

Die Entwicklung des Kindes und ihre sozialbiologisch bedingten Störungen

Wesen — Ursachen — praktische Diagnostik — ärztliche Aufgabe

Von

JÜRGEN WEIDEMANN

Mit 1 Textabbildung

(Eingegangen am 14. Januar 1959)

I. Thematischer Überblick

Durch die rapide Technisierung unseres Zeitalters und die damit untrennbar verbundene Uniformierung ist eine schablonenhafte Intellektualisierung des einzelnen notwendig geworden, die in ihrer ursprünglichen kollektiven Dynamik und dem hieraus sich ergebenden individuellen Eigenmacht-Streben und -Begehren zu einem Bruch der organobiologischen Leib-Seele-Einheit geführt hat, der unschwer sowohl beim soziologischen *Kollektiv* des Volkes und seinen gesellschaftlichen Formen und Ausprägungen, als auch gerade in der *Individualität* des einzelnen aufzuspüren ist. Durch diese sozialbiologische Umstrukturierung hat die noch vor einem Menschenalter als harmonisch imponierende Persönlichkeit eine desintegrierte und dissonante Klangfarbe erhalten, der wir bei unseren Kindern in ihrem Entwicklungsgang zu begegnen uns bemühen.

Jedem, der mit Kindern umzugehen gewöhnt ist, der in dem Bemühen, sich in Kinder einzudenken, mit ihnen zu leben und sie zu verstehen (zu be-, „greifen“) Sinn und Ziel sieht, wird diese Dissonanz im Entwicklungsgeschehen unserer Jetztzeit-Kinder augenscheinlich sein. Die in sich ruhende und abgerundete Progressivität der Entwicklung vom brustabhängigen Säugling zum eigenaktiven und selbstdurchformenden Erwachsenen erscheint nicht mehr gegeben; mit anderen Worten: nicht nur Schnelligkeit, Richtung und Ziel des Entwicklungsablaufs ist durch die soziale Umstrukturierung verändert, sondern auch — und vor allem! — das Ineinanderspiel und das Aufeinanderabgestimmtsein der entscheidenden Entwicklungsfaktoren, wodurch auch für den nicht vorgebildeten und unvoreingenommenen Beobachter der Bruch in der Entwicklungskonsonanz unserer Kinder unübersehbar wird.

Es besteht kein Zweifel, daß seit eh und je die Entwicklung des Kindes nicht in einer linearen Geraden im Sinne einer ungebogenen Progressivität gleichen Tempos und steter Richtung abgelaufen ist. Schon die arbeitshypothetischen Prinzipien einer in den Kinderschuhen steckenden Entwicklungspsychologie haben Schwerpunkte des kindlichen „Gestalt“-Wandels hervorgekehrt, die sich um Akzente wie

Trotzphase, Gestaltwandel und Pubertät ranken. Immer aber glaubte man übereinstimmend, daß die Entwicklung (als „Konvergenz innerer Angelegenheiten und äußerer Entwicklungsbedingungen“ — STERN) mit ihrem regelmäßigen Funktionsneuerwerb ein stetes Aufwärts bedeute. Neu ist die Erkenntnis, daß den einzelnen Entwicklungs-„Stufen“ als normal anzusehende Rückschritte vor einer Neuentfaltung eigen sind, quasi als „schöpferische Pause des Atemholens vor weiterem Fortschritt“. Relativ jung ist ferner die Einsicht, daß jeder dieser Entwicklungs-„Stufen“ eigengesetzliche Bedingungen zukommen, die einen direkten Vergleich zweier Altersstufen sehr erschweren. Die gesunde Entwicklung des Kindes gleicht damit einem Aufwärts-Gleiten auf einer Spiralfeder insofern, als sie nicht nur ein stetes Zurückkehren auf einen schon einmal erreichten, nur eben um eine Stufe höher integrierten Ausgangspunkt bedeutet, sondern auch ein immerwährendes und eigentlich niemals ruhendes, von dem Aufgleitvorgang unabhängiges Auf- und Ab-, Vor- und Zurück-Schwingen des Entwicklungsganges im Sinne der „Verfestigung-Einprägung-Auflöschung“ (MÜHLE).

Die gesunde Entwicklung des Kindes erscheint demnach als ein stetes Schwingen ganzheitlichen Funktionszusammen- und -gegeneinanderspiels mit dem übergeordneten Entwicklungsziel einer in sich stabilisierten bestintegrierten leibseelischen Persönlichkeits-Einheit.

Nicht etwa eine Akzentuierung oder gar ein Über-/Unterschreiten dieser als normal erkannten Schwingungen gesunder kindlicher Entwicklung sind es, die uns mit Sorge erfüllen, sondern viel mehr und weit eher den durch den soziologischen „Massenaufstand“ (Y GASSET) und seine unabwendbaren Konsequenzen direkt hervorgerufenen Auseinanderfall des gestaltlichen, funktionellen und geistig-seelischen Entwicklungsganges unserer Kinder, wie er uns so mannigfaltig in Wesen und Erscheinung als Koordinationsverschiebung, Funktionsstörung, Desintegration bis zur Neurose hin in zunehmender Häufigkeit vor Augen geführt wird.

Angestachelt durch die mannigfaltigen Reize mittels der „Peitsche moderner Zivilisation“ bleibt dem Kinde unserer Zeit nicht mehr ausreichend die Möglichkeit zu eigener Entfaltung und Ausprägung. Neben den mehr als seit 2 Jahrzehnten beobachteten *körperlichen* Stimulationen vielfältigster Art sind es gerade die *seelischen* Reizüberhöhungen, die das heutige Kind, auch das jüngste, treffen und die damit ganz besonders unser Augenmerk verdienen. Es sei in diesem Zusammenhang gedacht an die ins Groteske gesteigerte *Lebensraumbeschränkung* in einem „Kulturschutzpark“ statt eines gewachsenen Lebensraumes (DE RUDDER), die zunehmende *Auflösung der Familie* (Umdisponierung der Stellung zum Kind, Mitarbeit der Mutter am Existenzkampf unserer Zeit, als „Arbeitsausgleich“ getarnte Leichtlebigkeit und Oberflächlichkeit), an die oft frühe und schnelle *Lockerung der Mutter-Kind-Beziehung*, häufige *Hospitalisierungen* und dem sich damit ergebenden Fragenkomplex der kindlichen Hospitalisierungsschäden (WEIDEMANN), ganz besonders aber an die *Überlastung mit Reizen* (Schule, Spielplatz, das „Leben nach der Uhr“, die ungezählten Reize in Geschäftsauslagen, die Übersättigung mit mechanisiertem Spielzeug, die sich anbietenden Sensationen in Wort und Bild, in Kino und Illustrierten bis hin zu den vielgenannten Comic books, deren „widerwärtigste Formen anscheinend Europa noch bevorstehen“) (HELLBRÜGGE, PELTZ, DE RUDDER).

Diese durch den Umbau des Sozialkörpers bedingten Mehrbelastungsreize unterdrücken die gerade im Kleinkindesalter so wichtigen, aus dem Inneren heraus sich abhebenden Entfaltungstendenzen des Kindes und drücken ihr den Stempel einer

schablonisierenden Prägung in dieser oder jener Richtung auf, womit der gleichzeitig gegebene Impuls zur Entwicklungsbeschleunigung eine Stereotypisierung bedingt, die nicht nur den kindlichen eigeninitiativen Entfaltungsraum in weitem Maße ganz zu verschütten geeignet ist, sondern zu einem Wandel im Entwicklungsablauf überhaupt führt, wie er gekennzeichnet ist durch uniformierende Wachstumssteigerung, Reifungsbeschleunigung, geschlechtliche Aktivierung, Verlängerung der Fortpflanzungsphase, — also einer beschleunigten und gesteigerten *körperlichen* Entwicklung, der in Ausmaß, Richtung und Intensität nicht annähernd Schritt halten kann der *seelische* Reifungsprozeß, zumal dieser durch die sich anbahnende weit größere Vielseitigkeit und Vielschichtigkeit der Ein- und Ausdrucksmöglichkeiten eine erheblich längere Zeit zur stabilen Durchformung benötigt. So entsteht schon in relativ früher Jugendzeit die allseits zu beobachtende Dissonanz zwischen fort- und vorgeschrittener körperlicher Entwicklung und nachhinkender, sowie zusätzlich oft in anderer Dimension sich abspielender seelischer Reifung, — eine psychophysische Dissonanz, die unter den durchaus als „normal“ zu fordernden weiteren Entwicklungsanreizen zu, Anpassungsstörungen schwerer und schwerster Art prädisponiert, ganz abgesehen davon, daß auf Grund der überschießenden körperlichen Entwicklung die als „normal“ geforderte „Anpassung“ des Kindes infolge Verkennung der veränderten Ausgangssituation gegenüber früheren Zeiten überhöht angesetzt und realisiert wird. Die Mehrzahl unserer heutigen Kinder kann sich ohne Fremdunterstützung aus dieser „maladaptierten“ Zwangslage nur durch mehr oder minder krasse Verhaltensänderungen zu befreien versuchen, womit der in der Jetztzeit hervorgehobene „normal“-psychologische Entwicklungsaspekt in den Bereich des Psychopathologischen hinüberzuspielen beginnt.

In diesem Sinne wird von den *Entwicklungs-Verschiebungen* infolge Akzentuierung oder Über-/Unterschreitung normalgesetzlicher Entwicklungsschwingungen eine andere Gruppe von *Entwicklungs-Störungen* bewußt abgehoben, die eine mehr oder weniger ausschließliche soziale Bedingtheit aufweisen.

Wir sind zu dieser systematisierenden Abhebung sozial bedingter Entwicklungsstörungen berechtigt, als wir damit die Möglichkeit gewinnen, therapeutisch durch Abbau der sie bedingenden Voraussetzungen entweder eine gesunde und folgerichtige Entwicklung freizulegen und anzubahnen oder — wie nicht ganz so selten — eine komplizierende, sich dahinter versteckende Entwicklungsstörung anderer Genese aufzudecken und der Behandlung zugänglich zu machen. Wir gewinnen durch diese Perspektive der Betrachtung kindlicher Entwicklungsfehlleitungen aber auch den Ansatzpunkt für eine gedeihliche und fruchtbare Zusammenarbeit zwischen allen an einer gesunden Kinder- und Jugendlichen-Entwicklung Interessierten (Psychopathologen, Pädiatern, Psychologen, Pädagogen, Theologen, Juristen usw.).

Die (sozialbedingten) Entwicklungsstörungen der Kinder zeichnen sich nicht allein durch eine reiche Mannigfaltigkeit und Komplexität der sie auslösenden *Ursachen* aus, sondern ebenso sehr durch die Vielfalt und Wechselhaftigkeit ihrer *Symptomatik*, ganz besonders aber durch ihre Tendenz der Herauslösung des Einzelsymptoms aus dem Verband, seine Verselbständigung und sein Übergreifen auf andere, bisher nicht „affizierte“ Funktionsbereiche, wodurch sich gerade diese Gruppe kindlicher Entwicklungsfehlleitungen gegenüber anderen abgrenzen kann.

Gleichzeitig aber wird auch mit dieser Vielgestaltigkeit in Ätiologie und Thematik bei den Entwicklungsstörungen die Notwendigkeit einer differenzierten und subtilen Diagnostik und daraus sich ableitender gezielter Therapie augenscheinlich, über die im Zusammenhang des 2. Teils berichtet werden soll.

II. Methodischer Teil

Ausgehend von der vorgetragenen Grundkonzeption in der Betrachtungsweise kindlicher Entwicklungsfehlleitungen haben wir im psychodiagnostischen Routinebetrieb ein *dreiphasisches Verfahren zur Erfassung von Störungen der kindlichen Entwicklung* eingeführt, das sich uns wegen der im folgenden zu besprechenden Vorteile mannigfacher Art in Praxis und Forschung bewährt hat. Dieses Verfahren gliedert sich in 3 miteinander zusammenhängende, aber gegeneinander in Technik und Ziel abhebbare und untereinander hinsichtlich Aussage-Umfang, -Thematik und wissenschaftlicher Vergleich- und Verwertbarkeit abgrenzbare Abschnitte:

I. ein festgelegtes, mehr oder minder unbewegliches Schema entwicklungsbiologischer Prägung (I);

II. eine daraus sich ableitende und in Abhängigkeit von der Fragestellung im Routinebetrieb nicht immer notwendig werdende Individualdiagnostik mit besonderer Betonung sozialer Bedingtheiten (II), sowie

III. regelmäßige Verlaufskontrollen der unter I und II erzielten biologischen Daten, Merkmale und Schwerpunkte in möglichst kurzzeitigen Abständen (III).

Im I. *Untersuchungsgang* haben wir uns bemüht, aus dem für das Kleinkindesalter im deutschsprachlichen Raum nicht gerade umfangreichen Programm unter Beschränkung auf das zeitlich, untersuchungstechnisch und thematisch unbedingt Notwendige Erprobtes und Bewährtes aus allen kleinkindlich greifbaren Funktionsbereichen zusammenzustellen und in jedem einschlägigen Falle vollständig durchzuführen:

1. *Psychischer Entwicklungsstand.* a) Kleinkindertests (BÜHLER-HETZER), b) Entwicklungsdiagnose (GESELL-AMATRUDA), c) Schollsche Versuchsreihen, d) Abzeichenversuch (BUSEMANN), e) Intelligenzprüfung (BINET-BOBERTAG-NORDEN), f) Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder (*Hawik*) (BONDY).

2. *Körperlicher Entwicklungszustand.* a) Skeletalter (röntgenologisch), b) Entwicklungsalter (rechnerische Ermittlung nach den Körpermaßen: Körperlänge, Körpergewicht und größter frontooccipitaler Kopfumfang).

Mit dieser relativ vielschichtigen, unabhängig von der gezielten Fragestellung angewandten und „starren“ Testbatterie amerikanischen Stils gewinnen wir gerade wegen der Beschränkung auf Grundlegendes und Vernachlässigung elastischer Anpassung an die individuelle Gegebenheit des einzelnen zu untersuchenden Kindes den Vorteil einer exakten und direkten Vergleich- und Auswertbarkeit der biologischen Daten und Verhältnisse, die damit geeignet sind, bei Unterlegung größeren Materials nach statistischer, vergleichend-biologischer oder sonst jedweder Aufarbeitung im Sinne der „Querschnittsdiagnostik“ kindlicher Entwicklungsabläufe Allgemeinverbindliches zur Entwicklungsbiologie und -pathologie beizutragen (Forschungs-Aspekt*). Gleichzeitig aber entheben wir uns nicht der Möglichkeit, aus

* In Verbindung mit den Verlaufskontrollen unseres III. Untersuchungsganges gelangt man unschwer zu verbindlichen Aussagen in der „Längsschnittsdiagnostik“, die dem Psychopathologen prognostisch unentbehrlich sind (prognostischer Aspekt).

dem im I. Untersuchungsgang umfangreich anfallenden Material für den untersuchten Einzelfall eine verbindliche Psychodiagnostik zu erarbeiten (Praxis-Aspekt), die nebenbei wegen der fast rein vom Diagnostischen herkommenden Begriffsbildung und damit verbesserter Begriffsklarheit zu einer erhöhten Verständigungsbereitschaft der „schulpsychologischen“ Fachrichtungen beitragen kann (terminologischer Aspekt). Vor allem aber gelangen wir durch die vereinheitlichte Diagnostik unschwer und unseres Erachtens auch schneller als sonst zu einer zuverlässigen Abschätzung des Ausmaßes und insbesondere der Richtungslokalisation etwaiger Entwicklungsverschiebungen oder -störungen (individualpsychologischer Aspekt), denen wir uns im

II. Untersuchungsgang nunmehr gezielt, weil weitgehend vororientiert, zuwenden können. Im Gegensatz zur ersten Untersuchungsphase (I) wird hierbei der gezielten Fragestellung des Einzelfalles entsprechend, nach der aus I sich abzeichnenden „Marschrichtung“ ein dem jeweiligen Einzelfall individuell angepaßtes Untersuchungsprogramm durchgeführt, das sich in seinen Akzenten von den Leistungs- und Funktions-Tests einer freien und gelenkten Verhaltensbeobachtung (I) in Richtung auf projektiv.-entfaltende Untersuchungsverfahren verschiebt, wobei unser Augenmerk darauf gerichtet war, vor allem projektive Verfahren zur Anwendung zu bringen, die nicht nur technisch und begriffsmäßig vom Kleinkind zu bewältigen sind, sondern insbesondere die klare Herausarbeitung sozialpsychologischer Verarbeitungs- und Verhaltensweisen des kindlichen Erlebens- und Lebenshorizontes ermöglichen:

1. Lüscherscher Farbkombinationstest (MERLIN), 2. Pfisterscher Farbpyramidentest (HEISS), 3. „Drawing-a-man“-Test (MACHOVER), 4. Scenotest (v. STAABS), 5. Baumzeichenversuch (KOCH), 6. Zeichentest (WZT) (WARTEGG), 7. Psychodiagnostische Bilderserie (MALLER), 8. Kinder-Apperzeptions-Test (BELLAK), 9. Rorschacher Formdeuteversuch (BOHM) und 10. Hanselmannscher Sozialtest (M. KOCH).

Da der Aufforderungscharakter der einzelnen Untersuchungsverfahren bei Mädchen und Jungen verschieden ist und die Irritabilität durch die vorgenannten Tests deutlich vom Lebensalter abhängig erscheint, wird sich die im Einzelfall vorzulegende Testserie nicht allein nach diagnostischem Ziel und Fragestellung richten, sondern auch nach Alter und Geschlecht des Kindes; bei den 3—4jährigen haben sich uns die Tests 1—4, bei den 5—6jährigen die Untersuchungsverfahren 5—10 bewährt. Mädchen sprechen in Aussagefreudigkeit und -umfang eher auf die Tests 2, 3, 4, 6, 8 und 10 an, Jungen dagegen auf 1, 4, 5, 7, 9 und 10.

Bei gruppentherapeutischen Sitzungen bevorzugen wir die Projektion der Bilderreihen 7 und 8 auf eine mittelgroße Leinwand im verdunkelten Spielzimmer, wodurch die Gesamtsituation und die damit eng zusammenhängende Frage der Aussagefreudigkeit und -ergiebigkeit deutlich aufgelockert wird und der Aufforderungscharakter der Bildserien erheblich ansteigt; die Einschränkung der exakten Auswertbarkeit des geeichten Testoriginalmaterials nehmen wir dabei bewußt in Kauf.

Neben der Durchführung der oben genannten Tests werden — soweit irgendwie möglich und erreichbar — gleichrangig biographische Daten gesammelt: anamnestiche, katamnestiche Daten und Angaben zum „geschichtlichen Werdegang“ (MEILL) von Eltern, Verwandten, Lehrern, Kindergärtnerinnen, aus Fürsorgeakten usw. Bei dieser biographischen Methode kommt uns das junge Alter der Kinder insofern zugute, als die Daten wegen ihrer noch relativ geringen Zahl und Breite leichter überschau- und zusammenordenbar bleiben als bei älteren Kindern oder gar Erwachsenen; auch sind sie aus dem gleichen Grunde meist leichter und vollständig erreichbar.

Den Abschluß einer solchen sozialpsychologisch orientierten und dem Einzelfall angepaßten Untersuchung bildet in jedem Falle ein psychodiagnostisches Gespräch (Exploration). Die Interpretation der diagnostischen Gesamtschau erfolgt nach (formalen/thematischen/dynamischen) psychologischen Kategorien mit besonderer Betonung der von HEISS erarbeiteten „dynamischen Psychologie“, nach deren Gesichtspunkten auch die schriftliche Fixierung des Untersuchungsbefundes erfolgt.

Im *III. Untersuchungsgang* schließlich wird eine Verlauskontrolle der ermittelten Werte, diagnostischen Merkmale und Schwerpunkte nach den in I und II gegebenen Richtlinien durchgeführt, wobei — was leider nicht immer zu erreichen ist — Regelmäßigkeit und Kurzzeitigkeit der Untersuchungsabstände angestrebt wird, hängt doch gerade von diesen Verlaufskontrollen nicht nur die zu überprüfende Aussage-sicherheit des Forschungs-, Praxis- und individualpsychologischen Aspekts in obigem Sinne ab, sondern vermögen wir auf längere Sicht doch erst durch die Zusammen-schau von I (eventuell II) und III zu verlässlichen prognostischen Aussagen zu kommen.

III. Experimenteller Teil

Als erstem Ansatz bei der Untersuchung der kleinkindlichen Entwicklung haben wir uns dem Problem der praktischen Diagnostik und Differentialdiagnostik von Entwicklungsstörungen (durch sozialbiologische Störfelder) zugewandt. Über diese Untersuchungen soll im folgenden berichtet werden.

Als Ausgangsalter für diese Untersuchungen wählten wir das Kleinkindesalter zwischen 3 und 6 Jahren, weil erfahrungsgemäß in diesen Lebensjahren der Einfluß sozialer Bedingungen gegenüber den eigenmächtigen Entfaltungstendenzen authochtoner innerer Entwicklungsprinzipien sich erst allmählich durchzusetzen beginnt und daher dieser auf die Gesamtentwicklung langsam einwirkende soziale Einfluß in dieser Entwicklungsphase sich ungleich besser erfassen läßt als in späteren Lebensjahren.

Wir bedienten uns bei den vorgenommenen Untersuchungen der eigens für diesen Zweck ausgearbeiteten Diagnostik, wie wir sie oben als 1. Untersuchungsgang unseres dreiphasischen Entwicklungs-Testverfahrens beschrieben haben (siehe S. 497/98). Bei der diagrammatischen Darstellung der Entwicklungsprofile begnügten wir uns jedoch nicht mit der herkömmlichen Aufzeichnung der in den Einzeltests erzielten Relativwerte auf ein Normogramm (vgl. Entwicklungsprofilierung im BÜHLER-HETZER), sondern berechneten von jedem erzielten Leistungswert (der verschiedenen Untersuchungsverfahren) den Prozentwert gegenüber dem altersentsprechenden Normwert, den wir mit 100% ansetzten; die Normwerte entnahmen wir den Angaben von VOGT u. VICKERS (Skeletalter), den Tabellen von MEREDITH (Entwicklungsalter), dem normativen Entwicklungsprofil (BÜHLER-HETZER und GESELL), sowie den altersentsprechenden Eichwerten der Tests (SCHOLL und BUSEMANN); für den *Binet-Norden* und den *Hawik* trugen wir in das Diagramm direkt den jeweils ermittelten IQ-Wert ein. Wir gewinnen mit dieser methodischen Darstellung den Vorteil, Kinder und Kindergruppen — unabhängig vom Lebensalter und der Verschiedenartigkeit der zum Vergleich herangezogenen Tests — direkt miteinander vergleichen zu können, worauf es uns bei der vorliegenden Untersuchung ankam.

Die Darstellung eines solchen, in der beschriebenen Weise aufgenommenen „biologischen Entwicklungsprofils“ haben wir in der Abb. 1 wiedergegeben.

Als *gleichförmiges Funktions-Niveau* bezeichnen wir die gleiche Höhe der im Entwicklungsprofil zur Darstellung kommenden Testwerte, sofern sie die berechnete Streubreite von 2σ (also 85—110% der Altersnorm) nicht über- oder unterschreiten;

die regellos-unterschiedliche Höhe in den Altersleistungen der einzelnen Tests benennen wir dementsprechend *ungleichförmiges Funktions-Niveau*, während das Herausfallen eines isolierten Funktionsbereiches aus dem normativen Streubereich (Über-/Unterschreitung) als (*pos./neg.*) *partielle Verschiebung* angesprochen wird. Eine absolute Erhöhung des Gesamtniveaus aller geprüften seelischen Funktionsbereiche über den Streubereich hinaus werten wir als *Hebung*, eine Erniedrigung

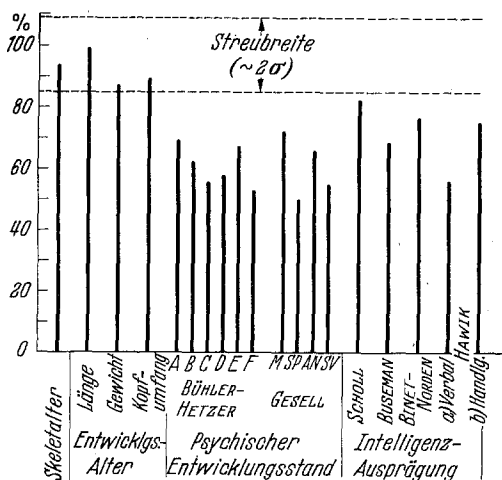


Abb. 1. Biologisches Entwicklungsprofil (am Beispiel einer dissoziierten ungleichförmigen Funktions-Niveau-Senkung; Versuchsperson 102: Junge, 4;3 Jahre, seit 14. Lebenstag im Heim, mehrmaliger Heimwechsel). Erklärung: BÜHLER-HETZER: A sinnliche Rezeption; B Motorik; C soziales Verhalten; D Lernen; E Materialbeherrschung; F geistige Produktion. GESELL: M Motorik; SP Sprachentwicklung; AN Anpassung; SV soziales Verhalten

dieses Niveaus als *Senkung des Funktions-Niveaus*. Stimmen somatischer und seelischer Entwicklungsstand über den Variationsbereich hinaus nicht überein, sprechen wir von *dissoziiertem*, im umgekehrten Falle von *assoziertem Funktions-Niveau*.

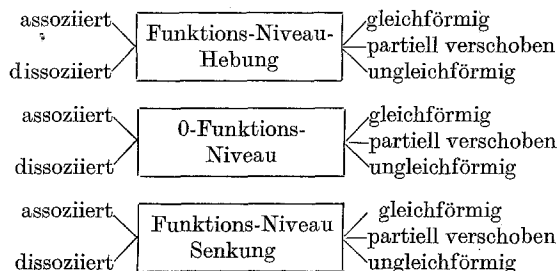
Mit diesem Einteilungsprinzip psychophysischer Natur gelangen wir zwanglos zu entwicklungsbiologischen Gruppierungen, wie wir sie in Tab. 1 zusammengestellt haben. Bei der näheren Betrachtung dieser schematischen Darstellung möglicher kleinkindlicher Veränderungen des Entwicklungsganges („Entwicklungsbiologisches Diagnostik-Schema“) zeigt sich deutlich eine aufsteigende Tendenz von der dissoziierten ungleichförmigen Funktions-Niveau-Senkung über das als normalen Streubereich zu betrachtende 0-Funktions-Niveau bis herauf zu der assoziierten gleichförmigen Funktions-Niveau-Hebung. Es ist leicht erkennbar, daß damit neben der

in unserem Einteilungsprinzip zugrunde gelegten, in der graphischen Darstellung leicht zu übersehenden *dreidimensionalen Erfassung des kindlichen Entwicklungsstandes nach Koordination, absoluter Entfaltungshöhe und relativer Spielbreite* der geprüften psychophysischen Funktionsbereiche in dem Entwicklungsschema zwei weitere, der direkten Beurteilung zugängliche Kategorien enthalten sind: die Tendenz der Entwicklungssteigerung und die nach oben zunehmende Harmonisierung der Entwicklungskräfte im Sinne der steigenden Integration kindlichen Entwicklungsablaufs.

Es erhob sich nun die Frage, ob dieses aus der praktischen Psychodiagnostik heraus entwickelte Arbeitsprinzip geeignet sei, tiefere Einblicke in den kindlichen Entwicklungsablauf zu gewähren, insbesondere in der Lage sei, bei der klinisch oft bedeutsamen und häufig recht schwierigen Differentialdiagnose zwischen organisch und psychisch bedingten Entwicklungsfehlleitungen etwas Entscheidendes beizutragen.

Wir legten daher unser entwicklungsbiologisches Diagnostik-Schema beurteilend^d und vergleichend den bisher durchgeführten, genügend breit angelegten Entwicklungsdiagnosen unser bislang untersuchten 299 Kinder an; um ein möglichst weit-

gehend definiertes Vergleichsmaterial zu erreichen, wählten wir von diesen 299 Kindern nur solche aus, deren Diagnose zweifelsfrei zu stellen war. Aus unserem Gesamtmaterial ließen sich 161 Kinder zwischen 3 und 6 Jahren eruieren, die die genannten

Tabelle 1. *Entwicklungsbiologisches Diagnostik-Schema*Tabelle 2. *Gesamtübersicht der ausgewerteten 161 Kinder*
Alter 3—6 Jahre (siehe Text)

Art der Erkrankung	Zahl der untersuchten Kinder	davon ein- oder mehrmals nachuntersucht	insgesamt
<i>I. Hormonale Störungen</i>			
Myxoedem, Hypothyreose	6	5	
Pseudopubertas praecox	4	3	
Adipositas	3	3	13
<i>II. Zentralnervöse Störungen</i>			
Meningitis, Encephalitis, Hydrocephalus, Little'sche Tetraplegie, cerebrale Toxoplasmose	46	31	
Epilepsie, Krampfleiden	29	23	
primäre Debilitäten	15	12	90
<i>III. Sozialbedingte Störungen ohne organischen Befund</i>	58	49	58
Zusammen			161
Davon: organische Störungen			103
<i>reaktiv-psychische Störungen</i>			58

Bedingungen erfüllten. Eine Aufschlüsselung dieses Untersuchungsmaterials ist in Tab. 2 gegeben. Wir ordneten die Entwicklungsprofilierungen dieser (103 organisch und 58 psychisch kranken) Kinder unserem Diagnostik-Schema zu und stellten die dabei erzielten Ergebnisse tabellarisch zusammen (Tab. 3).

Die in Tab. 3 gegebene Übersicht der gewonnenen entwicklungsbiologischen Schemata zeigt deutlich, daß sich die psychisch gestörten Kinder

Tabelle 3. *Übersicht der Entwicklungsprofile unserer Kinder*
(Vgl. Tab. 2; siehe Text)
(un = ungleichförmig / pa = partiell verschoben / gl = gleichförmig)

		Funktions-Niveau-Senkung						0-Funktions-Niveau						Funktions-Niveau-Hebung						Insgesamt
Gruppe	Art der Erkrankung	assoziert			dissoziiert			assoziert			dissoziiert			assoziert			dissoziiert			
		un	pa	gl	un	pa	gl	un	pa	gl	un	pa	gl	un	pa	gl	un	pa	gl	
I	Myxödem Pseudopubertas Adipositas	1					5													6
							2													4
							2													3
II	Meningitis usw. Epilepsie prim. Deblität	8		19			19													46
		4		11			9		2	3										29
		1		5			9													14
III	Sozialpsychisch		4		25			21										5	3	58
		14	4	35	25		46	21	2	3		3					5	3		161

in ihren Entwicklungsprofilierungen gegen die organisch Kranken absetzen: während sich die Mehrzahl der psychisch kranken Kleinkinder den Funktionskreisen: ungleichförmige dissoziierte Funktions-Niveau-Senkung und assoziiertes 0-Funktions-Niveau zuordnen lassen, finden sich $\frac{3}{4}$ der 103 erfaßten organisch erkrankten Kinder in den Entwicklungsstufen der gleichförmigen assoziierten oder dissoziierten Funktionsniveau-Senkung. Eindeutige Überschneidungen von Entwicklungsprofilierungen der organisch und psychisch kranken Kinder haben sich an unserem Material nicht finden lassen.

Interessant ist ferner, daß sich Funktions-Niveau-Hebungen nur bei psychisch kranken Kindern haben nachweisen lassen. Es scheint sich also schon nach dieser übersichtsmäßigen Betrachtung ein deutlicher qualitativer Unterschied zwischen diesen beiden Erkrankungsgruppen auszudrücken, der sich an Hand der Verlaufsprotokollierungen (im Sinne unseres III. Untersuchungsganges) besonders klar veranschaulichen läßt.

Inwieweit wir an dem von uns ausgewählten Kinder-Vergleichsmaterial Nachuntersuchungen haben vornehmen können, geht aus der Tab. 2 hervor.

Wir sehen dann nämlich interessanterweise, daß sich die leichteren und aktuelleren (kurzfristiger angelaufenen) Entwicklungsstörungen in Form des ungleichförmigen 0-Funktions-Niveau darstellen, bei anhaltender Einwirkung von exogenen (milieubedingten) Schädigungen über den Status der dissoziierten ungleichförmigen Funktions-Niveau-Senkung in den schwersten und langfristigen Entwicklungsstand der (neg.) partiell verschobenen assoziierten Funktions-Niveau-Senkung übergehen; unter fachmännischer Betreuung, aufopfernder Pflege und gleichzeitiger Ausschaltung der exogenen Schädigungsmomente pflegen sich diese schweren Entwicklungsstörungen in einer anscheinend ebenso typischen, — man ist geneigt zu sagen: gesetzmäßigen —, Weise aufzubessern: über den Status der (pos.) partiell verschobenen Funktions-Niveau-Senkung als Ausdruck einsetzenden Ansprechens auf die verbesserten Pflegebedingungen („positives Pflegesyndrom“) ist nach relativ kurzer Zeit, oft schon nach 2—4 Wochen, das 0-Funktions-Niveau erreicht im Zustand der Dissoziation und oft unter ausgeprägter Betonung der (pos.) partiellen Verschiebung, was einfach als Zeichen des „seelischen Aufblühens“ und „Sich-Öffnens“ interpretiert werden kann; diese positive Zuwendung zum neuerworbenen Partner schießt nicht ganz so selten weit über das Ziel hinaus (partiell verschobene Funktions-Niveau-Hebung oder sogar ungleichförmige Niveau-Hebung), um sich erst wieder mit dem Aufholen auch der somatischen Entwicklung auf ein etwa assoziiertes 0-Funktions-Niveau einzuspielen, das aber meist noch recht lange (meist mehrere Monate) ungleichförmig bleibt.

Ganz anders verlaufen die Entwicklungen unserer organisch kranken Kinder: über den Zustand der gleichförmigen dissoziierten Funktions-Niveau-Senkung erreichen sie meist schnell in wenigen Wochen eine gleichförmige assoziierte Niveau-Senkung, auf der sie ohne Behandlung unter zunehmender Akzentuierung des Entwicklungsrückstandes verharren. Unter ärztlicher Betreuung und Restituierung des zum Entwicklungsrückstand führenden Krankheitsbildes gelingt es meist sehr rasch (bei Krampfkindern oft in einigen Tagen) ein etwa gleichförmiges 0-Funktions-Niveau zu erreichen, ohne daß dabei ein „Pflegesyndrom“ aufzutreten pflegt.

Die Entwicklungsverschiebungen (organischer Art) machen also im Gegensatz zu den Entwicklungsstörungen nicht nur eine *intensitativ* verschiedengradige, sondern insbesondere auch eine *qualitativ* andere Entwicklung durch:

Die psychischen Störungen manifestieren sich differenzierter, nuancierter, erscheinen in Abhängigkeit von den zur Entwicklungsstörung führenden Reizen beweglicher und reaktionsfreudiger, wohingegen die organisch determinierten — in unserem Material ausschließlich im Sinne einer Funktions-Niveau-Senkung orientierten — Entwicklungsverschiebungen

schwerfälliger in der Reaktion, einsinniger im Entwicklungsablauf und deutlich korrespondierender in den somatischen und psychischen Entwicklungsdaten imponieren. Es erscheint uns somit nach unseren dargelegten Untersuchungen sehr wahrscheinlich, daß mit dem von uns entwickelten Diagnostik-Schema nicht nur eine saubere und zuverlässige differentialdiagnostische Trennung zwischen organischer und psychischer Bedingtheit einer Entwicklungsfehleitung möglich ist, sowie eine feinempfindliche Verlaufskontrolle der kindlichen Entwicklungsänderung (die damit gleichzeitig auch eine Kontrolle des Behandlungserfolges darstellt), — sondern auch und das vor allem uns die Möglichkeit vermittelt, in diagrammatischer, wenn auch bewußt systematisierender Anschaulichkeit der Eigengesetzlichkeit kindlicher Entwicklungs-Verschiebungen und -Störungen nachzuspüren und in einem ebensolchen Ausmaß zu einer klareren Herausarbeitung und Abgrenzung der noch recht verschwommenen und unterschiedlich angewandten Begriffe wie Acceleration, Retardierung, Regression und Retardation zu kommen, die sich auf diese Weise nicht allein begrifflich, phänomenologisch und genetisch, sondern vor allem diagnostisch exakt gegeneinander abheben ließen.

Wir erhoffen uns somit zusammenfassend von dem angegebenen entwicklungsdiagnostischen Einteilungsprinzip nicht nur ein neues Schema schlechthin für unsere weitere Arbeit, sondern vor allem die Wegebahn zu einem Schritt vorwärts in dem Bemühen um eine saubere Diagnostik und Therapie kindlicher Entwicklungsstörungen unter dem in vieler Hinsicht negativen Vorzeichen einer groben und schnellen sozialen Umstrukturierung. Es sei nicht bestritten, daß bei diesem Unterfangen der Aufwand oft in keinem Verhältnis zur Aussage-Breite und -Sicherheit stehen wird; wir dürfen aber nicht vergessen, daß dies nur so lange der Fall sein wird, als wir eben wenig über das komplexe Problem der kindlichen Soziabilität und seiner Störungen wissen. Diese Grundlagen systematisch und konsequent zu erarbeiten, muß eine unserer hervorragenden Aufgaben sein und bleiben, um zu allgemeinverbindlichen Aussagen zu kommen, die — auf längere Sicht — unseren so schwer belasteten Kindern zugute kommen werden.

Zusammenfassung

Nach Darlegung und Abgrenzung kindlicher Entwicklungsstörungen und der sie bedingenden, insbesondere sozialbiologischen Ursachen (I. Teil) wird die von uns entwickelte Psychodiagnostik unter besonderer Berücksichtigung sozial bedingter Entwicklungs-Fehlleitungen ausführlich dargestellt (II. Teil). Ein aus dem entwicklungsdiagnostischen Bereich erarbeitetes „biologisches Entwicklungsprofil“ und daraus sich ableitendes „Diagnostik-Schema“ hat sich bei 486 Einzeluntersuchungen an

161 Kleinkindern bewährt; es wird mitgeteilt zur Anregung, es hinsichtlich seiner Brauchbarkeit in Diagnostik und Therapie kindlicher Entwicklungsabläufe zu überprüfen (III. Teil).

Literatur

- BELLAK, L.: Der Kinder-Apperzeptions-Test. Göttingen: Hogrefe 1949. — BOHM, F.: Lehrbuch der Rorschach-Diagnostik. Bern: Huber 1951. — BÜHLER, CH., u. H. HETZER: Kleinkindertests. München: Barth 1953, 2. Aufl. — BUSEMANN, A.: Abzeichentest. Göttingen: Hogrefe 1955. — GESELL, A., u. C. S. AMATRUDA: Development Diagnosis, New York II, 1947. — HANSELMANN, H.: Über einen Sozialtest. Z. Ausdruckskd. 1, 2 (1954). — HAWIK: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Bern/Stuttgart: Huber 1956. — HEISS, R.: Der Farbpyramidentest nach Max Pfister. Bern: Huber 1954. — Die Diagnostischen Verfahren in der Psychologie. Psychol. Rdsch. II, 2, 1 (1951). — Die Lehre vom Charakter, 2. Aufl., Berlin 1949. — HELLBÜGG, TH., u. J. RUTENFRANZ: Schule und Erholung im Leben des Großstadtkindes. Dtsch. med. Wschr. 80, 52, 1909 (1955). — KOCH, K.: Der Baum-Test, 2. Aufl. Bern 1954. — KOCH, M.: Der Sozialtest nach Hanselmann als Mittel der Kontakt diagnose, Vortr. Kongr. ärztl. Ges. Psychother. 1956, Freudenstadt. — MALLET, C. H.: Eine Bilderserie als Hilfsmittel zum Verständnis der Familiensituation des Kindes. Prax. Kinderpsychol. 4, 5/6, 120 (1955). — MEILL, R.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Bern: Huber 1951. — Der analytische Intelligenztest. Arch. de Psychol. 22, 14 (1930). — MEREDITH, H. V.: zit. nach STUART, H. C., Physical Growth and Development, in MITCHELL-NELSON: Textbook of Pediatrics. Philadelphia 1950. — MÜHLE, H.: Psychologie der Regression. Vortr. Psychol. Kolloquium, Univ. Mainz, 13. 6. 56. — NORDEN, I.: Binetarium. Göttingen, Stuttgart: Hogrefe 1953. — Qualitative Analyse von Intelligenztests aus der B-S-Bobertag-Staffelmethode und dem Binetarium mit Verhaltensbeobachtungen an Kindern. Z. Heilpäd. 6, 57 (1955). — ORTEGA Y GASSET: Der Aufstand der Massen. Hamburg: Rowohlt 1951. — PELTZ, J.: Psychosomatische Überlastung. Vortr. Ärztl. Ges. Hamburg, 26. 5. 55. — RORSCHACH, H.: Psychodiagnostik. Bern: Huber 1951. — DE RUDDER, B.: Die Gesundheit unserer Schuljugend, Vortr. 58. dtsh. Ärztetage 1955, Baden-Baden. — SCHOLL, R.: Der Scholl-Test. Stuttgart: Wolf 1953. — v. STAABS, G.: Der Scenotest. Grenzgeb. Med. 1, 11 (1948) — Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewußter Problematik und charakterologischer Struktur, 2. Aufl. Stuttgart: Hirzel 1951. — STERN, W.: Psychologie der frühen Jugend bis zum 6. Lebensjahr. 6. Aufl. Leipzig 1930. — WARTEGG, E.: Der Wartegg-Zeichentest. Stuttgart: Wolf 1951. — VOGT u. VICKERS: Auftreten der sekundären Ossifikationszentren. Radiology 31, 441 (1938). — WEIDEMANN, J.: Wille und Persönlichkeit, eine moderne Willenspsychologie. Braunschweig 1953 (unveröffentlicht). — Die Intelligenz, ein Beitrag zur Begriffserklärung und zur praktischen Diagnostik im Kindesalter. Prax. Kinderpsychol. 4, 11/12, 296 (1955). — Das Kind im Heim. Z. Kinderpsychiat. 1959 (im Druck). — Das schwierige Kind, vergleichende Untersuchungen zur diagnostischen Erfassbarkeit der kindlichen Soziabilität. Prax. Kinderpsychol. 1959 (im Druck).

Dipl.-Psych. Dr. med. JÜRGEN WEIDEMANN,
Kiel, Univ.-Nervenklinik, Niemannsweg 147