

Lüpke, Hans von

Auffällige Motorik -Versuch einer Erweiterung der Perspektive - Die Angst vor dem unentdeckten Schaden

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 6, S. 210-218

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31141

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision—Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödiptalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühßler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany—Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity—New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adolescenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preoedipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father—the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotoopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encopresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of an tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schemus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeier, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F. B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G. H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E. A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Vofß, R.</i> (Hrsg.): Helfen . . . aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptionstest (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive

Die Angst vor dem unentdeckten Schaden

Von Hans von Lüpke

Zusammenfassung

Erfahrungen mit verspäteter Diagnosestellung bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen haben zu erhöhter Sensibilisierung für das Problem der auffallenden Motorik geführt. In dieser Situation fand das popularisierte Konzept vom „frühkindlichen Hirnschaden“ große Verbreitung, bietet es doch eine Erklärung an, die nahezu jede abweichende Motorik auf einen Defekt (anatomisch oder zumindest funktionell) im Zentralnervensystem zurückführt. Als Konsequenz daraus wird eine möglichst frühzeitige Entdeckung und Behandlung mit Krankengymnastik gefordert.

Die Erfahrung zeigt, daß dieses Konzept auch Verwirrung statt Hilfe bringen kann. Dafür werden Beispiele gebracht: etwa die Kinder, die trotz ausgezeichneter Geschicklichkeit dauernd Unfälle erleiden oder Kinder, die sich motorisch scheinbar langsamer entwickeln, in Wirklichkeit aber nur vorsichtiger sind und sich ihren Fähigkeiten erst später anvertrauen („sensitive Perfektionisten“).

Um dieses mechanische, auf Defekt und Reparatur fixierte Denken zu erweitern, wird das Konzept der sensorischen Integration mit Resultaten psychoanalytischer Studien in Beziehung gebracht. Die Diskussion konzentriert sich vor allem auf die wechselseitigen Beeinflussungen zwischen Motorik, Wahrnehmung und Ich-Entwicklung und ein Konzept von Psychomotorik als „Instrument zum Dialog“. Den Abschluß bilden die Konsequenzen für Bewertungen wie „normal“ und „pathologisch“ sowie für therapeutische Interventionen.

Einleitung

Wer mit Kindern zu tun hat – Professionelle wie Eltern – lebt in beständiger Furcht, eine organische Störung zu übersehen. Je weiter man im Alter zurückgeht, desto vieldeutiger sind alle Äußerungen. Damit erhöht sich die Verantwortung der Erwachsenen und das Risiko, irgendwann zu spät gehandelt und einen bleibenden Schaden verursacht zu haben. Im letzten Jahrzehnt hat sich eine zunehmende Empfindlichkeit gegenüber dem Risiko zerebraler Bewegungsstörungen entwickelt. Bedingt durch vorangegangene Erfahrungen, daß jahrelang schwer spastisch gelähmte Kinder von Ärzten als „faul“ oder „Spät-

entwickler“ eingestuft wurden – oft gegen das wache Gefühl der Eltern – und daß dadurch wertvolle Möglichkeiten der Behandlung nicht mehr genutzt werden konnten, werden Kinder heutzutage mißtrauisch nach „Frühzeichen“ beäugt, besonders, wenn es sich um „Risikokinder“ handelt, denn, so lautet die Devise: je früher eine Behandlung einsetzt, desto größer ist die Chance, noch eine vollständige Normalisierung zu erreichen.

Das Konzept vom frühkindlichen Hirnschaden

Den Hintergrund für die Bewertung der „Frühzeichen“ bildet das Konzept vom „frühkindlichen Hirnschaden“. Es geht hier um das popularisierte Konzept, in der es seine größte Verbreitung erfahren hat. Danach werden motorische Auffälligkeiten (in Erweiterung des Konzepts auch bestimmte Verhaltensauffälligkeiten) auf eine Schädigung des Gehirns zurückgeführt. Als ursächlich gelten vor allem Sauerstoffmangel oder Infektionen im Zusammenhang mit der Geburt. Das Modell stammt aus der klassischen Neurologie. Periphere Störungen dienen als diagnostisches Instrument, um Defekte im Zentralnervensystem nachzuweisen. Darüber wurde allerdings die methodische Strenge der Neurologie, daß der zentrale Defekt auch tatsächlich nachweisbar sein muß, vergessen. Verführerisch daran ist vor allem die Absicherung. Besteht doch jetzt keine Gefahr der Fehleinschätzung mehr, da fast jede motorische Auffälligkeit linear auf einen frühen Schaden zurückgeführt werden kann. Darüber hinaus verweist es unmittelbar auf eine Möglichkeit der Handhabung, die Krankengymnastik.

Es ist nicht zu übersehen, daß diese Entwicklung auf dem Hintergrund der vorangegangenen Situation folgerichtig und in mancher Hinsicht als ein Fortschritt angesehen werden kann. Die Erfahrung zeigt allerdings, daß das Konzept vom frühkindlichen Hirnschaden selbst in seiner eigentlichen Domäne, den motorischen Auffälligkeiten, Probleme mit sich bringt.

Beispiele aus der Praxis: Der Schlenkerer, der Unfalltrüchtige, die sensitiven Perfektionisten

Die Mutter des 6jährigen Manfred wird von der Lehrerin gefragt, ob er eine schwere Geburt oder als junger Säugling eine Hirnhautentzündung gehabt habe. Anlaß für diese Frage ist ein

auffälliges Schlenkern mit den Armen, das auch von der Mutter beobachtet wurde, allerdings immer nur im Zusammenhang mit Müdigkeit. Sie hat sich daher bislang keine Gedanken darüber gemacht, ist durch die Frage der Lehrerin aber beunruhigt und kommt in die Praxis.

Der 1 1/4-jährige Dennis wird nach einem Sturz auf den Hinterkopf zur Versorgung einer Platzwunde ins Krankenhaus gebracht. Die Mutter erwähnt dort, daß Dennis auffallend häufig hinfällt und sich den Kopf anschlägt. Oft ist nicht einmal ein Hindernis zu erkennen. Dennis scheint über seine eigenen Füße zu stolpern. Er weint dann kurz, steht aber gleich wieder auf und macht weiter, als ob nichts gewesen wäre. Der Arzt im Krankenhaus erklärt der Mutter, daß bei Dennis offensichtlich ein Reflex fehlt. Er empfiehlt Krankengymnastik und die Anschaffung eines Schutzhelms. Die Mutter – entsetzt bei der Vorstellung, ihr Kind wie einen Epileptiker herumlaufen zu sehen und ihn zur Gymnastik zu zwingen, wo durch seine Eigenwilligkeit schon der normale Tagesablauf zum Problem wird – kommt besorgt in die Praxis. Sie berichtet, daß Dennis in bestimmten Situationen auch sehr geschickt sein kann. Er stellt beispielsweise Stühle aufeinander und klettert daran hoch, um an begehrte Gegenstände zu kommen. Dabei fällt er nie hin.

Die Beispiele zeigen, mit welcher Selbstverständlichkeit die Verknüpfung von auffälliger Bewegung, Hirnschaden und Gymnastik in den unterschiedlichsten Berufsgruppen gehandhabt wird. Sie zeigen ferner, welche Irritation dadurch in den Familien ausgelöst werden kann. Wir werden darauf später noch genauer eingehen. Zunächst sei nur noch festgehalten, daß sich oft schon durch einfache Rückfragen sehr schnell klären läßt, daß die vermutete zerebrale Bewegungsstörung überhaupt nicht vorliegen kann, da in anderen Situationen eine völlig intakte Motorik ganz offensichtlich ist. Dennis' Kletterkünste wären ohne überdurchschnittliche Koordinationfähigkeit nicht denkbar.

Nicht immer ist es so leicht, den Verdacht einer Hirnschädigung zu entkräften. Das gilt vor allem für Kinder, bei denen die motorische Entwicklung langsamer verläuft als es den „Meilensteinen“ entspricht. Statt eines Einzelbeispiels soll im Folgenden eine Synthese aus zahlreichen Beobachtungen versucht werden, die ein nach meiner Erfahrung typisches Zusammentreffen mehrerer Eigenschaften zeigt.

Das Auffälligste an diesen Kindern ist eine Verzögerung der statomotorischen Entwicklung in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Sie sind anscheinend nicht daran interessiert, sich fortzubewegen. Krabbeln, Drehen, Hinstellen, Laufen, entwickeln sich verspätet. Sie bleiben in der Position, in der sie sich gerade befinden. Oft spielen sie stundenlang mit kleinen Gegenständen, manchmal nur Krümeln, Fusseln. Merken sie, daß ein für sie interessanter Gegenstand außerhalb ihrer Reichweite ist, so wenden sie sich lieber einem nähergelegenen (erreichbaren) zu, als sich zu dem weiter entfernten hinzubewegen. Einige dieser Kinder bewegen sich später (etwa um 1 Jahr herum) in der Weise fort, daß sie sich mit den Händen im Sitzen vorwärts schieben.

Im Gegensatz zu dieser grobmotorischen Aktivität sind sie sehr aktiv, wenn es um Kommunikation geht. Sie beobachten aufmerksam, zeigen früh eine große Variationsbreite an sprachlichen und mimischen Äußerungen, nehmen aktiv Kontakt auf.

Im ersten Halbjahr wird oft eine ausgeprägte Schreckhaftigkeit beobachtet. Geräusche, rasche Bewegungen, gelegentlich

schon ein unerwartetes Umkippen in eine andere Körperlage lösen stärker und länger als bei anderen Kindern ausführende Streckbewegungen und Schreien aus. Sie sind anfangs oft ungeren ausgezogen und schreien beim Baden, genießen dies später aber ganz besonders. Die Haut ist auffallend empfindlich, schon geringer Druck (etwa beim Hochheben) löst starke Rötung aus („sie sehen aus wie mißhandelt“). Oft ist die Haut trocken, es können Ekzeme auftreten. Handteller und Fußsohlen sind feucht.

In der Vorgeschichte der Eltern finden sich ähnliche Auffälligkeiten. Manchmal war auch die Mutter während der Schwangerschaft schreckhaft. Die Auffälligkeiten des Kindes wiederholen sich bei einem weiteren Geschwisterkind oft geradezu identisch, gelegentlich erscheinen die nachfolgenden Geschwister auch als das genaue Gegenteil.

Für die weitere Entwicklung ist charakteristisch, daß die lange ausbleibenden Entwicklungsschritte oft von einem Tag zum andern aufgeholt werden, und zwar gleich mit erstaunlicher Perfektion. Beim Laufen beispielsweise fällt auf, daß die Kinder kein einziges Mal hinfallen. Ein Mädchen konnte zwar erst mit 18 Monaten frei laufen, ging dann aber gleich einen ganzen Kilometer. Kommt es aber doch einmal zum Sturz, kann es sein, daß Monate vergehen, bis dieselbe Aktivität wieder versucht wird (vergleiche das völlig entgegengesetzte Verhalten bei dem unfallträchtigen Kind Dennis).

Es sieht so aus, als ob diese Kinder sich nur scheinbar langsamer entwickeln als andere. Der Eindruck der Entwicklungsverzögerung entsteht dadurch, daß sie sich ihren Fähigkeiten erst dann anvertrauen, wenn sie sich ganz sicher fühlen. Dadurch erscheinen sie oft über lange Zeit hin anklammernd, ängstlich. Ein Junge brauchte bis zum freien Laufen noch 2 Monate lang die symbolische Absicherung mit einem Finger. Später wird dies besonders in allen für sie ungewohnten, unübersichtlichen, verwirrenden Situationen deutlich, beispielsweise auf Spielplätzen, in Kindergruppen, bei Geburtstagsfeiern. Sie stehen zunächst abseits, verweigern jede Beteiligung am Spiel – oft sehr zur Irritation der Eltern – sind dann aber plötzlich mittendrin. Offensichtlich brauchen sie erst ein klares Konzept, eine Vorstellung von dem, was auf sie zukommt und damit einen Schutz vor plötzlichen, sie erschreckenden Ereignissen. „*Sie hat eine Stunde vor der Rutschbahn gestanden und nur beobachtet. Dann kletterte sie hoch und rutschte, als ob sie es schon immer gemacht hätte*“, berichtet eine Mutter. Dieser Perfektionismus bringt später oft ein hohes Maß an Zuverlässigkeit mit sich, beispielsweise im Straßenverkehr. Dadurch entwickelt sich auf die Dauer die Selbstständigkeit, die zunächst gerade zu fehlen scheint. Durch methodisches Vorgehen werden sogar motorische Leistungen möglich, die über dem Altersdurchschnitt liegen.

Nimmt man auf der einen Seite die besondere Empfindlichkeit, die „Dünnhäutigkeit“, und andererseits die Neigung zum Perfektionismus als die besonderen Charakteristika dieser Kinder, so könnte man sie als die sensitiven Perfektionisten bezeichnen. Ich glaube, die angeführten Beispiele haben ausreichend deutlich gemacht, daß uns die Lehre vom frühkindlichen Hirnschaden für eine Reihe von motorischen Auffälligkeiten wenig hilfreich ist, daß sie teilweise mehr Verwirrung als Klarheit bringt. Das Beispiel der sensitiven Perfektionisten zeigt darüber hinaus, daß jede Betrachtung der Motorik allein unzulänglich ist, daß motorische Auffälligkeiten nicht ohne Einbeziehung der Wahrnehmung verstanden werden können.

Motorik und Wahrnehmung: Die Bedeutung der sensorischen Integration

Eine koordinierte Bewegung ist keine bloße Muskelkontraktion. Sie wird erst möglich durch ein kompliziertes Zusammenspiel von Anspannung und Erschlaffung einer Vielzahl von Muskelgruppen. Dazu gehört in jeder Phase der Bewegung die genaue Wahrnehmung des Spannungszustandes all dieser Muskeln. Sie erfolgt über die (nochmals zentral modifizierbare) Rückmeldung des Dehnungszustandes der Muskeln, die Tiefensensibilität von Muskeln, Gelenken und Haut, sowie schließlich über Sinneswahrnehmungen, besonders durch das Gleichgewichtsorgan (Vestibulärorgan) und das Auge. Für das Resultat, die bessere oder schlechtere Geschicklichkeit, ist also das Zusammenspiel all dieser Systeme ausschlaggebend. Je nach Schule wird daher von *Senso-Motorik*, *Sensu-Motorik* oder *Sensi-Motorik* gesprochen. Dabei kann die Wahrnehmung nicht als ein passiver, vom bloßen Funktionieren der Sinnesorgane abhängiger Vorgang und die Motorik als der Aktivität erfordernde Anteil verstanden werden. Zwischen beiden liegt die aktive Leistung der Integration von Wahrnehmungen in tieferen Hirnzentren. Es ist das Verdienst von *Ayres* (1979), auf die Bedeutung dieses Aspekts hingewiesen zu haben.

Ayres geht davon aus, daß die Integration der über Auge, Ohr und Gleichgewichtsorgan, Haut, Gelenke und Muskeln aufgenommenen Informationen eine grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung einer koordinierten Motorik bis hin zur Sprache darstellt. Störungen dieser Integration führen zu Auffälligkeiten, die als motorische Ungeschicklichkeit, ungesteuerter Bewegungsdrang oder auch Rückzug in Vermeidungsstrategien in Erscheinung treten. Manchmal ist der Zusammenhang mit der gestörten Integration von Sinneswahrnehmungen nur noch schwer zu erkennen, besonders bei der „taktilen Abwehr“, den Reaktionen auf Irritation durch Berührung.

„Die Reaktion eines taktildefensiven Kindes auf taktile Reize kommt oft in gesellschaftlich akzeptierten Formulierungen zum Ausdruck, die vermuten lassen, daß es sich seines unangenehmen Gefühls nicht recht bewußt ist. „Es kitzelt“, ist eine der offensichtlich allgemeinen und suggestiven Reaktionen, wie auch das Kratzen. „Ich muß ins Bad“, „Mutter wo bist du“, „es ist Zeit für eine Pause“, „ich darf das Mittagessen nicht verpassen“, „ich muß was trinken“ sind verdeckte Arten des Ausdrucks, Körper und Gesichtsausdruck sind es in offener Form. Einige offensichtlichere Anzeichen sind die Interpretation der Berührung mit einem Kugelschreiber als eine Injektion mit einer Nadel, ein Moskitostich oder ein Elektroschock. Kinder, die sich ihrer Reaktion durchaus bewußt waren, sagten dazu: „Ich hasse dieses Spiel“, „ich mag dieses Stück nicht“, „ich setze mich dort hin, wo du mich nicht berühren kannst“, „es ärgert mich ein bißchen“. Einige Kinder reagieren mit Gekicher und motorischem Rückzug. Ein Kind verließ den Untersuchungstisch und ging zu seinem Vater, der daneben saß und begann, den erstaunten Mann zu schlagen“ (*Ayres*, 1979, S. 159).

Das Zitat macht deutlich, daß die resultierenden Auffälligkeiten weniger mit dem Anlaß und den auftretenden

Mißempfindungen als vielmehr mit der Akzeptanz durch die Umgebung zu tun haben. Ein Kind, das hartnäckig darauf besteht, daß selbst der Pullover aus Angorawolle kratzt, bekommt leicht Antworten wie: „Das kann doch gar nicht sein, stell' dich nicht so an.“ Sagt es dagegen: „Ich hab Hunger“ oder „Bauchweh“, so wird es ihm leichter gelingen, die Zustimmung der Erwachsenen zur Änderung seiner Situation zu erringen, wobei es dann unbemerkt auch die eigentliche Irritation beseitigen kann.

Gehen wir bis in die frühe Kindheit zurück, also in das Alter, in dem schon normalerweise die Integrationsfähigkeit geringer ist, so wird klar, daß es für die Kinder jetzt noch schwieriger ist, sich den Erwachsenen verständlich zu machen. Wenn wir darauf achten, finden sich viele Beispiele, etwa die Berichte über Säuglinge, die beim Baden schreien, als würden sie mißhandelt. Später wird vor allem das Haarewaschen oft zur Katastrophe. Eine Mutter berichtet, das sie ihre Nachbarn vorher informierte, wenn sie ihrer Tochter die Haare waschen wollte. Sie befürchtete eine Anzeige wegen Verdacht auf Kindesmißhandlung. Gesicht, Haare, Fingernägel, Genitale, manchmal auch der Rücken sind taktile Brennpunkte. Die Kommentare der Erwachsenen auf solche Panikreaktionen lauten meist: „Hysterisch“, „stur“, „dickköpfig“, etc. Pflaster können ähnliche Reaktionen auslösen, beispielsweise der Freka-Test, ein kleines rundes Pflaster, das für die Tuberkulintestung zwei Tage auf Rücken oder Brust kleben muß. Manche Kinder sind während dieser Zeit ständig irritiert und fordern die Abnahme. „Angela konnte in diesen zwei Tagen nicht gerade gehen“, berichtet eine Mutter. Manche lassen sich sogar lieber einen Test machen, bei dem vier spitze Zacken in die Haut gedrückt werden.

Diese Reaktionen sind grundsätzlich verschieden von phobischem Verhalten. Das zeigt das Beispiel des 7½jährigen Bastian mit einer Insektenphobie, der vor der Testung lange mit der Frage beschäftigt war, ob aus dem Pflaster nicht im letzten Moment doch noch Stacheln herauskämen. Als das Pflaster schließlich doch mit seiner Zustimmung angelegt werden konnte, seufzte er erleichtert und sagte: „Wie gut, daß es diese Pflaster gibt.“

Das Konzept von der sensorischen Integration und ihren Störungen bietet die Möglichkeit, eine Vielzahl von isoliert zunächst unverständlichen Auffälligkeiten in einen Zusammenhang zu bringen. Auch therapeutisch hat es sich als fruchtbar erwiesen, beispielsweise durch die Möglichkeit, mit gezielten taktilen oder vestibulären Stimulationen (Schaukel!) höhere Funktionen wie etwa das Sprechen zu beeinflussen, ohne daß in diesem Bereich geübt wird. Hier zeigt sich aber auch die Grenze: Behandelt wird, wie bei der Krankengymnastik, das Kind. Obwohl *Ayres* von den „gesellschaftlich akzeptierten Formulierungen“ spricht, wird dieser gesellschaftliche Aspekt bei den Konsequenzen, nämlich bei der Therapie, wieder ausgeklammert. Vermutlich geht *Ayres* davon aus, daß durch Therapie die Störung beseitigt werden kann und das Kind nicht mehr in die Situation kommt, Miß-

empfindungen gesellschaftlich akzeptiert ausdrücken zu müssen, einfach deshalb, weil keine Mißempfindungen mehr da sind. Die Frage erhebt sich nur, ob durch mehr Verständnis bei der Umgebung manche Therapie sich vielleicht erübrigen würde. Hinzu kommt die Frage, ob Therapie nicht in jedem Fall einen Eingriff darstellt, der auch Risiken mit sich bringt.

Für die Probleme auffälliger Motorik bringt das Konzept von *Ayres* neue Perspektiven. Wir können jetzt beispielsweise die verzögerte motorische Entwicklung der „sensitiven Perfektionisten“ als ein Problem der sensorischen Integration – insbesondere im taktilen und vestibulären Bereich – verstehen. Aus Angst vor Mißempfindungen durch plötzliche unerwartete Lagewechsel wird die einmal als abgesichert empfundene Position erst dann aufgehoben, wenn dies nicht mehr mit einem Risiko verbunden zu sein scheint.

Doch diese Beschreibung bleibt unvollständig: Wie vorher der gesellschaftliche Bereich zwar genannt, dann aber wieder ausgeklammert wurde, so bleiben hier Fragen nach umfassenderen Zusammenhängen offen. Was bedeutet beispielsweise sensorische Integration unter psychodynamischen Aspekten? Hat die Wahrnehmung von Bewegung im Raum oder von Berührung nicht auch etwas mit Beziehungen und deren Entwicklung – etwa von Symbiose zur Autonomie – zu tun? Wie wären in diesem Zusammenhang motorische Auffälligkeiten wie die der sensitiven Perfektionisten oder der Unfallträchtigen zu verstehen?

Psychodynamische Aspekte

Bei Durchsicht der Literatur fällt auf, daß in der psychodynamischen Betrachtungsweise von Anfang an der Zusammenhang zwischen Motorik und Ich-Entwicklung von Interesse war. *S. Freud* schreibt:

Die funktionelle Wichtigkeit des Ichs kommt darin zum Ausdruck, daß ihm normalerweise die Herrschaft über die Zugänge zur Motilität eingeräumt ist. Es gleicht so im Verhältnis zum Es dem Reiter, der die überlegene Kraft des Pferdes zügeln soll (1923, S. 294).

Bereits *S. Freud* sieht aber nicht nur Zusammenhänge zwischen Ich und Motorik, sondern erkennt der Wahrnehmung ebenfalls eine Bedeutung zu:

Das Ich leitet sich letztlich von körperlichen Wahrnehmungen ab, hauptsächlich von solchen, die von der Körperoberfläche stammen. (Das Ich und das Es, Fußnote in der englischen Ausgabe von 1927, S. 294.)

Spitz (1965) hat diese Zusammenhänge unter dem Aspekt der Entwicklung aufgegriffen und bekanntlich für das Ende des 3. Monats einen Entwicklungsschritt beschrieben, den er als ersten Organisator, als den Beginn einer rudimentären Ich-Entwicklung bezeichnet. Er betont dabei, daß zu diesem Zeitpunkt bestimmte motorische Fortschritte im Sinne eines stärker zielgerichteten koordinierten Verhaltens zu erkennen sind. *Spitz* spricht von der ersten Stufe der Objektbeziehung. Es wird also

eine Korrelation hergestellt zwischen Ich-Entwicklung, Entwicklung der Objektbeziehung und Motorik. Auch im „Baby-Profil“ von *W. E. Freud* (1971) erscheint die „gerichtete, koordinierte Motilität“ als Kriterium für die Entwicklung des Ich. *Weil* (1978) verfolgt die Auswirkungen der neurophysiologischen Reifung auf die psychische Entwicklung. Sie konzentriert sich besonders auf die Bereiche Perzeption, Motilität und Sprache. Für die Motorik untersucht sie beispielsweise die Auswirkung des Greifens auf die Differenzierung von Selbst und Objekt¹, die Entwicklung der Realitätstestung, der Adaptation und der Abwehr. Die Möglichkeit der körperlichen Fortbewegung, vom Krabbeln angefangen, wird in Beziehung gebracht mit der Möglichkeit von Annäherung und Rückzug unter psychischen Aspekten. Wieder sind es die Auswirkungen auf die Ich-Entwicklung, die im Vordergrund stehen. Im zweiten Lebensjahr ist für *Weil* „der Muskelapparat das Organ zur Kanalisierung aggressiver Triebe in einer konkreten körperlichen Weise“. Unterschiede in der motorischen Entwicklung werden mit bestimmten psychischen Entwicklungstendenzen in Beziehung gebracht. Hierzu gehört die Möglichkeit einer Entwicklung von vermehrten Schuldgefühlen bis hin zu sado-masochistischen Tendenzen bei sehr lebhaften Kindern, die von den Erwachsenen oft zurechtgewiesen oder bestraft werden. Auf der anderen Seite wird diskutiert, wieweit eine besonders langsame motorische Entwicklung sich auch auf eine Verlangsamung der Separation von den Eltern auswirken könnte.

Dieses Thema wird auch von *Fries* in zahlreichen Arbeiten abgehandelt. Dabei ist interessant, daß die Autorin ihre Beobachtungen über einen Zeitraum hin ausdehnen konnte, der wohl einmalig ist. Sie berichtet über bis zu 40jährige prospektive Verlaufsbeobachtung. Zugrunde liegt ein Konzept, das ursprünglich von einem „angeborenen Aktivitätstyp“ ausgeht. Später spricht *Fries* (1980) von „sensorimotorischer Reaktivität“. Angeboren bedeutet dabei ausdrücklich nicht vererbt. Einflüsse während der Schwangerschaft werden mit einbezogen, ohne allerdings im einzelnen definiert zu sein. *Fries* glaubt durch ihre Beobachtungen belegen zu können, daß dieser angeborene Aktivitätstyp von Anfang an festgelegt ist und im Laufe des Lebens bestehen bleibt. Er kann lediglich vorübergehend verschleiert sein, beispielsweise bei einem aktiven Typ durch depressive Stadien. Die beiden Extreme, der „aktive Typ“ und „der ruhige Typ“ werden im einzelnen beschrieben. Bei Frustration reagiert beispielsweise der aktive Typ stärker mit überschießender Motilität bis hin zu körperlichen Schreckreaktionen, während der ruhige Typ mehr dazu neigt, sich zurückzuziehen, eventuell sogar einzuschlafen. Die Autorin untersucht die verschiedenen Auswirkungen dieser Eigenheiten, beispielsweise auf die Eltern-Kind-Beziehung. Dabei ergeben sich unterschiedliche Konstellationen. So kann ein unruhiges Kind von Eltern, die selbst sehr lebhaft sind, als normal empfunden und toleriert werden, während andere, eher

¹ Vgl. *Hermann* (1936): Der Greiftrieb ... [will sich] primär an einer anderen Person auswirken.

zwanghafte Eltern schon eine durchschnittliche altersgemäße Lebhaftigkeit als Problem empfinden. Die Auswirkungen auf die Ich-Entwicklung werden ähnlich gesehen wie bei *Weil*. Beim aktiven Typ überwiegt motorische Abfuhr zur Stabilisierung des Gleichgewichts und Initiative zur Überwindung von Hindernissen. Beim ruhigen Typ stehen dagegen im Vordergrund Tendenzen zur verlängerten Symbiose, Introjektion und Identifikation, eine Tendenz zur Beharrlichkeit und Vermeidung von Wechsel. Hinzu kommen Schwerpunkte in sensorischen Bereichen wie Sehen, Hören und Riechen, im Gegensatz zu den stärker motorischen Tendenzen des aktiven Typs.

Es fällt nicht schwer, Beziehungen zwischen den „lebhaften Kindern“ bei *Weil*, dem „aktiven Typ“ bei *Fries* und dem anfangs geschilderten unfallträchtigen Kind Dennis oder umgekehrt zwischen den „sensitiven Perfektionisten“ und den „motorisch langsamen Kindern“ beziehungsweise dem „ruhigen Typ“ herzustellen. Der motorischen Auffälligkeit werden jeweils typische Eigenschaften des Ich in seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt zugeordnet. *Weil* nimmt die neurophysiologische Reifung der vorgegebenen Größe, die psychodynamischen Aspekte werden davon abgeleitet. Bei *Fries* ist der „Typ“ vorgegeben, die Auswirkungen auf die Umwelt, insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung, sind die Folge.

Ziehen wir die Konsequenzen aus der Analogie zwischen Entwicklung von Motorik und Ich-Entwicklung, so müssen wir schließen, daß auch die Motorik nicht nur auf ihre Umwelt einwirkt, sondern – wie das Ich in seiner Entwicklung – von den Bedingungen der Umwelt mit geprägt wird.

Auffällige Motorik bei schweren Beziehungsstörungen

Ein solcher Zusammenhang läßt sich am deutlichsten dort zeigen, wo motorische Auffälligkeiten im Gefolge einer schweren Beziehungsstörung auftreten. Wir finden diese Kombination in Berichten über frühkindliche Psychosen bei *Mahler* (1972), *James* (1960), *Bergmann* und *Escalona* (1949). Die motorische Auffälligkeit ist hier zunächst eine vorzeitige Entwicklung. Manche dieser Kinder können beispielsweise schon mit drei Monaten ihre Flasche selbst halten und ungewöhnlich früh alleine laufen. Auffallend ist dann, daß nach diesen verfrühten Entwicklungsschritten die weitere Entwicklung ausbleibt. Die Kinder bleiben beispielsweise ungeschickt und fallen oft hin. Wieder wird die Motorik zum Maßstab für die Ich-Entwicklung, die defizitäre Motorik geht einher mit einer mangelhaften Entwicklung der Realitätskontrolle. Als ursächlich für die vorzeitige Ich-Entwicklung wird angenommen, daß die Kinder auf diese Weise Defizite in einer für sie adäquaten altersgemäßen Versorgung durch eigene Initiativen auszugleichen versuchen. „They seem to by-pass motility“, bedeutet bei *James*, daß die normale Entwicklung der Motorik umgangen wird und eine vorzeitige, stärker auf sensorische Wahrnehmungen, geistige und schließlich intellektuelle Bereiche konzentrierte Ent-

wicklung einsetzt. Die Motorik versagt als Brücke zur Realität (Funktion des Ich), so daß durch deren unzulängliche Entwicklung auch der Intellekt in einer Vorherrschaft des magischen Denkens steckenbleibt.

Die Beobachtung psychotischer Kinder, die in der oben beschriebenen Weise durch sensorische Erfahrungen überwältigt, traumatisiert wurden, hat zu einem weiteren Aspekt von Motorik geführt. Während Motorik bisher im Zusammenhang mit der Ich-Entwicklung als willkürliche koordinierte Aktivität verstanden wurde, taucht sie jetzt auch als unwillkürliche Massenbewegung, allgemeine Muskelverspannung oder Schaukelbewegung auf. Diese Schaukelbewegung kennen wir nicht nur bei psychotischen Kindern, sondern auch bei Kindern in Deprivation. Offensichtlich ist das Defizit an Wahrnehmungen von außen und das Überwältigtwerden von Wahrnehmungen, die das Kind als traumatisch empfindet (Geräusche, Farben, Gerüche, plötzliche Bewegungen in der Umgebung oder Veränderung der eigenen Lage im Raum), in den Auswirkungen sehr ähnlich. *Shevrin* und *Toussieng* (1962) haben über diese Zusammenhänge geschrieben und betont, daß in den rhythmischen Bewegungen „das Versprechen von Kontinuität“ gesucht wird (s. auch *Kulka et al.* 1960). Für den jungen Säugling ist die Erfahrung von Kontinuität offensichtlich ein entscheidender Faktor. Bleibt sie aus, erlebt er ein Übermaß an Abbrüchen, so versucht er sich selbst zu helfen, und sei es durch eine einfache Erhöhung der Muskelspannung. *Ribble* (1944) spricht von primitiver Angst, die zu „ansteigender und anhaltender Muskelspannung“ werden kann. „Die Spannung besteht noch lange nach der Zeit, in der sie als rein physiologisch angesehen werden kann.“ Neben dieser muskulären Form von „Reizschutz“ im Sinne von *S. Freud*, gibt es noch die Abwehr durch Verleugnung, den Rückzug. *Shevrin* und *Toussieng* (1962) sprechen von einer selbstinduzierten Anästhesie.

Dieser Aspekt ist auch jenseits der Arbeit mit psychotischen Kindern bedeutsam. Wäre es nicht vorstellbar, daß ein Teil der Kinder, die wir als geistig behindert ansehen, in sehr frühen Entwicklungsstadien mit totalem Rückzug reagiert haben, weil die Erfahrungen, denen sie ausgesetzt waren, bei der gegebenen Integrationsmöglichkeiten dermaßen irritierend und traumatisierend gewirkt haben, daß sie keine andere Möglichkeit mehr hatten, sich zu schützen?

Psychomotorik als Fähigkeit zum Dialog

Wir sind wieder beim Problem der sensorischen Integration angelangt, aber mit einer zusätzlichen Dimension: Es geht jetzt um die Integration von Wahrnehmungen zum Aufbau des Ich. Diese Wahrnehmungen sind nicht mehr bloße sensorische Stimulationen, sondern der Ausdruck von Beziehungen der Umwelt – zunächst vor allem der Eltern – zum sich entwickelnden Ich des Kindes, das seinerseits mit dieser Umwelt in Beziehung tritt und das entwickelt, was *Milani Comparetti* (1982) als

„Psychomotorik“ (Psicomotricità) bezeichnet². Unter diesem Aspekt wird motorisches Verhalten an seiner Eigenschaft, zum Dialog beizutragen, beurteilt. Der Parameter der Modulationsfähigkeit des eigenen Verhaltens im Dialog ist das wichtigste Zeichen der psychomotorischen Kompetenz (*Milani Comparetti*, 1982).

So bezeichnet das „Zuhören“ (ascolto), der „Blick“ (sguardo) nicht nur die Stufe der sensorischen Integration des Hörens (udito) bzw. Sehens (vista), sondern zugleich eine psychomotorische Aktivität im Dialog. Durch den Fortgang der Entwicklung entsteht ein Repertoire von Handlungsmöglichkeiten, die auf der Grundlage „kultureller Kodifikationen“ dazu dienen, verstanden zu werden und gleichzeitig zeigen, daß man den anderen versteht.

Dabei ist jeder Beitrag nur ein Vorschlag, es bleibt die Freiheit der eigenen Antwort und damit eine ständige Weiterbewegung, in *Milani Comparetti*'s Konzept die Kreativität. Psychomotorik in diesem Sinn hat damit eine „geistige Repräsentation der jeweiligen Handlung“ zur Voraussetzung (vgl. die Bedeutung des „fantasme“ bei *Kreisler et al.* [1978] und *Marty und Fain* [1955]).

In der Terminologie von *Kernberg* (1980) bedeutet dies, daß Psychomotorik auch bestimmt wird von den Selbst- und Objektrepräsentanzen als „Bestandteil verinnerlichter Beziehungskonfigurationen, in denen ... mitmenschliche Beziehungserfahrungen fixiert und damit auch reproduzierbar sind“. Die Betrachtung von Psychomotorik im oben definierten Sinn gewinnt damit eine zusätzliche Dimension: Das „Verhalten“ (modalità comportamentali) mit seinen motorischen Äußerungen wird nicht nur durch den jeweils aktuellen Dialog „moduliert“, sondern gleichzeitig auch durch den inneren Dialog der Repräsentanten verinnerlichter Beziehungen (vgl. auch *Marty und Fain*, 1955).

Der Rückschluß von motorischem Verhalten auf Beziehungsstrukturen erscheint weniger gewagt, wenn wir uns daran erinnern, daß bereits die Sprache als Ausdruck unseres Denkens in weiten Bereichen eine Abstraktion motorischer Erfahrung darstellt: Wir fassen einen Gedanken, verfolgen ihn, bleiben bei etwas stehen, machen Gedankensprünge, kommen auf etwas zurück, greifen es wieder auf, verlieren uns in Gedanken (mehr dazu, aufbauend auf *S. Freuds* „Denken als Probehandeln“ und *Piaget* bei *Ciampi*, 1982). Wir treffen wieder auf jene Allianz von zielgerichteter Motorik und Ich-Funktion, hier in abstrahierter, symbolisierter Form. Dies macht verständlich, wie schwierig es ist, mit dieser Sprache alle nicht-Ich-syntonen Zustände auszudrücken (vgl. *Schafer*, 1978).

Nicht alle motorischen Erfahrungen finden den Anschluß an die Sprache. Gerade sehr frühe vorsprachliche Erinnerungen treten auch später noch in motorischer Form auf (als Herumlaufen, Zu-spät-kommen, Verlieren, Schweigen). *Blanck und Blanck* (1978) weisen darauf hin, daß das in der klassischen Psychoanalyse verpönte „Agie-

ren“ (als Ausdruck von Widerstand gegen das „Erinnern“ in sprachlicher Form verstanden) auch als Quelle wichtiger Informationen und therapeutischer Möglichkeiten genutzt werden kann. Gemeinsam ist allen bisher beschriebenen Aspekten von Motorik, daß sie in irgendeiner Form Ausdruck von Beziehungen sind, ein inneres Bild („fantasme“) haben, wenn auch in frühen Entwicklungsphasen noch als „Körperfantasie“ (*Gaddini*, 1981). Fehlt dieser Bereich, so treffen wir wieder auf jene Stereotypen oder Massenbewegungen, die bereits bei Psychotikern und Deprivierten erwähnt wurden. Diese Zustände können jetzt auch als Ausdruck einer inneren wie äußeren Objektlosigkeit verstanden werden, indem die Kinder auf einer körperlichen Ebene nur noch die Identität zu wahren versuchen (mehr zu diesem Konzept von Identität bei *von Lüpke*, 1984). Ein Zwischenstadium scheinen autoerotische Aktivitäten darzustellen, die zumindest das Objekt noch zu beschwören versuchen (siehe *Kreisler et al.*, 1978, S. 325).

Zur Psychodynamik der sensitiven Perfektionisten und der Unfallträchtigen

Verfolgen wir hier den Bereich der Psychomotorik weiter, so ergeben sich jetzt neue Ansätze zum Verständnis der eingangs geschilderten Auffälligkeiten, wenn wir sie unter dem Aspekt der Entwicklung von Objektbeziehungen auf der Linie Symbiose-Autonomie betrachten. Wir haben gesehen, daß die sensitiven Perfektionisten länger als andere Kinder anklammernd und unselbständig erscheinen, während die Unfallträchtigen sich anscheinend leichter trennen können. Bei genauerem Hinsehen fällt auf, daß die sensitiven Perfektionisten früher die Verantwortung für ihre Aktivitäten übernehmen und damit jene Verlässlichkeit entwickeln, die den Unfallträchtigen gerade abgeht. Legt man das *Mahlersche* Konzept zugrunde, so sind die sensitiven Perfektionisten vergleichbar mit den Kindern in der Wiederannäherungsphase (1½–2 Jahre), die ja auch wieder stärker klammern, nicht, weil sie in die Symbiose zurückfallen, sondern, weil sie die Möglichkeit von Trennung erstmals realisieren. Entsprechend realisieren die sensitiven Perfektionisten, nicht zuletzt aufgrund ihrer Empfindlichkeit und des für ihre Bedürfnisse unzulänglichen Schutzes von außen, schon sehr früh die Möglichkeit von Unfällen, entwickeln also in dieser Hinsicht eher eine vorzeitige Autonomie. Die Unfallträchtigen hingegen scheinen sich länger im Gefühl der Symbiose zu bewegen, so als sei immer jemand da, um sie aufzufangen. So gesehen, verläuft hier die Entwicklung zur Autonomie langsamer. Zudem scheint bei ihnen eine geringere Empfindlichkeit und damit ein Bedürfnis nach intensiveren Wahrnehmungen zu bestehen.

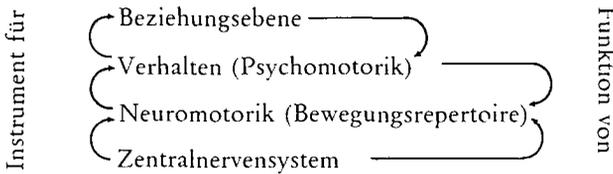
Manfreds Schlenkerbewegungen im ersten Beispiel schließlich gehören in die Kategorie der motorischen Massenbewegungen (Auslöser Müdigkeit). Dadurch wird deutlich, daß dieser Bereich von Motorik durchaus nicht nur bei psychotischen oder deprivierten Kindern

² Der im Deutschen übliche Gebrauch enthält nicht diese Präzisierung im Hinblick auf den psychischen Anteil.

vorkommt, sondern daß er bis weit hinein ins Alltagsleben reicht, beispielsweise als Räkelpbewegungen (mehr dazu bei von Lüpke, 1983).

Nochmals das Problem des unentdeckten organischen Schadens

Auf diesem Stand der Überlegungen muß der unbebagliche Verdacht entstehen, als ob jetzt jede motorische Auffälligkeit nur noch als Ausdruck einer psychischen Problematik aufzufassen sei. Es wäre wenig gewonnen, wenn wir die Fehler der Vergangenheit nur mit anderen Termini wiederholten und sich beispielsweise in der Gruppe der sensitiven Perfektionisten Kinder mit nicht erkannter zerebraler Bewegungsstörung oder Muskeldystrophie befänden. Mit anderen Worten: Es gibt natürlich die Auswirkung einer organischen Erkrankung auf die Motorik. Es kommt jetzt darauf an, diese Störungen rechtzeitig zu erkennen, ohne alle Kinder mit motorischen Auffälligkeiten der großen „Mühle der Diagnostik“ auszusetzen. Milani Comparetti (1982) hat dazu ein Schema entwickelt, in dem jeweils eine tiefere Stufe das „Instrument“ für die höhere, die höhere die Funktion der tieferen darstellt:



Es muß festgehalten werden, daß auf der Beziehungsebene die funktionsfähigen Instrumente benutzt werden, die sie ermöglichen. Dadurch setzt die Normalität auf dieser Ebene auch die Normalität der Instrumente voraus. Der „Blick“, das Betrachten, ist nicht denkbar, ohne daß die Organe dafür intakt sind; die Tatsache, daß ein Kind sich durch Ansprechen beruhigen läßt, setzt die Hörfähigkeit voraus, alles zusammen die Funktionsfähigkeit des Zentralnervensystems (Milani Comparetti, 1982).

Auf dieser Basis wurde von Milani Comparettis Mitarbeiterin Noferi (1977) ein Screening entwickelt, das die Entwicklung von den ersten Wochen an bis zum Alter von drei Jahren unter den Kriterien „Verhalten“ (modalità comportamentali) und „Beziehungsfähigkeit“ (modalità relazionali) beurteilt. Sind diese Bereiche intakt, so erübrigt sich weitere Diagnostik. Finden sich Auffälligkeiten, müssen sie durch zusätzliche Untersuchungen – im psychischen wie im organischen Bereich – weiter abgeklärt werden. Milani Comparettis Kriterien machen also die heute üblichen Untersuchungen nicht überflüssig, räumen aber der Beobachtung zunächst einen hohen Stellenwert ein und verringern damit die Zahl derer, die einer mehr oder weniger eingreifenden Diagnostik bedürfen. Die Bedeutung eines solchen Vorgehens ist kaum zu unterschätzen, berücksichtigt man, daß selbst scheinbar so harmlose Untersuchungen wie ein EEG in be-

stimmten Lebensaltern (Kleinkind) und sensiblen Familienkonstellationen einen Eingriff bedeuten, der zum zusätzlichen Faktor innerhalb einer kumulativen Traumatisierung werden kann.

Sensitive Perfektionisten und Unfallträchtige: Normalität oder Störung?

Was dies für die Einschätzung der sensitiven Perfektionisten bedeutet, beschreibt Milani Comparetti unter der Bezeichnung „Hypokinetisches aposturales Syndrom“ (Sindrome aposturale ipocinetica):

Hypokinetisches aposturales Syndrom oder Verzögerung der motorischen Entwicklung beim normalen Kind: Charakterisiert durch guten Gebrauch der Psychomotorik bei normaler Flexibilität in der Anpassung, reicher Modulationsfähigkeit im Verhalten und in Beziehungen. Diese Form ist gewöhnlich familiär und ihre Normalisierung vollzieht sich im 2. oder 3. Lebensjahr (Milani Comparetti, 1982).

Von der neurologisch-organischen Seite her kann also festgehalten werden, daß es sich bei den sensitiven Perfektionisten um gesunde Kinder handelt. Trotzdem sind pathologische Entwicklungen möglich: Von der trockenen, empfindlichen Haut ausgehend, entwickelt sich nicht selten eine Neurodermitis. Möglicherweise kommt es zu motorischen Auffälligkeiten vom Erscheinungsbild der sogenannten „minimalen zerebralen Bewegungsstörungen“ (was die Anfechtbarkeit dieses Terminus wieder einmal betont), im Extrem sind Beziehungen zur frühkindlichen Psychose vorstellbar.

Bei den Unfallträchtigen ist offensichtlich, welche Bedeutung ein Fortbestehen ihrer ungelösten Symbiose bis ins Erwachsenenalter haben kann, beispielsweise beim Autofahren im Nebel oder beim Überholen in Kurven.

Die Entscheidung über eine Entwicklung zur Pathologie oder Normalität fällt aber nicht im Kind, sondern ist eine Frage der Bilanz. Ob beispielsweise die „Dünnhäutigkeit“ eines sensitiven Perfektionisten dazu führt, daß er sich von den als traumatisch empfundenen Situationen zunehmend zurückzieht, sich zwanghaft abkapselt und durch Defizite an Erfahrung immer unbeholfener wird oder ob dieselbe Sensibilität sich zu immer differenzierterer Genußfähigkeit, seine Stärke in der Entwicklung von Konzepten zu intellektuellem Reichtum, seine Verlässlichkeit zu Anerkennung im praktischen Leben, zu Freundschaften führt, hängt mit davon ab, welchen Umgang die Eltern (Großeltern, weitere Umgebung) mit ihren eigenen Empfindlichkeiten entwickelt haben: Ob sie aufgrund eigener traumatischer Erfahrungen Härte demonstrieren, sich und ihren Kindern keine Empfindsamkeit zugestehen und extrem irritiert auf alles reagieren, was sie an ihre nicht selten als demütigend empfundene Vergangenheit erinnert oder ob sie ihre Erfahrungen dazu benutzen können, sich in ihre Kinder einzufühlen, ihnen Zeit zu lassen, sie in potentiell traumatisierenden Situationen zu schützen, Stärken zu bestätigen statt Schwächen bloßzustellen und aus der eigenen Sicherheit heraus klare, für die Kinder übersichtliche Verhältnisse

zu bieten. Analoges gilt für das Kind, das einen Hunger nach intensiven Wahrnehmungen hat: Können diese Bedürfnisse akzeptiert und innerhalb einer Familie integriert werden oder muß das Kind sich selbst verletzen oder Schläge provozieren?

Konsequenzen für die Therapie

Motorik als Ausdruck von Beziehungen kann nur im Kontext des jeweiligen Beziehungssystems angemessen verstanden werden. Bei entsprechend sensibilisierten Familienkonstellationen haben auch harmlos erscheinende Bemerkungen oder Ratschläge weitreichende Folgen, beispielsweise die Verordnung einer Krankengymnastik („nur ein bißchen Turnen, damit er nicht mehr so viel hinfällt“), die nun endgültig das Kind als krank abstempelt. Dazu kann schon die Tatsache dieser Krankengymnastik ausreichen, die Methode selbst braucht durchaus nicht eingreifend oder gewalttätig zu sein.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach dem frühkindlichen Hirnschaden durchaus nicht harmlos, verknüpft sie doch die motorische Auffälligkeit mit der Möglichkeit, daß auch geistige Schäden bestehen könnten. Die Auswirkung eines bloßen Verdachts in dieser Richtung kann in der Familie, bei anderen Bezugspersonen (Erziehern, Lehrern, etc.) und bei den anderen Kindern Auswirkungen haben, die alle Folgeerscheinungen einer motorischen Ungeschicklichkeit weit übertreffen („nicht ganz richtig im Kopf“, „Dachschaden“, etc.).

Bedeutet dies nun für die Praxis, daß wir dort, wo kein organischer Defekt besteht, nur noch zwischen therapeutischer Abstinenz und Familientherapie wählen können? Die Fixierung auf eine solche Alternative wäre dogmatisch-arrogant und für die Praxis wenig hilfreich. Wenn deutlich wird, daß in der aktuellen Situation Blockierungen bestehen, die eine Weiterentwicklung im Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Identität behindern, dann muß dort eingegriffen werden, wo es real möglich ist. Hier kann eine körperbezogene Therapie durchaus ihren Platz haben, beispielsweise durch die Vermittlung von Erfahrung eigener Möglichkeiten und die Ermutigung, sie weiterzuentwickeln. Es müssen nur die Auswirkungen vorher abgeschätzt und später laufend überprüft werden, um beispielsweise nicht zu übersehen, daß im Laufe der Zeit ein Geschwister den Platz des „Kranken“ einnimmt. In den meisten der hier geschilderten Fälle dürfte allerdings die Beratung der Familie im Vordergrund stehen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des verfügbaren Rahmens wurden die zerebralen Bewegungsstörungen bisher ausgeklammert. Das darf nicht zu dem Mißverständnis führen, als sei hier alles ganz anders. Auch hier spielen Beziehungsprobleme bereits bei den Ursachen eine Rolle (vgl. von Lüpke, 1981). Selbst die Auswirkungen eines organischen Defekts sind nicht linear abhängig vom Ausmaß der Schädigung und den angewendeten Behandlungsmethoden, sondern werden maßgeblich mitbestimmt von der Interaktion (Sigman und Parmelee, 1979) und der Chance, in einem natürlichen Le-

benszusammenhang (statt im Ghetto therapeutischer Sondereinrichtungen) die vorhandenen Fähigkeiten entwickeln zu können und nicht einer Therapie ausgesetzt zu sein, die sich nur am Defizit orientiert. „Leben kann nicht in kontinuierliche Therapie verwandelt werden ohne seine Qualität als Leben zu verlieren“ (Milani Comparetti, 1980). Milani Comparettis Integrationsmodell auf der Basis einer „Medizin der Gesundheit“ ist hier wegweisend. M. Aly und ihr Team haben gezeigt, daß von einem solchen Konzept – mit entsprechenden Modifikationen – auch bei uns schon einiges praktikabel ist (Aly, 1983).

Ausblick

Der Versuch, psychische Dimensionen von Motorik zu entwickeln und damit einen Ausweg aus dem Dilemma linear-mechanisch am organischen oder funktionellen Defizit orientierter Konzepte zu finden, war, wenn er einigermaßen übersichtlich werden sollte, nur möglich um den Preis schwerwiegender Simplifikation. Dies gilt vor allem für die Trennung zwischen einer Psychomotorik mit der Fähigkeit zur Symbolisierung und damit zum Dialog auf der einen Seite und jener anderen Motorik, die objektlos nur der Aufrechterhaltung eines Identitätsgefühls dient. In Wirklichkeit gibt es nicht nur ein Pendeln zwischen diesen beiden Extremen auf der Skala der motorischen Fähigkeiten – was ja auch einem Pendeln zwischen Außenorientierung und Rückzug entspricht –, sondern auch eine vielfältige Vermischung. Bei der Psychomotorik kommt es letztenendes viel weniger darauf an, daß eine Bewegung zu einem bewußt angesteuerten Resultat führt, sondern wie dies geschieht. Wie für den Charakter eines Tons nicht die absolute Tonhöhe, sondern das gesamte Spektrum der nicht mehr bewußt wahrgenommenen Resonanzverhältnisse und Obertöne ausschlaggebend ist, so entscheidet über Glätte, Lebendigkeit, über den Charme einer Bewegung die „Resonanz“ der mitschwingenden Anteile unbewußter („primitiver“) Motorik.

Vielleicht ist es gerade die Flexibilität im wechselhaften Zusammenspiel zwischen eigenen Bedürfnissen und Forderungen der Umwelt (besonders in der internalisierter Form), jene Resonanz durch Mitschwingen aller Elemente zu einem gemeinsamen Ton, die als Gesundheit bezeichnet werden kann. Von hier aus öffnet sich der weitere Weg zu einem psychosomatischen Konzept auffälliger Motorik.

Summary

Unusual Motoricity – New Perspectives

Experiences with delayed diagnosis of cerebral palsy led to increased sensibility to the problem of abnormal motoricity. In this situation, the concept of „early brain damage“ became very popular, because it reduces the problem of nearly every deviating motor activity to a

simple formula: a defect (anatomical or only functional) in the central nervous system. Consequently, it recommends early detection and treatment through physiotherapy.

Experience shows that this concept, however, sometimes is more confusing than helpful. Examples will be presented. Some of them refer to children who, in spite of excellent skills, are extremely prone to accident, others seem to have a delayed motor development, in reality they entrust themselves to their abilities later („sensitive perfectionists“).

To broaden this mechanical thinking in terms of defect and repair the concept of sensory integration will be related to the results of psychoanalytic studies. The discussion will especially be focused on the mutual reciprocity between motoricity, perception and ego–development as well as on the concept of psychomotoricity as an „instrument for dialogue“. The consequences for the evaluation of „normal“ and „pathologic“ as well as for therapeutic interventions will be discussed.

Literatur

- Aly, M.* (1983): Schnelle Griffe oder umsichtige Beobachtung – Erfahrungen aus einem Ambulatorium der Berliner Spastikerhilfe. In: *Z. f. Krankengymnastik* 35, 206–210. – *Ayres, A.J.* (1979): Lernstörungen. Sensorisch-integrative Dysfunktionen. Berlin: Springer. – *Bergman, P., Escalona, S.K.* (1949): Unusual Sensitivities in Very Young Children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 3/4, 337–357. – *Blanck, G. & R.* (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Ciampi, L.* (1982): Affektlogik. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Freud, W.E.* (1971): The Baby Profile (Part II). In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 26, 172–194. – *Freud, S.* (1920): Jenseits des Lustprinzips (1920). Studienausgabe Bd. 3, 217–272. Frankfurt/M.: Fischer, 1975. – *Freud, S.* (1923): Das Ich und das Es (1923). Studienausgabe Bd. 3, 282–330. Frankfurt/M.: Fischer, 1975. – *Fries, M.E., Woolf, P.J.* (1953): Some Hypotheses on the Role of the Congenital Activity Type in Personality Development. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 8, 48–62. – *Fries, M.E.* (1977): Longitudinal Study: Prenatal Period to Parenthood. In: *J. of the American Psychoanalytic Association* 25, 115–140. – *Fies, M.E., Nelson, M.C., Woolf, P.J.* (1980): Developmental and Etiological Factors in the Treatment of Character Disorders with Archaic Ego Function. In: *Psychoanalytic Review* 67, 337–352. – *Gaddini, E.* (1981): Frühe Abwehrphantasien und der psychoanalytische Prozeß. In: *Bulletin der Europäischen Psychoanalytischen Föderation (Psychoanalyse in Europa)* 17, 79–95. – *Hermann, I.* (1936): Sich-Anklammern – Auf-Suche-Gehen. Über ein in der Psychoanalyse bisher vernachlässigtes Triebgegensatzpaar und sein Verhältnis zum Sadismus-Masochismus. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 349–370. – *James, M.* (1960): Premature Ego Development. Some Observations on Disturbances in the First Three Months of Life. In: *International Journal of Psychoanalysis* 41, 288–294. – *Kernberg, O.* (1980): zit. nach *Ciampi* (1982), S. 223. – *Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M.* (1978): L'enfant et son corps. Paris: Presses Universitaires de France, 2. Aufl. – *Kulka, A., Fry, C., Goldstein, F.J.* (1960): Kinesthetic Needs in Infancy. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 30, 562–571. – *von Lüpke, H.* (1981): Beteiligung des Pädiaters an der psychosomatischen Schwangerenvorsorge. In: *Kinderarzt* 12, 39–41. – *von Lüpke, H.* (1983): Der Zappelphilipp. Bemerkungen zum hyperkinetischen Kind. In: *Voss, R.* (Hrsg.): Pillen für den Störenfried? Reinhardt: München und Hohenock: Hamm. – *von Lüpke, H.* (1984): Prophylaxe und Therapie bei frühen Formen Auffälligen Verhaltens. Risiko und Regulation in frühen Entwicklungsprozessen. In: *Voss, R.* (Hrsg.): Helfen – aber nicht auf Rezept. Reinhardt: München und Hohenock: Hamm. – *Marty, P., Fain, M.* (1955): Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. In: *Revue Française de Psychoanalyse* 19, 205–322. – *Mahler, M.S.* (1972): Symbiose und Individuation. Bd. I: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart: Klett. – *Milani Comparetti, A.* (1967): Pattern Analysis of Motor Development and its Disorders. In: *Developmental Medicine and Child Neurology* 9, 625–630. – *Milani Comparetti, A.* (1980): Developmental Prognosis and Priorities in Rehabilitation: a Progress Report on a Community Program. Mary Elaine Meyer O'Neal Award Lectureship on Developmental Medicine 1979. Meyer Children's Rehabilitation Institute University of Nebraska Medical Center Omaha, Nebraska. – *Milani Comparetti, A.* (1982): Semeiotica neuroevolutiva. In: *Prospettive in pediatria* 48, 305–314. – *Milani Comparetti, A., Roser, L.O.* (1982): Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation. In: *Wunder, M., Sierck, U.* (Hrsg.): Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH. – *Noferi, S.* (1977): Beitrag in: *Linee informative per l'organizzazione del servizio. Regione Toscana.* – *Ribble, M.A.* (1974): Infantile Experience in Relation to Personality Development. In: *Hunt, J. McV. (Ed.): Personality and the Behavior Disorders, Vol II, 621–651 New York: Ronald Press.* – *Schafer, R.* (1978): A New Language for Psychoanalysis. New Haven: Yale University Press. – *Shevrin, H., Toussieng, P.W.* (1962): Conflict over Tactile Experiences in Emotionally Disturbed Children. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1, 564–590. – *Sigman, M., Parmelee, A.H.* (1979): Longitudinal Evaluation of the Preterm Infant. In: *Field, T.M., Sostek, A.M., Goldberg, S., Shuman, H.H.* (Eds.): *Infants Born at Risk.* New York: Spectrum. – *Spitz, R.A.* (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett, 4. Aufl. (1974). – *Weil, A.P.* (1978): Maturational Variations and Genetic-Dynamic Issues. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 26, 461–491.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. Hans von Lüpke, Böttgerstr. 20 (Gesundheitszentrum), 6000 Frankfurt/M. 60.