

Heerkerens, Hans-Peter

Umstrittene Kindheit - Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 8, S. 295-301

urn:nbn:de:bsz-psydok-32443

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.*: Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance) 198
- Heekerens, H.-P.*: Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance) 126
- Hemling, H.*: Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey) 215
- Höger, C.*: Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance) 204
- Presting, G.*: Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation) 210
- Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.*: Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results) 220

Familienrecht

- Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.*: Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects) 22

Familientherapie

- Reich, G.*: Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families) 16

Forschungsergebnisse

- v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles) 240
- Berger, M.*: Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence) 107

- Bunk, D., Eggers, C.*: Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia) 8
- Döcker, A., Knöbl, H.*: Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education) 62
- Eberle, U., Castell, R.*: Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles) 284
- Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients) 277
- Jehle, P., Schröder, E.*: Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis) 49
- Langenmayr, A.*: Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour) 36
- Sarimski, K.*: Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children) 2
- Schneider, W.*: Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence) 56
- Steinhausen, H.-C.*: Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?) 39

Praxisberichte

- Besmens, F., Krohn, G.*: Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department) 71
- Klosinski, G.*: Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents) 66
- Knapp, T. W.*: Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl) 308
- Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.*: Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents) 139

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| <i>Otto, B.</i> : Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy) | 144 | chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg | 226 |
| <i>Schemus, R.</i> : Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences) | 176 | Editorial | |
| <i>Student, J. C.</i> : Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging) | 181 | 25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung | 196 |
| | | In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“ | 276 |
| Psychosomatik | | Ehrungen | |
| <i>Habermas, T.</i> : Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset) | 88 | „... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag | 311 |
| <i>Mangold, B.</i> : Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence) | 262 | Buchbesprechungen | |
| <i>Zimmermann, F.</i> : Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis) | 92 | <i>Aissen-Crewett, M.</i> : Kunsttherapie | 187 |
| Psychotherapie | | <i>Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A.</i> (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik | 234 |
| <i>Buchholz, M. B.</i> : Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View) | 98 | <i>Backe, C. et al.</i> (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien | 232 |
| <i>Herzka, H. S.</i> : System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents) | 134 | <i>Balint, M.</i> : Regression. | 317 |
| <i>Voss-Coxhead, D.</i> : Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery) | 257 | <i>Bauer, A.</i> : Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter | 156 |
| Übersichten | | <i>Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.</i> : Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder | 118 |
| <i>Fegert, J. M.</i> : Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse) | 164 | <i>Beland, H. et al.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19 | 153 |
| <i>Heckerens, H.-P.</i> : Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences) | 295 | <i>Biebl, W.</i> : Anorexia nervosa | 189 |
| <i>Huppmann, G., Werner, A.</i> : Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children) | 301 | <i>Biermann, G.</i> (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche | 29 |
| <i>Langenmayr, A.</i> : Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children) | 249 | <i>Brack, U. B.</i> (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern | 31 |
| <i>Yamamoto, A.</i> : Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools) | 171 | <i>Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.</i> : Psychiatrie lernen | 78 |
| Tagungsberichte | | <i>Brezinka, W.</i> : Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft | 29 |
| Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg | | <i>Charlton, M., Neumann, K.</i> : Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie | 270 |
| | | <i>Clemenz, M.</i> : Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie | 231 |
| | | <i>DeMyer, K.</i> : Familien mit autistischen Kindern | 189 |
| | | <i>Dietrich, G.</i> : Spezielle Beratungspsychologie | 233 |
| | | <i>Dreifuss-Kattan, E.</i> : Praxis der klinischen Kunsttherapie | 28 |
| | | <i>Drewermann, E.</i> : Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet | 190 |
| | | <i>Engfer, A.</i> : Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen | 30 |
| | | <i>Fichtner, M. M.</i> : Magersucht und Bulimie | 188 |
| | | <i>Flehmig, I., Stern, L.</i> (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten | 269 |
| | | <i>Franke, U.</i> : Artikulationstherapie bei Vorschulkindern | 314 |
| | | <i>Frankenburg, K. et al.</i> : Entwicklungsdiagnostik bei Kindern | 152 |
| | | <i>Fromm, E.</i> : Über die Liebe zum Leben | 30 |
| | | <i>Grissemann, H.</i> : Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens | 267 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| <i>Grisse mann, H.</i> : Hyperaktive Kinder | 28 | <i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht | 235 |
| <i>Grosse, S.</i> : Bettnässen | 233 | <i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode | 150 |
| <i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten | 154 | <i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen | 228 |
| <i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren | 151 | <i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assessment and Intervention | 230 |
| <i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns | 230 | <i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft | 233 |
| <i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten | 79 | <i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter | 80 |
| <i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie | 271 | <i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development | 79 |
| <i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin | 315 | <i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern | 155 |
| <i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart | 187 | <i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis | 314 |
| <i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa | 119 | <i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I | 319 |
| <i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben | 118 | <i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung | 187 |
| <i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus | 30 | <i>Szágún, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind | 152 |
| <i>Kluschmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht | 269 | <i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis – Anfragen an Sondererziehung und Therapie | 30 |
| <i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern | 188 | <i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen | 153 |
| <i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus | 316 | <i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch | 229 |
| <i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters | 81 | <i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung | 317 |
| <i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch | 268 | <i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen | 191 |
| <i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe | 319 | <i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik | 83 |
| <i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele | 82 | <i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute | 154 |
| <i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie | 313 | <i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse | 77 |
| <i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie | 78 | <i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen | 267 |
| <i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters | 189 | | |
| <i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter | 231 | Autoren der Hefte: 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312 | |
| <i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter | 320 | Tagungskalender: 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322 | |
| <i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern | 151 | Mitteilungen: 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322 | |
| <i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind | 81 | | |
| <i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes | 152 | | |
| <i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute | 312 | | |
| <i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion | 235 | | |
| <i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen | 78 | | |

Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse

Von Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Seit Anfang der 80er Jahre ist die Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse für das spätere (Seelen-)Leben in ein neues Stadium getreten. In dieser Debatte sehen sich die „Kliniker“ von seiten der „Empiriker“ dem Vorwurf ausgesetzt, sie würden die Bedeutung bestimmter frühkindlicher Erfahrungen überschätzen. Die Angegriffenen reagieren mit dem Vorwurf der Verharmlosung. Im Zentrum der Debatte stehen methodische, wissenschafts- und erkenntnistheoretische Fragen. Am Beispiel „frühkindliche Verlustereignisse und depressive Erkrankung“ wird gezeigt, daß sich eine „empirische“ und „klinische“ Analyse von Zusammenhängen nicht feindlich gegenüberstehen müssen, sondern sich gut ergänzen können. Als Beispiel für eine solche Zusammenarbeit wird das Modell der Depressions-Ätiologie von G. W. Brown und T. Harris dargestellt. Diese ist eingebettet in Überlegungen zu „Erklären und Verstehen“ sowie zu prognostischer bzw. „retrognostischer“ Zusammenhangsanalyse.

1 Einleitung

Ein 1985 in der *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* veröffentlichter Artikel „Geschwisterkonstellationen aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht“ beginnt mit den Worten: „Der Effekt familiärer Umweltmerkmale wie z.B. Geschwisterkonstellationen wird von empirischen und klinischen Psychologen konträr beurteilt“ (Langenmayr, 1985, 254). Nicht nur in diesem Abschnitt, sondern auf der ganzen Breite der Front stehen sich die Parteien gegenüber bei der Frage, welche langfristige Bedeutung frühe Erfahrungen denn eigentlich für das spätere (Seelen-)Leben haben. Kindheit als Schicksal? Die vordem eher im engeren Kreis von Wissenschaftlern und klinischen Praktikern diskutierte Frage wurde 1982 von H.-J. Hemminger in die Öffentlichkeit getragen; von der erzielten Breitenwirkung zeugen nicht zuletzt die Auflagezahlen von „Kindheit als Schicksal?“. Die heftig entbrannte Diskussion war eben erst zur Ruhe gekommen, als C. Ernst und N. v. Luckner mit „Stellt die Frühkindheit die Weichen?“ (1985) Öl ins Feuer gossen. Heftig geschürt wurde dieses von D. E. Zimmer, als er im *ZEIT-Magazin* 46/1985 die Lehre von

der schicksalhaften Bedeutung früher negativer Erlebnisse zum „Jahrhundertirrtum“ erklärte.

Teile der angesprochenen und zum Großteil kontrovers geführten Diskussion sind publiziert worden. *Psychologie heute* bot H.-J. Hemminger und W. Schmidbauer 1983 Gelegenheit zum Schlagabtausch. 1986 dokumentierte die *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* auszugsweise das Streitgespräch zwischen C. Ernst und R. Lempp. Die Kontroverse ist in mehrerlei Hinsicht keine „akademische“. Sie ist dies zum einen schon deshalb nicht, weil sie vor (und in) einem großen Publikum geführt wird (vgl. etwa Schöne, 1986). Zum anderen hängen vom Ausgang der Debatte praktisch bedeutsame Folgen ab. Zugleich aber ist die Diskussion eine „akademische“ im guten Sinne des Wortes. Sie geht doch sehr schnell von methodisch inhaltlichen Fragen über zu philosophischen, nämlich grundsätzlichen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen. Zwei Stellungnahmen der (angegriffenen) Kliniker sollen das verdeutlichen. Während W. Schmidbauer noch eher zögernd und defensiv erklärt hatte: „Die Forschungsansätze eines quantitativ orientierten Psychologen, der beispielsweise die statistische Korrelation zwischen einer frühen Trennung von Mutter und Kind und späterer Verhaltensauffälligkeit untersucht, und eines Psychoanalytikers sind verschieden“ (1983, 50), geht R. Lempp zum entschlossenen Gegenangriff über: „Die statistische Methode ist für die Ursachenforschung in Psychologie und Psychiatrie unzureichend, weil sie sich auf bestimmte Variablen konzentriert und unzählige andere, z.T. prinzipiell nicht erfassbare, außer Acht läßt“ (Ernst & Lempp, 1986, S. 68).

Wir haben hier eine Frontstellung, deren eine Seite mit Begriffen wie „verhaltenswissenschaftlich“, „(korrelations-)statistisch“, „quantitativ“ oder „empirisch“ belegt ist und die andere mit „tiefenpsychologisch“, „klinisch“, „qualitativ“ oder „intuitiv“. Man fühlt sich unwillkürlich erinnert an den bis weit in die 50er Jahre (vgl. Meehl, 1954) zurückreichenden Streit um klinische versus statistische Urteilsbildung (vgl. die Kurzzusammenfassung bei Wittmann, 1985, 288 ff.). Zur Beruhigung der damaligen Kontroverse hat (zumindest auf wissenschaftlicher Ebene) beigetragen, daß man den unterschiedlichen Formen der Urteilsbildung je eigene Stärken zugestanden hat (vgl. Wiggins, 1973). Einer Unterscheidung von H. Reichenbach (1938) folgend, wird die Stärke der klinischen („intuitiven“) Urteilsbildung im *Entdeckungs-Kon-*

text (context of discovery), die der statistischen („automatisierten“) im *Rechtfertigungs-Kontext* (context of justification) gesehen.

Im Streit um die langfristige Bedeutung frühkindlicher (negativer) Erlebnisse sind wir, ungeachtet einer Reihe von Übereinstimmungen, von einem solch versöhnlichen und von gegenseitigem Respekt gekennzeichneten Stand der Diskussion weit entfernt. Die Situation ähnelt vielmehr in mehreren Punkten dem, was *H. Stierlin* als „malignen Clinch“ bezeichnet hat; jede Aktion irgendeiner Seite ist geeignet, die symmetrische Eskalation voranzutreiben. In dieser Situation scheint es angemessen und sinnvoll, nach „dämpfenden“ Interventionen Ausschau zu halten. Nicht um aus falschem Harmoniebedürfnis sachliche Unterschiede zu verwischen, sondern um auf Gemeinsamkeiten hinzuweisen, wo nur Differenzen gesehen werden, und auf Ergänzungen aufmerksam zu machen, wo es lediglich Gegensätze zu geben scheint.

2 Frühkindliche Verlustereignisse und depressive Erkrankung

Das Gesagte soll verdeutlicht werden am Beispiel der Frage, ob und inwieweit frühkindliche Verlustereignisse von ätiologischer Bedeutung sind für depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die Klärung dieser Frage spielt im Gesamtzusammenhang der Diskussion um die langfristige Bedeutung frühkindlicher (negativer) Erfahrungen eine zentrale Rolle. Das Beispiel wurde ferner deshalb gewählt, weil in diesem Punkte Uneinigkeit auch zwischen den „Empirikern“ besteht. Während *H.-J. Hemminger* den frühen Verlust einer geliebten Bezugsperson als Risikofaktor einschätzt (1982, 85, 167), messen *C. Ernst* und *N. v. Luckner* diesem Ereignis *als solchem* so gut wie keine Bedeutung zu (1985, 60, 65). Die Diskrepanz ist teilweise darauf zurückzuführen, daß *H.-J. Hemminger* sich auf das Ergebnis der *Guidance Study* (*Macfarlane*, 1964) stützt. Diese Untersuchung, übrigens die einzige Panel-Studie zum Thema, wird von *C. Ernst* und *N. v. Luckner* übergangen.

Die Ansicht der letztgenannten Autoren steht im klaren Widerspruch zu einer im klinischen Bereich weitverbreiteten Annahme. Seit *K. Abraham* und *S. Freud* haben Psychoanalytiker an der essentiellen Bedeutung früher Personenverluste für die Entstehung von Depressionen nicht gezweifelt. Die Arbeiten von *J. Bowlby* haben diese Ansicht bekräftigt, und eine Zeitlang war sie bei Klinikern ganz unterschiedlicher theoretischer Orientierung sehr populär – nicht zuletzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Ja, es wurde von (psychoanalytisch orientierter) klinischer Seite gar postuliert, „daß frühe Personenverluste über Generationen hinweg ihre Bedeutung behalten können“ (*Dührssen u. a.*, 1983, 107). Empirische Untersuchungen in Form korrelationsstatistischer Analysen konnten die genannte Annahme in der Regel nicht bestätigen (vgl. die bei *Ernst & v. Luckner*

1985, 48–65 zusammengestellten Studien sowie ferner *Faravelli u. a.*, 1986 und *Perris u. a.*, 1981).

So auch nicht eine allen Anforderungen der empirischen Sozialwissenschaft gerecht werdende Untersuchung von *R. A. Kulka & H. Weingarten* (1979), die in der bisherigen Diskussion noch unberücksichtigt blieb. Dort wurden anhand US-repräsentativer Daten von 1976 Erwachsene, die bis zum 16. Lebensjahr mit beiden (leiblichen) Eltern aufgewachsen waren, verglichen mit solchen, die bis dahin einen Elternteil (in 9 von 10 Fällen den Vater) durch elterliche Scheidung verloren hatten. Zum Vergleich dienten folgende Indikatoren vorhandener/fehlender depressiver Erkrankung: Gefühl der Unbeweglichkeit und Starre, Selbstwert, Lebenszufriedenheit sowie Ausmaß freudebringenden Involviertseins in verschiedenen Lebensbereichen. Hinsichtlich keiner dieser fünf Kriterien fanden sich in der großen Stichprobe (mit $n = 2.264$ die größte von allen Studien zum Thema) ein (bei $p = 0.05$) signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Das Ergebnis muß (Sozial-)Epidemiologen und Kliniker gleichermaßen beeindrucken. Zum einen, weil die große Fallzahl die Wahrscheinlichkeit mindert, ein tatsächlich vorhandener Gruppenunterschied sei nur wegen zu geringer Personenzahl nicht signifikant ausgefallen. Zweitens haben wir in dieser Untersuchungsgruppe eine für die erwachsene Durchschnittsbevölkerung der USA repräsentative Stichprobe vor uns. Zum dritten wurde nicht die behandelte, sondern die wahre Prävalenz erfaßt (in der Sprache der *Brown-Harris*-Gruppe: nicht „Patienten“ sondern „Fälle“). Als vierter und fünfter Punkt ist schließlich hervorzuheben, daß eine standardisierte Diagnostik vorgenommen wurde und die Daten nicht per Fragebogen, sondern von erfahrenen Interviewern im Rahmen 1,5-stündiger Gespräche bei den Befragten zu Hause erhoben wurden. Untersuchungen, die solchen methodischen Standards entsprechen, kommt besonderes Gewicht zu (so auch *Ernst & v. Luckner* 1985, 60).

Das Ergebnis der *Kulka-Weingarten*-Studie läßt sich (in gut *Popperscher* Manier und der Logik des Signifikanztests entsprechend) zunächst einmal so formulieren: Die Hypothese, es gebe hinsichtlich der fünf betrachteten Merkmale depressiver Erkrankung keine Gruppenunterschiede, konnte nicht verworfen werden. Daraus kann ein Sozialwissenschaftler, eine rechentechnische Unterschieds-Hypothese in eine inhaltliche Veränderung-Hypothese transformierend (vgl. dazu *Bortz* 1984, 400 ff.), folgern, der frühe Verlust eines Elternteils, zumindest der des Vaters, spiele keine ätiologische Rolle bei depressiven Erkrankungen des Erwachsenenalters. Stellen wir dieser Ansicht die eines fiktiven Klinikerges gegenüber. Er glaubt, gelenkt von einer klinischen Theorie, bei einer Reihe depressiv Erkrankter frühe Verlustereignisse (auch frühen Vaterverlust) als Ur-Sache der jetzigen Störung namhaft machen zu können. Nehmen wir einmal an, dieser fiktive Kliniker hätte Recht mit seiner Meinung.

3 Prognosen und „Retrognosen“

Sofern unsere beiden fiktiven Personen nicht in wechselseitiger Ignoranz verharren (das ist zwischen „Empirikern“ und „Klinikern“ leider allzu oft der Fall), werden sie im Streitgespräch Argumente austauschen, wie sie als „methodenkritische“ in der Diskussion zum Thema schon ausgebreitet wurden. Es werden Übereinstimmungen in bestimmten Inhalten konzediert, aber gerade was die *Methodik* anbelangt, dominieren die Unterschiede, die sich zu Gegensätzen steigern können. Dabei wird übersehen, daß sich beide Parteien insgeheim in zumindest einem zentralen erkenntnistheoretischen Punkt einig sind. Sie teilen, wenn dies auch nicht explizit geäußert wird, die Auffassung, in dem betrachteten „Gegenstand“ sei ein *starkes* (ähnliche Ursachen haben ähnliche Wirkungen) oder *schwaches Kausalitätsprinzip* (gleiche Ursachen haben gleiche Wirkung) gültig.

Wird hier eine grundlegende Gemeinsamkeit allzu leicht übersehen, so ein tiefreichender Unterschied an anderer Stelle nicht recht zur Kenntnis genommen. Unsere fiktiven Kontrahenten argumentieren nämlich im Grunde von zwei verschiedenen Enden der postulierten Kausalkette her. Der Sozialwissenschaftler macht de facto eine Aussage, die zur Klasse der *Prognosen* gehört. Er sagt, aus seiner Sicht völlig zu Recht, daß sich eine depressive Erkrankung im Erwachsenenalter nicht vorherzusagen lasse aufgrund frühen Verlustes eines Elternteils (bzw. des Vaters). Er schaut von „vorher“ zu „nachher“. Besagter Kliniker indessen macht typischerweise etwas völlig Entgegengesetztes. Er setzt bei der Erkrankung an und verfolgt deren Entstehungsgeschichte zurück; er geht von „jetzt“ zu „früher“. Ein solches Vorgehen hat D. Dörner (1983, 20) mit dem Begriff *Retrognose* belegt. Kommt, und das ist der springende Punkt, eine Retrognose zu einem anderen Schluß als eine Prognose (das ist in unserem Beispiel der Fall), dann stellt dies im Rahmen eines vom „starken“ oder „schwachen“ Kausalitätsprinzips beherrschten Denkens (aber auch nur in diesem Rahmen!) einen *Widerspruch* dar; zumindest eine der beiden Schlußfolgerungen muß falsch sein. Das gilt aber wirklich nur *innerhalb* dieses Rahmens!

Die grundlegende Frage lautet also, ob wir denn bei dem hier betrachteten „Gegenstand“ (und überhaupt in der Mehrzahl der Objekte psychologischer Forschung) die beiden beschriebenen Formen des Kausalitätsprinzips überhaupt als wirksam unterstellen dürfen (vgl. Dörner, 1983). Im üblichen Wissenschaftsbetrieb (nicht nur) der Psychologie geht man, bei unreflektierter Übernahme des „galiläischen Prinzips“ (Bischof, 1982) die „analytische Prozedur“ der Naturwissenschaftler nachahmend (Bertalanffy, 1973), weitgehend von dieser Annahme aus. Aber es ist doch eher wahrscheinlich als unwahrscheinlich, daß sich die „Gegenstände“ der Psychologie, zumeist netzartige Systeme mit Interaktionen, nicht nach dem genannten Kausalitätsprinzipien verhalten, sondern „chaotisch“, „also mitunter auf kleinste Änderungen des ‚inputs‘ mit maximalen Änderungen des ‚outputs‘ reagieren und umgekehrt“ (Dörner 1983, 19). „Chaotisch“

meint also, daß wir aufgrund eines Inputs den Output *nicht mit Sicherheit* vorhersagen können (Aspekt der Prognose).

„Chaotisch“ meint aber keineswegs „zufällig“! Kennen wir die in einem bestimmten System wirksamen Kräfte, können wir im Einzelfalle den Weg von einem vorgefundenen Output (z. B. depressive Erkrankung) zu einem bestimmten Input (z. B. früher Elternverlust) zurückverfolgen (Aspekt der Retrognose). Klinische Theorien stellen, ohne daß damit über ihre Nützlichkeit schon entschieden wäre, „Landkarten“ dieses unwegsamen Geländes dar (zur Landkarte-Territorium-Unterscheidung vgl. Korzybski 1941 und Bateson 1983). Was wir brauchen, so viel dürfte klar geworden sein, ist ein Miteinander von klinischer und sozialwissenschaftlicher Art der Klärung von Zusammenhängen. Ungenügend sind bloße Betrachtungen von Input-Output-Relationen ebenso wie verschiedene Karten-Entwürfe ohne Tauglichkeitsnachweis. Ein Weiterkommen scheint nur möglich, wenn Kliniker und Sozialwissenschaftler ihr jeweils Bestes in ein gemeinsames Unternehmen einbringen.

4 Statistische Signifikanz und klinische Relevanz

Was wir ebenfalls brauchen, ist ein klares Verständnis davon, welches Maß an „Verursachung“ wir denn eigentlich als *bedeutsam* anerkennen wollen. J. Bowlby hat einmal darauf hingewiesen, daß sich Lähmungen nur bei weniger als einem Prozent der mit dem Kinderlähmungsvirus Infizierten zeigen und nur ein Bruchteil dieses Prozentes verküppelt bleibt, um dem hinzuzufügen: „Es wäre aber zweifellos absurd zu behaupten, die Poliomyelitis sei eine harmlose Infektionskrankheit, nur weil 99 Prozent sich von ihr erholen“ (Bowlby, 1976, 22). Führen wir an diesem Beispiel die Überlegungen noch einen Schritt weiter. Der Erreger wird vorwiegend durch Tröpfcheninfektion übertragen, wobei die Überträger zumeist keine klinischen Symptome aufweisen, die eindeutig auf Poliomyelitis hindeuten. Und nun stelle man sich vor, man müsse – ohne Kenntnis der Erregers! – auf korrelationsstatistischem Wege den Ansteckungsvorgang nachweisen, indem man lediglich vom klinischen Bild ausgeht.

Im einfachsten Falle setzt man bei einem korrelationsstatistischen Vorgehen zwei Variablen mit je zwei Ausprägungsgraden miteinander in Beziehung; „früher Mutterverlust: ja – nein“ und „depressive Erkrankung im Erwachsenenalter: ja – nein“ ist dafür ein Beispiel. Oder im gerade genannten Falle zählt man aus, ob es in der Gruppe von Leuten, die Kontakt hatten mit einem Menschen mit bestimmten Lähmungserscheinungen, signifikant mehr Personen mit dieser Symptomatik gibt als in der Gruppe ohne solche Kontakte. Man ahnt, daß bei Stichprobengrößen, wie sie bei der Erforschung von frühen Verlustereignissen üblich sind (von einigen Dutzend bis wenigen Tausend), *kein* signifikanter Gruppenunterschied zu ermitteln wäre. Aber wir wissen, und zwar aus anderen Gründen, daß der in Augenschein genommene

Kontakt zwischen Virusträger und potentiellern Empfänger von Bedeutung ist.

Man kann einen ursächlichen Zusammenhang zwischen zwei Größen auch über das Quadrat ihrer Korrelation ausdrücken; man spricht dann davon, daß eine Größe A eine bestimmte Varianz der Variablen B aufklärt. Auch in diesem Falle kann ein klinisch relevanter Zusammenhang übersehen werden, wenn man bloß auf statistische Signifikanz achtet. T. K. Craig und G. Brown (1984, 13) haben darauf hingewiesen, daß starkes Rauchen weit weniger als 1 Prozent der Varianz von Lungenkrebs aufklärt. Wie ist ein solches Ergebnis, das Rauchen als weitgehend „harmlos“ erscheinen läßt, zu vereinbaren mit dem Befund, daß die Mehrzahl der Menschen mit Lungenkrebs schwere Raucher sind/waren? Zur Erklärung wird man darauf verweisen, daß unter den Lungenkrebserkrankten auch Nicht-Raucher sind. Dies macht nur den geringeren Teil der Erklärung aus. Den größeren hingegen der Hinweis, daß die meisten schweren Raucher eben *nicht* an Lungenkrebs erkranken. Dennoch: Welcher verantwortliche Mensch würde die Behauptung wagen, (schweres) Rauchen fördere Lungenkrebs *nicht*?

5 Hinreichende und notwendige Bedingungen

Die vorstehenden Überlegungen warnen davor, statistische Signifikanz und klinische Relevanz gleichzusetzen. Zugleich machen die auf etwas anderes aufmerksam. Sowohl im Modell „signifikante Gruppenunterschiede“ als auch im Falle „aufgeklärte Varianz“ wird in der Regel nicht offengelegt, mit welcher Vorstellung von „Verursachung“ gearbeitet wird. Man muß sich wirklich klar machen, ob man beim Stichwort „verursacht“ an „hinreichende“ oder an „notwendige Bedingung“ denken will bzw. noch einschränkender an „eine von mehreren möglichen notwendigen Bedingungen“.

Die Infektion mit Tuberkelpartikeln etwa ist keine hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer Tuberkulose; aber sie ist eine notwendige Bedingung dafür. Ein guter körperlicher Allgemeinzustand und psychische Gesundheit etwa senken das Risiko der Krankheitsentwicklung im Ansteckungsfalle drastisch herab; eine Erfahrung, die am Anfang der Psychosomatik stand (V. v. Weizsäcker). Schon damals war dies keine prinzipiell neue Erkenntnis. Kein geringerer als L. Pasteur selbst hat entschieden davor gewarnt, das Risiko vornehmlich auf der Erregerseite zu sehen („Le microbe n'est rien – le terrain c'est tout“). Dennoch: Sind Tuberkelbazillen deshalb als „unwichtig“ für die Entstehung von Tuberkulose anzusehen und sind sie als „harmlos“ einzuschätzen, wenn man ihren (potentiellen) Effekt bedenkt?

Die Unterscheidung von „hinreichender“ und „notwendiger“ Bedingung ist zur Beantwortung der Frage, welche Rolle frühkindliche Erfahrungen für das spätere (Seelen-) Leben haben, essentiell. Keine ernstzunehmende

klinische Theorie kann nach heutigem Wissensstand behaupten, irgendeine frühkindliche Erfahrung sei eine *hinreichende* Bedingung für irgendein bestimmtes Erleben, Verhalten oder Denken im späteren Leben. Im engeren Bereich der Depressions-Ätiologie etwa spricht man deshalb von frühkindlichen Verlustereignissen im allgemeinen als „Risikofaktoren“. Eine solche Redeweise ist zu ungenau; ungeklärt sind die damit einhergehenden Vorstellungen, in welcher Weise solche „Risikofaktoren“ eine ätiologische Rolle spielen können.

Wesentlich klarer ist hingegen, wenn die Brown-Harris-Gruppe drei Möglichkeiten unterscheidet, wie ein Verlustereignis zur Entwicklung bzw. Ausgestaltung einer Depression beitragen kann: „1. als *auslösender Faktor*, der den Ausbruch der Krankheit zu einer bestimmten Zeit mitbewirkt, 2. als *Vulnerabilitätsfaktor*, der die Empfindlichkeit des Individuums solchen Auslösern gegenüber erhöht, in deren Abwesenheit aber nicht zum Ausbruch der Krankheit beiträgt, und 3. als *Symptomgestaltungsfaktor*, der Verlaufsform und Schweregrad der Depression bestimmt, ohne selbst eine ätiologische Rolle bei der Krankheitsentstehung zu spielen“ (Brown u. a. 1980, 308).

Wenn die Brown-Harris-Gruppe frühen (vor dem 11. Lebensjahr) Verlust der Mutter bei Frauen als *einen* Vulnerabilitätsfaktor bei der Depressions-Genese *neben anderen* auffaßt, macht sie deutlich, daß sie frühen Verlust nur als *eine* Größe in einem komplexen Bedingungsgefüge begreift. Lassen wir einmal die Frage beiseite, weshalb sich nur für frühen Verlust der Mutter, nicht aber den anderer Personen Indizien finden. Klammern wir ferner die andere Frage aus, ob sich ein solch früher Verlust nur bei Frauen auswirkt, bei Männern aber nicht. Betrachten wir nun den engen Ausschnitt: „früher Mutterverlust“ und „depressive Erkrankung bei Frauen“. Das Verlustereignis wird von der Brown-Harris-Gruppe nicht als „hinreichend“ angesehen. Ja, es wird noch nicht einmal für „notwendig“ erachtet in dem Sinne, daß *nur* dieses als Vulnerabilitätsfaktor dienen könne; es gibt auch andere Vulnerabilitätsfaktoren. Bei einer solchen Konzeption wird der Abschied von einem Denken nach dem „starken“ bzw. „schwachen“ Kausalitätsprinzip offensichtlich. In der verfolgten Fragestellung sind Erkenntnisse sowohl der „empirischen“ wie der „klinischen“ Seite berücksichtigt. Wie im Falle der Urteilsbildung scheint es so zu sein, daß der hauptsächliche Beitrag der klinischen Seite im Entdeckungs- und der der empirischen Seite im Rechtfertigungskontext zu suchen ist.

6 Das Brown-Harris-Modell der Depressions-Ätiologie

Damit ist nicht gesagt, es sei schon eine ausgemachte Sache, daß zumindest früher Mutterverlust (und zwar „reiner“; definiert über Verlust durch Tod) jedenfalls bei Frauen eine ätiologische Rolle in der Depressions-Genese spiele. Diese Hypothese ist von der Brown-Harris-Gruppe anhand der Camberwell-Daten entwickelt wor-

den (vgl. *Brown*, 1982; *Brown & Harris*, 1978 a; *Brown u. a.*, 1977; deutsch 1980). Sie fand Bestätigung anhand der Daten aus der Walthamstow-Studie (vgl. *Brown* 1982, 258), nicht aber nach denen von den Äußerer Hebriden (vgl. *Brown u. a.*, 1981, 594 f.). Die Ergebnisse anderer Forschungsgruppen sind in diesem Punkte ebenso uneinheitlich.

Nicht also, weil die *Brown-Harris*-Gruppe schon eine definitive Antwort vorlegen könnte, erscheint ihre Arbeit vorbildlich, sondern weil ihr Arbeitsansatz insgesamt (vgl. außer der genannten Literatur noch *Craig & Brown*, 1984; *Prudo u. a.*, 1981; 1984) als Integration von „sozialwissenschaftlicher“ und „klinischer“ Sichtweise, als Kombination von „prognostischem“ und „retrognostischem“ Denken stimulierend wirkt (vgl. etwa *Campbell u. a.*, 1983; *Roy*, 1978; 1981; *Roy & Kennedy* 1984). Damit ist keineswegs übersehen, daß dieser Ansatz von Anfang an (teilweise berechtigter) Kritik ausgesetzt war und noch ist (vgl. etwa *Shapiro*, 1979 – Replik: *Brown & Harris*, 1979; *Tennant & Bebbington*, 1978 – Replik: *Brown & Harris*, 1978 b). Die wesentlichen Merkmale des vorgeschlagenen Modells der Ätiologie depressiver Erkrankungen lassen sich folgendermaßen kennzeichnen. Nach der Sprachregelung von Sozialepidemiologen ist es als Modell additiver Belastungen anzusehen (vgl. *Dohrenwend & Dohrenwend*, 1981; *Keupp*, 1982). Es überwindet einen bi-variaten Ansatz (eine Verursachungs-, eine Effekt-Größe) zugunsten eines multifaktoriellen. Statt nur Input-Output-Relationen zu betrachten, wird ein Blick in die Black Box geworfen. Der betrachtete Gegenstand wird, um einen oben genannten Ausdruck zu wiederholen, als „netzartiges System mit Interaktionen“ konzipiert (vgl. v. a. *Brown & Harris*, 1978 a, 265, Fig. 1).

Das Modell ist attraktiv für Kliniker, weil es bekannte klinische Theorien über die Entstehung von Depressionen integriert. Unübersehbar ist der Bezug zu den Arbeiten *J. Bowlbys*. Stärker als dort aber sind kognitive Theorien berücksichtigt; ein Ausbau des Modells in dieser Richtung scheint sehr erfolgversprechend (vgl. etwa *Hammen u. a.*, 1985). Aus empirischer Perspektive hat das Modell den Vorzug, daß es einer (korrelations-) statistischen Überprüfung prinzipiell zugänglich ist. Eine solche wurde von der *Brown-Harris*-Gruppe selbst nur mit unzulänglichen Mitteln vorgenommen (vgl. *Tennant & Bebbington*, 1978). Man wird ein multikausal konzipiertes Modell nicht mit wiederholten zwei-dimensionalen Verteilungsprüfungen testen dürfen, sondern mehrdimensionale Prüfverfahren heranziehen müssen. Solche liegen seit einiger Zeit auch für Daten mit Nominalskalen-Niveau vor: mit dem log-linearen Modell etwa oder der Konfigurations-Frequenz-Analyse. Man mag den *Brown-Harris*-Ansatz im einzelnen unterschiedlich beurteilen. Er wurde hier deshalb so ausführlich vorgestellt, weil er „Empiriker“ und „Kliniker“ zum Miteinander ermutigt und den zahlreichen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Fragen, die im Lauf dieser Ausführungen aufgeworfen wurden, Rechnung trägt.

7 Schlußbemerkungen

Wenn hier die Rede war von „sozialwissenschaftlicher“ versus „klinischer“ Betrachtungsweise, wenn eine „prognostische“ Erforschung von Zusammenhängen unterschieden wurde von einer „retrognostischen“, dann ist damit die von *W. Dilthey* getroffene Unterscheidung von „Erklären“ und „Verstehen“ berührt. *Dilthey* entwickelte diese Unterscheidung, die nach seiner Ansicht eine Dichotomie darstellt, in Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen Psychologie. Diese vertrat damals erstmals die Auffassung, die Zusammenhänge des Seelenlebens seien erklärbar wie die Kausalzusammenhänge der äußeren Natur. Dem hielt er entgegen, das Verstehen sei die eigentümliche Methode der Psychologie. Diese Unterscheidung entstand in Konkurrenz zu anderen, wie etwa der *Rickertschen* zwischen der „generalisierenden“ Methode der Natur- und der „individualisierenden“ der Geschichtswissenschaft oder der *Windelbandschen* von der „nomothetischen“ Methode der Natur- und dem „ideographischen“ Verfahren der Kulturwissenschaften. Alle diese Unterscheidungen erwachsen im 19. Jahrhundert als Reaktion auf die erstarkenden Naturwissenschaften.

K. Jaspers, und nicht zuletzt darin zeigt er sich als *Dilthey*-Schüler, hat diese Zweiteilung auf das Gebiet der klinischen Psychologie übertragen: „Durch Hineinversetzen in Seelisches verstehen wir genetisch, wie Seelisches aus Seelischem hervorgeht. Durch objektive Verknüpfung mehrerer Tatbestände zu Regelmäßigkeiten aufgrund wiederholter Erfahrung erklären wir kausal.“ (1946, 250). *K. Jaspers* konnte diese Unterscheidung bzw. Dichotomie mit einigem Recht festschreiben, blickte er doch schon auf eine Geschichte zurück, in der sich beide Formen des Klärens von Zusammenhängen auch im Bereich der Psychiatrie und klinischen Psychologie in Konkurrenz mit und Abgrenzung voneinander entwickelt hatten; *K. Kraepelin* und *S. Freud* stehen für diese unterschiedlichen Traditionen. Aber, so wird man doch jetzt auch fragen dürfen, muß man zwischen diesen beiden Formen des Klärens von Zusammenhängen wirklich einen „unüberbrückbaren Abgrund“ (*Jaspers*, 1946, 250) sehen, bzw. haben angesichts der Entwicklung sowohl der Natur- wie der Geisteswissenschaften nicht jene Unterscheidungen des 19. Jahrhunderts an Sinn verloren? Die *Palo-Alto*-Gruppe beispielsweise hat schon früh bezweifelt, ob sie den in „Menschliche Kommunikation“ vorgelegten Ansatz in das Korsett des einen oder anderen Begriffes zwingen kann (vgl. *Watzlawick u. a.*, 1980, 44). Und in der Tat: wenn ein systemisch orientierter Familientherapeut analysiert, welche Funktion dem Problemverhalten des Index-Patienten im Familienganzen zukommt, wenn er nach dessen Bedeutung forscht, wenn er seinen Sinn ergründen will, was tut er dann? Will er „erklären“, will er „verstehen“? Oder sind diese Begriffe, als radikal gegensätzliche und sich wechselseitig ausschließende verstanden, überhaupt geeignet sein Handeln zu beschreiben?

Es scheint, als stünden wir an der Schwelle zu einer neuen Art von Denken über Zusammenhänge; eine Art,

die geeignet ist, die alten Unterscheidungen (im Hegelschen Sinne) „aufzuheben“. Denkweisen, die unter Titeln wie „systemisch“ oder „ökologisch“ firmieren, werden von manchen als (Vor-) Formen dieses „neuen“ Denkens angesehen. Wie dies aussehen wird, ist allenfalls in Umrissen erkennbar. Klar scheint derzeit aber schon, daß klinische Psychologen nicht in die Falle von (Schein-) Alternativen tappen sollten. G. Bateson hat in einem seiner letzten Interviews (Gross 1980) noch einmal darauf hingewiesen, daß Wissenschaft *beides* leisten müsse: das Verstehen *und* das Erklären. Und J. C. Brenngelmann hat den klinischen Psychologen ins Merckheft geschrieben, es sei „selbstverständlich, daß wir und unsere Methodik einzelheitlich *und* ganzheitlich, objektiv *und* subjektiv, messend *und* einführend sind und sein müssen“ (1985, 319).

Summary

Contested Childhood – On the Discussion of Long-term Consequences of Early Experiences

In the early eighties the discussion of long-term consequences of early experiences entered a new stage. Clinicians were told by researchers that they over-estimated the significance of specific early experiences. They rejoined with a warning not to play down these events. In the centre of the argument were methodological and epistemological questions. However, that clinical and empirical arguments need not be so controversial can be demonstrated by the connection between early losses and depressive illness. The arguments may even supplement one another. The etiological model of depression by Brown and Harris can serve as an example. Its introduction in the text is connected with considerations as to the significance of “explaining” and “understanding” and prognostic as well as “retrognostic” context analysis.

Literatur

Bateson, G. (1983): Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp, (2. Aufl.). – Bertalanffy, L. v. (1973): General systems theory. New York: Braziller. – Bischof, N. (1982): Aristoteles, Galilei, Kurt Lewin – und die Folgen. In: Michaelis, W. (Hg.): Bericht über der 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 17–39. – Bortz, J. (1984): Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin: Springer. – Brenngelmann, J. C. (1985): Wie nützen Forscher und Forschung dem Therapeuten in der Praxis? Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 4, 313–323. – Bowlby, J. (1976): Trennung. München: Kindler. – Brown, G. W. (1982): Early loss and depression. In: Parkes, C. M. & Stevenson-Hinde, J. (Eds.): The place of attachment in human behavior. New York: Basic Books, 232–268. – Brown, G. W. & Harris, T. (1978a): Social origins of depression. London: Tavistock. – Brown, G. W. & Harris, T. (1978b): Social origins of depression: A reply. Psychological Medicine 8, 577–588. – Brown, G. W. & Harris, T. (1979): The sin of subjectivism: A reply to Shapiro. Behavior Research and Therapy 17, 605–613. – Brown, G. W.,

Harris, T. & Copeland, J. R.: Depression und Verlustereignisse. In: Katschnig, H. (Hg.): Sozialer Streß und Psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 308–333 (Original 1977: Depression and loss. British Journal of Psychiatry 130, 1–18). – Brown, G. W., Harris, T. & Prudo, R. (1981): Psychiatric disorder in a rural and in an urban population: 1. Aetiology of depression. Psychological Medicine 11, 581–599. – Campbell, E. A., Cope, S. J. & Teasdale, J. D. (1983): Social factors and effective disorders: A investigation of Brown and Harris' model. British Journal of Psychiatry 143, 548–533. – Craig, T. K. & Brown, G. W. (1984): Life events, meaning, and physical illness: A review. In: Steptoe, A. & Mathews, A. (Eds.): Health care and human behavior, London: Academic Press, 7–39. – Dörner, D. (1983): Empirische Psychologie und Alltagsrelevanz. In: Jüttemann, G. (Hg.): Psychologie in der Veränderung, Weinheim: Beltz, 13–29. – Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. J. (1981): Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. American Journal of Community Psychology 9, 128–163. – Dührsen, A., Horstkotte, G. & Kraus, M. (1983): Elternverluste und ihre Bedeutung für die nachfolgenden Generationen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 29, 103–109. – Ernst, C. & Lempp, R. (1986): Diskussion. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35, 64–71. – Ernst, C. & Luckner, N. v. (1985): Stellt die Frühkindheit die Weichen? Stuttgart: Enke. – Faravelli, C., Sacchetti, E., Ambonetti, A., Conte, G., Pallanti, S. & Vita, A. (1986): Early life events and affective disorder revisited. British Journal of Psychiatry 148, 288–295. – Gross, W. (1980): An den Grenzen der Wissenschaft – Ein Interview mit Gregory Bateson. Integrative Therapie 6, 226–231. – Hammen, C., Marks, T., Mayol, A. & DeMayo, R. (1985): Depressive selfschemas, life stress, and vulnerability to depression. Journal of Abnormal Psychology 94, 308–319. – Hemminger, H.-J. (1982): Kindheit als Schicksal? Reinbeck: Rowohlt. – Hemminger, H.-J. (1983): Ein „Wiederholen“ frühkindlicher Erlebnisse kann es gar nicht geben. Psychologie heute 10 (H. 4), 56–58. – Jaspers, K. (1946): Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer, (4. Aufl.). – Keupp, H. (1982): Sozialepidemiologie. In: Keupp, H. & Rerrich, D. (Hg.): Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven, München: Urban & Schwarzenberg, 23–32. – Korzybski, A. (1941): Science and sanity. New York: Science Press. – Kulka, R. A. & Weingarten H. (1979): The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment. Journal of Social Issues 35 (H. 4), 50–78. – Langenmayr, A. (1985): Geschwisterkonstellationen aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34, 254–256. – Macfarlane, J. W. (1964): Perspectives on personality consistency and change from the guidance study. Vita humana 7, 115–126. – Meehl, P. E. (1954): Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota Press. – Perris, C., Holmgreen, S., Kuorring, L. v. & Perris, H. (1981): Parental loss by death in the early childhood of depressed patients and of their healthy siblings. British Journal of Psychiatry 148, 165–169. – Prudo, R., Brown, G. W., Harris, T. & v. Dowland, J. (1981): Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 2. Sensitivity to loss. Psychological Medicine 11, 601–616. – Prudo, R., Harris, T. & Brown, G. W. (1984): Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 3. Social integration and the morphology of affective disorders. Psychological Medicine 14, 327–345. – Reichenbach, H. (1938): Experience and prediction. Chicago: University of Chicago Press. – Roy, A. (1978): Vulnerability factors and depression in women. British Journal of Psychiatry 133, 106–110. – Roy, A. (1981): Risk factors and depression in Canadian women. Journal

of Affective Disorders 3, 65-70. - Roy, A. & Kennedey, S. (1984): Risk factors for depression in Canadians. Canadian Journal of Psychiatry 29, 11-13. - Schmidtbauer, W. (1983): Die Kindheit beeinflusst das spätere Leben, aber sie bestimmt es nicht. Psychologie heute 10 (H. 4), 50-51. - Schöne, L. (1986): Angeklagt: Die moderne Mutter. Urteil: Freispruch. Eltern H. 7, 129-131. - Shapiro, M. B. (1979): The social origins of depression by G. W. Brown and T. Harris: Its methodological philosophy. Behavior Research and Therapy 17, 597-603. - Tennant, C. & Bebbington, P. (1976): The social causation of depression: A critique of the work of Brown and his colleagues. Psychological

Medicine 8, 565-575. - Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1980): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber, (5. Aufl.). - Wiggins, J. S. (1973): Personality and prediction. Reading: Addison-Wesley. - Wittmann, W. W. (1985): Evaluationsforschung. Heidelberg: Springer. - Zimmer, D. E. (1985): Das sogenannte Unbewußte Folge 3. Zeit-Magazin H. 46, 41-53.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Hans-Peter Heekerens, Fachhochschule München, FB Sozialwesen, Bogenhauser Kirchplatz 3, 8000 München 80.