

Psychisch auffällige Kinder mit Teilleistungsstörungen

Dr. med. Miriam Bachmann, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Hamburg
www.praxis-drbachmann.de

Auszug des Buchbeitrags aus:

Bachmann M. (2008) „ Psychisch auffällige Kinder mit Teilleistungsstörungen“. In:
Nolte Marianne (Hrsg) Integrative Lerntherapie – Grundlagen und Praxis
Einsatzmöglichkeiten bei Kindern mit Rechenschwäche und Lese-Rechtschreibschwäche. Verlag Julius
Klinkhardt, Bad Heilbrunn, pp 19-24

Einleitung

Lerntherapeuten, Eltern, Erzieher und andere an Kindern Interessierte sollten etwaige psychische Auffälligkeiten frühzeitig erkennen und die richtigen Handlungsschritte einleiten. Bei vorhandenen Teilleistungsstörungen ist die Häufigkeit solcher Erkrankungen höher, so dass eine besondere Sensibilität gefordert werden muss.

Wenn das Bedingungsgefüge für die Entstehung von psychischen Störungen bekannt ist, dürfte es leichter fallen zum richtigen Zeitpunkt, also *recht-zeitig*, eine erweiterte Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung zu empfehlen. Für viele betroffene Familien und zum Teil auch für Fachkundige (Lehrkräfte, Lerntherapeuten) ist es oft schwer kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei ist es wichtig diese Inanspruchnahme nicht als eigenes Versagen oder als eigene Begrenzung zu verstehen, sondern als umsichtigen und fürsorglichen Umgang mit Kindern und professionelle Anfrage von interdisziplinären Kompetenzen.

Die Suche nach der Antwort auf die Frage, wann es sinnvoll ist einen Facharzt (Fachärztin) für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzusuchen, soll mit dem folgenden Beitrag erleichtert werden.

Befindlichkeit und „psychischer Befund“

Jeder Mensch, der Umgang mit Kindern hat, wird spontan etwas über deren Befindlichkeit aussagen können. Diese Wahrnehmung von Kindern sollte bei Pädagogen, Therapeuten und allen Erwachsenen im näheren Umfeld des Kindes geschult werden.

Der erste Blick gilt dem Aussehen, so z.B. der Frage, ob ein Kind darum bemüht ist älter zu wirken, modisch gekleidet zu sein oder über sein Äußeres eine bestimmte Aussage zu verkörpern versucht. Auch über die Körperhaltung und den Muskeltonus (angespannt bzw. schlaff) lässt sich auf Anhieb eine Aussage treffen. Die Kontaktaufnahme, die Art der Beziehungsgestaltung, der Händedruck, Mimik und Gestik sowie die Stimme sind weitere wichtige Merkmale um die Befindlichkeit einschätzen zu können. Auch nicht psychiatrisch geschulte Menschen können etwas über die Stimmung beim Gegenüber (z. B. gedrückt, depressiv, euphorisch, ängstlich etc.) den Antrieb (z. B. gesteigert, vermindert, verlangsamt) und den Affekt (z. B. lebendig, starr, leicht veränderbar etc.) aussagen. Diese Beobachtungen stellen einige Grundlagen des so genannten „psychischen Befundes“ dar.

Das Verhalten in der Gruppe und Autoritätspersonen gegenüber, die Schulleistungen und die Motivation des Kindes sind weitere Merkmale um die aktuelle Situation einschätzen zu können.

Immer dann, wenn deutliche Veränderungen in den Verhaltensweisen eines Kindes auffallen (plötzlich oder schleichend auftretend) ist besondere Aufmerksamkeit anzuraten. Auch wenn ansonsten wirksame Maßnahmen der Pädagogik versagen und wenn die Auffälligkeiten situationsübergreifend sind, ist es hilfreich den Austausch mit Kollegen oder Menschen zu suchen, die zu dem Umfeld des Kindes gehören. Oft ist es auch hilfreich das Kind in einem *Einzelgespräch* direkt nach der Befindlichkeit und etwaigen Sorgen zu fragen. Die Tatsache, dass die Not erkannt wird stellt oft eine Entlastung für die Kinder dar - die Tatsache, dass dieser Zustand auch schambesetzt sein kann, ist dabei von den Fragenden unbedingt zu berücksichtigen.

Das gemeinsame Vorkommen einer Teilleistungsstörung und psychischen Auffälligkeiten wirft folgende Fragen auf: in wieweit beeinflusst die Tatsache der Teilleistungsstörung die psychische Befindlichkeit, sind psychische Auffälligkeiten unabhängig von der Teilleistungsschwäche vorhanden und inwieweit müssen etwaigen Abhängigkeiten voneinander auch therapeutisch berücksichtigt werden.

Komorbidität

Für das Vorhandensein von zwei verschiedenen, voneinander unabhängigen psychischen (oder auch körperlichen) Erkrankungen bei dem gleichen Menschen zum gleichen Zeitpunkt gibt es in der Medizin den Begriff der sog. „Komorbidität“

Bei psychisch auffälligen Kindern mit Teilleistungsstörungen kann man zum einen die so genannte *primäre Komorbidität* betrachten. Gemeint sind Störungsbilder, die bereits vor dem Auftreten der Teilleistungsstörungen vorhanden waren wie z. B. Sprachentwicklungsstörungen, Störungen der Visuomotorik, fein- und grobmotorische Auffälligkeiten oder auch eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (AD(H)S oder früher HKS). Diese sind als Risikoindikatoren für eine Teilleistungsstörung zu nennen. Eine Prognose für den Einzelfall, ob tatsächlich bei Vorhandensein dieser Auffälligkeiten eine Teilleistungsschwäche auftreten wird, lässt sich nicht stellen. Es gibt auch primär komorbide Störungen, die keine Risikoindikatoren für eine Teilleistungsschwäche darstellen wie z. B. depressive Erkrankungen, Angststörungen oder z. B. Folgen einer Traumatisierung. Hierbei ist zu beachten, dass sich bereits im Kindergartenalter solche Auffälligkeiten manifestieren können.

Die so genannte *sekundäre Komorbidität* beschreibt alle Störungen, die in Folge z.B. einer vorhandenen Teilleistungsstörung auftreten. Das bedeutet, die Lese- Rechtschreibschwäche oder die Dyskalkulie ist die Ursache für spätere psychische Störungen wie z. B. Konzentrationsschwächen, motorische Unruhe, Motivationsverlust, Störung des Sozialverhaltens oder auch generelle Schulangst. Es können auch *sekundäre Neurotisierungen* auftreten wie z. B. Depressionen, Suizidalität oder generalisierte Angstzustände. Häufig leiden Kinder auch unter psychosomatischen Beschwerden in Folge von Teilleistungsschwächen. Diese sekundär komorbiden Störungen stellen eine erhebliche Belastung dar und treten bei 30 – 40 % der Kinder mit Teilleistungsstörungen auf. Besonders wichtig ist hier ein Teufelskreis der auftreten kann, wenn die Kinder auf Grund ihrer körperlichen oder psychischen Erkrankungen Schulfehlzeiten aufweisen (z. B. durch Mutter-Kind-Kuren) und auf diese Weise eine schlechtere Schulförderung erhalten, die wiederum Einfluss auf die Teilleistungsschwäche haben.

Auch der Gesetzgeber reagiert auf das Vorhandensein der so genannten sekundär komorbiden Störungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII). Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der ausgewiesene psychologische Psychotherapeut und weitere Fachgruppen können bei Vorhandensein dieser Auffälligkeiten von einer „drohenden“ oder „vorhandenen seelischen Behinderung“ sprechen, sofern eine ICD-10-Diagnose (einheitliches Diagnoseinstrument der WHO) und weitere obligate Merkmale festgestellt werden. Dem Jugendamt obliegt dann die Entscheidung, ob z. B. spezifische Fördermaßnahmen für das Kind finanziert werden.

Im Folgenden sollen exemplarisch zwei Konstellationen vorgestellt werden. Zum einen das Vorhandensein einer Teilleistungsstörung in Kombination mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung AD(H)S. Zum anderen das Zusammenwirken von Teilleistungsstörungen und einer Hochbegabung.

Teilleistungsstörungen und AD(H)S

Das gemeinsame Vorhandensein von Teilleistungsstörungen und ADHS wird mit einer Häufigkeit von 30 % angegeben (Döpfner et al. 2000). Diagnostisch ist hierbei zu beachten, dass z. B. auch bei geübten Diktaten die Fehlerhäufigkeit auf Grund der Konzentrationsstörung zunehmen kann und dass bei Konzentrationstests zu viele falsch positive Antworten auf Grund der vorhandenen Impulsivität im Rahmen des ADS auffallen. (In diesem Fall werden fälschlicherweise mehr Buchstaben angekreuzt als tatsächlich richtig sind). Eine besondere Gefahr besteht darin, dass ein ADHS diagnostiziert wird, obwohl die Konzentrationsstörung und die motorische Unruhe „nur“ Folge einer Teilleistungsstörung sind und tatsächlich keine zusätzliche einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vorliegt. Dies hat vor allem dann gravierende Folgen, wenn z. B. im Rahmen einer multimodalen Behandlung auch an eine medikamentöse Therapie gedacht wird.

Auf der anderen Seite besteht eine deutliche Gefahr des Nichterkennens einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, vor allem, wenn diese nicht mit einer motorischen Unruhe einhergeht. In diesen Fällen kann es sein, dass die Konzentrationsstörung als Folge der Teilleistungsstörungen angesehen wird, obwohl unabhängig von der Teilleistungsstörung ein weiterer Handlungsbedarf in Bezug auf die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vorhanden wäre.

Teilleistungsstörungen und Hochbegabung

Eine weitere problematische Situation kann sich bei den Kindern darstellen, die über eine besondere intellektuelle Begabung (Hochbegabung) verfügen und begleitend eine Teilleistungsstörung aufweisen. Hochbegabung schützt nicht vor Teilleistungsstörungen, vermutlich auch nicht vor allen übrigen psychischen Erkrankungen. Hierzu gibt es unterschiedliche wissenschaftliche Untersuchungen, die zu verschiedenen Aussagen kommen (Bachmann 2005, Kim 2003) Für das betroffene Kind sollte als Leitlinie für weitere Handlungsschritte die intraindividuelle Schwäche in der Lese- und Schreibkompetenz bzw. in der Rechenkompetenz zu Grunde gelegt werden. Ein hochbegabtes Kind hat gelegentlich auch dann eine behandlungsbedürftige Teilleistungsschwäche, wenn isoliert die Lese- und Rechtschreibleistungen noch im durchschnittlichen Bereich liegen, da bereits dann ein signifikantes intraindividuelles Defizit zwischen kognitivem Potential und der gezeigten Leistungsfähigkeit im z.B. Lese- und Schreiberwerb besteht. Die Tatsache, dass dieses Kind zum Teil noch durchschnittliche z. B. Lese- und Rechtschreibleistungen oder Rechenleistungen aufweist führt jedoch dazu, dass Teilleistungsschwächen bei hochbegabten Kindern sehr viel häufiger übersehen werden. Der Leidensdruck ist meist deutlich höher als bei durchschnittlich begabten Kindern, da das hohe kognitive Potenzial dazu führt, dass den Kindern ihre Stärken einerseits und auch die Schwächen andererseits durchaus sehr bewusst sind. Besonders zu beachten sind hier auch die Mädchen. Sowohl die Tatsache der Hochbegabung als auch das Vorhandensein einer Teilleistungsstörung wird bei Mädchen deutlich häufiger übersehen, da diese angepasster sind, seltener im Rahmen von Störverhalten die Aufmerksamkeit auf sich lenken und z. B. in Bezug auf die Hochbegabung nicht selten ihre Leistungsfähigkeit bewusst reduzieren um keine Sonderrolle in der Klasse zu erhalten.

Schlussfolgerung

Was können also Lehrkräfte, Pädagogen und Therapeuten aber auch Eltern für Kinder mit Teilleistungsstörungen tun? Eine differenzierte frühzeitige Diagnostik ist wichtig um späteren sekundären neurotischen Entwicklungen vorzubeugen und um eine spezifische Therapie einleiten zu können. Besonders aufmerksam sollten die oben aufgeführten Merkmale des psychischen Befundes bei Kindern mit Teilleistungsstörungen beobachtet werden. Plötzliche und schleichende Veränderungen in der Stimmung, aber auch im Schlaf- und Essverhalten sowie im sozialen Verhalten sollten immer Anlass sein, das Gespräch mit dem Kind und den Eltern zu suchen und ggf. bei Unsicherheiten eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung zu empfehlen. Die beiden Beispiele zeigen wie komplex die Differentialdiagnostik sein kann, obwohl hier nur zwei von vielen weiteren möglichen Einflussfaktoren vergleichend dargestellt wurden.

Nicht alle Kinder mit einer Teilleistungsschwäche müssen kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt werden. Wenn die Diagnostik differenziert erfolgt ist, wenn lerntherapeutische Hilfe zur Verfügung steht und keine weiteren Auffälligkeiten bestehen, so ist eine erweiterte Untersuchung nicht notwendigerweise angezeigt. Bei diagnostischen Unsicherheiten, bei begleitenden psychischen Auffälligkeiten und bei psychologisch bedeutsamen Einflussfaktoren (z.B. Trennung der Eltern, Geschwisterrivalität, Trauer) ist eine frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische Intervention sinnvoll. Oft reicht es nach einer diagnostischen Phase aus die lerntherapeutische Arbeit in großen Abständen begleitend zu unterstützen. Wenn eine psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, ist die weitere Vorgehensweise in einem multimodalen Behandlungskomplex einzubetten und nach Möglichkeit mit allen Beteiligten transparent zu besprechen.

Pädagogen haben die wichtige Aufgabe Eltern bei der Inanspruchnahme von Fachkompetenz zu unterstützen, die „Hürde Kinder- und Jugendpsychiatrie“ möglichst niedrig zu halten und die vielen Vorteile einer rechtzeitigen Intervention deutlich zu machen. Der multiprofessionelle Ansatz in einer Behandlung von Schulleistungsstörungen ist für die Familie und das Kind immer von Vorteil.

Literatur

Bachmann M. (2005). Hochbegabt oder ADHS?. Pädiatrische Nachrichten 04/2005 S.8. Köln: Biermann
Döpfner M., Fröhlich J., Lehmkuhl G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe
Kim J. (2003). Diagnosis of ADHD among gifted children in relation to KEDI-WISC and T.O.V.A. performance. Gifted child Quarterly. Vol 47(3), 192-201