

Hans von Lüpke

## Psychodynamische Aspekte bei der »Minimalen Cerebralen Dysfunktion« (»MCD«) – dargestellt an einem Fallbeispiel

Für Pädagogen verbindet sich mit dem Begriff »hirnorganisch« häufig noch das Bild von einer Grenze, an der ihre Zuständigkeit endet und die Domäne des Arztes beginnt. Das Etikett »MCD« ist eine dieser Markierungen für ein Gebiet, das bestenfalls noch unter Leitung eines Arztes betreten werden darf.

Es wäre zu kurz gegriffen, das dahinter liegende Problem in erster Linie in einer Rivalität zwischen den Berufsgruppen zu sehen. Auf der anderen Seite reichen rein fachliche Gründe als Erklärung nicht aus, wenn auch zugegeben werden muß, daß ohne neurologische Diagnostik Verwechslungen zwischen einer »MCD« und fortschreitenden Muskelerkrankungen oder den Symptomen eines Hirntumors nicht auszuschließen sind.

Das Kernproblem liegt wahrscheinlich in einem allen gemeinsamen Denkmodell, ausgerichtet auf die Klärung der »eigentlichen Ursache«, von der dann in linearer Kausalität alle beobachteten Auffälligkeiten abhängen. Mit dem Primat der Ursache ist gleichzeitig der primär Zuständige festgelegt, im Falle des Organschadens also der Arzt. So wird mit dem Modell vom Verständnis einer Störung zugleich die Kooperationsform bestimmt. Zum Modell gehört auch, daß als wirklich befriedigende Erklärung erst der Nachweis des organischen Substrats zählt. Das Bedürfnis danach ist so groß, daß dabei nicht selten mit der wissenschaftlichen Beweisführung erstaunlich »locker« umgegangen wird.

Ein Beispiel dafür ist die »MCD«. Hier war es ein Analogieschluß nach dem Prinzip einer »Verdünnungsreihe«, der für den Nachweis des organischen Faktors herhalten mußte: Da nach schwerer Hirnschädigung – etwa durch Verletzungen oder Infektionen – beobachtet wurde, daß motorische Störungen im Sinne von Ungeschicklichkeit oder ungesteuertem Bewegungsdrang, eine Verminderung von Konzentrations-, Perzeptions- und Merkfähigkeit sowie der Steuerung im affektiven und sozialen Bereich auftraten, nahm man an, daß eine geringfügige (»minimale«) Hirnschädigung analoge, nur weniger schwere Störungen auslösen kann (Literatur bei Esser und Schmidt 1987). Der Bedarf für eine solche Erklärung war so groß, daß das Postulat der Hirnstörung – in der deutschen Literatur unter dem Begriff »frühkindlicher Hirnschaden« (Lempp 1964, 1978) – auch dann noch unangefochten stehen blieb, als mangels nachweisbarer Korrelation mit Organbefunden vom »Minimal Brain Damage« nur noch die »Minimal Brain Dysfunction« oder die »Minimal Cerebral Dysfunction«, die »MCD« (Bax und Keith 1963) übrig blieben.

Inzwischen haben Esser und Schmidt (1987) nachgewiesen, daß zwischen den diagnostischen Ebenen des MCD-Syndroms keinerlei »regelhafte Verbindung« besteht. Darüber hinaus zeigen umfangreiche prospektive Studien über die Auswirkungen von Sauerstoffmangel vor und während der Geburt, daß nur bei schweren länger dauernden Asphyxien ein Zusammenhang mit späteren Störungen gesichert ist, während andererseits 75 % der Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen keinerlei Risikofaktoren aus der Zeit um die Geburt aufweisen (National Institutes of Health Report 1985).

Wenn schon bei schweren Störungen keine Korrelation mit vorausgegangenen Schädigungen möglich ist, wie sollte dann eine »Verdünnungsreihe« im Sinne von »Mini«-Schädigungen und »Mini«-Störungen vorstellbar sein, zumal gerade bei geringgradigen Schädigungen zusätzlich noch mit den Auswirkungen von Reparaturmechanismen zu rechnen ist.

Es bedarf also nicht einmal neuer Denkmodelle, um das MCD-Konzept zu widerlegen, sondern nur einer konsequenten Anwendung der im Modell vorgegebenen Kriterien auf dem Boden der medizinischen Forschung.

Nachdem das MCD-Konzept aus seinem eigenen Ansatz heraus zur »Leerformel« (Esser und Schmidt 1987) geworden ist, erhebt sich die Frage, ob es ein Denkmodell gibt, das den hier zusammengefaßten Auffälligkeiten einen neuen Hintergrund geben könnte. Führen wir uns dazu noch einmal die Darstellung von Lempp (1980) vor Augen:

- »1. Auffälliges motorisches Verhalten, in der Regel im Sinne einer Hypermotorik, laienhaft beschrieben als »Nervosität« oder Phänomen des »Zappelphilipp«, aber auch eine Störung im Sinne eines disharmonischen Bewegungsablaufes, einer leichten Form der Dyspraxie.
2. Störung der Aufmerksamkeit und der Reizaufnahme. Die Kinder wirken abgelenkt, »unkonzentriert«, träumen am Tage. Teilweise können unterschiedliche Formen von Teilleistungsstörungen registriert werden. Daraus ergeben sich
3. Lernstörungen, die zum Teil unter dem Bild der Legasthenie in Erscheinung treten können; ganz allgemein besteht aber eine Diskrepanz zwischen der Intelligenz und der nur mangelhaften Schulleistung.
4. Mangelhafte Triebsteuerung und Impulsivität mit herabgesetzter Frustrationstoleranz und Neigung zu antisozialem Verhalten.
5. Störungen der zwischenmenschlichen Beziehung. Die Patienten zeigen einerseits eine Überempfindlichkeit, andererseits aber auch eine Distanzstörung, die den Aufbau stabiler zwischenmenschlicher Beziehungen erschwert (...).
6. Emotionalität dieser Kinder weist eine auffällige Labilität auf, mit Neigung zu Aggressivität und Verstimmung.«

Zieht sich nicht ein Defizit an Kontrolle in allen Bereichen – Motorik, Wahrnehmung, Emotionalität, Sozialverhalten – wie ein roter Faden durch diese Aufzählung? Das Bild vom Reiter, dem die Kontrolle über sein Pferd mißlingt, drängt sich auf:

»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.« (Freud 1923)

Das Problem der »MCD« wird, so gesehen, zum Problem der Ich-Entwicklung im Sinne der psychoanalytischen Trieb-Lehre. Für Bereiche wie »Triebsteuerung«, »Aggressivität« oder »Aufmerksamkeit« und »Reizaufnahme« ist dieser Zusammenhang unmittelbar plausibel. Die Ausbildung einer zielgerichteten, kontrollierten Motorik hat Spitz (1965) am Ende des 3. Lebensmonats als Zeichen der beginnenden Ich-Entwicklung angesehen.

Andere psychoanalytisch orientierte Autoren haben sich mit den Auswirkungen der neurophysiologischen Reifung oder eines »angeborenen Aktivitätstyps« auf die Ich-Entwicklung befaßt. Mahler (1972) und James (1960) beschreiben Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung als Ausdruck einer umweltbedingten defizitären Ich-Struktur (zusammenfassende Darstellung bei von Lüpke 1985).

Bei allen Unterschieden zum medizinischen Modell der hirnorganischen Störung darf nicht übersehen werden, daß auch diese psychoanalytischen Modelle nicht aus dem Dilemma der eingleisigen Kausalbeziehung herausführen. An die Stelle von Organschäden treten angeborene Eigenschaften oder die Auswirkungen von traumatisierenden Umweltfaktoren. Zu stark ist die Psychoanalyse in ihrem Ursprung selbst von einem mechanistischen Weltbild bestimmt. Man denke nur an Formulierungen wie »die psychischen Apparate« innerhalb des topischen Modells. Eine ausführlichere Diskussion dieser Thematik würde allerdings den Rahmen dieser Darstellung sprengen. Ich verweise auf die grundlegenden Arbeiten von Schafer (1978) und Mattner (1987).

Hier soll anhand eines Beispiels gezeigt werden, welche Perspektiven sich ergeben können, wenn Auffälligkeiten aus dem Bereich der »MCD«-Symptomatik nicht mehr individuell als Resultat innerer oder äußerer Faktoren gesehen werden, sondern im Zusammenhang eines Beziehungsgefüges. In einem solchen Kontext ist der einzelne (Kind und Erwachsener) nicht mehr Handelnder oder Reagierender, Gestörter oder Gesunder, sondern in einer dialektischen Verflechtung beides zugleich. Zum System der Familie und ihres Umfeldes gehört dann auch das der Helfer, in deren Kommunikation sich die Kommunikationsstrukturen der Familie widerspiegeln. Damit wird die Arbeit im Team und die Beschäftigung mit der Kommunikation innerhalb des Teams zur unabdingbaren Voraussetzung der Arbeit mit den Patienten. An die Stelle der eingangs geschilderten Abhängigkeitsverhältnisse tritt eine gleichberechtigte interdisziplinäre Zusammenarbeit, in der jeder im Rahmen seiner professionellen Kompetenz einen Beitrag zum Gesamtbild liefert. Jeder bietet seine Methoden, seine Metaphern als einen möglichen Zugang an. Daraus werden dann gemeinsam die therapeutischen Konsequenzen gezogen (von Lüpke 1989a).

## Fallbeispiel \*

### Ausgangssituation

Stefan G. wird mit knapp sechs Monaten in der Kinderarztpraxis zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt. Eine große Angst beherrscht die Mutter: Der Kinderarzt, bei dem Stefan bisher in Betreuung war, hatte ein »athetoides Bewegungsmuster« diagnostiziert und krankengymnastische Behandlung veranlaßt.

Das war noch am früheren Wohnort. Inzwischen lebt die Familie G. am Stadtrand von Frankfurt. Die Krankengymnastik wird – fast ohne Unterbrechung – bei einer neuen Therapeutin fortgesetzt, die viermal wöchentlich behandelt.

Für die Mutter hat sich ein auswegloses Dilemma entwickelt: Auf der einen Seite wird ihr von der Therapeutin die Bedrohlichkeit des Zustandes und die Gefahr, daß eine unzureichende Therapie schwerste Folgen für die Zukunft haben könnte, immer wieder vor Augen geführt; andererseits sieht sie, daß Stefan sich gegen die Therapie wehrt und in einer für sie schwer erträglichen Weise leidet.

Bei der Untersuchung findet sich eine allgemeine Verminderung des Muskeltonus, das Greifen ist noch ungezielt, der Kopf wird beim Hochziehen aus der Rückenlage (Traktionsversuch) erst ab 70 Grad mitgenommen, die übrigen Befunde aber sind in Ordnung. Auch bei einer Kontrolluntersuchung vier Wochen später, die gemeinsam mit der Krankengymnastin vorgenommen wurde, sind keinerlei athetoide Bewegungen erkennbar. Der Kopf wird jetzt von Anfang an mitgenommen. Mit knapp 10 Monaten robbt Stefan mit gestrecktem rechten Bein, zieht sich vom Sitzen aus hoch, greift sicher (schon mit Pinzettengriff), hält beim Traktionsversuch das rechte Bein gestreckt und in der Schwebelage den Rücken noch etwas gebeugt.

Wiederholte, zum Teil gemeinsam mit der Krankengymnastin vorgenommene Untersuchungen und Verlaufsbeobachtungen während des zweiten Halbjahres bestätigen immer wieder Stefans niedrigen Muskeltonus (Hypotonie) und eine dadurch bedingte Verzögerung der Entwicklung von Haltefunktionen, ergeben aber keinerlei Hinweise auf eine Athetose. Trotzdem erscheint eine Fortsetzung der krankengymnastischen Behandlung auch wegen der bestehenden Auffälligkeiten angebracht. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich nur auf dieser Basis möglich, die Ängste der Mutter allmählich abzubauen.

### Verlauf der Krankengymnastik

Stefan ist schlaff, unruhig und ängstlich. Die Bewegungen sind auffallend eckig, wirken abgehackt. In all diesen Eigenschaften fällt eine Ähnlichkeit mit der Mutter auf.

\* Entnommen aus: Fallstudien zur Frühförderung, finanziert vom Hessischen Sozialministerium und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen. Mitarbeiterin: Ute Guckes-Elzer, Krankengymnastin.

Sie ist in großer Angst und weint gelegentlich in den Therapiestunden. Während der ersten drei Wochen wird Stefan von der Therapeutin nicht angefaßt. Sie wartet ab, welche Signale von ihm kommen. Auf dieser Basis entsteht Blickkontakt und schließlich die Möglichkeit, unter Stefans Mitarbeit eine Therapie nach dem Bobath-Konzept zu beginnen, die sich dann einmal wöchentlich über einen Zeitraum von anderthalb Jahren (also bis zum Ende von Stefans zweitem Lebensjahr) erstreckt.

### *Weiterer Verlauf*

Mit fünfzehn Monaten macht Stefan seine ersten freien Schritte. Im Alter von 21 Monaten läuft er mit Festhalten Treppen, kommt sicher in die Hocke und wieder hoch, spielt mit glatten, runden Bewegungen und spricht Zwei-Wort-Sätze. Der Kopfumfang ist allerdings zu groß und beträgt 53,5 cm: ein erneuter Schock für die Mutter, deren Angst wegen der Athetose sich gerade langsam abzubauen beginnt. Das Echoenzephalogramm ergibt normale Verhältnisse.

Nachdem auch diese Sorge langsam sich aufzulösen beginnt, läßt Frau G. ihren Sohn wegen eines Luftwegsinfekts beim benachbarten Kinderarzt am Wohnort untersuchen (wie schon erwähnt, wohnt die Familie in einem Vorort von Frankfurt). Dort wird sie wiederum mit der Diagnose einer dringend behandlungsbedürftigen cerebralen Bewegungsstörung konfrontiert. Die erneute gemeinsam mit der Therapeutin vorgenommene Kontrolluntersuchung ergibt folgendes Bild: Stefan – inzwischen zweieinhalb Jahre alt – läuft jetzt freihändig Treppen, setzt Puzzles zusammen und spricht in ganzen Sätzen. Sein Gang ist sicher, er steht kurz auf einem Bein und kann Purzelbaum schlagen. Als Ausdruck der fortbestehenden Hypotonie finden sich starke Knick-Senk-Füße und ein ausgeprägtes Hohlkreuz.

Trotz dieses insgesamt günstigen Befundes werden mit achtwöchigen Abständen Kontrolltermine in der Krankengymnastik und eine erneute Untersuchung beim Kinderarzt in einem halben Jahr verabredet. Bei dieser Untersuchung – Stefan ist jetzt drei Jahre – zeigt sich eine weitere Zunahme der Koordinationsfähigkeit. Stefan fängt mit großem Geschick Bälle und läuft zwei Stunden lang im Wald.

### *Zwischenbilanz*

Hier könnte der Bericht über die Auswirkungen einer schwerwiegenden Verdachtsdiagnose, die krankengymnastische Behandlung eines durch ausgeprägte Hypotonie in seiner statomotorischen Entwicklung beeinträchtigten Kindes und die stützende Begleitung der Mutter ihren Abschluß finden.

Eine Unklarheit allerdings bliebe zurück: Was war der Grund, daß die Mutter in so tiefgreifender Weise über Jahre hin durch Verdachtsdiagnosen immer wieder verunsichert wurde, auch wenn der Anlaß dazu sich jedes Mal nicht bestätigte? Welche Auswirkungen mag diese extreme Verletzlichkeit auf Stefans Entwicklung gehabt haben – und wie könnte sie sich auch in Zukunft noch darauf auswirken? Frau G. sagt von sich

selbst, daß sie jetzt sicher sei. Sobald allerdings Zweifel von anderen geäußert werden, ist die Angst wieder da.

Weitere sorgfältige Begleitung scheint jetzt angebracht, darüber hinaus sollte nach einer Gelegenheit gesucht werden, diesen ungeklärten Fragen nachzugehen. Das müßte vor allem bedeuten, auch den Vater einzubeziehen.

### *Weiterer Verlauf*

Bereits bei der Untersuchung mit drei Jahren, mehr noch ein halbes Jahr später bei der 8. Vorsorgeuntersuchung, tauchen neue Probleme auf: Stefan bleibt gelegentlich beim Sprechen hängen, »verheddert« sich, die Sprache ist insgesamt undeutlicher als vorher. Die eigene Beobachtung ergibt, daß er vom Vokabular und von der Grammatik her sehr differenziert spricht, daß ihm auch alle Laute zur Verfügung stehen, die Wörter aber insgesamt verwaschen ausgesprochen werden. Es fällt eine Ähnlichkeit mit der Sprache der Mutter auf. Als ein weiteres Problem erwähnt Frau G. die Tatsache, daß Stefan nachts noch nicht trocken ist, ergänzt aber gleich, daß dies eigentlich nicht für sie selbst, sondern für ihren Mann ein Problem sei. Damit wird der Vater zum ersten Mal erwähnt. Die übrige Entwicklung geht weiter wie bisher. Stefan schwimmt unter Wasser, beginnt sich an- und auszuziehen und malt Kopffüßler. Er läuft und klettert sicher, fällt wenig hin, was die Mutter mit ihrer eigenen Ängstlichkeit in Verbindung bringt.

Wiederum ein halbes Jahr später kommt der erste Termin mit der ganzen Familie zustande. Herr G. ist promovierter Physiker und arbeitet in der Industrie. Er versorgt Stefan abends, wenn seine Frau – sie ist Lehrerin – in einer Abendschule unterrichtet. Es geht um die Sauberkeitserziehung. Für ihn ist das eine Frage der Norm: Er hat den Eindruck, daß normalerweise schon Dreijährige sauber sind. Dabei räumt er ein, daß er noch stärker unter dem Einfluß anerzogener Normen steht als seine Frau: »Sie ist da schon weiter als ich.« Er möchte etwas unternehmen, seine Frau abwarten. Beide fragen sich, ob es für Stefan ein Problem sein könnte, wenn die Eltern untereinander nicht einig sind. Nachdem der Vater erfährt, daß eine offizielle Norm keinesfalls vor vier Jahren anzusetzen ist, entschließt auch er sich zum Abwarten. Drei Monate später ist Stefan trocken.

Ein halbes Jahr danach – Stefan ist jetzt viereinhalb Jahre – kommt Frau G. wieder zur Kontrolluntersuchung. Diese halbjährliche Frequenz hat sich inzwischen eingependelt. Stefan spricht jetzt deutlich, kann sicher auf einem Bein stehen und über kurze Strecken auch auf einem Bein hüpfen. Frau G. ist zwar mit der aktuellen Situation zufrieden, macht sich aber bereits Sorgen um den Einschulungstermin. Aus eigener Erfahrung tendieren beide Eltern zur Einschulung mit knapp sechs Jahren. Sie selbst hat einen früheren Termin bei sich als günstig empfunden (»So hatte ich alles möglichst bald hinter mir«), ihr Mann leidet noch heute unter der Vorstellung, durch seine späte Einschulung ein Jahr verloren zu haben. Auf der anderen Seite ist Frau G. unsicher, ob solche Kriterien auch für ein Kind wie Stefan gültig sind.

Erneut wird deutlich, daß trotz der weiterhin günstigen Entwicklung die Mutter letzten Endes vom Bild eines behinderten Kindes («so ein Kind») beherrscht wird.

Mit fünf Jahren hat Stefan Tageswanderungen von bis zu sechs Stunden hinter sich und kann Rollschuhfahren. Er ist insgesamt noch vorsichtig, manchmal ängstlich, dafür aber verlässlich. Auf einem Bein stehen gelingt ihm bereits über 20 Sekunden, allerdings jetzt mit leichten assoziierten Mitbewegungen. Die Sprache ist deutlich, lediglich im Zusammenhang mit S-Lauten tauchen vereinzelt Aussprachefehler auf. Sämtliche Items der Denver-Entwicklungs-Skalen werden erfüllt, Stefan bastelt, schneidet aus, spielt mit Figuren (baut z. B. »Mannschaften« oder »Räuber« auf).

Mit fünfeinhalb Jahren ist Stefan im Kindergarten. Die Mutter berichtet, daß er oft nachfragt, ob er alles richtig macht. Sie hat den Eindruck, daß Stefan schon selbständiger sein könnte, wenn sie und ihr Mann nicht so ängstlich wären. In der Untersuchungssituation fallen beim Ein-Bein-Stand, beim Hüpfen auf einem Bein und bei der Aufforderung, mit den Fingern nacheinander den Daumen zu berühren, wiederum assoziierte Bewegungen auf. Der Mund bleibt meist offen. Nur mit großer Anstrengung kommt er auf die Untersuchungsfläche. Mit sechs Jahren ist dann Stefan doch nicht eingeschult worden, dafür hat er in der Musikschule Flötenunterricht und geht in eine Kinderturngruppe. Er kann Fahrrad fahren, macht schon Radtouren, bindet Schleifen und entwickelt mehr Interesse für das Malen: Früher war alles nur »Feuer«, jetzt begeistert er sich mehr und mehr für »Brandbilder«. Während Frau G. mit ihrer Klasse in Rom ist, bleibt Stefan eine Woche bei ihrer Schwester. Bei der Rückkehr erschreckt er die Mutter mit der Bemerkung: »Ich habe Wut auf dich, ich will mir weh tun«. Die Aussprache ist noch undeutlich, sobald es schnell gehen soll. In der Untersuchungssituation spricht Stefan zögernd, aber deutlich. Sehr sicheres Hüpfen auf einem Bein, Ein-Bein-Stand mit starken Ausgleichsbewegungen, Unsicherheit beim Verfolgen des vorgehaltenen Zeigefingers mit den Augen: Das ist diesmal der Befund.

Die nächste Untersuchung nach einem halben Jahr bringt keine wesentlichen Änderungen. Es folgt – im Alter von sieben Jahren – der erste Termin nach der Einschulung. Stefan selbst kommentiert dazu: »Ich wäre lieber im Kindergarten – die Pausen sind das Beste«. Die Lehrerin hält ihn für ein ganz normales Schulkind. Schreiben und Turnen fallen ihm etwas schwerer, ohne daß dies zum Problem wird. Die Aussprache ist gut. Stefan hat beim Schwimmen sein »Seepferdchen« gemacht, er flötet weiterhin, seine Mutter überlegt, ob sie ihn zum Judo anmelden soll. Bei der Untersuchung fällt eine starke körperliche Unruhe auf: Stefan fingert ständig an sich herum, bei den Koordinationstests reagiert vor allem der Mund- und Zungenbereich mit ausgeprägten assoziierten Bewegungen, beim Ein-Bein-Stand fallen starke Ausgleichsbewegungen auf. Er übt ständig an neuen Techniken, um mit einem Sprung auf die Liege zu kommen, was ihm erst nach wiederholten Anläufen gelingt und von einem dumpfen Aufprall begleitet wird. Dabei murmelt er die Worte »...bei solchen Kindern...« Es ist eindrucksvoll zu sehen, wie Stefan die Gespräche verfolgt und wie exakt er das Grundproblem seiner Mutter erkennt.

Bei den darauf folgenden Untersuchungen ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte. Gegen Ende des zweiten Schuljahres hat Stefan mit den Leistungen keine Probleme, lediglich Sport macht ihm weniger Spaß. Allerdings spielt er gerne Völkerball und schwimmt weiterhin mit Begeisterung. Er ist Mitglied in einem Schwimmverein. Bei der Untersuchung fallen wiederum die starken assoziierten Gesichtsbewegungen auf. Die Aussprache ist – nach dem Bericht der Mutter und eigener Beobachtung – wieder undeutlicher, zum Teil stockend geworden.

Knapp zwei Monate danach kommt Frau G. wieder. Die Lehrerin ist der Meinung, daß Stefan auf die Dauer soziale Nachteile haben könnte, wenn mit der Sprache nichts gemacht würde. Die Aussprache ist vor allem dann schlecht, wenn Stefan laut sprechen muß und wenn Fremde dabei sind. Zu Hause ermahnt der Vater, die Mutter übt Vorlesen mit Kontrolle durch Kassettenaufnahme. Frau G. befürchtet, daß sich bald alles nur noch um Stefans Sprache dreht. Sie erwähnt, daß auch ihr Mann Silben verschluckt. »Vielleicht haben wir Stefan nicht genug Zeit gelassen?« Der Tagesablauf zu Schulzeiten ist in allem so eng, daß »nichts dazwischen kommen darf«. Ihr eigenes Verhältnis zur Zeit ist ganz anders als das ihres Mannes: Während sie alles möglichst gleich am Anfang erledigt und dann Zeit hat, läßt er sich zunächst Zeit und muß am Ende hetzen. Außerdem bestehen schon seit jeher Konflikte um Fragen der Erziehung.

Wie schon in der Zwischenzeit immer wieder, so wird auch diesmal die Situation im Team besprochen. Alle sind sich darüber einig, daß Stefans Problem mit der Sprache sicher kein Thema für eine Sprachtherapie sein kann. Es erscheint an der Zeit, sich weiter mit der Familiendynamik zu beschäftigen, also erneut einen Termin mit der ganzen Familie auszumachen. Parallel dazu wird allerdings ein diagnostischer Termin mit einer der Logopädinnen verabredet. Er soll vor allem das Ziel haben, die Mutter vom Druck der Schule zu entlasten. Beim erneuten Familientermin ist Stefan knapp neun Jahre alt. Beide Eltern können nicht verstehen, warum seine Aussprache so stark wechselt. Als Beispiel für eine Situation, in der Stefan besonders schlecht spricht, wird mehrfach der Besuch bei den mütterlichen Großeltern genannt. Frau G. erwähnt dabei, daß auch sie selbst sich noch immer in Gegenwart ihrer Eltern unter starkem Druck fühlt. Ihr Mann bestätigt für sich und seine Eltern ähnliches. Früher einmal hat Frau G. erzählt, daß sie in ihrer Kindheit ständig darum bemüht war, es den Eltern möglichst recht zu machen. In der Schule paßte sie sich den Wünschen der Lehrer an und brachte es beispielsweise in Deutsch von einer 4 auf eine 1. »Ich hatte kein eigenes Selbstbewußtsein.« Heute kämpft sie an ihrer Schule als Personalratsvorsitzende mit dem Rektor. Nach diesem Einstieg verläuft das weitere Gespräch auffallend zäh, oft stockend. Stefan ist immer in Bewegung, räkelt sich auf der Untersuchungsfläche, läuft herum und springt dann wieder auf die Liege. »Er reagiert sich ab«, meint seine Mutter. Gelegentlich beteiligt er sich am Gespräch, die Aussprache ist dabei deutlich, was aber mit offensichtlicher Anstrengung erreicht wird. Herr G. betont immer wieder, daß er keinen Grund für eine Behandlung sieht. Frau G. schweigt viel, ist offensichtlich bewegt, mit den angesprochenen Themen beschäftigt.

Ich weise auf die Schocks durch frühere Diagnosen und ihr mangelndes Vertrauen in die Verlässlichkeit einer kontinuierlichen Entwicklung hin. Auf diesbezügliche Vorerfahrungen angesprochen reagiert sie zustimmend, kann selbst aber nichts dazu beitragen. Ich weise auf die Zusammenhänge zwischen Sprache und Kommunikation hin: Könnte undeutliches Sprechen bedeuten, daß die Hoffnung auf Kommunikation aufgegeben wurde? Dem Vater fällt dazu folgende Szene ein: Stefan spielt am Boden, er selbst ist beschäftigt. Stefan spricht ihn an, er reagiert nicht gleich, Stefan nuschtelt. Abschließend sprechen wir über die Notwendigkeit, Stefan allmählich aus der planenden, strukturierenden Verantwortung zu entlassen und ihm mehr Spielraum für die Entwicklung seiner eigenen Kräfte zu geben. Ich empfehle die Verabredung eines neuen gemeinsamen Termins in ein bis zwei Monaten und halte daran fest – unterstützt durch die bereits vorliegende Diagnostik der Logopädin –, daß Sprachtherapie weiterhin nicht angebracht erscheint.

Erst ein Jahr später meldet sich die Mutter wieder. Sie hat für den inzwischen zehnjährigen Stefan einen routinemäßigen Kontrolltermin ausgemacht. Stefan macht inzwischen Judo, »leider ohne Urkunde«, wie die Mutter bemerkt. Die Sprache ist unverändert, auch beschwert sich die Lehrerin weiterhin, sie selbst hat aber nicht mehr das Gefühl, daß etwas nicht in Ordnung sei. Bei der Untersuchung zeigen weder Koordination noch Sprache irgendwelche Auffälligkeiten.

### Auswertung

Die Verlaufsbeobachtung von nahezu zehn Jahren bietet eine gute Gelegenheit, diagnostische und therapeutische Konzepte zu überprüfen. Als Bilanz erscheint auf der diagnostischen Seite vor allem die enge Verflechtung körperlicher (neurologischer, sprachlicher) Auffälligkeiten mit psychodynamischen Faktoren bemerkenswert. Auch die Bedeutung des Faktors Zeit wird klar: Es hat Jahre gedauert, bis familiendynamische Zusammenhänge – und auch das nur ausschnittsweise – klar geworden sind. Der Versuch, sie zu einem früheren Zeitpunkt »abzufragen«, um von Anfang an eine in jeder Hinsicht vollständige Anamnese zu haben, hätte mit Sicherheit zum inneren (vielleicht auch zum äußeren) Rückzug der Familie geführt. Persönliche Entwicklungsprozesse jedes einzelnen und gemeinsame zwischen Familie und Arzt/Therapeut, die eine Basis von Vertrauen begründen, sind unabdingbar. Hinzu kommt die Bedeutung der Gelegenheit, des günstigen Zeitpunkts, der Familien zu bestimmten Mitteilungen überhaupt erst motiviert. Unsere eigenen Ideen über psychische Hintergründe sind so lange ohne praktische Bedeutung, wie es uns nicht gelingt, ein Gefühl für diesen Zusammenhang auch der Familie zu vermitteln.

Bei jeder familiendynamischen Betrachtung kommt es darauf an, Themen zu erkennen, die sich vertikal durch die Generationen und horizontal durch die Beziehung der Familienmitglieder untereinander verfolgen lassen. In der Familie G. stoßen wir immer wieder auf das Thema *Anpassung an Erwartungen von außen vs. Selbstbewußtsein, Sicherheit in der eigenen Identität.*

Die Aussichtslosigkeit, sich gegen Druck von außen zu behaupten, führte bei Frau G. zur bedingungslosen Anpassung, zur uneingeschränkten Orientierung an andere. Noch heute fühlt sie sich bei ihren Eltern unter Druck. Der erwähnte Kampf mit dem Rektor dürfte dazu nur scheinbar im Widerspruch stehen: In Wirklichkeit ist wohl auch dies eine Anpassung an äußere Normen, jetzt an die neue Norm des Widerstandes gegen Autoritäten, eine Art progressive »68er Norm«, die vom Widerstand gegen Elternfiguren bestimmt wird.

Herrn G. scheint es ähnlich gegangen zu sein, wenn auch mit weniger radikalen Konsequenzen. Er hat die alten Normen nicht umgekehrt, sieht aber doch die Notwendigkeit einer solchen Entwicklung (»Ich bin noch nicht so weit wie meine Frau«). Er nimmt über seine Frau Anteil am progressiven Ideal, während für sie die traditionelle Seite ihres Mannes möglicherweise zur Beruhigung ihrer autoritätsfixierten Anteile führt. Das bedeutet für die Paarbeziehung, daß eine wichtige Gemeinsamkeit ihr Dilemma ist, nämlich: die Norm der Autoritätshörigkeit tief verinnerlicht zu haben und sie gleichzeitig abzulehnen, den Widerstand als Ideal vor sich zu haben.

Die unterschiedliche Radikalität zeigt sich deutlich im Verhältnis zur Zeit: Frau G. versucht alles möglichst früh innerhalb einer gegebenen Zeitspanne zu erledigen (wir haben in der Sorge um den Einschulungstermin bei dem erst viereinhalbjährigen Stefan ein eindrucksvolles Beispiel davon erlebt), Herr G. wartet ab und kommt danach nicht selten unter Zeitdruck. Was bedeuten diese Unterschiede? Bei Frau G. ist die Anpassung an die Wünsche anderer so radikal, daß sie kein Risiko eingeht, innerhalb der vorgegebenen Zeit auch wirklich fertig zu werden. Außerdem will sie die Dinge »hinter sich bringen« (wie sie im Zusammenhang mit ihrer eigenen Einschulung bemerkt). Das zeigt erneut, daß es nicht ihre eigenen Angelegenheiten sind, um die es geht. Sie werden nur erledigt, um Strafen zu entgehen und nach Möglichkeit noch Lob zu ernten. Anders bei Herrn G.: Sein Zögern enthält zum einen die kindlich-symbiotische Hoffnung, daß in der Zwischenzeit vielleicht ein anderer die Dinge erledigt, zum anderen einen Rest von Widerstand gegen die von außen vorgegebene Norm, wiederum auf einer kindlichen Stufe.

Im Hinblick auf Stefan ergibt sich aus dieser Konstellation, daß sein Problem nicht in den unterschiedlichen Auffassungen seiner Eltern liegt (klar vertretene Differenzen können für Kinder hilfreich sein, sie zu eigenen Positionen ermutigen), sondern in ihren ungeklärten inneren Widersprüchen.

Verfolgen wir die Konsequenzen für Frau G. als den Teil der Familie, bei dem sie am klarsten zu erkennen sind, noch ein Stück weiter. Die uneingeschränkte Orientierung nach außen geht zwangsläufig mit dem Gefühl einher, allen Wechselfällen hilflos ausgeliefert zu sein. Es fehlt das Vertrauen in Entwicklungsprozesse, in ein Wachstum, das sich von innen heraus entfaltet. Die einzige noch verbleibende Hilfe besteht in dem Versuch, durch ausgefeilte Planung und darauf basierenden Handlungsstrategien das Risiko unerwarteter Übergriffe nach Möglichkeit zu reduzieren. Umso tiefer ist der Schock, wenn trotz aller Absicherungen doch etwas Unerwartetes geschieht und das Gebäude solcher Planungen zusammenbricht. Auf diesem Hintergrund wird leicht



verständlich, daß Frau G. auf die verschiedenen Diagnosen und Meinungsäußerungen von anderen so extrem empfindlich reagiert. Schließlich hat sie dem nichts entgegenzusetzen: Das Mißtrauen in Wachstumsprozesse trübt auch die Wahrnehmung von deren Resultaten, von Entwicklung. Es verhindert, daß sich ein Gegengewicht zu diesen Außeneinflüssen bilden kann.

Die Gegenüberstellung von Außeneinflüssen und Entwicklungen von innen heraus ist in dieser Form allerdings unvollständig. In Wirklichkeit verläuft Entwicklung nicht autonom durch die Entfaltung genetisch angelegter Strukturen, sondern als kontinuierlicher Kommunikationsprozeß zwischen »inneren« und »äußeren« Anteilen. Entscheidend dabei ist, daß diese Kommunikation sich nicht zum Machtkampf, zur Frage von Besiegen, Verschlingen und Auslöschen eines der Beteiligten, sondern zur gegenseitigen Bestätigung im Dialog entwickelt (Milani Comparetti und Roser 1982). Eine solche Bestätigung hat Frau G. offenbar von Anfang an nicht erfahren. So entwickelt sich auf dem Boden ihrer Unsicherheit und der wiederholten Bestätigung ihrer Ängste von außen letzten Endes auch das Bild eines behinderten Kindes.

Was folgt aus diesen Überlegungen für Stefan? Zunächst muß vor der Versuchung gewarnt werden, seine Probleme lediglich als Reaktion auf die Eltern zu sehen. Eine solche eingleisige Kausalbetrachtung würde letzten Endes zur Schuldzuweisung und damit zum Verlust jeden therapeutischen Spielraumes führen. Darüber hinaus wäre sie sachlich falsch: Jedes Kind reagiert in einer spezifischen Weise mit den ihm eigenen persönlichen Möglichkeiten. Auch ein Kind ist im Familiensystem von Anfang an ein aktiv handelnder Partner. Es würde hier zu weit führen, diese dialektischen Zusammenhänge weiter zu verfolgen. Auf jeden Fall ist auch das Kind reagierend und handelnd mit den Familienthemen beschäftigt.

Ich möchte damit noch einmal auf das zentrale Familienthema zurückkommen. Wir könnten es zusammenfassend beschreiben als das Problem von *Macht vs. Ohnmacht* auf dem Hintergrund unzureichender Erfahrungen von *Kommunikation im Dialog*. Für einen Säugling bleibt in der beschriebenen Konstellation vor allem die Ohnmacht, wird die Seite der Macht doch in erster Linie durch gewissenhafte strategische Planung und darauf basierendes Handeln vertreten – also Fähigkeiten, die der Säugling erst allmählich für sich zu entwickeln beginnt. Körperlicher Ausdruck von Ohnmacht kann auch eine Muskelhypotonie<sup>1</sup> sein, wiederum nicht als kausale Beziehung, sondern deskriptiv im Sinne von analogen Strukturen innerhalb eines Systems gedacht. Diese Vorstellung erscheint befremdlich, wird der Muskeltonus doch landläufig als ein organ-neurologisches, vom Zentralnervensystem her festgelegtes Phänomen angesehen. Hier muß zunächst zwischen hirnorganisch geschädigten und neurologisch gesunden Kindern unterschieden werden. Auch wenn diese Trennung in Grenzfällen schwierig ist und gerade auch bei geschädigten Kindern der Einfluß von

1 Hypotonie hat auch in seiner anderen Bedeutung, nämlich als Blutdruckabfall, etwas mit diesem Thema zu tun: Nicht zufällig sprechen wir beim radikalen Blutdruckabfall von einer *Ohnmacht*.

Beziehungen nicht unterschätzt werden darf, soll hier der Einfachheit halber nur von den Kindern gesprochen werden, die zeitweilig verdächtige Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen zeigen, letzten Endes aber doch keine organisch fixierte Störung haben, was schließlich auch durch die weitere Entwicklung zu belegen ist.

Daß bei diesen Kindern ein Zusammenhang zwischen Tonusauffälligkeiten und psychischer Verfassung bestehen könnte, erscheint weniger abenteuerlich, wenn man sich an Tonusschwankungen erinnert, die gesunde Säuglinge je nach ihrer Verfassung zeigen. Sie reichen bekanntlich von extremer Hypertonie – etwa bei Hunger, Mißbehagen und Angst – bis zur totalen Hypotonie bei wohliger Zufriedenheit oder im Schlaf. Der Rückgang einer allgemeinen Muskelhypertonie allein durch Änderung der psychosozialen Situation ist bei Säuglingen in diffusen ungeklärten Beziehungs- und Betreuungssituationen immer wieder zu beobachten (ein Fallbeispiel bei von Lüpke 1984).

Verfolgt man unser Fallbeispiel weiter, so erscheint nicht nur der Tonus, sondern auch das Symptom der assoziierten Bewegungen in einem neuen Licht. Bisher ebenfalls als ein neurologisches Zeichen, in diesem Fall als Hinweis auf Hirnfunktionsstörungen einer »Minimalen Cerebralen Dysfunktion« gewertet, erscheint eine solche Interpretation hier ebenfalls fragwürdig, wenn man berücksichtigt, daß bei Stefan diese Zeichen erst ab vier Jahren auftreten. Mit zweieinhalb Jahren konnte er ohne derartige Auffälligkeiten bereits auf einem Bein stehen und sogar Purzelbaum schlagen. Zu einer Interpretation als *frühkindlicher Hirnschaden* – für den vom Schwangerschafts- und Geburtsverlauf her auch keinerlei Hinweise bestehen – würden hier jedenfalls alle »Brückensymptome« fehlen.

Sollten auch hier psychosoziale Faktoren von Bedeutung sein? Immer wieder betont die Mutter Stefans Ängstlichkeit und sieht Zusammenhänge mit ihren und ihres Mannes Ängsten. Ihr macht die Umwelt so lange Angst, bis sie Techniken zur vorausplanenden Beherrschung der Gefahren entwickelt hat – eine Strategie, mit der sie im Laufe der Jahre immer wieder Schiffbruch erlitten hat. Stefan bemüht sich durch Üben (z. B. das ständig wiederholte Auf-die-Liege-Springen) und große Vorsicht um Absicherung. Er gleicht jemand, der sich im Dunkeln mit den Füßen vorwärts tastet und dabei ringsum mit Abgründen rechnen muß. In einer solchen Situation zeigt auch jeder Gesunde assoziierte Bewegungen.

Wir sehen solche assoziierten Bewegungen (besonders im Gesichtsbereich) bei jeder großen Anstrengung, sei es im körperlichen Kraftakt oder bei Situationen, die unter Einsatz sorgfältig geübter Techniken schwierigste Leistungen erfordern, etwa bei Musikern oder Sportlern. Das ist noch einmal ein Hinweis darauf, daß assoziierte Bewegungen für sich noch keine Störung signalisieren. Sie sind lediglich der Ausdruck äußerster Konzentration. Dadurch werden auch Regionen aktiviert, die nicht am Handlungsablauf beteiligt sind. Pathologisch beim koordinationsgestörten Kind sind nicht die assoziierten Bewegungen. Es ist vielmehr die Tatsache, daß bereits Handlungsabläufe, die normalerweise beiläufig und ohne besondere Aufmerksamkeit vollzogen werden, eine starke Konzentration erfordern. Für kompliziertere

Handlungsabläufe bleibt damit kein Spielraum mehr: Wir nennen diesen Zustand »ungeschickt«. Durch Üben gehen im Verlauf der normalen Entwicklung immer mehr Handlungsabläufe in das Repertoire der mühelos und ohne besondere Aufmerksamkeit automatisch ausführbaren Bewegungen über. Das setzt zwischen Handelndem und Umwelt eine Kommunikation voraus, die dem Handelnden ein kontinuierliches und verlässliches Gefühl seiner selbst als Teil dieser Umwelt ermöglicht. Wir gebrauchen dafür das Bild vom *Fisch im Wasser*. Auch Stefan fühlt sich im Wasser am wohlsten. Hier erlebt er jenen Zustand einer konstanten und bestätigenden Kommunikation, der ihm sonst im Verlaufe der Jahre immer wieder abhanden kommt.<sup>2</sup> Auch hinter den Sprachschwierigkeiten steht das Kommunikationsproblem. Erst spät (ab dreieinhalb Jahren) wird die Sprache auffällig. Im Verlauf der folgenden Jahre löst sich das Problem zeitweilig von selbst, um dann immer wieder aufzutauchen, vor allem unter Druck und von außen (Großeltern, Schule). Wie jede Auffälligkeit hat auch die undeutliche Sprache eine Doppelfunktion: Sie hilft dem Betroffenen, ein Stück weit mit dem Problem umzugehen und ist zugleich ein Appell an die Umwelt. Der Vater schildert dazu die Schlüsselszene: Stefan spricht – Vater reagiert nicht – Stefan nuschelt. Das bedeutet: Stefan hat etwas gesagt, aber er bleibt ohne Antwort. Eine solche Situation ist demütigend. Je deutlicher, prononcierter, exponierter man sich verhalten hat, desto schmerzlicher ist das Ausbleiben der Reaktion. Stefans Nuscheln könnte einmal bedeuten: »Vielleicht habe ich ja gar nichts gesagt«, und damit bliebe auch keine Antwort aus. Zum anderen ist es durch seine Undeutlichkeit so wenig festgelegt, daß es ein Stück weit zum Ersatz einer Antwort werden kann (Aspekt der Selbsthilfe). Derartige Versuche, die aus dem Fehlen einer Antwort resultierende Leere zu füllen, sind im Alltag leicht zu beobachten. Der Aspekt des Appells ergibt sich aus dem, was wir bereits wissen: Stefans Nuscheln provoziert beim Vater Ermahnungen, bei der Mutter Üben. Kurzum: Die Leere ist gefüllt, man geht zumindest miteinander um und dies in einem Ausmaß, daß die Mutter befürchtet, es drehe sich bald alles in der Familie nur noch um Stefans Sprache. Nichts wahrzunehmen ist immer noch das Schlimmste – wir erinnern uns daran, daß Stefan zeitweilig an sich selbst herumfingert. Auch die Eltern profitieren von der Situation: Die gemeinsame Beschäftigung mit dem Problem schafft auch zwischen ihnen Kommunikation.

### *Abschließende Bewertung*

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheinen folgende Faktoren von Bedeutung:

1. Durch die enge Kooperation von Kinderarzt und Krankengymnastin, gestützt auf die beratende Mitarbeit des ganzen Teams und später vor allem einer der Logopädinnen,

2 Mehr zum Thema Kommunikation und Koordination bei von Lüpke 1988.

war es möglich, der von Unsicherheit und Angst beherrschten Familie über zehn Jahre hin eine von allen getragene gemeinsame Einstellung und darauf gegründete Handlungsstrategien zu bieten. Die kontinuierliche Begleitung konnte dazu beitragen, der Familie jene Sicherheit zu geben, die schrittweise Veränderungen möglich macht (von Lüpke 1989b).

2.

In der Krankengymnastik war von besonderer Bedeutung, daß Stefan die Möglichkeit hatte, seine eigene Kompetenz zu erleben. Die Mutter wurde durch Beobachtungen und Gespräche ermutigt, mehr Vertrauen in Stefans Fähigkeiten zu entwickeln. Die Bedeutung gerade auch der Gespräche zeigt sich daran, daß es Frau G. bis zuletzt bei keinem der Arzttermine versäumt hatte, Stefan auch der Krankengymnastin vorzustellen und mit ihr zu sprechen.

Im kritischen Rückblick gesehen hätten wir die Behandlung nach den ersten anderthalb Jahren nicht beenden, sondern in größeren Intervallen so fortsetzen sollen, wie es dann später nach dem »Schock« beim anderen Kinderarzt auch geschah. Die Bedeutung einer solchen bestätigenden Begleitung, unabhängig vom neurologischen Status und Entwicklungsstand, haben wir in den letzten Jahren immer höher einzuschätzen gelernt. Auf der anderen Seite hätte ein Zuviel an Therapieangebot die Angst der Mutter bestärkt und das Bild vom behinderten Kind fixiert.

Es stellt sich die Frage, ob ein Kind, bei dem nach kurzer Zeit die vermutete neurologische Störung ausgeschlossen werden konnte, sich auf die Dauer nicht auch ohne Krankengymnastik – vielleicht nur mit zeitlicher Verzögerung – hätte normal entwickeln können. Das Problem liegt hier in der Fixierung auf den mit objektiven Methoden definierbaren Organbefund. Schon im Rahmen der reinen Organmedizin ist unbestritten, daß ein Patient mit Herzschmerzen auch dann behandlungsbedürftig bleibt, wenn EKG, Koronarangiographie und andere Meßmethoden keinen Organschaden feststellen lassen. Die Behandlung wird hier nur eine andere sein als beim Herzinfarkt. Umgekehrt ist jemand mit Knick-Senk-Füßen nicht unbedingt behandlungsbedürftig. Er hat zwar einen Organbefund, dadurch aber möglicherweise nie Beschwerden. Entscheidend sind nicht die objektivierbaren Fakten, sondern das Ausmaß des Leidens (von Patient wie Angehörigen) auf einem jeweils spezifischen Hintergrund. Dem muß die Therapie entsprechen. In unserem Fall konnte dies keine konventionelle, übende Krankengymnastik sein. Ich glaube, daß deutlich geworden ist, wie hier Probleme und Therapie in einer spezifischen Weise aufeinander abgestimmt werden sollten.

Trotzdem könnte man jetzt fragen: Wenn das grundlegende Problem in der Kommunikation, in einer Macht-Ohnmacht-Problematik bestand, wäre dann nicht von vornherein eine Familien-, Paar- oder Einzeltherapie der Eltern angemessen gewesen? Damit komme ich zum dritten Aspekt.

3. Die Familiengespräche sind am schwierigsten zu bewerten. Konnte hier überhaupt etwas in Bewegung gebracht werden, vor allem bei jenem letzten, in dem es schien, als ob das Wichtigste nicht ausgesprochen wurde? Tatsache bleibt, daß ein Jahr lang keine Rückfragen kamen und die Mutter beim nächsten Termin in der Sprache kein Problem mehr sah. Sollte der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Koordination, Sprache und Kommunikation doch etwas verändert haben? Die damals vom Vater geschilderte Szene könnte dafür sprechen, daß sich zumindest eine Sensibilisierung für die Probleme entwickelt hat.

Aus der heutigen Perspektive wäre es sicher angebracht gewesen, früher und gezielter diese familiendynamischen Zusammenhänge anzusprechen. Wiederum muß offen bleiben, ob dies den gesamten Verlauf geändert oder zu den bereits geschilderten Widerständen geführt hätte. In jedem Fall hätte sich daraus nur eine Ergänzung, keine Alternative zur Krankengymnastik in der geschilderten Form ergeben. In diesem Rahmen konnte die Angst, für sich Hilfe anzunehmen, über das Kind vermittelt angesprochen und abgebaut werden. Den Eltern mehr Sicherheit zu geben, bedeutet: sie zu befähigen, auch dem Kind mehr Sicherheit zu bieten.

Aus dem dargestellten Beispiel ergibt sich, daß Hilfestellungen bei »MCD«-Symptomatik nicht nach einer am »Organschaden« orientierten imaginären Spezifität zu bewerten sind. Es kommt wohl vor allem darauf an, den Hilferuf zu verstehen, der in den Symptomen des Kindes und ihren wechselseitigen Verflechtungen mit der Umwelt zum Ausdruck kommt. Die Möglichkeit dazu bietet am ehesten die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team. Hier wird die jeweilige Professionalität nicht zur Begrenzung, sondern zur flexiblen, dem Handlungsbedarf angepaßten Erweiterung des persönlichen Spielraums.

## Literatur

- Bax, M., Keith, R.M. (Eds.)  
1963 Minimal cerebral dysfunction. Lavenham (The Lavenham Press)
- Esser, G., Schmidt, M.  
1987 Minimale Cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom? Stuttgart (Enke)
- Freud, S.  
1923 Das Ich und das Es. In: Studienausgabe Bd. 3, 282–330. Frankfurt/M. (Fischer) 1975
- James, M.  
1960 Premature Ego Development. Some Observations on Disturbances in the First Three Month of Life. *International Journal of Psychoanalysis* 41, 288–294

- Lempp, R.  
1964 Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern (Huber), 1978
1980. Organische Psychosyndrome. In: Bachmann, K.D., Ewerbeck, H., Joppich, G., Kleihauer, E., Rossi, E., Stadler, G.R. (Hrsg.): Pädiatrie in Praxis und Klinik. Stuttgart (Fischer, Thieme) Bd. 3
- 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. München und Hamm (Reinhardt und Hohe-neck)
- 1985 Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 34, 219–225
- 1988 »Kinder, die nicht tun, was sie könnten«. Motorische Entwicklungsverzögerung unter psychodynamischen Aspekten. In: Hölter, G (Hrsg.): Bewegung und Therapie – interdisziplinär betrachtet. Dortmund (modernes lernen)
- 1989a Das auffällige Kind im sozialen Kontext. Arbeitsansätze eines interdisziplinären Teams. In: Jordan, J., Krause-Girth, C. (Hrsg.): Frankfurter Beiträge zur psychosozialen Medizin. Frankfurt/M. (Verlag für akademische Schriften)
- 1989b Perfekte Therapie oder Begleitung von Familien in der Krise? In: Voß, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn. Die Paradoxien von Störung und Gesundheit. München (Reinhardt)
- Mahler, M.S.  
1972 Symbiose und Individuation. Bd. I: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart (Klett)
- Mattner, D.  
1987 Zur Dialektik des gelebten Leibes. Dortmund (modernes lernen)
- 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. Berlin (Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH.)
- National Institutes of Health Report  
1985 National Institutes of Health Report on Causes of Mental Retardation and Cerebral Palsy. *Pediatrics* 76, 457–458
- Schafer, R.  
1978 A New Language for Psychoanalysis. New Haven (Yale University Press)
- Spitz, R.A.  
1965 Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart (Klett) <sup>4</sup>1974