine Perspektive, die wesentliche psychische Veränderungen des Adoleszenten daraus ableitet, daß die Umwelt auf seine wahrgenommenen körperlichen Veränderungen verändert reagiert, so daß sich psychisches Ver-

Tab. 2: Schichtenabhängigkeit verbaler und nichtverbaler Intelligenz (nach BERNSTEIN 1972)

| Gruppe | N | Verb. IQ | Stand. abw. | Nichtverb. IQ | Stand. abw. | Durchschn. alter | |
|-----------------|---|----------|-------------|---------------|-------------|------------------|------|
| Mittelschicht | 1 | 5 | 125,0 | 1,81 | 123,8 | 2,75 | 16,2 |
| | 2 | 5 | 108,0 | 2,72 | 123,0 | 2,24 | 16,0 |
| Arbeiterschicht | 3 | 5 | 105,0 | 2,14 | 126,0 | 0,00 | 15,6 |
| | 4 | 4 | 97,5 | 2,60 | 123,0 | 3,08 | 16,5 |
| | 5 | 5 | 100,0 | 4,60 | 100,6 | 3,20 | 16,2 |

halten teilweise den Erwartungen der sozialen Umwelt anpaßt.

3 Wichtige gegenwärtige Forschungsthemen

Die Antwort auf die Frage nach gegenwärtig für wichtig gehaltenen Forschungsthemen kann ebenfalls nur subjektive Lösungen zeitigen. Aus der Vielzahl der bekannten Forschungsdefizite, etwa über die Borderline-Persönlichkeit, über den Schweregrad von psychischen Erkrankungen, über die Genese von Teilleistungsschwächen, den Symptomtransfer über mehrere Generationen oder protektive Mechanismen, Gegenstände auszuwählen, heißt, die anderen für weniger wichtig erachten. Deswegen erfolgt eine Auswahl unter der Perspektive, die man als ökologisch orientierte Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezeichnen könnte und die womöglich einen Ausweg aus den methodischen Schwierigkeiten systemischer Betrachtung darstellt. Systeme, gesehen als die Menge wechselseitig voneinander abhängiger Elemente und ihrer Beziehungen, sind nur durch flexible Hierarchisierungen organisierbar und beschreibbar, da wegen der Unübersichtlichkeit nicht mehr die Beziehung jedes einzelnen Elements zu jedem anderen untersucht werden kann. In dieser Situation sieht sich die kinderpsychiatrische Forschung bei systemischen Ansätzen häufig, und sie führt in manchen Bereichen zu der Vorstellung, kritischer Empirismus lasse sich mit systemischem Denken nur unzureichend verbinden. Eine ökologische Betrachtungsweise berührt – ebenfalls abweichend von einer nur individuumszentrierten Sicht – die engere und weitere Welt des einzelnen und lenkt damit auf die Verknüpfungsmechanismen seines Erlebens und Verhaltens mit der Umwelt hin, stellt aber seine Perspektive in den Mittelpunkt der Betrachtung. So lassen sich Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und dem ökologischen Milieu untersuchen, was nicht gleichzeitig, sondern schrittweise geschehen kann. Ein solches Vorgehen scheint hilfreich, wenn wir unser diagnostisches und therapeutisches Handeln nicht zu weit relativieren wollen und vom Gegenstand unserer Betrachtung, dem hilfesu-

chenden Individuum, das trotz seiner systemischen Verflechtungen ein Individuum bleibt, nicht zu weit abrücken wollen. Unser Betrachtungsobjekt ist dadurch zu kennzeichnen, daß es über relativ eigenständige Steuerungsmechanismen verfügt, seien dies körperliche Dispositionen oder psychische Erwartungen, mit denen es seiner Umwelt begegnet. Diese Dispositionen entscheiden weitgehend über den Verlauf potentiell pathogener Prozesse.

Wieder am obigen Raster orientiert, wäre mit einem Befund zum Diagnosewissen zu beginnen. Er betrifft die Untersuchungen über die Folgezustände von Schädelhirntraumen. Lange herrschte ja die Vorstellung vor, die wesentliche Größe für die Bestimmung solcher Folgen sei die Schwere des Traumas, und es gelte, unterschiedliche Regeln zu finden, die frühkindlicher Hirnschädigungen und spätere Hirntraumen bezüglich ihrer Folgen beschreiben können. Abb. 1 zeigt in der Koordinate den Prozentsatz psychisch auffälliger Kinder mit frühkindlichen Hirnschädigungen, leichten späteren Schädelhirntraumen und schweren Schädelhirntraumen, auf der Abszisse ist der Family Adversity Index aufgetragen, und es ist leicht ersichtlich, daß ungünstige soziefamiliäre Verhältnisse wie Streit in der Familie, Arbeitslosigkeit des Vaters, Depression der Mutter zusammengefaßt auf alle Arten von Traumen potenzierenden Einfluß haben, daß jenseits der Schwere des Traumas also das Umfeld, in dem ein Kind lebt, entscheidend für die Ausbildung psychopathologischer Auffälligkeiten ist, und zwar um so mehr, je länger diese Umstände bestehen (LEHMKUHL 1986). Ihre Kenntnis ist also für die diagnostische Beschreibung des Bildes notwendig, da die Diagnose ohne Berücksichtigung des Umfeldes weder mit dem Verlauf, noch mit der notwendigen Intervention, noch mit der Pathogenese die erwarteten Zusammenhänge zeigt.

Zum Verlaufswissen sei als Beispiel die Bedeutung von Life events im Rahmen der Pathogenese psychischer Störungen in der Adoleszenz zitiert; das Beispiel entstammt der Mannheimer Kohortenstudie (ALLEHOFF ET AL. 1988). Bei Einbeziehung von ungünstigen soziefamiliären Verhältnissen im Alter von acht Jahren, Teilleistungsschwächen im Alter von acht Jahren, psychiatrischen Auffällig-

Tab. 3: Zusammenfassung zwischen körperlicher und psychischer Reife
(modifiziert nach UNDEUTSCH 1959, S. 345)

| | | Anzahl der Fälle | Leistungsquotient | Schwankungsquotient | Fehlerquotient | Verbesserungsquotient |
|-----------|----------------------|------------------|-------------------|---------------------|----------------|-----------------------|
| Synchron | Accelerierte | 7 | 1,18 | 0,77 | 0,52 | 0,97 |
| | Unauffällige | 30 | 1,11 | 0,75 | 0,81 | 0,79 |
| | Dysplastiker | 16 | 1,11 | 0,81 | 0,92 | 0,75 |
| | Leichter Retardierte | 27 | 1,01 | 1,02 | 0,77 | 0,91 |
| | Stärker Retardierte | 21 | 0,97 | 1,06 | 1,23 | 0,95 |
| | Retardierte | | | | | |
| Asynchron | Accelerierte | 5 | 0,90 | 1,18 | 1,03 | 1,13 |
| | Retardierte | 8 | 0,74 | 1,23 | 1,22 | 1,39 |
| | Dysplastiker | 7 | 0,73 | 1,24 | 2,19 | 1,53 |

psychiat.
Auffälligkeit

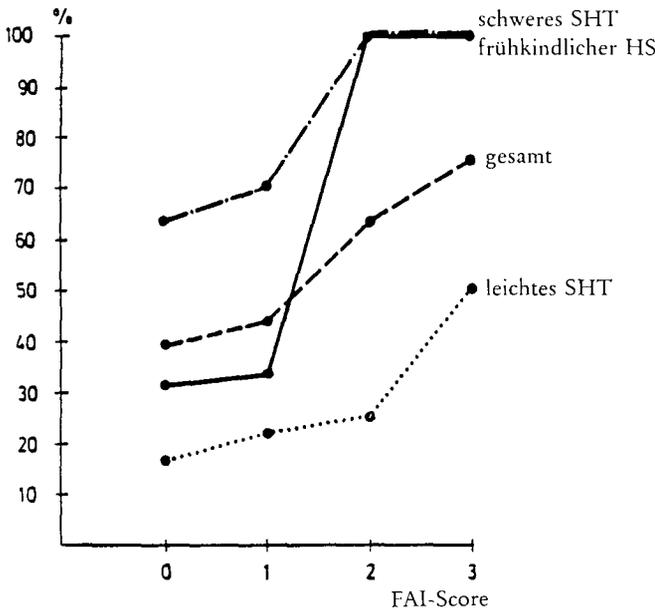


Abb. 1: Beziehung zwischen psychiatrischer Auffälligkeit und dem Family Adversity Index (FAI) (LEHMKUHL & THOMA unveröffentlicht)

keiten im Alter von acht und 13 Jahren und Life events in der Zeit zwischen diesen beiden Altersterminen wurde das passungsbeste Modell ermittelt (vgl. Abb. 2). Die Life events werden im vorgestellten Modell aus technischen Gründen etwas überschätzt. Aufmerksamkeit verdienen nicht in erster Linie die gefundenen Koeffizienten, sondern die passungsbeste Modellstruktur, die besagt, daß bei der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten von 13jährigen Life events vor allem auf der Basis vorbestehender psychischer Auffälligkeiten ihre Wirkung entfalten. Auffällige Kinder reagieren auf potentielle Belastungen anders als unauffällige und schaffen sich mehr solche Belastungen als unauffällige Kinder. Bei der Prognose psychischer Störungen im Kindesalter muß deswegen die Chance für das Zustandekommen von Life events auf der Basis vorbestehender psychischer Störungen berücksichtigt werden. Psychische Störungen beeinflussen nämlich die Verarbeitung von Ereignissen durch die Familie und das betroffene Kind im Sinne etwa einer Beeinträchtigung der Partnerschaft, des Entstehens schulischer Schwierigkeiten oder der fehlerhaften Zuschreibung von Lebensereignissen. Gerade das letztgenannte Beispiel zeigt, wie sehr die Wirkung von Life events von ihrer individuellen Verarbeitung abhängt. Im übrigen stehen die Verhältnisse in Parallele zum vermehrten Vorkommen belastender Lebensereignisse bei auffälligen Erwachsenen (SCHEPANK 1987, S. 183); auch hier zeigten die Life events keine Wechselwirkungen mit frühkindlichen Belastungen.

Zum ökologischen Umfeld eines Kindes oder Jugendlichen gehört sein familiärer und schulischer Kontext; diesen therapeutisch nutzbar zu machen, kann erhebliche Ressourcen mobilisieren. REMSCHMIDT ET AL. publizierten

1988 die Ergebnisse einer Studie, bei der bei gleichem Schweregrad der Erkrankung bei Behandlungsbeginn bei 109 Kindern die Effekte von vollstationärer, teilstationärer mit denen des sogenannten Hometreatments, also der Behandlung im natürlichen Milieu, verglichen wurden. Der Behandlungserfolg war extern evaluiert. Bei Evaluationen über ein Globalurteil über die Zielsymptomatik, die gesamte Entwicklung während der Behandlung und Veränderung im sozialen Umfeld ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den drei Behandlungsmodalitäten, ebensowenig bezüglich der Zufriedenheit der Eltern (und Therapeuten) mit der Behandlung. Die Behandlungsdauer war mit 121 Tagen beim Hometreatment tendenziell länger als bei der stationären Behandlung mit 91 Tagen. Die gesundheitspolitische Relevanz dieses Ergebnisses gebietet entsprechende Ansätze weiter auszubauen, auch wenn diese Möglichkeiten einer alternativen Behandlung nur bei etwa 10% aller behandlungsbedürftigen Patienten in Frage kommen. Bedeutsam ist das Resultat auch im Hinblick auf Widerstände von Eltern gegen notwendige stationäre Behandlung ihrer Kinder, zumal der Erfolg des Hometreatments für jüngere Kinder günstiger eingeschätzt wird als für ältere. Bessere Einbeziehung der Schulen als Behandlungsfeld eröffnet zusätzliche Möglichkeiten. Bemerkenswert an den Ergebnissen erscheint, daß Therapieerfolge trotz ihrer Einbettung ins natürliche Milieu, bezogen auf die Symptomatik, das Gesamtbefinden und die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes gut waren, obwohl die Interventionen am sozialen Umfeld (unabhängig von der Behandlungsmodalität) wenig änderten.

Ein Beispiel für die pathogenetische Rolle ökologischer Variablen bieten die Untersuchungen von POUSTKA und SCHMECK (1990) über die psychischen Auswirkungen von militärischer Tiefflugtätigkeit auf Kinder. Die Autoren konnten zeigen, daß vor allem auf die Entstehung von ängstlichen und phobischen Störungen Effekte von

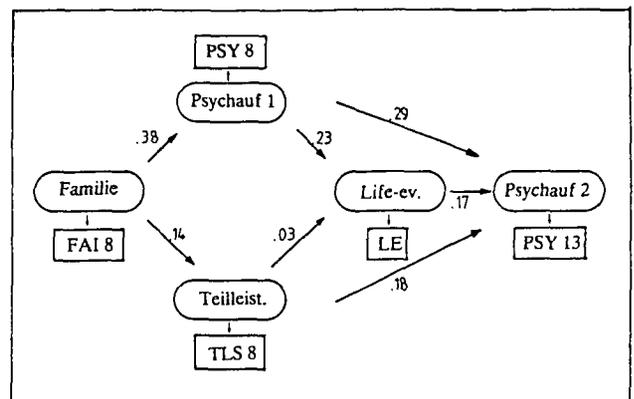


Abb. 2: Kausal-Modell (LISREL) mit hypothetischen Beeinflussungsrichtungen (nach ALLEHOFF ET AL. 1988)

(FAI8 = Family Adversity Index im Alter von 8 Jahren; PSY 8 = psychiatrische Auffälligkeit der 8jährigen; TLS 8 = Teilleistungsstörungen der 8jährigen; LE = Life-events zwischen 8 und 13 Jahren, 5-Jahreszeitraum; PSY 13 = psychiatrische Auffälligkeiten der 13jährigen).

Tieffluglärm gesehen werden, die aber in Abhängigkeit von der sonstigen psychosozialen Belastung der Kinder stehen. Weiter korrelierten der gemessene Fluglärm und die Überflughäufigkeiten deutlicher als die subjektive Bedrohtheit und Lärmempfindlichkeit mit Befindlichkeitsstörungen, also Depressionen und Angstsyndromen. Der beschriebene Interaktionseffekt zwischen psychiatrischer Symptomatik, Fluglärm und psychosozialer Belastung der Familie wurde vor allem bei den prognostisch ungünstigen expansiven Auffälligkeiten gesehen. Fluglärm als vom Betroffenen nicht abwendbares äußeres Ereignis wirkt sich demnach als zusätzliches Risiko bei vorbelasteten Kindern besonders intensiv aus. Die untersuchten psychophysiologischen Kennwerte zeigten ebenfalls tendenzielle, wenn auch nicht eindeutig statistisch signifikante Assoziationen mit höherer Lärmbelastung unabhängig von der Art der psychiatrischen Symptomatik, – ein Befund, dessen Deutung durch detaillierte Untersuchungen geklärt werden muß.

Als Beispiel zum ökologischen Bezug von Entwicklungswissen wird die Rolle der Attribuierung bedrohlicher Umweltumstände hervorgehoben. Der Einfluß psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Pathogenese psychischer Störungen steht außer Zweifel. Er zeichnet scheinbar auch den Weg vor, den Prävention zu gehen hat. Womöglich betrachtet dieser Ansatz das Individuum aber zu stark von außen. Tab. 4 entstammt einer Arbeit von YAMAMOTO ET AL. (1987), die in einer transkulturellen Studie die Bedeutung chronischer und akuter Belastungsfaktoren untersuchten. Trotz ähnlicher Raten von Kindern, die sich durch ihre Umwelt für sehr belastet halten, variieren die Angaben über die bedrohlichen Ereignisse für Kinder in verschiedenen Ländern ausgesprochen weit.

Das führt zu der Frage nach der Allgemeingültigkeit von Belastungsfaktoren, die wiederum von deren Häufigkeit abzuhängen scheint. Wenn die Seltenheit von Ereignissen für ihre pathogenetische Rolle bedeutsam ist, dann stellt sich damit die Frage, wieweit primäre Prävention in bestimmten Bereichen überhaupt möglich ist, wenn nach der Eliminierung bestimmter Risikofaktoren andere als bedrohlich erlebte an deren Stelle treten. Das könnte etwa bedeuten, daß bei zunehmender Scheidungsrate dieser Umstand an Bedeutung verliert, ähnlich wie die Nichtehelichkeit von Kindern in Schweden an Bedeutung verloren hat. Der dabei wirksame Mechanismus ist die Bedeutungszuschreibung durch Eltern, aber auch durch Kinder und Jugendliche. Nicht nur Erwach-

sene, sondern auch Kinder gestalten, dank ihrer genetischen Ausstattung und dank ihres Verhaltens, ihr ökologisches Umfeld selbst mit (SCARR & MCCARTNEY 1983), hyperaktive Jungen beispielsweise erzwingen sich wesentlich mehr Bewegungsspielraum als nicht hyperaktive, sehr intelligente Kinder schaffen sich mehr anregende Lehrerkontakte als andere Kinder. Diese Rolle spielt das Kind aufgrund seiner Zuschreibungsprozesse und Kontrollvariablen nicht nur bezüglich seiner pathogenen, sondern auch bezüglich seiner gesunderhaltenden Umwelt.

4 Ausblick

Will man den Bedürfnissen einer kinderpsychiatrischen Forschung, die als ökologisch orientiert bezeichnet wurde, gerecht werden, versprechen Untersuchungen am Patienten am ertragreichsten zu sein. Tiermodelle und Laborereignisse müssen in diesen Kontext möglichst früh eingegliedert werden, aber wesentlich geht es um Formen des Individuums auf sein Umfeld, seine Erkrankung und deren Verlauf. Fraglos ist modellgestützte Forschung hierfür geeigneter als heuristisches Vorgehen, und ohne Zweifel bedarf es dazu wirklicher Mehrebenenforschung, die also mindestens einen biologischen und einen psychosozialen Ansatzpunkt miteinander vereint, um den Dualismus zwischen biologischer und sozialer Psychiatrie auch bezogen auf das Kindes- und Jugendalter überwinden zu können. Prospektive Forschungsansätze verdienen dabei Vorrang vor retrospektiven, aber auch vor punktuellen, schon um die Aufeinanderfolge (nicht unbedingt die Kausalität) bestimmter Ereignisse berücksichtigen zu können, weiter, um den Entwicklungsaspekt in unserem Fach gerecht werden zu können, schließlich, um Verlaufs- bzw. Interventionseffekte, die ja das Ziel unserer klinischen Disziplin sind, abschätzen zu können. Womöglich bieten derartige formale Schwerpunkte für Forschungsansätze eine höhere Sicherheit gegenüber dem Enden in Sackgassen als stärker inhaltlich betonte.

Vermutlich macht entsprechendes Arbeiten auch neue Formen der Forschungskoooperation notwendig und sehr wahrscheinlich auch eine gezieltere Forschungsförderung, denn – und auch das ist ein ökologischer Aspekt – die intensive Nutzung wissenschaftlicher Ressourcen in hochentwickelten Ländern erscheint mir in vielfältiger Weise Voraussetzung für die nutzbringende Anwendung wissenschaftlicher Strategien in Regionen der Welt zu

Tab. 4: Gegenüberstellung hoher und niedriger Inzidenzraten (%) belastender Life events bei Kindern verschiedener Länder (nach YAMAMOTO ET AL. 1987)

| Life event | Ägypten | Kanada | Australien | Japan |
|----------------------------|---------|--------|------------|-------|
| Verlust der Eltern | 42,0 | | | 2,8 |
| Erbblindung | 39,1 | 2,1 | | |
| Streit zwischen den Eltern | 54,1 | | 79,5 | |
| Erwischt bei Diebstählen | 33,7 | | | 2,8 |
| Schulwechsel | | 77,0 | | 4,8 |

sein, in denen wissenschaftliche Arbeit wesentlich schlechtere Chancen hat als hier. Glücklicherweise muß das Ausmaß an Forschungsbürokratie damit nicht steigen, wengleich Kontrolle angesichts der höheren Aufwendungen für kompliziertere Forschung notwendig ist. Gründliche Vorbereitung komplexer Projekte ist ohnehin genötigt, Resultate anderer zur Kenntnis zu nehmen und sich mit ihnen auszutauschen. Das bringt beim Entwurf von Projekten mehr „Einfälle“ als die ängstliche Sorge, sich in möglichst unabhängiger Weise „nichts vorschreiben lassen“ zu wollen.

Summary

Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview

Objectively and subjectively limiting factors have to be kept in mind when considering research topics which have been given up and those which are actually followed. Five examples for research topics which have been dropped are given, all those topics survived in some way. They are discussed under the headings: knowledge about diagnoses, course of disorder, intervention, pathogenesis and development. Referring to the same headings, another five recent research approaches are presented, which may be subsumed under ecological child psychiatry. Their complexity requires a model-guided prospective multi-level research approach, which allows to join the biological and psychosocial research line, and which allows to sufficiently consider the sequency of pathogenetic events, the influence of developmental aspects, and the effects of interventions. This kind of research, however, requires a reorganisation of research structures and funding.

Literatur

ALLEHOFF, W. H./ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1988): Die Stellung von Life-events in kausal-analytischen Überlegungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Modellbildungsversuche mit LISREL. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 16, 5–13. – BERNSTEIN, B. (1972): Studien zur sprachlichen Sozialisation. Düsseldorf: Schwann. – BISANZ, J./BRAINERD, C. J./KAIL, R. (Eds.) (1987): Formal methods in developmental psychology. New York: Springer. – ESSER, G./SCHMIDT, M. H./WOERNER, W. (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school age children – results of a longitudinal study. *J. Child Psychol. Psychiat.* 31, 243–263.

– HAGEN, W. (1969): Wachstum und Entwicklung von Schulkinder. München: Barth. – HARTMANN, K. (1977): Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. 2. Aufl. Berlin: Springer. – HERBERT, M. (1978): Conduct disorders of childhood and adolescents. Chichester: John Wiley & Sons. – KOHLMAYER, K./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F. (1983): Computed tomography of anorexia nervosa. *Amer. J. Neuro-Radiology* 4, 437–438. – KLÜWER, K. (1974): Neurosen-theorie und „Verwahrlosung“. *Psyche* 28, 285–309. – KRETSCHMER, E. (1961): Körperbau und Charakter. Berlin: Springer, 23./24. Aufl. – LEHMKUHL, G. (1986): Kognitive, neuropsychologische, psychopathologische und klinische Befunde bei 12- bis 14jährigen Kindern nach unterschiedlich schweren und lange zurückliegenden Schädel-Hirntraumen. Habil., Heidelberg. – LEHMKUHL, G./THOMA, W.: Wie wirken sich Schädel-Hirn-Traumen auf die weitere Entwicklung von Kindern aus? (unveröffentlichter Bericht). – MARSHALL, W. A. (1975): Growth and sexual maturation in normal puberty. *J. of Clin. Endoc. and Metab.* 4, 3–9. – MOSCHIEL, G./HÄBERLE, H. (1977): Die ökologische Verteilung von Jugenddelinquenz bei psychischen Störungen in Mannheim. *Soc. Psychiat.* 12, 157–169. – OERTER, R./DREHER, E./DREHER, M. (1977): Kognitive Sozialisation und subjektive Struktur. München: Oldenbourg. – OEVERMANN, U. (1972): Sprache und soziale Herkunft. Frankfurt: Suhrkamp. – POUSTKA, F./SCHMECK, K. (1990): Über die psychischen Auswirkungen von militärischer Tiefflugtätigkeit auf Kinder. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 18, 61–70. – POUSTKA, F. (1984): Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Stuttgart: Enke. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./MATTEJAT, F./EISERT, H. G./EISERT, M. (1988): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Hometreatment im Vergleich. *Z. Kinder- und Jugendpsychiat.* 16, 124–134. – RUTTER, M./QUINTON, D. (1977): Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In: M. McGURK (Ed.): Ecological Factors in Human Development. Amsterdam: North Holland, (p.173–187). – SCARR, S./MCCARTNEY, K. (1983): How people make their own environment. A theory of genotype-environment effects. *Child Dev.* 54, 424–435. – SCHEPANK, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Berlin: Springer. – SCHMIDT, M. (1965): Somatische und psychische Faktoren der Reifeentwicklung. *Wissenschaftl. Jugendkunde*, Heft 9, München: Barth. – UNDEUTSCH, U. (1959): Das Verhältnis von körperlicher und seelischer Entwicklung. In: H. THOMAE (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 3, Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl., S. 329–357. – YAMAMOTO, K./SOLIMAN, A./PARSONS, J./DAVIES, O. L. (1987): Voices in unison: stressful events in the lives of children in six countries. *J. Child Psychol. Psychiat.* 28, 855–864.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Dr. Martin H. Schmidt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Postfach 122120, 6800 Mannheim 1.