

du Bois, Reinmar

Zur Unterscheidung von Regression und Retardation

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 8, S. 571-579

urn:nbn:de:bsz-psydok-41819

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEGER, J. M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESSEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUFS, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotological Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3-4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STRECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STRECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder) . . .	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMAN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLER, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSSSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebskranker Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospiele: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717
Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Zur Unterscheidung von Regression und Retardation

Reinmar du Bois

Summary

The Distinction of Regression and Retardation

Retardation is an impairment of functioning, which has affected individual growth from the onset of life. Regression is a temporary developmental flaw which is more easily amenable to psychodynamic understanding and treatment. In reality both retardation and regression are interlaced in great complexity. The structural axis of the OPD system has for methodological reasons decided to assess both states separately. Once the developmental level has been assessed, the structural level can be determined. Difficulties of this procedure are discussed.

Zusammenfassung

Retardierungen sind Behinderungen, die stets auf die Entwicklung eingewirkt haben. Regressionen sind vorübergehende Einbrüche in der Entwicklung, die therapeutisch abgefangen werden und psychodynamisch verstanden werden können. In Wirklichkeit sind die Grenzen zwischen Retardation und Regression unscharf und es bestehen komplexe Wechselbeziehungen. Die Struktur-Achse der neuen OPD des Kindes- und Jugendalters hat sich aus methodischen Gründen entschieden, beide Tatbestände getrennt zu bewerten. Zunächst ist der Entwicklungsstand festzulegen, bevor die Höhe der Struktur bewertet wird. Die Schwierigkeiten dieser Vorgehensweise werden erörtert.

1 Zur Problematik des Begriffs Regression

Eine Grundfigur psychoanalytischen Verstehens ist es, psychische Störungen Erwachsener mit dem Seelenleben von Kindern in Beziehung zu setzen. Es wird angenommen, daß Mechanismen kindlichen Erlebens innerhalb einer psychischen Störung wieder in Kraft gesetzt oder zitiert werden oder als Fluchtpunkte dienen. Solche Störungen werden als regressiv bezeichnet. Der Begriff Regression steht entweder für den Abwehrmechanismus, der hinter der Störung vermutet wird, oder für den kindlichen Zustand selbst, in dem der Patient länger oder kürzer verharret.

Als neurotischer Abwehrmechanismus kann Regression mit fast jedem Symptom in Verbindung gebracht werden, mit dessen Hilfe ein Patient tendenziell auf den Primärprozeß ausweicht, meist um Ängste auf der Ich-Ebene abzuwehren, etwa mit Hilfe von Symptomen, mit denen sich der Patient in die Reichweite oraler oder analer Bedürf-

nisse oder früher Bindungswünsche begibt, oder mit Hilfe psychosomatischer Symptome, die die Libidinisierung eines bestimmten Körperteils ermöglichen. Regression in dieser Wortbedeutung geleitet den Betroffenen dorthin, wo frühkindlich libidinöse Fixierungen stattgefunden haben. Eßstörungen können in diesem Sinne ebenso als „regressiv“ bezeichnet werden wie Zwänge, hysterische Konversionssymptome, Probleme bei der Affektkontrolle, Suchterkrankungen.

Wenn wir allerdings dem Begriff „Regression“ selbst ohne Verweis auf andere Symptome eine Aussagekraft zubilligen („... der Patient „ist“ regrediert, „hat“ eine Regression“), bewegen wir uns terminologisch außerhalb der klassischen Neurosenlehre und meinen Störungen auf geringerer struktureller Höhe. Wir denken nun in der Regel nicht an einzelne Symptome, sondern an ein umfangreich verändertes Verhaltensrepertoire mit Passivität, Versorgungswünschen und Verzicht auf eigene Entscheidungen, Änderungen in der Gestik, Psychomotorik und Kommunikation. Die Änderungen können sich in der analytischen Situation bemerkbar machen, wenn das Gefüge einer Übertragungsbeziehung ins Wanken kommt und der Therapeut von der ursprünglichen frühen Bedürftigkeit eines Patienten „ergriffen“ wird, der „primären Liebe“ (BALINT 1970). In diesen Zusammenhängen steht der Regressionsbegriff also nicht mehr für einen Abwehrmechanismus neben anderen bei einem prinzipiell intakten Aufbau des Ichs. Die Regression steht nicht mehr eindeutig im Dienste des Ich, sondern ist Ausdruck einer Defizienz und einer Beschädigung des Ichs. Die hier gemeinten Regressionen sind auch nicht punktuell auf eine Fixationsstelle gerichtet, sondern diffus über die Person ausgebreitet und alle ihre Schichtungen durchdringend. Dennoch wird auch diesen schweren Regressionen eine reparative Funktion zugewiesen.

Bei stationären Behandlungen junger schizophrener Patienten können solche Regressionen bis zum Rückzug ins Bett und zur Aufgabe der Selbstversorgung führen (du Bois 1996). Wenn hierbei der Eindruck entsteht, die Fähigkeit eines Patienten, seine Triebängste einzudämmen, sei vollkommen zusammengebrochen, so wird auch von „malignen Regressionen“ gesprochen. Dieser umstrittene Begriff sollte jedoch jenen seltenen Fällen vorbehalten bleiben, in denen der betroffene Patient wirklich sehr lange Zeit in tiefen regressiven Zuständen gefangen bleibt. Die „Malignität“ ist dabei immer auch Ausdruck der Hoffnungslosigkeit eines Helfers, der den Kranken zu versorgen hat. Letztlich bleibt der Gebrauch des Regressionsbegriffs nur konstruktiv, wenn das Regredieren auch bei diesen schweren Erkrankungen als Lösungsversuch einer seelischen Krise und als lösbare therapeutische Herausforderung begriffen wird. Dies trifft in der Tat auch auf schwerste Regressionen zu, wenn hier eine Bearbeitung der „Grundstörung“ möglich erscheint (BALINT). Weiterhin erscheint der Begriff der Regression bei den schwerst psychisch gestörten Individuen nur dann sinnvoll, wenn die Regression von dauerhaften Behinderungen abgegrenzt werden kann, das heißt, wenn vor dem Regredieren eine höher organisierte seelische Struktur aufgebaut war und unter besseren Bedingungen behauptet werden konnte und wenn Aussicht besteht, daß die höhere Ich-Struktur durch die Therapie zurückgewonnen werden kann.

Regression bewirkt in keiner seiner Bedeutungen, auch nicht in ihrer schwersten Ausprägung, etwa bei katatonen und stuporösen Zuständen, eine radikale Neuordnung *aller* psychischer Funktionen. Die betroffene Person wird nicht als Ganzes auf

ein niedrigeres Niveau der psychischen Entwicklung heruntergezogen. Typisch ist vielmehr, daß Teilbereiche der seelischen Funktion regredieren und gleichzeitig andere Bereiche auf höherem Funktionsniveau erhalten bleiben, ja daß sogar besondere Anstrengungen unternommen werden, einzelne Fähigkeiten hoch zu entwickeln („Notreifung“). Auch dieser Versuch könnte der Abwehr von Angst und Desintegration dienen. GLOVER (1968) vermutet, daß die psychische Struktur unter Streß ihre synthetisierenden Fähigkeiten verliert und daß frühere nicht integrierte Teilfunktionen der Psyche (Ich-Kerne) wieder in Kraft treten und ein Eigenleben zu führen beginnen. So kann nicht überraschen, daß die Regression in einem Spannungsverhältnis mit entgegengesetzten Kräften steht und abrupt von progressiven Impulsen abgelöst werden kann. Bisweilen muß das Regredieren im Sinne einer psychischen Erholungspause interpretiert werden, bevor sich ein Individuum besonders hoch organisierte Leistungen abverlangt. Der pathologische Stellenwert der Regression ist also äußerst unterschiedlich.

Die regressive Symptomatik ist nie ein tatsächlicher „Rückfall“. Sie bewirkt keine völlige Metamorphose des Patienten zu einem früheren Entwicklungsstadium. Regression beinhaltet allenfalls die unbewußte Wiederaufnahme von Elementen des kindlichen Erlebens oder sogar nur die unbewußte Imitation eines solchen Erlebens, wie es sich historisch nie abgespielt hat, aber wie es innerlich nachempfunden und inszeniert werden kann. Diese Einschränkung schmälert nicht die entlastende und schützende Wirkung der Regression und von Fall zu Fall ihre kreative Funktion. Auch gilt trotz allem die therapeutische Empfehlung, regressiven Patienten punktuell mit kindgerecht versorgenden Angeboten entgegenzukommen. In anderen Bereichen sind die Patienten freilich so zu behandeln, wie es ihrem tatsächlichen Alter und Reifestand entspricht. Dieser wird durch die Regression nie unkenntlich oder gar ausgelöscht.

Mitunter kann die Unterscheidung zwischen dem Anteil einer Regression und dem Anteil einer Retardation, also einer grundlegenden Verzögerung der Entwicklung, schwierig sein. Aus dem sichtbaren Verhalten kann nicht erkannt werden, ob ein Patient im Rahmen einer aktuellen psychischen Belastung *nur* regrediert oder ob die Regression in Wirklichkeit Teilaspekt eines längst in Gang befindlichen Prozesses ist, der die gesamte Entwicklung auszubremsen droht. In solchen Fällen ist „Retardation“ der bessere Begriff und das Konzept der Regression sollte nicht überstrapaziert werden.

Auch retardierte Patienten neigen freilich zu regressivem Verhalten. Manche retardierte Patienten bemühen sich krampfhaft um den Anschein, sie könnten den Erwartungen ihrer Altersgruppe gerecht werden, brechen dann aber an kritischen Punkten regressiv ein. Ein klassisches Beispiel für die Verwirrung zwischen Regression und Retardation ist der schleichende Beginn vorpubertärer hebephrener Psychosen, zumal wenn sich hierdurch eine ohnehin gefährdete Entwicklung weiter verlangsamt.

Eine Patientin von 12 Jahren, die vor ihrer Erkrankung durchschnittliche Sonderschülerin war und allenfalls durch Hyperaktivität, Kindlichkeit und mangelndes Sozialgefühl auffiel, wurde von uns bei der OPD-KJ-Diagnostik im Gesamtbild ihres Verhaltens als Schulkind auf der Stufe konkreter Operationen eingestuft. Damit wurde ihr eine gewisse Retardation im Vergleich zu ihren Altersgenossen zugestanden, die im gleichen Alter bereits die letzte wichtige Stufe der kognitiven Entwicklung erreicht haben und eine „doppelt reflexive“ Sicht auf sich die Außenwelt

einnehmen können. – Zugleich wirkten viele Verhaltensweise der Patientin so, als ob sie einer noch weitaus tieferen Entwicklungsstufe entstammten. In ihrer Orientierung in der Gruppe und bei alltäglichen Begebenheiten war sie kleinkindlich ahnungslos, hilfs- und erklärungsbedürftig. Sie war rasch aus dem Konzept zu bringen und geriet dann in Erregungen. Auch ihr Spiel, Phantasie- und Kontaktverhalten erinnerte über weite Strecken an Kleinkinder, die sich auf einer vorlogisch symbolischen Stufe befinden und noch im magisch omnipotenten Denken verhaftet sind. Ihr Eßverhalten war chaotisch mit mangelhaftem Werkzeuggebrauch (was vor der Erkrankung anders gewesen sei). Andererseits konnte die Patientin durch „frühreife“ Bemerkungen überraschen und übernahm puberale Verhaltensmuster von ihren Kameradinnen. In diesem Gemisch unterschiedlicher struktureller Besonderheiten wurde zur Ermittlung des augenblicklich verfügbaren Entwicklungsstands neben dem aktuellen Verhalten auch die prämorbid Anamnese herangezogen. Es wurde in Kauf genommen, daß dieser Entwicklungsstand aktuell nur bruchstückhaft verfügbar war. – Die vermutlich im Rahmen der schleichenden Erkrankung hinzugekommenen infantilen Verhaltenszüge wurden als schwer regressiv gewertet und führten zu einer Einstufung des Funktionsniveaus als „gering integriert“.

Letztlich muß man also in vielen Fällen schwerer psychischer Erkrankungen, um der Komplexität der Entwicklungspathologie gerecht zu werden, zwischen Tatbeständen, die der Regression zuzurechnen sind, und anderen, die zur Retardation zählen, eine „gesplittete“ Bewertung durchführen.

2 Zur Problematik des Begriffs Retardation

Der Begriff der Retardation ist in der Tiefenpsychologie nicht gebräuchlich. Er stammt aus der Entwicklungsneurologie und Heilpädagogik und bezeichnet dort Zustände von Unreife, die durch Entwicklungsförderung gebessert werden können. Bei einem Erwachsenen, der seine Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschöpft und abgeschlossen hat, gibt es freilich keinen Grund, seine verbliebene Unreife getrennt von seinen regressiven Tendenzen in die Waagschale zu legen, wenn es um die Bestimmung der psychischen Struktur geht. Beides, Retardation und Regression tragen zur Stabilität dieser Struktur oder umgekehrt zu Graden ihrer Instabilität bei und bedingen sich gegenseitig, wie noch zu zeigen sein wird.

Nicht jede Form der Retardierung und nicht jede Form einer funktionellen Regression schlagen als markante Strukturschwäche zu Buche. Eine Retardierung tut es dann nicht, wenn sie nur partiell ist und durch ein stützendes Umfeld und gelungene Weichenstellungen ausgeglichen werden kann, eine Regression tut es dann nicht, wenn sie zielgenau und punktuell in den Dienst des Erhaltes von Ich-Funktionen gestellt werden kann und dazu dient, dessen Krisen abzuwehren.

Auch wenn wir eine modernere Sichtweise wählen (OERTER u. MONTADA 1995) und den Entwicklungsprozeß als prinzipiell offen, mehrdimensional, ohne Anfang und Ende und zyklisch angelegt betrachten, ändert dies nichts daran, daß wir bei erwachsenen Menschen den Begriff Retardation als eher statisches Defektmodell und den Begriff Regression als dynamisches Anpassungsmodell in Ansatz bringen und vor allem beide nebeneinander und gleichzeitig verwenden. Beide Modelle dienen bei Erwachsenen dem gleichen Ziel: der Bestimmung der psychischen Strukturhöhe.

Unter Struktur verstehen wir die Fähigkeit des Menschen, sich unter alltäglichen Bedingungen affektiv zu steuern, sich in der Wirklichkeit und innerhalb von Beziehungen und mit sich selbst zurechtzufinden. Zusammenfassend verstehen wir unter Struktur also die Gesamtheit der adaptiven Vorgänge, die das Selbst in eine Beziehung zu den „Objekten“ bringt und in die Lage versetzt, sich zu regulieren (RUDOLF 1993).

Wenn wir die Stabilität und Qualität der psychischen Struktur von Kindern beurteilen wollen, müssen wir allerdings einen anderen Weg als den bei Erwachsenen beschreiten. Die Arbeitsgruppe „Struktur“ der OPD-KJ stand bei der Entwicklung ihres Untersuchungsinstruments vor beträchtlichen methodischen Problemen (vgl. Koch et al. 1999).

In der Kindheit werden verschiedene aufeinander abgestimmte und jeweils hochentwickelte Organisationsformen psychischen Lebens durchlaufen. Es herrscht in der Tradition der Piagetschen Entwicklungspsychologie Übereinstimmung darüber, daß der Übergang von einer Organisationsform in die nächste nicht kontinuierlich, sondern stufenförmig erfolgt. Nach einer Phase erhöhter Spannung und Irritation ereignet sich der Übergang auf die nächste Stufe. Die Schritte der vorbereitenden Strukturangepassung sind allerdings nach außen hin kaum wahrnehmbar.

Auf den unterschiedlichen Entwicklungsstufen gelten unterschiedliche normative Erwartungen bezüglich der Struktur. Auf jeder Entwicklungsstufe herrscht ein strukturelles Gleichgewicht. Entwicklungsaufgaben des jeweiligen Alters können besonders gut gelöst werden. Die Komplexität ist auch auf den frühen Entwicklungsstufen schon relativ hoch. Jede Entwicklungsstufe hat auch ihre spezifische Vulnerabilität (RESCH 1996). Sie liegt dort, wo eine besonders rasante Entwicklung bevorsteht. Diese betrifft im Säuglingsalter die Entwicklung des Reizschutzes und der Affektkontrolle und der Kontrolle körperlich autonomer Funktionen, im Kleinkindesalter die Entwicklung der psychischen Autonomie und der symbolischen Kommunikation und im Schulalter die Durchdringung der objektiven Welt.

Zur Klärung der Frage, ob eine Entwicklung als altersentsprechend oder als „retardiert“ zu betrachten sei, eignen sich insbesondere die Fortschritte des Kindes beim Aufbau von Erfahrungsschemata (Repräsentanzen), mit denen es sich und die Außenwelt erfassen kann. Dabei gelangt das Kind von der Stufe enaktiver Erfahrungen, die über den Handlungsvollzug gewonnen werden, zu verschiedenen Stufen sprachlich symbolischer Erfassung, die eine immer schärfere Trennung von Phantasie, Schein und Wirklichkeit ermöglichen (vgl. RESCH 1999).

Tatsächlich werden gerade kognitive Repräsentanzen von Selbst und objektiver Welt besonders stabil erworben. Von HARTMANN (1972) wurden Parameter der kognitiven Entwicklung erstmals als wichtiger Bezugsrahmen für die Beurteilung der Ich-Funktionen im Rahmen einer psychodynamischen Metapsychologie gewürdigt. Andere Parameter der Ich-Entwicklung, etwa die Autonomie und die Affektkontrolle, unterliegen stärkeren Schwankungen. Weniger brauchbar für eine stabile Einschätzung des Entwicklungsstandes sind auch die von A. FREUD (1972) vorgeschlagenen „Entwicklungslinien“, auf denen die fortschreitende Beherrschung und Sublimierung der oralen und analen Bedürfnisse, die Übernahme von Verantwortung für den eigenen Körper und dessen Sexualität und schließlich die Fortentwicklung der Beziehungsmuster und Ab-

hängigkeitsbedürfnisse beurteilt werden. Alle genannten Parameter der Entwicklung gelten immer nur für einen bestimmten Patienten im Kontext seiner eigenen Biographie und können außerdem leicht in den Sog regressiver Krisen geraten. Sie bleiben lebenslang in Gefahrenzonen angesiedelt und erlangen an kritischen biographischen Stationen neue Aktualität.

Die Fähigkeit zur Erfassung des Selbst und der objektiven Außenwelt hingegen gerät nur bei den schwersten desintegrativen Krisen, nämlich den Psychosen, ernsthaft in Gefahr und bleibt sonst, auch wenn ein Mensch zu regredieren droht, ein zuverlässiger Indikator seines zugrunde liegenden Entwicklungsstandes.

Wie können in der Praxis Verhaltensauffälligkeiten angesichts unterschiedlicher Entwicklungsvoraussetzungen bei Kindern und Jugendlichen angemessen beurteilt werden? Kinder- und Jugendpsychiater tun sich schwer, wenn sie ein Kind mit Verhaltensauffälligkeiten bewerten sollen, das psychisch leicht retardiert ist, sich aber in einem Schwellenalter befindet, wo in den Selbst und Objektpräsenzen demnächst wichtige Reifungsschritte zu erwarten sind.

Diese Urteilsschwierigkeit ergibt sich zum Beispiel bei einem 13jährigen auch körperlich und intellektuell retardierten Mädchen, das mit Puppen spielt, bei der Oma im Bett liegen will, weil sie Angst vor Einbrechern hat und auf die Ehekrise der Eltern mit Enuresis nocturna und mit der fixen Idee reagiert, es habe den Vater an einem bestimmten Tag zu sehr geärgert. Daher wolle sich der Vater nun von der Familie abwenden. Die Strukturen dieses retardierten Kindes weichen von jenen der meisten Altersgenossen ab, die bereits auf der Stufe der „exzentrischen Position“ angekommen und sich und die Eltern von außen sehen können und das Spielen als private Form der Realität abgelegt haben. Aber sie stimmen wiederum einigermaßen gut überein mit den normativen Erwartungen jener Entwicklungsstufe der „konkreten Operationen“, die unmittelbar vorausging.

Die klinische Erwartung wäre in diesem Fall dahin gegangen, daß das Kind die Entwicklungsstufe der exzentrischen Position und somit das Ende der Kindheit schon erreicht hätte. Andererseits müssen wir beim Übergang von einer Stufe zur nächsten eine Toleranz von mehreren Jahren einkalkulieren. Innerhalb dieser Bandbreite würden wir noch vom „adäquaten Verhalten eines retardierten Kindes“ sprechen, nicht von einem „psychisch auffälligen Kind“. Wir würden uns also damit begnügen, die Maßstäbe eines jüngeren Kindes anzulegen. Eine darüber hinausgehende Strukturschwäche würden wir nur dann postulieren, wenn das untersuchte Kind auch nach dem anzulegenden Maßstab der jüngeren Entwicklungsstufe strukturell auffällig wäre.

Es gibt genug Beispiele, die die Grenzen dieser Vorgehensweise aufzeigen, zum Beispiel wenn die psychische Struktur eines schwer körperbehinderten Kindes zu beurteilen ist. Ein solches Kind hat mimisch nur geringe Möglichkeiten des emotionalen Ausdrucks und Austausches und wird daher in seiner gesamten emotional-kommunikativen Entwicklung tiefreichend gestört sein. Hier zeigt sich nun, daß sich eine strukturelle Auffälligkeit nicht immer automatisch zur Normalität hin auflöst, wenn man dem Kind nur Unreife bescheinigt, also eine „Retardierung“ in Rechnung stellt. Diese definitivische Normalisierung wird am ehesten bei einem leicht retardierten Kind und in zeitlicher Nähe zu einem Reifungsschritt gelingen, der diesem Kind auch zugebraut wird. Ein stärker retardiertes Kind ist in der Regel *auch* dysfunktional und so-

zial fehlangepaßt. Die Fehlanpassung liegt in unserem Beispiel hauptsächlich an der ohnmächtigen Situation der Behinderten in einer Umwelt, welche hohe Erwartungen bezüglich der zu erreichenden Autonomie stellt (du Bois 1999). An dieser Meßlatte müssen die meisten Retardierten scheitern. Andere Fehlanpassungen rühren daher, daß die Retardierungen asynchron verlaufen können und zum Beispiel eine frühe körperliche Reifung die psychische Unreife verdecken und in der Umwelt Überforderungen provozieren kann. Die Retardierung wird somit auch zum Stolperstein für die Struktur. In allen genannten Fällen ist die Retardierung in zwei Schritten zu beurteilen: in einem ersten Schritt führt sie zur Anwendung von Bewertungsmaßstäben einer früheren Entwicklungsstufe. Im zweiten Schritt führt sie außerdem zur Feststellung einer suboptimalen Struktur.

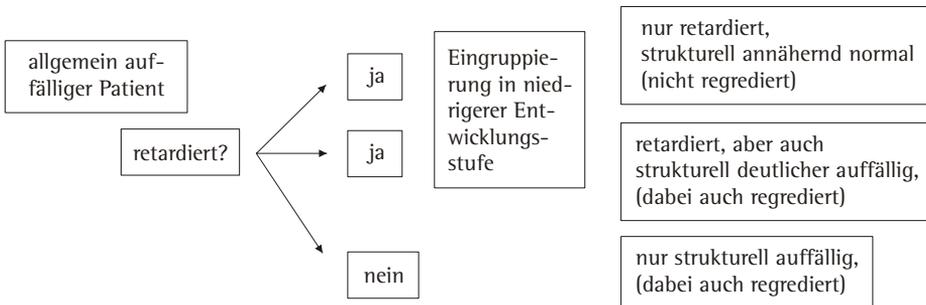


Abb. 1: Prüfung der Struktur mit und ohne Retardierung

Die suboptimale Struktur der retardierten Individuen besteht häufig in einem Angewiesensein auf Hilfe, einem Element von Führung und Stützung, das auch dann unverzichtbar bleibt, wenn erlernte Verhaltens- und Verstehensmuster makellos zu funktionieren scheinen. Der Wegfall einer oft nur marginalen Hilfe kann die psychischen Strukturen der Person zum Einsturz bringen und kann Kurzschlußreaktionen (auch sexuell unangepaßtes Verhalten) hervorrufen (ASPERGER 1968). Dieses Phänomen erklärt sich mit der Rigidität und geringen Anpassungsbreite der Verhaltensschemata sowie mit verdeckten noch sehr intensiven Bindungsbedürfnissen, dem Angewiesensein auf die unmittelbare Präsenz einer Person zur non-verbalen intuitiven Orientierung und einem Mangel an echter sprachlich-symbolisch abgesicherter Autonomie.

Die letztgenannten in den Krisen sichtbar werdenden Bindungsbedürfnisse und ungelösten Abhängigkeiten der Retardierten sind nun aber klassisch regressive Phänomene. Wie auch alle anderen Regressionen, von denen weiter oben die Rede war, dienen auch diese regressiven Krisen bei den Retardierten der Verhinderung ihres völligen strukturellen Zusammenbruchs und dem Schutz vor einer Reizüberflutung chaotischen Ausmaßes. Diese Regressionen bei Behinderten genügen der allgemeinen Definition von Regression auch insofern, als sie anhand ihrer zeitlichen Begrenzung von dem sonstigen Funktionszustand, in dem sich die Patienten außerhalb ihrer Krisen befinden, klar unterschieden werden können.

Wo, wie hier, Retardation und Regression sich begrifflich so eng begegnen, sind weitere Spekulationen erlaubt: Was, wenn jede Retardierung ursprünglich als Regres-

sion des Nervensystems ihren Anfang genommen hätte und dem Föten und Säugling gewissermaßen als regressive Selbstblockade und als Schutz vor Überreizung und intrinsischer Überforderung gedient hätte?

3 Ausblick

Mit einer solchen Spekulation wäre der Unterschied zwischen Regression und Retardation eigentlich so gut wie aufgehoben. Theoretisch spricht vieles zugunsten einer solchen Aufhebung. Was spräche theoretisch gegen ein Entwicklungsmodell mit einem flexiblen Nebeneinander und Gegeneinander von regressiven und progressiven Entwicklungskräften und ohne die Annahme von festen „Entwicklungsstufen“ nach Piagetschem Muster? BRAINERD (1984) beklagt, daß bei Piaget ein kontinuierlicher Entwicklungsprozeß künstlich in ein „typologisches“ System gezwängt werde. Es ist methodenkritisch in der Tat reizvoll, die Unterschiede zwischen Regression und Retardation nur noch als graduell zu betrachten. Bei Retardierungen läge der Akzent in einem höheren Beharrungsvermögen der entwicklungshemmenden Kräfte, bei Regressionen läge der Akzent in der punktuellen, zeitlich begrenzten Einwirkung der entwicklungshemmenden Kräfte.

Bei einer praktischen Erprobung dieses Denkmodells stößt man freilich rasch auf dessen Grenzen und Unmöglichkeiten. Jeder Diagnostiker von Kindern und Jugendlichen ist in der klinischen Wahrnehmung gezwungen, den Stand der Entwicklung zu reflektieren und alle Parameter zu erfassen, aus denen sich dieser Stand ablesen läßt. Auch bei psychisch gesunden Kindern ist diese Aufgabe zu leisten. Wenn es zusätzlich um die Bewertung von psychischen Auffälligkeiten geht, ist stets zu entscheiden, ob sich diese aus dem erreichten Stand der Entwicklung oder aus der augenblicklichen seelischen Strukturschwäche oder, was meist der Fall sein wird, aus beidem herleiten lassen.

Je nach dem Reifestand eines Kindes hat ein Diagnostiker vollkommen unterschiedliche Erwartungen, welche Anpassungsleistungen er dem Kind zutrauen darf und welche seelischen Erscheinungen er für normal hält. Bereits die normale Entwicklung führt in der Tat zu so tiefreichenden Veränderungen, daß sich die Veränderungen, welche durch eine psychische Störung hervorgerufen werden können, dagegen geringfügig ausmachen. Schon aus diesem Grund ist eine typologische und an Normen orientierte Unterteilung dieser gewaltigen Entwicklungsstrecke erforderlich.

Eng an diese Unterteilung und an die Stufenlehre von der kognitiven Entwicklung anknüpfend, müssen sodann die Verzögerungen des Reifungsprozesses erfaßt werden. Die analytische Regressionstheorie allein erscheint hier zu ungenau. Sie erlaubt keine ausreichend scharfe Trennung zwischen Entwicklungs- und Krankheitsprozeß. Der ursprüngliche entwicklungspsychologische Ansatz der Psychoanalyse wollte diese Trennung ausdrücklich vermeiden. Eben diese Trennung und die dadurch erreichbare Wahrnehmungsschärfe ist aber für den Einsatz methodisch variabler Therapiekonzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unerläßlich. Kognitive Entwicklungsraaster gehören inzwischen auch in der psychoanalytischen Entwicklungslehre zum festen Bestand (TYSON u. TYSON 1997).

Somit sollte *vor* der Bewertung des Ausmaßes einer aktuellen Regression ein Prüfungsschritt erfolgen, der sich mit dem Ausmaß einer eventuellen Retardation beschäftigt. Praktische und klinische Erwägungen zwingen dazu, Regression und Retardation als getrennte Aspekte einer Entwicklungspsychopathologie zu behandeln. Ein solche zweischrittige Diagnostik, wie sie nunmehr in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Kinder- und Jugendliche (OPD-KJ) verwirklicht wird, verläuft im Grunde analog zur multiaxialen Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986), wo ebenfalls der Entwicklungsstand getrennt von der klinischen Diagnose erfaßt wird.

Solche Trennungen haben aber, wie zu zeigen war, stets etwas Künstliches. Daher werden die strukturellen Defizite in der OPD-KJ so offen beschrieben, daß bei einer detaillierten Auswertung stets Querverbindungen zwischen Regression und Retardation hergestellt werden können. Die Beiträge beider Prozesse zum klinischen Gesamtbild bleiben synoptisch erkennbar. So werden letztlich beide Erkenntniswege einander wieder angenähert.

Literatur

- ASPERGER, H. (1968): Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes, 2. Aufl. Wien: Springer.
- BALINT, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart: Klett.
- Brainerd, C.J. (1984): Entwicklungsstufe, Struktur und Entwicklungstheorie. In: STEINER, G. (Hg.): Entwicklungspsychologie, Bd. 1. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 207-218.
- DU BOIS, R. (1996): Junge Schizophrene zwischen Klinik und Alltag. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- DU BOIS, R. (1999): Entwicklungsorientierte Ansätze im diagnostischen und therapeutischen Handeln mit Schizophrenen. In: FOLKERTS, H./SCHONAUER, K./TÖLLE, R. (Hg.): Dimensionen der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- FREUD, A. (1972): Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett.
- GLOVER, E. (1968): The Birth and the Ego. London: Allen & Unwin.
- HARTMANN, H. (1972): Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett.
- Koch, E. et al. (1999): Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse 4: Strukturniveau, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 48, 623-633.
- OERTER, R./MONTADA, L. (Hg.) (1995): Entwicklungspsychologie. München: Psychologie Verlags Union.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. (1986): Multiaxiales Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Bern: Huber.
- RESCH, F. (1996): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Resch, F. (1999): Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 48, 556-563.
- RUDOLF, G. (1993): Psychotherapeutische Medizin. Ein Einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart: Enke.
- TYSON, P./TYSON, R.L. (1997) Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Reinmar du Bois, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Olgahospital, Bismarckstr. 3C, 70176 Stuttgart.