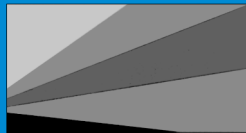


Oerter/
v. Hagen/Röper/Noam
**Klinische
Entwicklungs-
psychologie**
Ein Lehrbuch



BELTZ
Psychologie Verlags Union

Leseprobe aus: Oerter, Klinische Entwicklungspsychologie, ISBN 978-3-621-27419-7

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27419-7>

Einleitung

Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen Integration zweier Fächer

Rolf Oerter

Das vorliegende Buch soll in ein neues Fach einführen, das Entwicklungspsychologie und Klinische Psychologie miteinander verbindet. Die Zeit für dieses neue Fachgebiet ist reif, denn es gibt von beiden Seiten her so viele Berührungspunkte und theoretische wie praktische Bemühungen, daß es notwendig erscheint, dieses Unternehmen in Angriff zu nehmen. Von seiten der Entwicklungspsychologie hat sich in den letzten zwanzig Jahren das Gebiet der Entwicklungspsychopathologie gebildet, das durch grundlegende Zeitschriftenartikel (Rutter, 1986; Sroufe & Rutter, 1984), durch Standardwerke (Cicchetti und Cohen, 1995; Rutter & Garmezy, 1983) sowie durch eigene Zeitschriften (Developmental Psychopathology) eingeführt ist. In der Klinischen Psychologie gibt es immer wieder und in der letzten Zeit gehäuft die Bemühung um Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive in Therapie und Intervention (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; Grawe et al. 1996; Röper, 1997). Mehr noch aber zeigt sich ein wachsendes Bewußtsein um Defizite bei der Anwendung der Klinischen Psychologie im Kindes- und Jugendalter (Noam & Borst, 1994; Noam, Kap. 20 in diesem Band). Die Entwicklungspsychopathologie hat in den letzten beiden Jahrzehnten eine Fülle von Wissen über Entstehungsbedingungen von psychischen Erkrankungen, von Entwicklungsstörungen und von Fehlverhalten gesammelt. Was ihr fehlt sind Behandlungskonzepte, die auf das Entwicklungswissen abgestimmt sind (Resch, 1996). Die Klinische Psychologie ihrerseits verfügt über eine Fülle von Interventionswissen, nutzt aber zu wenig das bereitliegende Wissen über Genese von Pathologie und über mögliche Entwicklungsziele. Was liegt näher, als beide Wissensbereiche zu verbinden und besser aufeinander abzustimmen?

Zunächst ist es notwendig, einen gemeinsamen theoretischen Rahmen für die hier angezielte Fächerintegration herzustellen. Das Kernstück bildet der Mensch als Forschungs- und Interventions-“Gegenstand“. Das Verständnis der Entwicklungspsychologie, insbesondere der Entwicklungspsychopathologie trifft sich mit demjenigen der Klinischen Psychologie in der Auffassung, daß der Mensch ein sich selbstorganisieren-

des System ist, das im günstigen Falle sich fortlaufend ausdifferenziert und die so entstehende Komplexität hierarchisch integriert. Dieses bereits von Heinz Werner (1959) formulierte Entwicklungsprinzip hat unter dem Aspekt des Systemgedankens vor allem in der Entwicklungspsychopathologie viele Anhänger gefunden, denn sowohl gesunde wie pathologische Entwicklung, die Genese von Störung wie die Prozesse der Heilung lassen sich am besten als Selbstorganisation von Systemen verstehen (ausführlicher siehe hierzu Cicchetti, Kapitel 1).

Auch die Klinische Psychologie favorisiert diese systemische Sichtweise, indem sie Intervention gewöhnlich nicht mehr einseitig oder schmalspurig, sondern als Kombination verschiedener Verfahren und mit Blick auf die Gesamtpersönlichkeit anlegt (siehe z.B. Noam, 1997).

Die Sichtweise von der Ganzheitlichkeit des Systems Mensch läßt sich entwicklungspsychologisch heute auch empirisch gut begründen. So hat etwa van Hofsten (1993) bei der Analyse von Greifhandlungen des Säuglings gefunden, daß von Anfang an der gesamte Organismus an der Greifbewegung beteiligt und nicht nur ein Subsystem am Werk ist, das sich zunehmend in seinen Leistungen verbessert.

Die Selbstorganisation oder Autopoiesis (Maturana & Varela, 1975) eines Systems kann in Richtung auf Ordnung oder Chaos verlaufen (siehe hierzu Kap. 3, Abschn. 3). Mit fortschreitender Entwicklung ist eine Ordnung auf höherer Ebene wünschenswert, die – wie oben bereits definiert – in Richtung größerer Differenziertheit verläuft, aber zugleich hierarchisch integriert wird, so daß Subsysteme sich nicht verselbständigen und aus dem Ruder laufen. Störungen und pathologische Entwicklungen lassen sich oft als mangelnde Integration bei fortschreitender Differenzierung kennzeichnen (siehe Cicchetti, Kap. Röper und Noam, Kap. 10; Noam & Röper, Kap. 20). Eine zweite Möglichkeit der Ordnungsbildung für ein System liegt in der Beibehaltung der bisherigen Ordnung, was angesichts von fördernden und gefährdenden Entwicklungsbedingungen nur durch zusätzlichen Widerstand gegen Veränderung und weitere Festigungsbemühungen möglich ist. Erkauft wird dieser Weg durch eine Erstarrung des Systems, das dann nicht flexibel und angemessen auf Veränderung der Umwelt reagieren kann.

Schließlich gibt es Ordnungsprozesse, die zwar kein höheres Organisationsniveau, aber dennoch eine Neuordnung des bisherigen Systems erreichen. Dies ist im Erwachsenenalter, vor allem im höheren Alter, der Fall. Veränderungen in der Umwelt, wie die Empty-Nest-Situation, das Ausscheiden aus dem Berufsleben oder der Partnerverlust, verlangen eine Neuordnung, die manchmal sogar eine Reduzierung des Komplexitätsniveaus erfordert.

Die gegenläufige Tendenz eines Systems geht in Richtung Chaos (siehe Kap. 3, Abschn. 3). Teilsysteme wie auch das Gesamtsystem Mensch können sich aufgrund

innerer oder äußerer Einflüsse in Richtung von Unordnung und Chaos bewegen, was im Verhalten und Erleben als Desorganisation erfahren wird.

Die gleichen Überlegungen gelten für größere Systeme, wie Familie, Gemeinde oder das Verhältnis von Klient und Therapeut. Auch hier hat es sich von Vorteil erwiesen, systemisch zu denken und die Beziehungen mehrerer Personen zueinander als Ganzheit zu fassen, die systemische Eigenschaften aufweist (für die Familienpsychologie und -therapie siehe Schneewind, 1995, 1991; Minuchin, 1985; für die Klinische Psychologie siehe Schiepek 1991; Kriz, 1997). Die Verbindung größerer Systeme mit der individuellen Entwicklung wurde theoretisch wohl erstmals von Bronfenbrenner (1979) vorgenommen, der menschliche Entwicklung in verschachtelten Systemen beschreibt.

Auch bei größeren Systemen kann die Entwicklung in Richtung Ordnung oder Chaos verlaufen. Im System Familie unterscheidet man Veränderungen erster Ordnung (Verfestigung des bisherigen Systems) und zweiter Ordnung (Umstrukturierung des Systems, siehe Schneewind, 1995). Im vorliegenden Band wird die systemische Idee in mannigfaltiger Weise verfolgt. Sie erweist sich sowohl bei der Entwicklungsdiagnostik und -prognostik als auch bei der Intervention und beim Verständnis von gesund und krank als fruchtbar.

1. Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz

Die Analyse der Entwicklung von Systemen, seien es Einzelindividuen oder größere Einheiten, führt zwangsläufig zur Suche nach inneren und äußeren Faktoren, die stabilisierend oder destabilisierend wirken. Die Entwicklungspsychopathologie konzentriert sich dabei vorwiegend auf die Vergangenheit, d. h. auf frühere Entwicklungsbedingungen in der Biographie des Individuums, deren Auswirkungen auf den jetzigen Entwicklungsstand hin untersucht werden. Die Klinische Psychologie ist mehr an der Zukunft des Individuums interessiert. Sie konzentriert sich auf Faktoren, die im Laufe der Intervention das System Individuum oder Familie stabilisieren oder destabilisieren. Diese Zielsetzung nimmt sich auf verschiedenen Ebenen unterschiedlich aus. Was auf der Ebene des Systems Mensch stabilisierend wirkt, stört auf der Ebene des Systems Klient-Therapeut, bei dem eine Festigung auch Fixierung bedeutet. Das Ziel der Therapie ist ja letztlich die Auflösung der Dyade bzw. bei Gruppentherapie das Überflüssigwerden der Gruppe als Stützsystem. Andererseits kann auch die Systemstabilisierung auf Gruppenebene angestrebt werden, vor allem in der Familientherapie (Schneewind, 1998).

Die Entwicklungspsychopathologie benennt als stabilisierende Faktoren Schutzfaktoren und Resilienz sowie als destabilisierende Bedingungen Risikofaktoren und Vulnerabilität. Beide Begriffe erweisen sich bei näherem Zusehen methodisch nicht leicht handhabbar. *Risikofaktoren* setzen sich aus sehr heterogenen Variablen zusammen. Zunächst subsumiert man unter Risikofaktoren distale Rahmenbedingungen wie Armut,

Wohngebiet (z. B. ungünstige Stadtviertel) und Zugehörigkeit zu Randgruppen. Dann werden als Risikofaktoren Beziehungen und Eigenschaften von Bezugspersonen untersucht. Wichtige Untersuchungsfelder sind Aggression und Gewalt in Familien (Engfer, 1995; Retzinger, 1991; Holtzworth-Munroe, Smutzler, Bates & Sundin, 1997) sowie der Einfluß depressiver Mütter auf die Entwicklung der Kinder (Hay & Kumar, 1995; Murray & Cooper, 1996; Murray et al., 1996). Schließlich zählen zu den Risikofaktoren aber auch interne Bedingungen wie Temperament, biologische Faktoren, Lebensstil, Problemlöse- und Copingstrategien. Der Stellenwert solch unterschiedlicher Faktoren in der Wirkungskette auf das System Mensch ist sicherlich sehr verschieden. Dennoch zeigt sich in jüngerer Zeit meist eine additive Wirkung von Risikofaktoren, obwohl ein Faktor (z. B. Armut) oft zwangsläufig andere Faktoren (Vernachlässigung, geringe Bildungschancen) nach sich zieht (Sameroff et al., 1993). Man hat daher trotz scheinbarer Additionalität einen einfachen Wirkungszusammenhang zwischen Risikofaktor und Störung bzw. Krankheit längst aufgegeben. Rutter (1990a) beispielsweise nimmt an, daß Risikofaktoren nicht per se das Entwicklungsergebnis bedingen, sondern eher Indikatoren für weitaus komplexere Prozesse und Mechanismen sind, die die individuelle Anpassung beeinflussen. Mit anderen Worten, es ist der Mensch als Ganzes, als System, das solche Faktoren verarbeitet und je nach Konstellation in pathologische oder adaptive Zustände gerät.

Vulnerabilität ist demgegenüber ein Begriff, der eindeutig am Individuum festzumachen ist. Sie bezieht sich auf das Ausmaß der Wirksamkeit von Risikofaktoren. Je höher die Vulnerabilität, desto eher und stärker können Risikofaktoren ungünstig wirksam werden. Hat sich das System beispielsweise im Laufe der Entwicklung schon früher destabilisiert, dann ist seine Vulnerabilität höher, und vorhandene Risikofaktoren haben ein leichteres Spiel. Grob sollte man bei der Vulnerabilität zwischen biologischen und psychologischen Bedingungen beim Individuum unterscheiden. Die biologischen Bedingungen sind in der körperlichen Gesundheit und in Temperamentsfaktoren verankert, während die psychologischen Bedingungen mit den bisherigen Entwicklungserfahrungen und mit aktiven Gestaltungsbemühungen um die eigene Entwicklung zu tun haben.

Das Gegenstück zu den Risikofaktoren, nämlich *protektive Faktoren*, läßt sich analog in distale Randbedingungen, proximale Beziehungseinflüsse und interne Schutzfaktoren aufschlüsseln. Unter systemtheoretischer Perspektive wirken Risiko- und Schutzfaktoren als Kontroll- und Ordnungsparameter (siehe hierzu Kap. 3, Abschn. 3).

Besonderes Interesse hat das Phänomen der *Resilienz* auf sich gezogen. In Längsschnittstudien hat sich immer wieder das Phänomen ergeben, daß Kinder und Jugendliche trotz eines hohen Potentials an Risikofaktoren eine günstige Entwicklung nahmen (Werner & Smith, 1982; Werner, 1990a; Egle, Hoffmann & Steffens, 1997). Man führt dies auf die „Widerstandsfähigkeit“ der Betroffenen zurück und definiert sie als „Fähigkeit, interne und externe Ressourcen erfolgreich zu nutzen, um Entwicklungsanliegen zu bewältigen“ (Waters & Sroufe, 1983). Dennoch ist Resilienz (od. auch

Kompetenz) kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern variiert über die Zeit und über verschiedene Situationen (Masten, Best & Garmezy, 1990; Rutter, 1990a). Noam (1997) hat deshalb die Unterscheidung zwischen konstitutioneller Resilienz und Resilienzentwicklung eingeführt. Resilienz erstreckt sich auch keineswegs auf alle Bereiche, so daß in einem Bereich geringes, in einem anderen hohes Risiko bestehen kann (für das höhere Alter siehe Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993). Resilienz würde sich unter dieser Perspektive analog zur Vulnerabilität aus biologischen und psychologischen Bedingungen zusammensetzen. In letztere gehen ähnlich wie bei der Vulnerabilität Umweltbedingungen insofern massiv ein, als positive und stabilisierende frühere Erfahrungen die Ausbildung mentaler Widerstandskräfte begünstigen. Die Resilienzforschung bemüht sich daher um die Isolierung von Umweltfaktoren, die zum Phänomen der Resilienz beitragen. Werner (1990a) und Werner und Smith (1982) fanden in der Kauai-Studie als begünstigende Faktoren bei einer generell ungünstigen risikoreichen Umgebung das Vorhandensein von Großeltern, älteren Geschwistern, betreuenden Erwachsenen außerhalb der Familie, beliebten Lehrern, Priestern und Jugendarbeitern, engen Freunden und schließlich von emotionaler Unterstützung durch Ehepartner bzw. -partnerin (im frühen Erwachsenenalter) sowie durch Glaube und Gebet.

Damit freilich vermischt sich Resilienz trotz ihrer Fokussierung auf interne Bedingungen mit Schutzfaktoren, eine Unklarheit, die wir auch beim Verhältnis von Vulnerabilität und Risikofaktoren finden. Es wäre wünschenswert, Vulnerabilität und Resilienz eindeutig dem Individuum als System und seinen Prozessen zuzuschreiben. Die systemische Betrachtungsweise klärt nämlich das Verhältnis von protektiven Faktoren und Resilienz gegenüber Risikofaktoren. Was zunächst als unabhängiger Schutz- bzw. Risikofaktor wirken mag, wird im Laufe selbstorganisierender Prozesse zu einem Teil des Systems, z. B. in Form von Erlebnisverarbeitung, Handlungskonstruktionen und vor allem von Veränderung des Selbstkonzeptes. Auf diese Weise werden Risiko- und Schutzfaktoren zu Bestandteilen von Vulnerabilität bzw. Resilienz. Der Wandel eines Systems verändert auch die jeweiligen Bedingungen, so daß unsere gewohnte Einteilung in unabhängige, abhängige und vermittelnde Variablen nicht mehr greift, es sei denn, man denkt sie sich als sich ständig verändernde Parameter. Dafür steht uns allerdings noch keine Methodik zur Verfügung (siehe Kap. 3, Abschn.3). Der jetzige Stand der Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie zu Vulnerabilität und Resilienz wird im vorliegenden Band zu vermitteln versucht. Er stellt den aktuellen Forschungsstand dar und macht damit auch die Unterschiedlichkeit der Verwendung dieser Begriffe deutlich.

2. Multifinalität und Äquifinalität

Das komplizierte Zusammenspiel von Bedingungsfaktoren und die systemischen Wirkungen lassen keine stringente Kausalkette als Erklärungsmodell für die Entstehung von pathologischen Phänomenen zu. Vielmehr können viele Bedingungen und viele Entwicklungswege zum gleichen Erscheinungsbild führen, ein Sachverhalt, den man als

Äquifinalität bezeichnet (z.B. Cicchetti & Cohen, 1995; Kusch & Petermann, 1998; siehe auch Kap. 1 von Cicchetti in diesem Band). Analog dazu können ein und derselbe Entwicklungsweg bzw. die dabei auftretende Kombination von Bedingungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern oder Störungen führen, je nachdem, wie das System die Bedingungen verarbeitet. In diesem Fall spricht man von *Multifinalität*. Äquifinalität und Multifinalität sind in der differentiellen Entwicklungspsychologie seit langem als Erklärungsmodell gebräuchlich, auch wenn sie als Bezeichnungen nicht explizit auftauchen. Die Entwicklungspsychopathologie bedient sich ihrer jedoch mehr oder minder systematisch.

Der Aspekt der Multi- und Äquifinalität hat für Diagnose und Intervention erhebliche Konsequenzen. Die kategoriale Klassifikation, wie man sie in der Psychiatrie und in den Diagnostikmanualen (DSM und ICD) verwendet, müssen relativiert und ergänzt werden (siehe Kap. 1, 2, 3 und 4). Ein bestimmtes Störungsbild (Aggressivität, Depression, dissoziative Störungen) läßt sich zwar relativ gut klassifizieren, doch ist es nun eher als Oberflächensyndrom zu behandeln hinter dem unterschiedliche Entstehungswege stehen und für das damit auch unterschiedliche Interventionwege angezeigt sind. Diagnose und Intervention müssen durch die dimensionale Betrachtungsweise und durch die Ermittlung von Entwicklungspfaden ergänzt werden. Somit wird aus Diagnose nun immer Entwicklungsdiagnose und aus Intervention entwicklungsorientierte Intervention. Dieser Gesichtspunkt führte auch zur Einteilung dieses Buches, das nun nicht, wie häufig zu finden, nach Klassifikation von Krankheiten bzw. Störungen und deren Behandlung vorgeht, sondern Diagnose und Intervention nach dem Verständnis der Genese von psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen sowie den daraus folgenden langzeitigen prospektiven Aspekten einer Heilung ausrichtet. Dabei versteht sich Entwicklungsdiagnostik einerseits als Ermittlung eines aktuellen Entwicklungsstandes, insbesondere als Erfassung desorganisierter Systeme oder Teilsysteme, andererseits als Ermittlung der Entstehungsgeschichte des aktuellen Zustandes. Letztlich haben Kliniker schon immer versucht, die Genese von Störungen zu ermitteln, und die Psychoanalyse hat die Entwicklungsperspektive als Königsweg für das Verständnis von Störungen betrachtet. Insofern setzt die Klinische Entwicklungspsychologie vorhandene Traditionen fort und führt sie unter einem gemeinsamen Dach zusammen.

3. Klinische Intervention unter entwicklungspsychologischer Perspektive

Man mag sich fragen, warum ein neues Fach vorgeschlagen wird, um dem Anliegen einer besseren Nutzung entwicklungspsychologischen Wissens Rechnung zu tragen. Erfüllt nicht gerade die Entwicklungspsychopathologie voll und ganz all das, was bisher an Überlegungen vorgetragen wurde? Diese Ansicht wird häufig vertreten, jedoch liegt der Schwerpunkt der Entwicklungspsychopathologie eindeutig auf der Erforschung der Entstehungsgeschichte von Krankheit, Störung und Beeinträchtigung und nicht auf ihrer Behandlung. Die Entwicklungspsychopathologie ist zweifellos ein wichtiges Funda-

ment für Intervention und kann sie bis hin zu konkreten Vorschlägen befruchten. Aber sie nutzt nicht oder zu wenig das vorhandene Wissen der Klinischen Psychologie und sie beschäftigt sich zu wenig mit Interventionsfragen. Noam (1988a) hat deshalb in den USA bereits für seinen eigenen Ansatz die Bezeichnung Clinical Developmental Psychology gewählt. Sein Anliegen ist es, das entwicklungspsychologische Wissen in die Praxis der Intervention und Therapie zu integrieren und über Evaluation und Forschung die Grundlagenforschung beeinflusst. Er verfolgt dabei einen bestimmten Ansatz (siehe Kap. 9 und 20 in diesem Band), bei dem Entwicklungsdiagnose und -verständnis unmittelbar in die Intervention eingehen.

Generell benötigen wir für die Anwendungsseite bei klinischen Störungsbildern die möglichst vollständige Nutzung bisherigen Interventionswissens. Aber es kann dabei nicht einfach um ein eklektizistisches Verfahren gehen, bei dem man das, was ins entwicklungspsychologische Denken bzw. in die Entwicklungsdiagnose paßt, auswählt und sich damit zufrieden gibt.

Wir haben im vorliegenden Buch als integrativen theoretischen Ansatz den Konstruktivismus gewählt (Kap.2). Er soll in der Hauptsache zweierlei leisten. Zum einen erklärt er die Prozesse des Systems Mensch bzw. von Subsystemen als Konstruktionsleistungen und versucht damit die Brücke zwischen bedingenden Variablen, wie etwa Risiko- und Schutzfaktoren, und dem Entwicklungsergebnis (outcome) zu schlagen, eine Verbindung, die bislang in der Entwicklungspsychopathologie noch weitgehend fehlt. Es gibt sicherlich noch weitere Erklärungsmöglichkeiten, vor allem biologische und medizinische Entstehungsbedingungen. Für die Psychologie ist das entscheidende Feld jedoch die Untersuchung der Konstruktionsmechanismen und -ergebnisse.

Zum andern jedoch erlaubt der Konstruktivismus auch, Intervention selbst als Konstruktionsprozeß zu beschreiben, sei es als individuelle Konstruktion des Klienten, sei es als gemeinsame Konstruktion (Co-Konstruktion) von Klient und Therapeut, oder sei es als gemeinsame Konstruktion in therapeutischen und „natürlichen“ Gruppen, wie etwa der Familie. Solche Konstruktionen beziehen sich gleichermaßen auf Handlungs-, Wissens- und Erlebnisstrukturen. Eine als Konstruktion verstandene Intervention ist immer entwicklungsorientiert, weil Konstruktionen aus der persönlichen biographischen Vergangenheit schöpfen und Zukunftsentwürfe ebenfalls auf die persönliche Biographie ausgerichtet sind. Wir haben daher den Konstruktivismus als zweite „Säule“ neben der Entwicklungspsychopathologie für die theoretische Fundierung der Klinischen Entwicklungspsychologie gewählt und seine Möglichkeiten auszuloten versucht (siehe Kap.2).

Die Integration von Entwicklungspsychologie und Klinischer Psychologie (unter Berücksichtigung psychiatrischer Erkenntnisse und sozialpädagogischer Erfahrungen) erbringt für die Intervention eine Akzentverschiebung in dreierlei Hinsicht: stärkere Betonung der Prävention, Erweiterung der Zielperspektive und Verlagerung von Intervention in ökologisch valide Settings. Die stärkere Betonung der *Prävention* ergibt sich

aus der Entwicklungspsychopathologie und auch aus der Allgemeinen Entwicklungspsychologie. Risikogruppen können heute rechtzeitig ausgemacht werden, so daß sich präventive Maßnahmen treffen lassen. Abgesehen von dem volkswirtschaftlichen Nutzen einer enormen Kostenersparnis bedeutet erfolgreiche Prävention die Vermeidung von leidvollen Entwicklungen, die das betroffene Individuum und die Bezugspersonen enorm belasten. Wünschenswert wäre eine generelle psychologische Begleitung in der Kindheit und Jugend, analog zu den regelmäßigen medizinischen Untersuchungen. Frühe Auffälligkeiten könnten so rechtzeitig erkannt und korrigiert werden, so z. B. persistente Devianz (Moffitt, 1993), massive Aggression (Loeber, 1990), Legasthenie (Schneider, 1989; Wimmer, Zwicker & Gugg, 1991), Vernachlässigung, sexueller Mißbrauch, depressive Verstimmung und vieles andere mehr.

Die *Ausweitung der Zukunftsperspektive* ergibt sich bei der Frage nach den Interventionszielen. Nicht der unmittelbare Interventionserfolg ist das Hauptkriterium, sondern die längerfristige Auswirkung auf die Entwicklung. Ähnlich wie in der Jugendentwicklung kurzfristige Vorteile (Abbrechen der Schullaufbahn) durch langfristige Nachteile (Ausbleiben beruflichen Erfolgs) erkaufte werden, mag ein momentaner Interventionserfolg langfristig eher Nachteile mit sich bringen. Die Erweiterung der Zeitperspektive hat auch Konsequenzen für die inhaltliche Zielformulierung. Ziele lassen sich als Entwicklungsaufgaben konzipieren und/oder als Niveaus, die allgemeinen entwicklungspsychologischen Gesetzmäßigkeiten gehorchen. Während man allgemein davon ausgehen kann, daß höhere Niveaus als Interventionsziel wünschenswert sind, ergibt sich für Sondersituationen – und klinische Fälle sind immer Sondersituationen – manchmal auch die Notwendigkeit, niedrigere Komplexitätsniveaus anzuzielen. Dies ist dann der Fall, wenn das System infolge zu hoher Komplexität desorganisiert wird und auf ein Chaos zusteuert. Einfachere Niveaus bedeuten Erleichterung bei der Herstellung von Ordnung und Adaptivität. In diesem Zusammenhang wird die Funktionalität von Symptomen bedeutsam. Krankheits- und Störungssymptome können in einer bestimmten Entwicklungssituation funktional sein, auf Dauer allerdings werden sie dysfunktional (siehe Kap. 11 und 12).

Die Verlagerung von Intervention in ökologisch valide Settings folgt aus dem heutigen entwicklungspsychologischen Wissen über die Bedeutung von Settings für Entwicklung. Immer dann, wenn Beeinträchtigung noch im Setting selbst aufgefangen werden kann, ist dies einer abgesonderten klinischen Behandlung vorzuziehen. Nur so kann der Interventionserfolg auch in der Umwelt sichergestellt werden, in der er nötig ist. Die Intervention „vor Ort“ ist vor allem dann geboten, wenn präventive Maßnahmen möglich sind. Resch (1996) betont die Möglichkeit der Intervention im natürlichen Umfeld bei Kindern und Jugendlichen, die sich in einem Übergangsstadium zur Pathologie befinden. Dann nämlich besteht die Chance, die potentielle pathologische Entwicklung abzuwenden (siehe auch Kap. 3 und 25). Diese Form der Intervention wird in der frühen Kindheit längst praktiziert. Sie richtet sich vor allem auf Behinderte und auf gesundheitliche Risikogruppen.

4. Evaluation

Entwicklungsdiagnose und -intervention verlangen veränderte Evaluationskriterien. Zunächst einmal wird die Evaluation von Interventionen bei Risikogruppen in der Kindheit und im Jugendalter stark vernachlässigt. Wir wissen schlicht nicht, welchen Erfolg frühkindliche Förderung von beeinträchtigten Kindern tatsächlich hat. Teure Gesundheits- und Förderungsprogramme werden in Deutschland nicht auf ihren Nutzen hin überprüft (siehe hierzu Beitrag Wolke, Kap. 22). Bei klinischer Intervention ist das Evaluationsproblem hingegen zentral, und die Maße der Effektstärke von Interventionsmaßnahmen spielen heute eine wichtige Rolle (siehe hierzu Beitrag Brisch & Kächele, Kap. 23). Die Vergrößerung der Zeitperspektive und die Einführung entwicklungspsychologischer Zielsetzungen erfordern jedoch auch hier eine Erweiterung der Evaluationskonzeption. Als Wunschvorstellung ergibt sich die langfristige evaluative Begleitung von klinisch betreuten Personen und Gruppen. Dies wäre wiederum in Analogie zur medizinischen Betreuung zu sehen. Genau wie medizinische Risikopatienten in regelmäßigen Abständen untersucht werden, müßten Risiko-Personen im psychischen Bereich eine klinisch-psychologische Betreuung erfahren. Solche Vorstellungen sind dann keine Utopie mehr, wenn man zu rechnen beginnt und es sich herausstellt, daß eine gediegene psychologische Betreuung kostengünstiger ist als die Aufwendungen für Arbeitsausfall, Familienbelastung und stationäre Behandlung (Grawe, 1994; Käutner, 1997; Kächele & Kordy, 1992). Wir haben dem Evaluationsproblem daher mit gutem Grund im vorliegenden Band mehrere Kapitel gewidmet.

In die Frage der Evaluation, aber auch in die Entwicklungsdiagnostik und -intervention geht schließlich und endlich die Bestimmung von gesund und krank ein. Ab wann läßt sich ein Entwicklungsgang als pathologisch bezeichnen? Ist Fehlanpassung immer gleich Störung oder Krankheit? Kann sie nicht auch eine produktive Weiterentwicklung sein? Sind die Settings und Institutionen unserer Kultur so beschaffen, daß eine optimale Anpassung auch psychische Gesundheit bedeutet oder kann eine optimale Anpassung auch pathologische Züge tragen? Für die Identitätsentwicklung im Jugend- und frühen Erwachsenenalter stellt sich diese Frage bereits konkret, da man gehäuft Formen der diffusen Identität vorfindet (Kraus und Mitzscherlich, 1995; Maffesoli, 1988; Elkind, 1990). Die diffuse Identität ist systemtheoretisch gesehen kein wohlgeordneter Zustand und wird entwicklungspsychologisch entweder als Übergang oder als Fehlentwicklung angesehen (Erikson, 1988). In der modernen Gesellschaft sind jedoch bestimmte Formen der diffusen Identität (etwa der 'Surfer', der sich rasch und ohne tiefere Reflexion anpaßt) adaptiv, weil sie sich am leichtesten den wirtschaftlichen und beruflichen Erfordernissen anpassen können. Dennoch würden wir diffuse Identitätsformen nicht als gesunde Entwicklung bezeichnen. Im letzten Abschnitt des Buches werden Fragen der Bestimmung von gesund und krank sowie deren naive Konzeptionen im Alltagsverständnis behandelt.

Sicherlich ist vieles noch im Fluß und vieles hat in diesem Lehrbuch noch vorläufigen Charakter. Dennoch können wir bereits auf soviel fundiertes Wissen zurückgreifen, daß sich das Unternehmen der Konzeption eines neuen Fach lohnt.