

## Inhalt

<i>Editorial: Auditive Wahrnehmungsstörungen in einer visuell dominierten Welt?!</i>	
<i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i> .....	2

### *Themenschwerpunkt zentrale auditive Wahrnehmungsstörungen*

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)	
<i>Andreas Nickisch</i> .....	7

Prävention von Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)	
- Ein Konzept zur frühen Erfassung und Intervention -	
<i>Manfred Flöther, Werner Behrens, Bettina Rink-Ludwig</i> .....	25

Trauma und AD(H)S – Erfahrungen in der Praxis	
<i>Gerhard Gutscher</i> .....	46

Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis – Teil 1	
<i>Anna Maria Sant'Unione &amp; Matthias Wildermuth</i> .....	59

<i>Gedicht:</i>	
Beste Freundin .....	99

<i>Tagungsrückblick:</i>	
BKJPP-Jahrestagung 2006 in Leipzig .....	101

<i>Buchbesprechungen:</i>	
Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände.....	105
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	107

<i>Hinweise für Autoren</i> .....	109
-----------------------------------	-----

*Editorial:*  
**Auditive Wahrnehmungsstörungen  
in einer visuell dominierten Welt?!**

Zu auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) sind bereits mehrfach in dieser Zeitschrift Beiträge erschienen (Schydlo 1996, Schydlo et al. 1998, von Suchodoletz 2000). Diagnosekonstrukt, klinische Relevanz und Therapierbarkeit sind in der Vergangenheit kontrovers diskutiert worden. Aus Konsensuskonferenzen hervorgegangene Publikationen der letzten Jahre (ASHA 2005, CSHA 2007, Nickisch et al. 2007) vermitteln aber das Bild eines mittlerweile wissenschaftlich etablierten Konzepts. In der ICD-10 German Modification (GM) Version 2007 wurde als Ausdifferenzierung der rezeptiven Sprachstörung (F80.2) die Kodiermöglichkeit der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) als F80.20 neu aufgenommen (DIMDI 2007). Anlässlich dieser Entwicklung finden sich in diesem Heft als Themenschwerpunkt zwei Beiträge zu AVWS.

Die Häufigkeit von AVWS wird für das Kindesalter auf 2 - 3% geschätzt, im angloamerikanischen Raum auch auf bis zu 8% (Nickisch 2007) - eine ähnliche Häufigkeit findet sich auch für AD(H)S, eine der differenzialdiagnostisch vorrangig zu berücksichtigenden Komorbiditäten. Objektive Tests oder elektrophysiologische Verfahren erlauben bislang keine eindeutige Differenzierung von AVWS gegenüber anderen Störungen. Zahlreiche auditive und sprachliche Aufgaben scheinen eher sprachliche Kompetenzen zu messen als auditive Informationsverarbeitung und die Ergebnisse mehrerer Studien sprechen dafür, dass viele zur Beurteilung auditiver Verarbeitung gedachte Aufgaben in Wirklichkeit Aufmerksamkeitsmaße darstellen (Riccio et al. 1996). Dennoch erscheint es oft möglich, AVWS in der klinischen Gesamtbewertung von anderen Störungen abzugrenzen und zu entscheiden, ob und welche Behandlungsmaßnahmen im Bereich der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsfunktionen im Einzelfall sinnvoll und zweckmäßig sein könnten.

Bei Menschen mit AD(H)S finden sich nicht selten testpsychologisch Hinweise auf AVWS (z. B. signifikante Schwäche beim Zahlennachsprechen im HAWIK-III). Auch im schulischen Alltag scheint es so, dass in der Verarbeitung auditiver Informationen im Klassenraum besondere

Schwierigkeiten vorliegen (Spitzcok von Brisinski 2005). Tillery et al. (2000) konnten in einer doppelblinden, Placebo kontrollierten Studie zeigen, dass Methylphenidat zwar Aufmerksamkeit und Impulsivität hoch signifikant auch in Tests zur auditiven Verarbeitung verbessert, jedoch keine signifikanten Verbesserungen bewirkt bzgl. AVWS im engeren Sinne. AVWS-spezifische Interventionen erscheinen daher – mit oder ohne AD(H)S – sinnvoll.

Medien werden oftmals für Erkrankungen – insbesondere auch psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – verantwortlich gemacht (Spitzcok von Brisinski 2002a, b). So meint Spitzer (2005, S. 6-9): „Bei Kindern ist das Sitzen vor dem Bildschirm mittlerweile die wichtigste Ursache für Übergewicht, mit all den damit verbundenen ungünstigen körperlichen und seelischen Folgen“ ... „Wenn kleine Kinder einen wesentlichen Teil ihrer Zeit vor dem Bildschirm verbringen, dann muss dies ungünstige Auswirkungen auf deren Entwicklung haben“ ... „Fernsehen im Vorschul- und Schulalter wirkt sich nachteilig auf die Entwicklung der Fähigkeit des Lesens aus. (...) Wieder kann man ausrechnen, dass wir im Jahr 2020 hierzulande aufgrund der Nutzung von Bildschirm-Medien jährlich mehrere zehntausend zusätzliche Fälle von Schulproblemen in Form von Aufmerksamkeits- und Lesestörungen haben werden, vorsichtig geschätzt, wenn wir nichts tun und die Dinge einfach so laufen lassen wie bisher.“ ... „Wären Bildschirme nie erfunden worden, dann gäbe es allein in den USA jährlich etwa 10.000 Morde und 70.000 Vergewaltigungen weniger sowie 700.000 weniger Gewaltdelikte gegen Personen...“ Und weiter auf Seite 12: „Aufgrund der Bildschirm-Medien wird es in Deutschland im Jahr 2020 etwa 40.000 Todesfälle durch Herzinfarkt, Gehirnfarkt; Lungenkrebs und Diabetes-Spätfolgen geben; hinzu kommen jährlich einige hundert zusätzliche Morde, einige tausend zusätzliche Vergewaltigungen und einige zehntausend zusätzliche Gewaltdelikte gegen Personen.“ ... „Überträgt man diese Zahlen auf Deutschland, so kann man wiederum davon ausgehen, dass wir mit den üblichen etwa zehn Jahren Verzögerung amerikanische Verhältnisse bekommen, und berücksichtigt man zweitens die Tatsache, dass die Auswirkungen des Medienkonsums mit einer Verspätung von 10 bis 15 Jahren manifest werden, so ergibt sich folgendes Bild: Wenn wir die Entwicklung so weiter laufen lassen wie bisher, dann verursachen Bildschirme im Jahr 2020 hierzulande jährlich zusätzlich einige hundert Morde, einige tausend Vergewaltigungen und zehntausende von Gewaltdelikten gegen Personen.“ ... „Berichte über positive Auswirkungen halten einer kritischen Bewertung nicht stand. Man muss vielmehr davon ausgehen, dass in

Computerspielen die Gewalt noch aktiver eingeübt wird als beim passiven Fernsehkonsum.“... „Bildschirme versorgen uns zunehmend mit visuellem Input, ersetzen also die wirkliche Welt als Wahrnehmungsgegenstand. Dies hat Konsequenzen – so die einfache These dieses Buches“ (Spitzer 2005, S. 6-9). In der Tat einfach – und es gibt Menschen, die anderer Meinung sind: Dass ein Blick in die Mediengeschichte einen davor wappnet, Mediennutzung als eine Art von Drogenkonsum zu geißeln, meint Wagner (2004): Die Bedeutung von Computer und Internet ist seiner Meinung nach nur dann adäquat zu begreifen, wenn man sie als „Programme zur Aneignung von Welt“ begreifen lernt. Alte und neue Medien verbindet, dass sie den an sich begrenzten Wahrnehmungs- und Kommunikationshorizont des Menschen sukzessiv erweitert haben. Bücher sind nicht per se emanzipatorische Medien, Computer und Internet keine Wirklichkeit verstellende Medien. Selbst die Tafel, von konservativen Schulforschern und Pädagogen gerne als 'unschuldiges' Hilfsmittel verklärt, ist nichtsdestotrotz ein Medium, das aber zu einer Zeit, in der noch stumpfes Auswendiglernen das Klassenzimmer dominierte, „sozial-kommunikative Unterrichtsprozesse möglich [machte]“ (Frank, 2005).

Die Einsicht, dass Computer und Internet mittlerweile etablierte Werkzeuge der Weltaneignung sind, bedeutet allerdings nicht, dass man ihren Einsatz (und den des Fernsehens) grundsätzlich gutheißen muss. Vereinfachungen gibt es auch beim Lob der Medien: Johnson (2005) behauptet in seinem Buch „Everything bad is good for you. How today's popculture is actually making us smarter“, dass heutige Fernsehserien und Computerspiele per se das Gehirn des Zuschauers positiv stimulieren. Da mag man sagen: Vorsicht, Buch!

Immer wieder ist zu hören und zu lesen, dass unsere Welt zunehmend von visuellen Medien (Fernsehen, Internet, Bild-Zeitung) dominiert wird – liegt hierin eine Ursache auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen?

Durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer in Minuten (ab 14 Jahre):

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fernsehen	196	201	198	203	205	215	217	225	231
Hörfunk	175	179	209	205	204	199	195	196	193
Internet	2	4	8	17	26	35	45	43	46

(Quelle: ARD/ZDF-Online-Studie 1997-2005)

Laut ARD/ZDF-Onlinestudie 2005 wird das – rein auditive – Medium Radio (Hörfunk plus Internet-Radio) genutzt mit einer durchschnittlichen

„Verweildauer“ von täglich 244 Minuten. Addiert man Fernsehen und Internet als überwiegend visuell Informationen vermittelnde Medien, so kommt man für 2005 auf 277 Minuten pro Tag gegenüber 193 Minuten reinem Hörfunk, also einem Verhältnis von zurzeit etwa 1,4:1 – nicht gerade ein beeindruckend dominierendes Verhältnis, auch wenn nicht definiert ist, wie hoch der Anteil von kombinierter Medienrezeption (Internet und Radio bzw. Hörfunk simultan) zu veranschlagen ist.

Gibt es vielleicht zweierlei Risikogruppen, die „Onliner“ und die „Offline“? Bei der Befragung der Internet-Nutzer ergab sich folgende Verteilung:

	2003	2004	2005
Radio	80	78	77
Fernsehen	74	75	80
Tageszeitung	56	55	56
Internet	43	41	46

Online Nutzer ab 14 Jahre: Tägliche Mediennutzung in % 2003-2005 (Quelle: ARD/ZDF-Online-Studie 2003-2005)

Das Internet wird also offenbar in den Alltag integriert, ohne dass andere Medien verdrängt werden. Die These, dass es aufgrund zunehmend visuell geprägter Medienberieselung zu abnehmender auditiver Kompetenz kommt, kann derzeit also nicht empirisch untermauert werden.

Auf rein spekulativem Niveau könnte man ebenso die Hypothese aufstellen, dass es aufgrund zunehmender akustischer „Umweltverschmutzung“ (dies sei hier nicht als Aussage über die Qualität der aktuell produzierten Musik gedacht, sondern als Aussage bzgl. der Quantität bzw. ubiquitären Beschallung mittels Radio, MP3-Player/iPod, Disc-Man, Gettoblaster, Surround-/Stereoanlage, Diskothek/Club, Fahrstuhl, Kaufhaus, Telefonwarteschleife, Zahnarzt, Weihnachtsmarkt, usw.) zu einer abnehmenden Empfindlichkeit bzgl. akustischer Ereignisse kommt.

Aber vielleicht ist auch die Kombination einer akustischen Umweltverschmutzung mit einer visuellen Sintflut für AVWS und/oder AD(H)S verantwortlich zu machen? Allzu leicht ist man mit einer Hypothese verheiratet, weil sie so betörend einfach ist! Doch einfache Erklärungen – das haben uns zahllose empirische Studien der letzten Jahrzehnte gelehrt – sind zwar faszinierend, aber leider meistens falsch!

Ihr

*Ingo Spitzcok von Brisinski*

## Literatur

- ARD (2005) ARD-Onlinestudie 2005. [www.daserste.de/service/ardonl05.pdf](http://www.daserste.de/service/ardonl05.pdf)
- CSHA - California Speech-Language-Hearing Association (2007) California Speech-Language-Hearing Association's Guidelines for the Diagnosis & Treatment for Auditory Processing Disorders. [www.csha.org/position\\_papers/CAPDJan2007.pdf](http://www.csha.org/position_papers/CAPDJan2007.pdf)
- DIMDI (2007) ICD-10 German Modification (GM) Version 2007. [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm)
- Frank, D. (2005) Vorsicht Bildschirm? Wie man sich gegen populistische Thesen zur Wirkung von Fernsehen und Computer wappnet. Schulen ans Netz. Themendienst Nr. 3. [www.mediaculture-online.de/fileadmin/bibliothek/frank\\_vorsicht/frank\\_vorsicht.pdf](http://www.mediaculture-online.de/fileadmin/bibliothek/frank_vorsicht/frank_vorsicht.pdf)
- Johnson, S. (2005) Everything bad is good for you. How today's popculture is actually making us smarter. New York: Penguin
- Nickisch, A. (2007) Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS). Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 17(1), 9-31
- Nickisch, A., Gross, M., Schönweiler, R., Uttenweiler, V., am Zehnhoff-Dinnesen, A., Berger, R., Radü, H.J., Ptok, M. (2007) Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. HNO 55(1), 61-72
- Riccio, C. A., Hynd, G. W., Cohen, M. J., Molt, L. (1996) The Staggered Spondaic Word Test. Performance of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal of Audiology 5, 55-62
- Schydlo, R. (1996) Zur Bedeutung auditiver Wahrnehmungsstörungen. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 6(4), 62-76
- Schydlo, R., Atzpod, K., Lehmkühl, G. (1998) Wirksamkeit des Audio-Vocalen Integrativen Trainings (AVIT) bei auditiven Wahrnehmungsstörungen im Elternurteil. Ergebnisse einer retrospektiven Beurteilung bei 75 behandelten Kindern. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 8(4), 48 – 57
- Spitzok von Brisinski, I. (2002a) Chancen und Risiken der Neuen Medien für Kinder und Jugendliche. SuchtReport 3, 22-26
- Spitzok von Brisinski, I. (2002b) Risiken und Chancen der Computernutzung im Zusammenhang mit ADS/ADHS. LAG-Nachrichten - Mitteilungsblatt der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg, 1-2, 20-34. [www.rk-viersen.lvr.de/behandlung+kids/infos\\_fachleute/online\\_artikel/adhs-computer.htm](http://www.rk-viersen.lvr.de/behandlung+kids/infos_fachleute/online_artikel/adhs-computer.htm)
- Spitzok von Brisinski, I. (2005) Träumer - Zappelphilipp – Störenfried. ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule. Pädagogik 57(1), 45-50
- Spitzer, M. (2005) Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- Tillery, K.L., Katz, J., Keller, W.D. (2000) Effects of Methylphenidate (Ritalin) on Auditory Performance in Children with Attention and Auditory Processing Disorders. Journal of Speech and Hearing Research 43, 893-901
- von Suchodoletz, W. (2000) Physiologie und Pathophysiologie der auditiven Wahrnehmung. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 10(3), 62-71
- Wagner, W. R. (2004) Medienkompetenz revisited. Medien als Werkzeuge der Weltaneignung: ein pädagogisches Programm. München: kopaed

# Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)

*Andreas Nickisch*

Im phoniatriisch-pädaudiologischen Bereich werden zunehmend mehr Kinder mit dem Verdacht einer Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung zur Diagnostik und zur Behandlungsplanung vorgestellt. Oftmals verbirgt sich hinter dem Diagnoseanspruch und dem Therapiebegehren vonseiten der Eltern der mitunter unbewusste Wunsch, eine übergeordnete Störung oder generelle Schulleistungsprobleme hinter dem zunehmend populären Etikett einer Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung zu verbergen. In der Tat können solche übergeordneten Störungen, z.B. mentale Entwicklungsstörungen, unter anderem auch Defizite im Bereich der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen verursachen. Jedoch treten in diesem Fall zusätzlich zu den auditiven Auffälligkeiten auch in anderen Sinnesmodalitäten dementsprechende Beeinträchtigungen auf, so dass es sich nicht begründen ließe, eine schwerpunktmäßig im auditiven Bereich vorhandene Störung zu diagnostizieren. Bei einigen Kindern liegen jedoch Einschränkungen vor, die speziell oder schwerpunktmäßig sowie primär die auditiven Funktionen betreffen, so dass in diesen Fällen die Diagnose einer Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung gerechtfertigt erscheint. Voraussetzungen für die Diagnose einer AVWS sind einerseits ausführliche und umfassende Untersuchungen im phoniatriisch-pädaudiologischen Bereich sowie andererseits die Zusammenschau der interdisziplinär erhobenen Befunde. Viele Fragestellungen bezüglich des Konstrukts Auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen sind derzeit noch offen und Gegenstand der pädaudiologischen Forschung. In diesem Beitrag wird über den derzeitigen Stand des Wissens berichtet.

## **Definition**

„Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“ (AVWS) liegen definitionsgemäß vor, wenn zentrale Prozesse des Hörens gestört sind und gleichzeitig das Tonschwellenaudiogramm unauffällig ist (Chermak &

Musiek 1997, Ptok et al. 2000, CSHA 2002, ASHA 2005a, ASHA 2005b, Nickisch et al. 2006). AVWS werden darüber hinaus als Störungen beschrieben, die spezifisch für die auditive Sinnesmodalität sind oder schwerpunktmäßig auditive Funktionen betreffen (Cacace & McFarland 1998, Jerger & Musiek 2000, CSHA 2002).

Die Häufigkeit von AVWS wird für das Kindesalter auf 2 - 3% geschätzt, im angloamerikanischen Raum auch auf bis zu 8% bei einem Geschlechterverhältnis von 2:1 zugunsten männlicher Kinder (Chermak & Musiek 1997, Bamiou et al. 2001, Ptok et al. 2000).

Beeinträchtigungen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung können unter anderem zu Störungen der Erkennung und Unterscheidung von Schallreizen, des Richtungshörens, der Interaktion zwischen beiden Ohren (z.B. bei der Störlärmunterdrückung) führen mit u.a. der Folge einer gestörten Schallquellenlokalisierung, einer eingeschränkten Spracherkennung im Störgeräusch, Problemen beim Sprachverstehen in Gruppensituationen im Alltag sowie beim Verstehen von veränderten Sprachsignalen (z.B. schneller gesprochener Sprache, unvollständigen Sprachsignalen, bei Störgeräuschen). Weiterhin können AVWS auch zentral höher gelegene Funktionseinschränkungen bewirken, z.B. bei der Unterscheidung, der Identifizierung oder der Synthese von Sprachlauten sowie auch isoliert modalitätsspezifisch im sprachlich-auditiven Kurzzeitgedächtnis (siehe Konsensuspapiere von Ptok et al. 2000 und Nickisch et al. 2006 im deutschsprachigen sowie Jerger & Musiek 2000 und CSHA 2002 im angloamerikanischen Raum). In der jüngsten Stellungnahme von 2005 rechnet die American Speech and Hearing Association (ASHA 2005b) die zentral höher gelegenen Funktionseinschränkungen nicht mehr zum primären Störungsbild der „Auditory Processing Disorders“ (APD), während sowohl in den USA (California Speech-Language-Hearing Association; CSHA 2002) als auch in anderen Staaten (z.B. Deutschland, Österreich, Schweiz, Belgien, Israel) auch weiterhin die umfassende Sicht der bisherigen Definition von AVWS beibehalten wird.

Analog zu den sekundären Folgen von peripheren Hörstörungen, wird auch für Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter angenommen, dass sie zu Beeinträchtigungen der rezeptiven und expressiven Sprachentwicklung, des Schriftspracherwerbs, der psychosozialen Kompetenz, des Bildungsniveaus, der Persönlichkeitsentwicklung sowie der emotionalen und sprachlich-kognitiven Entwicklung führen können (Cacace & McFarland 1998, Bellis & Ferre 1999, Chermak et al. 1999, Jerger & Musiek 2000, Bamiou et al. 2001, ASHA 2005a, b).



### *Mögliche Symptome bei einer AVWS (Beispiele)*

- Störungen der Erkennung und Unterscheidung von Schallreizen
- Einschränkungen beim Richtungshören
- Gestörte Schallquellenlokalisierung
- Eingeschränkte Spracherkennung im Störlärm
- Eingeschränkte Spracherkennung in Gruppensituationen
- Schwierigkeiten beim Verstehen von Sprache unter erschwerten Bedingungen (z.B. bei undeutlichem oder schnellem Sprechen)
- Probleme bei der Unterscheidung, der Identifikation, der Analyse, der Synthese und/oder der Sequenzierung von Sprachlauten

### **Ursachen**

Die Ursachen für AVWS sind derzeit noch weitgehend ungeklärt. An möglichen ätiologischen Faktoren werden unter anderem genetische Faktoren, eine verzögerte Hörbahnreifung, frühkindliche Hirnschädigungen und vorübergehende Schallleitungsschwerhörigkeiten während der Kleinkindzeit diskutiert sowie auch Umweltfaktoren wie unzureichende oder inadäquate auditive Förderung während der sensiblen Phasen der Hörbahnreifung.

### **Anamnese**

Kinder mit AVWS können im Alltag durch folgende Merkmale auffallen:

- bereits im Säuglingsalter häufiger inkonstante Hörreaktionen
- häufiges Nachfragen auf verbale Aufforderungen hin
- inadäquate Reaktionen auf verbale Aufforderungen hin
- häufige Missverständnisse auf verbale Aufforderungen hin
- Unempfindlichkeit/Unaufmerksamkeit gegenüber Schallreizen
- übermäßige Empfindlichkeit gegenüber lauten oder schrillen Schallreizen
- vermindertes Sprachverstehen im Lärm
- vermindertes Sprachverstehen bei mehreren Gesprächspartnern
- wenig Interesse bzw. Ausdauer, wenn vorgelesen wird
- Richtungshörschwäche im Alltag
- Verwechslung ähnlich klingender Wörter (in der mündlichen Sprache und/oder in der Schriftsprache)
- Probleme beim Auswendiglernen von Versen, Gedichten
- Merkfähigkeitsprobleme im Alltag bei mehrteiligen Aufforderungen
- Sprachentwicklungsstörungen unterschiedlichster Ausprägung
- Lese- und/oder Rechtschreibstörungen bei ansonsten durchschnittlichen Schulleistungen.

### **Untersuchungen vor der phoniatriisch-pädaudiologischen Diagnostik**

Die phoniatriisch-pädaudiologische Diagnostik einer AVWS ist umfangreich und zeitaufwändig. Sie umfasst sowohl zahlreiche subjektive und objektive Hörprüfungen als auch eine Einschätzung der rezeptiven und expressiven Sprachkompetenz. Um den Einfluss von diagnoserelevanten top-down-Prozessen auf die phoniatriisch-pädaudiologischen Testergebnisse möglichst gering zu halten bzw. adäquat einschätzen zu können, erscheint es wichtig, dass idealerweise bereits im Vorfeld insbesondere kognitive Störungen im nonverbalen Bereich, stärkere Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und EEG-Auffälligkeiten ausgeschlossen wurden. Weiterhin sollten keine allgemeinen Lernstörungen, keine primären Sprachverständnisstörungen oder generelle, modalitätsübergreifende Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktionen bestehen (Cacace & McFarland 1998, Jerger & Musiek 2000, Ptok et al. 2000, Nickisch et al. 2005, Nickisch et al. 2006).

Empfohlene Voruntersuchungen vor einer phoniatriisch-pädaudiologischen Diagnostik zur Beurteilung der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen:

- Periphere Hördiagnostik (Tonaudiogramm, Tympanogramm, ggf. Otoakustische Emissionen)
- Intelligenzbeurteilung, insbesondere im nonverbalen Bereich, durch einen umfassenden Intelligenztest (z.B. HAWIK-III, K-ABC)
- Ausführliche Lese-Rechtschreibdiagnostik
- Verhaltensbeobachtung und -analyse, u.a. zur Beurteilung bezüglich einer Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- EEG
- Biografische Anamnese

Vor Beginn der umfassenden pädaudiologischen Diagnostik von AVWS muss in jedem Fall zuverlässig tonaudiometrisch sichergestellt sein, dass keine **periphere** Hörstörung besteht. So finden sich im Rahmen der pädaudiologischen Diagnostik bei ca. 8% der Kinder mit Verdacht auf AVWS wider Erwarten therapierrelevante periphere Hörauffälligkeiten (z.B. Schallleitungsschwerhörigkeiten, Schallempfindungsschwerhörigkei-

ten, fluktuierende oder einseitige periphere Hörstörungen) (Kiese et al. 2006). Es wird nicht grundsätzlich ausgeschlossen, dass es bei Beeinträchtigungen der peripheren Hörfunktion zusätzlich zu AVWS kommen kann (Jerger & Musiek 2000). Im Falle von peripheren Hörstörungen sind diese zunächst adäquat zu behandeln (operativ, z.B. durch eine Paukenröhrchen-einlage, oder nichtoperativ, z.B. über Hörgeräte), da allein auf Grund einer unbehandelten peripheren Hörstörung Symptome von AVWS auftreten können (Schönweiler et al. 1998, Ptok 2001, Ptok & Eysholdt 2005). Demzufolge macht es erst im Anschluss an die adäquate Behandlung eventueller peripherer Hörstörungen ggf. Sinn, die auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen näher zu untersuchen.

### **Welche Kinder könnten eine Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung aufweisen?**

Im Rahmen der aufgeführten Voruntersuchungen und/oder der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie auch sozialpädiatrischen Diagnostik könnten Kinder mit AVWS vor allem durch folgende Merkmale auffallen:

- Einschränkungen des Sprachverstehens während der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik trotz durchschnittlicher nonverbaler Intelligenz
- Sprachentwicklungsstörungen mit Auffälligkeiten der Phonemdifferenzierung oder des auditiven Kurzzeitgedächtnisses trotz durchschnittlicher nonverbaler Intelligenz und durchschnittlichem Kurzzeitgedächtnis in anderen Sinnesmodalitäten (z.B. visuell, visuell-motorisch)
- (Lese-)Rechtschreibstörungen mit deutlichen oder vorrangigen Wahrnehmungsfehlern (Phonem-Graphem-Verwechslungen) oder Defiziten des auditiven Kurzzeitgedächtnisses trotz durchschnittlicher nonverbaler Intelligenz und durchschnittlichem Kurzzeitgedächtnis in anderen Sinnesmodalitäten
- Hör- oder Sprachverständnisauffälligkeiten, ohne dass sich dies aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Befunden heraus erklären ließe
- mindestens durchschnittliche Intelligenz im Bereich der nonverbalen Leistungen, dem gegenüber aber anamnestisch auffällige Hör- und Sprachleistungen
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen.

### **Phoniatrich-pädaudiologische Diagnostik von AVWS**

Die Diagnostik von AVWS sollte in einer phoniatrich-pädaudiologischen Abteilung, Klinik oder Praxis erfolgen. Als Voraussetzung für die Untersuchung sollten die Vordiagnostik (s.o.) abgeschlossen sein und die Ergeb-

nisse vorliegen. Die Diagnostik umfassen im pädaudiologischen Bereich die Überprüfung des peripheren Hörvermögens sowie die Einschätzung der Hörverarbeitung und der Hörwahrnehmung durch subjektive<sup>1</sup> und objektive<sup>2</sup> Testverfahren sowie im phoniatischen Bereich Untersuchungen zur rezeptiven und expressiven Sprachkompetenz (Bellis & Ferre 1999, Matulat & Lamprecht-Dinnesen 1999, Ptok et al. 2000, CSHA 2002, Bellis 2003, ASHA 2005a, b, Nickisch et al. 2005, Nickisch et al. 2006).

Der Diagnostik des **peripheren Hörvermögens** können dienen:

- Tonschwellenaudiometrie mit Kopf- und Knochenleitungshörern beidseits im Frequenzbereich zwischen 250-8000Hz in Halboktavschritten
- Tympanometrie
- Transitorisch Evozierte Otoakustische Emissionen
- seitengetrennte Sprachaudiometrie mit Kopfhörern.

An **subjektiven Verfahren** werden u.a. eingesetzt (genauere Testbeschreibungen in Nickisch et al. 2005):

- Dichotische Sprachaudiometrie
- Sprachaudiometrie mit Störgeräusch
- Hörtest mit zeitkomprimierter Sprache
- Binauraler Fusionstest
- Prüfung des Richtungsgehörs
- Prüfung der Differenzierung und Identifikation sprachfreier auditiver Reize (z.B. Gap-Detection, Tonhöhe, Tonpegel, mon- und binaurale Zeitordnung)
- Hörfeldskalierung
- Unbehaglichkeitsschwelle
- Tests zur Differenzierung, Kinästhetik, Identifikation, Synthese und Analyse von Sprachlauten.

An **objektiven audiologischen Verfahren** finden u.a. Anwendung:

- Hirnstammaudiometrie
- Messung der binauralen Interaktionspotenziale
- Stapediusreflexmessungen
- Messung der Mismatch-Negativität
- Messung mittellatenter und später akustisch evozierter Potentiale.

<sup>1</sup> Subjektive audiologische Verfahren sind Untersuchungen, bei denen die Hörfähigkeit über eigene Angaben des Patienten ermittelt wird

<sup>2</sup> Objektive audiologische Verfahren sind Messungen und Ableitungen zur Überprüfung des Hörvermögens, bei denen die aktive Mitarbeit des Patienten nicht erforderlich ist (z.B. Hirnstammaudiometrie, Tympanometrie)

Zur Beurteilung der **rezeptiven und expressiven Sprachleistungen** dienen u.a. standardisierte Tests zur Einschätzung der Kompetenzen im Bereich

- Phonetik - Phonologie
- Lexikon - Semantik
- Syntax - Grammatik
- Sprachverstehen auf Wort-, Satz- und Textebene.

Darüber hinaus sollten die Spontansprache im Dialog und die kommunikative Kompetenz beurteilt werden.

Die aufgeführten subjektiven und objektiven Tests stellen eine Auswahl möglicher Verfahren zur Untersuchung einer AVWS dar, die in der pädaudiologischen Diagnostik nicht immer vollständig, sondern indikationsbezogen und zugeordnet zu auditiven Funktionsbereichen (z.B. Lokalisation, Zeitverarbeitung, Selektion, Differenzierung, Identifikation, Analyse, Sequenzierung) Anwendung finden. Darüber hinaus werden die einzelnen Tests unter Berücksichtigung der individuellen Sprachkompetenz ausgewählt, um top-down-Prozesse von Sprach- auf die AVW-Funktionen möglichst zu vermeiden. Zusätzlich muss für die Diagnostik von AVWS einschränkend berücksichtigt werden, dass nicht für alle Verfahren Normierungen vorliegen. Ebenso sind für einige Tests die Reliabilität, die Validität sowie die Sensitivität noch Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung.

Die Diagnose einer Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung wird angenommen, wenn in zwei oder mehr auditiven Funktionsbereichen Einschränkungen im Vergleich zum übrigen nonverbal-kognitiven Leistungsniveau um mindestens 2 Standardabweichungen vorliegen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Komorbiditäten hinreichend berücksichtigt wurden.

Ziel der Diagnostik als Voraussetzung für eine gezielte Behandlung ist es, einerseits die auffälligen auditiven Leistungsbereiche herauszuarbeiten sowie andererseits diejenigen Fähigkeiten zu identifizieren, die dem Kind Kompensationsmöglichkeiten eröffnen. Das detaillierte Ergebnis der eingehenden Diagnostik stellt die Basis für gezielte Therapiemaßnahmen dar, die auf den vorgenannten beiden entscheidenden Säulen (Training teilfunktionsspezifischer Defizite und Erarbeitung von Kompensationsmöglichkeiten) beruht.

Die Leistungsprofile der Kinder mit AVWS sind erfahrungsgemäß individuell sehr unterschiedlich, erste Subtypen von AVWS wurden jedoch zwischenzeitlich herausgearbeitet (Bellis 2003, Nickisch 2006).

### **Problembereich Komorbiditäten und Differenzialdiagnostik**

Die Diagnosestellung einer AVWS wird häufig durch Komorbiditäten mit anderen Störungen (z.B. rezeptive Sprachentwicklungsstörungen, Lese-Rechtschreibstörungen, kognitive Störungen, ADHS) erschwert. Objektive Tests oder elektrophysiologische Verfahren erlauben bislang keine eindeutige Identifikation oder Differenzierung von AVWS gegenüber anderen Störungen. Ebenso wenig lassen sich AVWS durch einen einzelnen Test verifizieren oder ausschließen. In vielen Fällen erscheint es möglich, AVWS von den übrigen aufgeführten Störungen abzugrenzen bzw. auch zu entscheiden, ob und welche Behandlungsmaßnahmen im Bereich der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsfunktionen im Einzelfall sinnvoll und zweckmäßig sein könnten. AVWS können als Defizite der neuronalen Verarbeitung beschrieben werden. Sie treten zwar gehäuft gemeinsam mit anderen Dysfunktionen auf, werden aber nicht primär hierdurch verursacht. AVWS sollten nur diagnostiziert werden, wenn Defizite vorliegen, die schwerpunktmäßig oder primär die auditive Sinnesmodalität betreffen (ASHA 2005a, b; Ptok et al. 2005a; Nickisch et al. 2006).

Vorrangig müssen bei der Diagnosestellung von AVWS vor allem folgende Komorbiditäten differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden: Sprachverständnisstörungen, Lese-Rechtschreibstörungen, AD(H)S und Kurzzeitgedächtnisstörungen.

#### **a) Sprachverständnisstörungen**

Grundsätzlich sind Sprachverständnisstörungen und AVWS unterschiedliche Entitäten, die sich durch eine ihnen jeweils eigene Symptomatik äußern sowie demzufolge unterschiedliche Therapieansätze nach sich ziehen. Sprachverständnisstörungen können ohne gleichzeitige AVWS auftreten, ebenso wie AVWS nicht zwangsläufig Sprachverständnisstörungen nach sich ziehen, jedoch in einigen Fällen bedingen oder mitverursachen. Dagegen können sich Sprachverständnisdefizite bei linguistisch ungeeigneter und nicht adäquat auf die Sprachkompetenz des Kindes abgestimmter Testauswahl als top-down-Faktor auf die Ergebnisse in den sprachgebundenen AVWS-Tests auswirken. Ähnliches gilt auch für die zum Teil sprachlich recht komplexen mündlichen Instruktionen zu den sprachfreien Verfahren.

In einigen Fällen treten AVWS und Sprachverständnisstörungen gemeinsam auf. Im Falle einer Sprachverständnisstörung mit gleichzeitigen Einschränkungen in den AVW-Funktionen gelingt es dem Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie in der Regel gut, die im Rahmen der phoniatriischen Diagnostik beurteilten Sprachverständnisleistungen in Bezug zu den pädaudiologischen Befunden zu setzen und zu bewerten, ob die Leistungstiefpunkte eines Kindes vorrangig oder primär die auditiven Funktionen betreffen, oder ob der Schwerpunkt der Störung im Sprachverstehen liegt. Mischbilder sind durchaus möglich und von therapeutischer Relevanz, da in diesem Fall sowohl an den auditiven Funktionen als auch am Sprachverständnis gearbeitet werden muss. Beim Vorliegen von Sprachverständnisstörungen sollte darüber hinaus ein EEG abgeleitet werden, da bei rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen gehäuft EEG-Auffälligkeiten in Form fokaler oder generalisierter Veränderungen bestehen (Picard et al. 1999, Massinger et al. 2001).

### **b) Lese-Rechtschreibstörungen**

Die Diagnostik von Lese-Rechtschreibstörungen und von kognitiven Störungen des nonverbalen Bereichs sollte bereits vor der ausführlichen AVWS-Diagnostik durchgeführt und abgeschlossen sein. In unklaren Einzelfällen mit komplexer Symptomatik ist in jedem Fall interdisziplinär zu klären, welche Schwerpunkte vorrangig und behandlungsrelevant erscheinen. Lese-Rechtschreibstörungen können durch AVWS entscheidend mit beeinflusst werden, insbesondere wenn es sich um sprachgebundene auditive Funktionen und Leistungen handelt und die Rechtschreibstörungen sich vorrangig in Wahrnehmungsfehlern äußern. Dass die sprachgebundenen auditiven Wahrnehmungsprozesse eine notwendige und wesentliche Voraussetzung zum Lese-Rechtschreiberwerb darstellen, ist ebenso unbestritten wie ihre Bedeutung für Lese-Rechtschreibstörungen (Lundberg et al. 1988, Lundberg 1994, Torgesen & Davis 1996, Schulte-Körne et al. 1998b und 1999, Schneider et al. 1999 und 2000, Torgesen et al. 1999, Übersichten: Bus & Ijzendoorn 1999, Vellutino et al. 2004). Darüber hinaus wird übereinstimmend über hohe Korrelationen und enge Zusammenhänge von sprachgebundenen auditiven Fähigkeiten und Sprachentwicklungs- bzw. Lese-Rechtschreibleistungen berichtet (u.a. Gathercole et al. 1994, Hansen & Bowey 1994, Wagner et al. 1994, Høien et al. 1995, Masterson et al. 1995, Shankweiler et al. 1995, Bishop et al. 1996, Gottardo et al. 1996, Wagner et al. 1997, Elbro et al. 1998, Weismer et al. 2000, Conti-Ramsden & Botting 2001, Griffiths & Snowling 2002, Jancyk et al. 2003, Schöler et al. 2003).

### **c) ADHS**

Schwieriger ist sicherlich die Abgrenzung zwischen AVWS und ADHS. Beide Störungsbilder weisen einen nicht unerheblichen Überlappungsbereich ihrer Symptome auf. AVWS kommen sowohl mit als auch ohne ADHS vor. Bei AVWS und ADHS handelt es sich um eigenständige Entitäten, die sich voneinander abgrenzen lassen und die bei einem Teil der Fälle als Komorbiditäten auftreten können (Chermak et al. 1999, Norrelgen et al. 1999, Banaschewski & Rothenberger 2000, Tillery et al. 2000, Bamiou et al. 2001, Ptok et al. 2005b). Zudem verlangt die Diagnose einer ADHS eine eigenständige komplexe Diagnostik, die sich von derjenigen einer AVWS erheblich unterscheidet (von Voss 2002).

Während der AVWS-Diagnostik muss fortlaufend kontrolliert werden, dass die Testresultate nicht durch Aufmerksamkeits- oder Motivationsprobleme wesentlich beeinflusst werden. Kinder mit leichter und mittelschwerer ADHS lassen sich in der phoniatriisch-pädaudiologischen Einzeltestsituation von erfahrenem Personal in der Regel problemlos von der Aufmerksamkeitssteuerung her führen, so dass eine evtl. durch die ADHS während der Diagnostik hervorgerufene top-down-Beeinflussung der Ergebnisse in aller Regel als gering einzuschätzen ist. Bei stärkeren Aufmerksamkeitschwankungen würden diese während der phoniatriisch-pädaudiologischen Diagnostik auch als solche identifiziert, und die betreffenden Tests müssten dann zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden. Um konzentrationsbedingte Einflüsse auf die Testergebnisse zu vermeiden, ist es ratsam, die phoniatriisch-pädaudiologische Diagnostik idealerweise möglichst morgens vorzunehmen (Chermak et al. 1999). Bei medikamentös behandelten Kindern mit ADHS sollte die Medikamentengabe am Tage der Testung wie üblich erfolgen und auf keinen Fall ausgesetzt werden (CSHA 2002).

### **d) Kurzzeitgedächtnisstörungen**

Schließlich muss bei Auffälligkeiten des auditiven Kurzzeitgedächtnisses im Rahmen der Diagnostik oder der Vordiagnostik herausgearbeitet werden, ob die Kurzzeitgedächtnisstörungen sich auf den auditiven Bereich beschränken, also Hinweise auf eine Modalitätsspezifität vorliegen. Falls dagegen gleichzeitig auch die anderen Sinnesmodalitäten betroffen sind (z.B. das visuelle oder visuell motorische Kurzzeitgedächtnis), ist von einer modalitätsübergreifenden Gedächtnisstörung auszugehen und nicht von einer AVWS in engerem Sinn (Cacace & McFarland 1998, Jerger & Musik 2000, Matulat et al. 2000, Nickisch et al. 2005, Nickisch et al. 2006).



## Therapie

Zur Behandlung von AVWS dienen Interventionen zur Verbesserung auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsfunktionen in Form übender Verfahren, Trainingsmethoden der Kompensation gestörter Funktionen sowie Verfahren zur Verbesserung der akustischen Signalqualität. Die Behandlung einer AVWS sollte alle drei Bereiche umfassen.

### a) Übende Verfahren

Zu den übenden Verfahren auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsfunktionen zählen einerseits **teilkfunktionsspezifische auditive Verfahren**, die sprachgebunden sind. Hierzu gehören unter anderem Übungen zur Phonemdifferenzierung, zur Phonemidentifikation, Phonemanalyse in Wörtern, Auditive Phonemsynthese, Übungen zur phonologischen Bewusstheit. Für die **sprachgebundenen auditiven Therapien** sind sowohl Trainingseffekte der Funktionen selbst (u.a. Lundberg et al. 1988, Hurford & Sanders 1990, Lundberg 1994, Torgesen & Davis 1996, Tremblay et al. 1997, Schneider et al. 1997, Hesse et al. 1998, Schneider et al. 1999, Schneider et al. 2000, Hesse et al. 2001, Tremblay et al. 2001, Bischof et al. 2002, Nickisch 2002, Simos et al. 2002, Hayes et al. 2003, Hatcher et al. 2004, Nickisch et al. 2005) als auch Transfereffekte auf Sprach- oder Lese-Rechtschreibfunktionen hinreichend belegt (u.a. Signer 1979, Hatcher et al. 1994, Lundberg 1994, Schneider et al. 1999, Torgesen et al. 1999, Schneider et al. 2000, Hatcher et al. 2004; Übersicht: Bus & Ijzendoorn 1999).

Zudem gibt es zahlreiche Verfahren, die im Bereich **sprachfreier auditiver Funktionen** arbeiten (z.B. Ordnungsschwellentraining, Training auditiver low-level-Funktionen) oder mit experimentellen Sprachsignalen (z.B. fast-for-word, Lateraltraining, Tomatistherapie, Hochtontraining). Ein Trainingseffekt wurde für einzelne Verfahren zwar beschrieben (Bischof et al. 2002, Tewes 2002, Berwanger 2003, Tewes et al. 2003), Transfereffekte auf Sprach- oder Lese-Rechtschreibleistungen wurden jedoch nur einzeln beobachtet (Merzenich et al. 1996, Tallal et al. 1996, Habib et al. 2002, Tewes et al. 2003, Schäffler et al. 2004), und konnten in zahlreichen Studien nicht nachgewiesen werden (Hurford & Sanders 1990, Klicpera & Gasteiger-Klicpera 1996, Kühn-Inacker & Weinmann 2000, Bischof et al. 2002, Suchodoletz 2003, Berwanger 2003, Bitz et al. 2005, Cohen et al. 2005).

Unter Abwägung der wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise und der Berücksichtigung der kindlichen Therapieressourcen sind daher zum gegenwärtigen Stand eindeutig die sprachgebundenen teilkfunktionsspezifischen

schen Behandlungsansätze zu bevorzugen. Demgegenüber erscheinen die Therapieeffekte eines sprachfreien Trainings oder die Verwendung von modifizierten Sprachsignalen als alleinige Therapieform bislang kaum hinreichend belegt. Weitere kontrollierte Therapiestudien sind erforderlich.

Die Behandlung einer „auditiven Wahrnehmungsstörung“ („SP2“) nach Muster 14 (Maßnahme der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) rechtfertigt ausschließlich sprachgebundene Methoden zur Therapie einer AVWS. Voraussetzungen sind eine neuropsychologische Untersuchung und eine zentrale Hördiagnostik.

### **b) Trainingsmethoden der Kompensation gestörter Funktionen**

Zum Aufbau von Kompensationen dienen im Rahmen von Behandlungsmethoden bei Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen die Aktivierung intakter Sinnesmodalitäten (z.B. Mundbildbeobachtung, Phonembestimmtes Manualsystem, Einsatz taktil-kinästhetischer Elemente, Einsatz rhythmisch-motorischer Elemente) sowie auch metakognitive Strategien (Chermak & Musiek 1997, Musiek et al. 1999, Bellis 2003, Nickisch et al. 2005).

### **c) Verfahren zur Verbesserung der auditiven Signalqualität**

Zur Verbesserung der Signalqualität eignen sich Maßnahmen zur Modifikation der Hörumgebung (z.B. Änderung der Sitzposition in der Schule, Reduktion von Geräuschquellen, Schalldämmung), in begründeten Einzelfällen ggf. der Einsatz von FM- oder Sound-field-Anlagen (Wurm-Dinse 1994, Chermak und Musiek 1997, Bellis 2003, Nickisch et al. 2005).

### **Fazit**

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) sind spezifische oder schwerpunktmäßige Defizite der auditiven Sinnesmodalität bei regelrechtem Tonaudiogramm und unauffälliger nonverbaler Intelligenz. Die Diagnostik einer AVWS umfasst ausführliche Hör- und Sprachuntersuchungen sowie neuropsychologische Voruntersuchungen. Die Diagnostik der Hör- und Sprachfunktionen ist vorrangig Aufgabe des phoniatriisch-pädaudiologischen Fachgebiets, während die neuropsychologischen Voruntersuchungen im Rahmen einer ausführlicheren sozialpädiatrischen wie auch kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik vorgenommen werden können. Besonders bei komplexen Störungsbildern ist ein interdisziplinärer und damit fachübergreifender Diagnostik- und Therapieansatz wünschenswert. Bestätigt sich das Vorliegen einer Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, sind spezifische, möglichst sprachge-

bundene Therapieansätze vielversprechend unter gleichzeitigem Training der Kompensationsmöglichkeiten und zusätzlichen Modifikationen der Hörumgebung.

## Literatur

*ASHA - Working Group on Auditory Processing Disorders* (2005a): (Central) Auditory Processing Disorders (Position Statement) - The Role of the Audiologist. [www.asha.org/NR/rdonlyres/8A2204DE-EE09-443C-98AA-3722C18214E3/0/v2PS\\_CAPD.pdf](http://www.asha.org/NR/rdonlyres/8A2204DE-EE09-443C-98AA-3722C18214E3/0/v2PS_CAPD.pdf)

*ASHA-Working Group on Auditory Processing Disorders* (2005b): (Central) Auditory Processing Disorders (Technical Report 2005/1). [www.asha.org/NR/rdonlyres/8404EA5B-8710-4636-B8C4-8A292E0761E0/0/v2TR\\_CAPD.pdf](http://www.asha.org/NR/rdonlyres/8404EA5B-8710-4636-B8C4-8A292E0761E0/0/v2TR_CAPD.pdf)

*Bamiou, D., Musiek, F., Luxon, L.* (2001) Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders – review. *Archives of Disease in Childhood* 85, 361-365

*Banaschewski, T., Rothenberger, A.I.* (2000) Medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter unter Berücksichtigung komorbider Aspekte. *Sprach-Stimme-Gehör* 24, 99-105

*Bellis, T.J.* (2003) *Assessment and Management of Central Auditory Processing Disorders*. 2. Aufl., Thomson Delmar Learning, New York

*Bellis, T.J., Ferre, J.M.* (1999) Multidimensional approach to the differential diagnosis of central auditory processing disorders in children. *Journal of American Academy of Audiology* 10, 319-328

*Berwanger, D.* (2003): Ordnungsschwellentraining. In: Suchodoletz v W (Hg): *Therapie der Lese-Rechtschreibstörung*. Kohlhammer, Stuttgart, 129-160

*Bischof, J., Gratzka, V., Strehlow, U., Haffner, J., Parzer, P., Resch, F.* (2002) Reliabilität Trainierbarkeit und Stabilität auditiv diskriminativer Leistungen bei zwei computergetriebenen Mess- und Trainingsverfahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 30, 4, 261-270, 8

*Bishop, D.V.M., North T., Donlan, C.* (1996) Nonword Repetition as a Behavioural Marker for Inherited Language Impairment: Evidence from a Twin Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37, 4, 391-403

*Bitz, U., Gust, K., Vogt, K., Steinbrink, C., Hille, K.* (2005) Auswirkungen des AUDILEX-Trainingsprogramms auf die Lese-Rechtschreibleistung von Grundschulern der 2. Klasse. *Nervenheilkunde* 3, 184-189

*Bus, A.G., Ijzendoorn, M.H.* (1999) Phonological awareness and early reading: a meta-analysis of experimental training studies. *Journal of Educational Psychology* 91, 404-414

*Cacace, A.T., McFarland, D.J.* (1998) Central auditory processing disorder in school-aged children: a critical review. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 41, 355-373

*Chermak, G.D., Hall, J.W., Musiek, F.E.* (1999) Differential diagnosis and management of central auditory processing disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Audiology* 289-303

*Chermak, G.D., Musiek, F.E.* (1997) Central auditory processing disorders: new perspectives. San Diego, Singular

*Cohen, W., Hodson, A., O'Hare, A., Boyle, J., Durrani, T., McCartney, E., Matthey, M., Nafatalin, L., Watson, J.* (2005) Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (FastforWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: Outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 48, 715-729

*Conti-Ramsden, G., Botting, N.* (2001) Psycholinguistic Markers for Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 6, 741-748

*CSHA* (California Speech-Language-Hearing Association's) Guidelines for the Diagnosis & Treatment for Auditory Processing Disorders (2002). [Csha.org/Positionpapers/CAPD.pdf](http://Csha.org/Positionpapers/CAPD.pdf)

*Elbro, C., Borstrom, I., Petersen, D.K.* (1998) Predicting dyslexia from kindergarten: The importance of distinctness of phonological representations of lexical items. *Reading Research Quarterly* 33, 1, 36-60

*Gathercole, S.E., Willis, C.S., Baddeley, A.D., Emslie, H.* (1994) The children's tests of nonword repetition. *Memory* 2, 103-127

*Gottardo, A., Stanovich, K.E., Siegel, L.S.* (1996) The Relationships between Phonological Sensitivity, Syntactic Processing, and Verbal Working Memory in the Reading Performance of Third-Grade Children. *Journal of Experimental Child Psychology* 63, 563-582

*Griffiths, Y.M., Snowling, M.J.* (2002) Predictors of Exception Word and Nonword Reading in Dyslexic Children: The Severity Hypothesis. *Journal of Educational Psychology* 94, 1, 34-43

*Habib, M., Rey, V., Daffaure, V., Camps, R., Espresser, R., Joly-Pottuz, B., Démonet, J.F.* (2002) Phonological training in children with dyslexia using temporally modified speech: a three-step pilot investigation. *International Journal of Language and Communication Disorders* 37, 289-308

*Hansen, J., Bowey, J.A.* (1994) Phonological Analysis Skills, Verbal Working Memory and Reading Ability in Second-Grade children. *Child Development* 65, 938-950

*Hatcher, P., Hulme, C., Ellis, A.* (1994) Ameliorating early reading failure by integrating the teaching of reading and phonological skills. *Child Development* 65, 41-57

*Hatcher, P.J., Hulme, C., Snowling, M.J.* (2004) Explicit phoneme training combined with phonic reading instructions helps young children at risk of reading failure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 338-358

*Hayes, E.A., Warrier, C.M., Nicol, T.G., Zecker, S.G., Kraus, N.* (2003) Neural plasticity following auditory training in children with learning problems. *Clinical Neurophysiology* 114, 673-684

Hesse, G., Nelting, M., Brehmer, D., Lemmermann, E., Ptok, M. (1998) Benefit-, Effektivitäts- und Effizienznachweis therapeutischer Verfahren bei zentral-auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. *Sprache-Stimme-Gehör* 22:194-198

Hesse, G., Nelting, M., Mohrmann, B., Laubert, A., Ptok, M. (2001): Die stationäre Intensivtherapie bei auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter. *HNO* 49, 636-641

Høien, T., Lundberg, I., Stanovich, K.E., Bjaalid, I.K. (1995) Components of phonological awareness. *An Interdisciplinary Journal. Reading and Writing* 7, 171-188

Hurford, D.P., Sanders, R.E. (1990) Assessment and remediation of a phonemic discrimination deficit in reading disabled second and fourth graders. *Journal of Experimental Child Psychology* 50, 396-415

Janczyk, M., Schöler, H., Grabowski, J. (2003) Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit bei sprachentwicklungsgestörten und sprachunauffälligen Vorschulkindern. *Pädagogische Hochschule Heidelberg, Bericht* 15

Jerger, J., Musiek, F. (2000): Report of the Consensus Conference on the Diagnosis of Auditory Processing Disorders in School-aged Children. *Journal of American Academy of Audiology* 11, 467-474

Kiese-Himmel, C., Kruse, E. (2006) Kritische Analyse einer Kinderklientel mit Verdacht auf auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. *Zeitschrift für Laryno-Rhino-Otologie* 85: 738-745

Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (1996) Auswirkungen einer Schulung des zentralen Hörvermögens nach edu-kinesiologischen Konzepten auf Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. *Heilpädagogische Forschung* 12, 2, 57-64

Kühn-Inacker, H., Weinmann, S. (2000) Training der Ordnungsschwelle – Ein Ansatz zur Förderung der Sprachwahrnehmung bei Kindern mit einer zentral auditiven Verarbeitungsstörung? *Sprache Stimme Gehör* 24, 119-125

Lundberg, I. (1994) Reading difficulties can be predicted and prevented. In: Hulme C, Snowling M (Hg.) *Reading development and dyslexia*. Whurr, London, 180-199

Lundberg, I., Frost, J., Petersen, O.P. (1988) Effects of an extensive program for stimulating phonological awareness in preschool children. *Reading Research Quarterly* 23, 263-284

Massinger, C., Kutschke, G., Brodbeck, V., Keilmann, A., Heinemann, M. (2001) EEG-Veränderungen bei Kindern mit schweren Sprachentwicklungsstörungen. In: Gross M, Kruse E (Hg.): *Aktuelle phoniatrich-pädaudiologische Aspekte 2000/2001*. Medianverlag Heidelberg, 161-163

Masterson, J., Hazan, V., Wijayatilake, L. (1995) Phonemic Processing Problems in Developmental Phonological Dyslexia. *Cognitive Neuropsychology* 12, 233-259

Matulat, P., Lamprecht-Dinnesen, A. (1999) Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen bei Lese- und Rechtschreibschwäche – Ergebnisse einer retrospektiven Erhebung. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*: 115-119

- Matulat, P., Scheer, P., Lamprecht-Dinnesen, A.* (2000) Münsteraner Untersuchungskonzept bei Verdacht auf zentrale Hörverarbeitungsstörungen. *Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik*: 109-114
- Merzenich, M.M., Jenkins, W.M., Johnson, P., Schreiner, C., Miller, S.L., Tallal, P.* (1996) Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science* 271, 77-81
- Musiek, F.E., Gollegly, K., Lamb, L., Lamb, P.* (1990) Selected issues in screening for central auditory processing dysfunction. *Seminars of Hearing* 11, 372-384
- Nickisch, A.* (2002) Therapie auditiver Wahrnehmungsstörungen nach dem Konzept von Heber, Burger-Gartner und Nickisch zur Behandlung gestörter auditiver Teilfunktionen – erste Therapieerfolge. In: Kruse E & Gross, M (Hrsg). *Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte 2001/2002*. Median-Verlag, Heidelberg, 239-242
- Nickisch, A., Burger-Gartner, J., Heber, D.* (2005) *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Schulalter*. 3. Auflage. Verlag modernes lernen Dortmund
- Nickisch, A., Gross, M., Schönweiler, R., Uttenweiler, V., am Zehnhoff-Dinnesen, A., Berger, R., Radü, H.J., Ptok, M.* (2006) *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen*. Konsensusstatement 2006. HNO, submitted
- Norrelgen, F., Lacerda, F., Forssberg, H.* (1999) Speech discrimination and phonological working memory in children with ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology* 41, 335-339
- Picard, A., Cheliout Heraut, F., Bouskraoui, M., Lemoine, M., Lacert, P., Delattre, J.* (1999) Sleep EEG and developmental dysphasia. *Developmental Medicine and Child Neurology* 40: 595-599
- Ptok, M.* (2001) Formen der Schwerhörigkeit, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149, 870-876
- Ptok, M., Berger, R., von Deuster, C., Gross, M., Lamprecht-Dinnesen, A., Nickisch, A., Radü, H.J., Uttenweiler, V.* (2000) *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen*. Konsensusstatement. HNO 48, 357-360
- Ptok, M., Buller, N., Kuske, S., Hecker, H.* (2005) Untersuchungen zur subjektiven Einschätzung der Beeinträchtigung auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen bei Kindern, *HNO* 53, 568-572
- Ptok, M., Buller, N., Schwemmler, C., Bergmann, C., Lürßen, K.* (2005b) *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen versus Aufmerksamkeitsstörungen mit/ohne Hyperaktivität*. HNO 54:405-414
- Ptok, M., Eysholdt, U.* (2005) Wie beeinflussen rezidivierende Mittelohrschwerhörigkeiten den Lautspracherwerb? *HNO*, 53, 71-77
- Schäffler, T., Sonntag, J. Fischer, B.* (2004) The effect of practice on low-level auditory discrimination, phonological skills and Spelling in dyslexia. *Dyslexia* 10, 119-130
- Schneider, W., Ennemoser, M., Roth, E., Küspert, P.* (1999) Kindergarten prevention of dyslexia: Does training in phonological awareness work for everybody? *Journal of Learning Disabilities* 32, 429-436

- Schneider, W., Küspert, P., Roth, E., Visé, E., Marx, H.* (1997) Short- and long-term-effects of training phonological awareness in kindergarten: Evidence from two German studies. *Journal of Experimental Child Psychology* 66, 311-340
- Schneider, W., Roth, E., Ennemoser, M.* (2000) Training Phonological Skills and Letter Knowledge in Children at Risk for Dyslexia: A Comparison of Three Kindergarten Intervention Programs. *Journal of Educational Psychology* 92, 284-295
- Schöler, H., Braun, L., Keilmann, A.* (2003) Intelligenz – Ein relevantes differenzialdiagnostisches Merkmal bei Sprachentwicklungsstörungen? *Pädagogische Hochschule Heidelberg, Bericht* 15
- Schönweiler, R., Ptok, M., Radü, H.J.* (1998) A cross-sectional study of speech- and language-abilities of children with normal hearing, mild fluctuating conductive hearing loss, or moderate to profound sensorineural hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 44, 251-258
- Schulte-Körne, G., Deimel, W., Bartling, J., Remschmidt, H.* (1998) Role of auditory temporal processing for reading and spelling disability. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 1043-1047
- Schulte-Körne, G., Deimel, W., Bartling, J.; Remschmidt, H.* (1999) The role of phonological awareness, speech perception, and auditory temporal processing for dyslexia. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8 Suppl, 3, 28-34
- Shankweiler, D., Crain, S., Katz, L., Fowler, A., Liberman, A. M., Brady, S., Thornton, R., Lundquist, E., Dreyer, L., Fletcher, J. Steubing, K., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B.* (1995) Cognitive profiles of reading-disabled children: Comparison of language skills in phonology, morphology, and syntax. *Psychological Science*, 6, 149-156
- Signer M* (1979) Hörtraining bei auditiv differenzierungsschwachen Kindern, 2. Aufl. Haupt, Stuttgart
- Simos, P.G., Flechter, J.M., Bergmann, E., Breier, J.I., Foorman, B.R., Castillo, E.M., Davis, R.N., Fitzgerald, M., Papanicolaou, A.C.* (2002) Dyslexia-specific brain activation profile becomes normal following successful remedial training. *Neurology* 58, 1203-1213
- Suchodoletz, von W.* (2003) Behandlung auditiver Wahrnehmungsstörungen: Methoden und ihre Wirksamkeit. *Forum Logopädie* 17, 6-11
- Tallal, P., Miller, S.L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S.S., Schreiner, C., Jenkins, W.M., Merzenich, M.M.* (1996) Language Comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science* 271, 81-84
- Tewes, U.* (2002) Forschungsbericht über das Forschungsvorhaben des Brain-Boy-Universal und des Lateraltrainers nach Warnke. 1-24
- Tewes, U., Steffen, S., Warnke, F.* (2003) Automatisierungsstörungen als Ursache von Lernproblemen. *Forum Logopädie* 1, 17, 24-30
- Tillery, K.L., Katz, J., Keller, W.D.* (2000) Effects of Methylphenidate (Ritalin) on Auditory Performance in Children with Attention and Auditory Processing Disorders. *Journal of Speech and Hearing Research* 43, 893-901

*Torgesen, J.K., Davis, C.* (1996) Individual Difference Variables that Predict Response to Training in Phonological Awareness. *Journal of Experimental Child Psychology* 63, 1-21

*Torgesen, J.K., Wagner, R.K., Rashotte, C.A., Rose, E., Lindamood, P., Conway, T.* (1999) Preventing Reading: Failure in Young Children with Phonological Processing Disabilities: Group and Individual Responses to Instruction. *Journal of Educational Psychology* 91, 4, 579-593

*Tremblay, K., Kraus, N., Carrell, T.D., McGee, T.* (1997) Central auditory system plasticity: Generalization to novel stimuli following listening training. *Journal of the Acoustical Society of America* 102.6, 3762-3773

*Tremblay, K., Kraus, N., McGee, T., Ponton, C., Otis, B.* (2001) Central Auditory Plasticity: Changes in the N1-P2 Complex after Speech-Sound Training. *Ear & Hearing* 22, 2, 79-90

*Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J., Scanlon, D.M.* (2004) Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1, 2-40

*Voss von, H.* (2002) ADHD in der Praxis: Symptome, Diagnose, Therapie. In: Voss von, H (Hg.): *Sozialpädiatrie aktuell Band 2: Unaufmerksam & hyperaktiv*. Verlag Kirchheim, Mainz, 72-97

*Wagner, R.K., Torgesen, J.K., Rashotte, C.A.* (1994) Development of Reading-Related Phonological Processing Abilities: New Evidence of Bidirectional Causality from a Latent Variable Longitudinal Study. *Developmental Psychology* 30, 1, 73-87

*Wagner, R.K., Torgesen, J.K., Rashotte, C.A., Hecht, S.A., Barker, T.A., Burgess, S.R., Donahue, J., Garon, T.* (1997) Changing Relations between Phonological Processing Abilities and Word-Level Reading as Children Develop from beginning to Skilled Readers: 5-Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology* 33, 3, 468-479

*Weismer, S.E., Tomblin, J.B., Zhang, X., Buckwalter, P., Chynoweth, J.G., Jones, M.* (2000) Nonword Repetition Performance in School-Age Children With and Without Language Impairment. *Journal of Speech and Hearing Research* 43, 865-878

*Wurm-Dinse, U.* (1994) Zusammenhänge zwischen zentraler Fehlhörigkeit und auditiven Wahrnehmungsstörungen. In: Path, P. (Hg.) *Geers-Schriftenreihe Band 10: Zentrale Hörstörungen*, Geers Stiftung, Essen

## **Autor**

Dr. med. Andreas Nickisch, Abteilung für Phoniatrie und Audiologie (Leiter: Dr. A. Nickisch), Kinderzentrum München und Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU (Direktor: Prof. Dr. Dr. H. von Voss), Heiglhofstr. 63, D-81377 München, Tel.: 089-71009-0, Fax: 089-71009-277, [Andreas.Nickisch@lrz.uni-muenchen.de](mailto:Andreas.Nickisch@lrz.uni-muenchen.de)



# **Prävention von Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) - Ein Konzept zur frühen Erfassung und Intervention -**

*Manfred Flöther, Werner Behrens, Bettina Rink-Ludwig*

## **1. AVWS – ein interdisziplinärer Auftrag**

Störungen in der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung beschäftigen in jüngster Zeit eine Vielzahl von Fachleuten - ein abschließender, vor allem disziplinübergreifender Konsens über Grundlagen, Diagnostik und Therapie steht noch aus. Jedoch gibt es hinreichende Übereinstimmungen darüber, dass in den zentralen Prozessen zur Auswertung auditiver Signale Beeinträchtigungen auftreten können, die wiederum Ursache für Folge-symptome unterschiedlicher Art sein könnten, am häufigsten diskutiert z.B. in Form von Störungen beim Erwerb von Laut- und Schriftsprache. Interferenzen mit den Leistungen der Aufmerksamkeitssteuerung sowie der Kognitionsentwicklung werden angenommen. Die Komplexität der Störungsbilder mit auditiven Anteilen erfordert deshalb ein mehrdimensionales, interdisziplinär vernetztes Vorgehen bei Erfassung und Intervention dieser Störungsbilder mit einer möglichst einheitlichen Nomenklatur.

Während die Anzahl empirischer Forschungsergebnisse für Kinder mit AVWS im Schulalter zugenommen hat, besteht noch Handlungsbedarf für Kinder im Vorschulalter. Das Wissen um die Bedeutung sensibler Hirnreifungsphasen bei der auditiven und sprachlichen Entwicklung legt allerdings – analog zu den peripheren Hörstörungen – die Notwendigkeit einer möglichst frühen Erfassung und Intervention nahe.

Ein vor diesem Hintergrund entwickeltes Konzept zur Früherkennung und –intervention von Risiken für eine AVWS, das seit einigen Jahren in der niedersächsischen Region Oldenburg umgesetzt wird, soll im Folgenden in

seinen theoretischen Begründungen und seiner praktischen Anwendung dargestellt werden (siehe auch Flöther/Behrens 2005).

## 2. Theoretischer Hintergrund

Der Vielzahl von Begrifflichkeiten zur Benennung zentraler Hörprobleme in früheren Jahren (Fehlhörigkeit, zentrale Schwerhörigkeit, Lautagnosie, Worttaubheit, etc.) ist Ende der 90er Jahre mit dem Versuch einer Vereinheitlichung durch die deutschen Pädaudiologen und Phoniater – in Anlehnung an deren amerikanischen Kollegenschaft – begegnet worden. Störungen in der zentralen Hörverarbeitung werden nunmehr terminologisch aufgrund deren Konsensus-Papiers (Ptok et.al. 2000) „Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)“ genannt. Neben der Pädaudiologie beschäftigen sich auch andere medizinische Disziplinen (HNO-Heilkunde, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie), sonderpädagogische Fachrichtungen (Hörgeschädigten- und Sprachheilpädagogik) sowie Logopädie, Ergotherapie und Psychologie mit dem Thema.

Das Konsensus-Papier (ebd.) beschreibt „auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)“ als Auffälligkeiten, „wenn zentrale Prozesse des Hörens gestört sind. Zentrale Prozesse des Hörens ermöglichen u.a. die vorbewusste und bewusste Analyse von Zeit-, Frequenz- und Intensitätsbeziehungen akustischer Signale, Prozesse der binauralen Interaktion (z.B. zur Geräuschlokalisierung, Lateralisation und Störgeräuschbefreiung)“. **Verarbeitung** wird „im Sinne einer neuronalen Weiterleitung sowie Vorverarbeitung und Filterung von auditiven Signalen bzw. Informationen auf verschiedenen Ebenen“ verstanden (ebd.), „**Wahrnehmung** (= Perzeption) wird als Teil der Kognition im Sinne einer zu höheren Zentren hin zunehmenden bewussten Analyse auditiver Informationen verstanden“ (ebd., Hervorhebungen nachträglich).

Ätiologisch wird eine „Dysfunktion der Afferenzen und Efferenzen der zur Hörbahn gehörenden Anteile des zentralen Nervensystems“ (ebd., 91) angenommen – mit einer Prävalenz bei Kindern von 2 - 3%, ausgelöst durch genetische Faktoren, Reifungsstörungen der Hörbahn oder Umgebungsfaktoren. Für die erworbenen Varianten von AVWS werden z.B. umfassende rezidivierende Mittelohrprobleme als auslösende Ereignisse vermutet. Verschiedene Untersuchungen bestätigen die hohe Quote von Hörstörungen im frühen Kindesalter und deren Einfluss auf Spracherwerbsstörungen (Schönweiler 1993, Ward 1999, Schönweiler et.al. 2000).

Für Frerichs (2000, 126) ergeben sich aus Hirnforschungsergebnissen folgende Hypothesen:

1. „Die zentral-auditive Verarbeitungsstörung lässt sich als Konsequenz einer organischen Schädigung der Hörbahn definieren (Myelinisierungsstörung).
2. Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen lassen sich im Schulalter nur noch bedingt therapieren (Konsequenz der Myelinisierungsphase).
3. Zentrale Wahrnehmungsstörungen sind in der Regel cortikale Funktionsstörungen als Konsequenz beeinträchtigter Verarbeitungsprozesse in der Hörbahn (defizitäre Signalleistungsbilanz mit eingeschränkter Hörmusterstrukturierung).“

## 2.1 Teilleistungen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung

In den Modellen zur auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung werden unterschiedliche Subleistungen aufgelistet: Lauer (1999) beschreibt elf, Uttenweiler (2001) zwölf und Nickisch (2002) 16 Teilleistungen. Die folgende Tabelle ordnet die wichtigsten Teilleistungen den einzelnen Hörfunktionen zu:

<b>Außenohr Mittelohr</b>	<b>Innenohr (Cochlea)</b>	<b>Hörbahnen</b>	<b>Hörzentrum (Cortex)</b>
Schallleistung	Schallempfindung	auditive Verarbeitung	auditive Wahrnehmung
peripher	peripher	zentral	zentral
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lokalisation</li> <li>➤ Selektion</li> <li>➤ Summation</li> <li>➤ Separation</li> <li>➤ Zeitauflösung</li> <li>➤ Hördynamik</li> <li>➤ Differenzierung</li> <li>➤ Ordnungsschwelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufmerksamkeit</li> <li>➤ Kurzzeitspeicher</li> <li>➤ Langzeitgedächtnis</li> <li>➤ Identifikation</li> <li>➤ Analyse</li> <li>➤ Synthese</li> <li>➤ Ergänzung</li> <li>➤ Analogie</li> <li>➤ Sequenzierung</li> </ul>

Tab. 1: Periphere und zentrale auditive Prozesse mit Zuordnung von Teilfunktionen

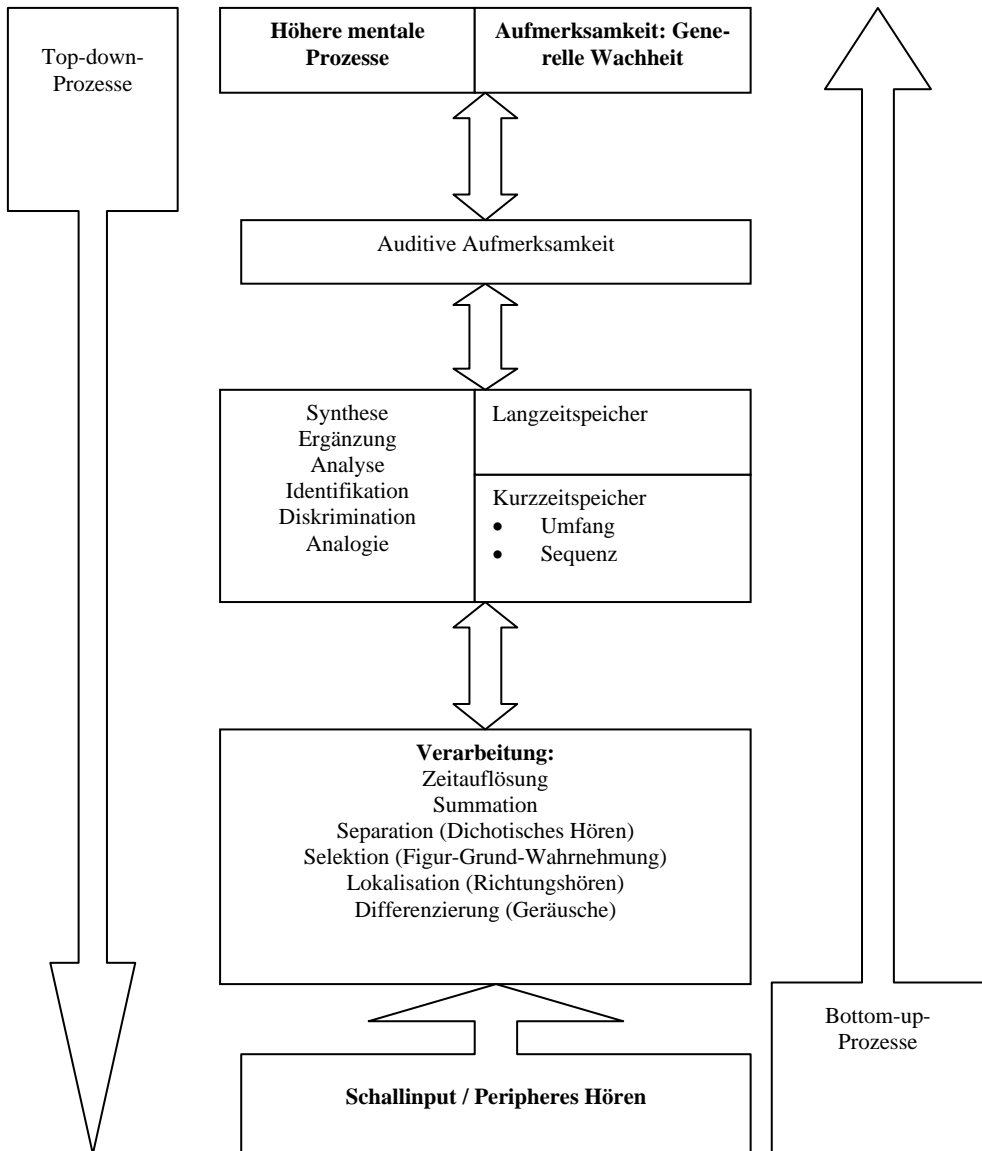


Abbildung 1: Vereinfachtes Modell der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung

Die unterschiedlichen Teilleistungen sind allerdings im Gesamtkontext der Wahrnehmung einzuschätzen, da es Einflüsse allgemeiner Kognitionsleistungen ebenso gibt wie Interferenzen mit dem Bereich der Aufmerksamkeitssteuerung. Ein überzeugendes Modell zur Beschreibung dieser Beziehungen wurde 1999 durch Lauer vorgelegt, das in modifizierter Form in Abbildung 1 dargestellt ist. Vor allem für die Diagnostik ergeben sich ent-

scheidende Fragestellungen aus dem Blickwinkel der top-down-Prozesse: eingeschränkte mentale Fähigkeiten, aber auch Aufmerksamkeitsdefizite führen zu Minderleistungen in den auditiven Wahrnehmungsleistungen. Dagegen finden Prozesse auf der Verarbeitungsebene viel unabhängiger von diesen Einflussfaktoren statt, bewirken im Falle von Störungen jedoch häufig Folgestörungen auf der Wahrnehmungsebene. Sie stehen in der bottom-up-Prozessabfolge direkt hinter den Empfindungsprozessen des peripheren Hörorgans und werden eher im Bereich der Hörbahnen verortet als im Kortex.

Hierdurch ergeben sich besondere Anforderungen für die differenzialdiagnostische Arbeit. Auditive Wahrnehmungsleistungen wie z.B. die Lautidentifikation, -analyse, -synthese etc. (mit direktem Einfluss auf den Prozess der Phonem-Graphem-Zuordnung) stehen in diesem Modell also zwischen den höheren zentralen Prozessen und den basalen Abläufen in der Peripherie.

## **2.2 Auditive Verarbeitung als Basisleistung**

Konsequenz aus dem geschilderten Modell für die Erfassung auditiver Störungen ist deshalb die Zuordnung zu einem übergeordneten oder stark interferierenden Störungsbild (also einem Intelligenz- oder einem Aufmerksamkeitsdefizit) – oder eine Umschreibung als spezifische Störung. Eine periphere Hörschädigung sollte obligatorisch ausgeschlossen worden sein.

Bisher erfolgt die Klassifikation einer AVWS gemäß ICD-10 oft als rezepetive Sprachstörung (F80.2), wobei aktuell andere Varianten diskutiert werden, die auf eine Neudefinition hinauslaufen, so dass nur im Falle von Störungen auf der Verarbeitungsebene eine spezifische Symptomatik postuliert wird. Hierdurch ergäbe sich eine eindeutigere Zuordnung zu den Hörstörungen, also eine Codierung in der H-Gruppe (bereits beantragt), was sich entscheidend auch auf die Verordnung von technischen Hilfsmitteln (also Hörsystemen) auswirken würde (Schönweiler 2006).

## **3. Aspekte bei der Erfassung von AVWS**

Da ein „Goldstandard bei der Erfassung von AVWS“ (Meister 2005, S. 70) noch fehlt, gibt es bei der Fülle von Verdachtsfällen für AVWS kontroverse Diskussionen über diagnostische und therapeutische Verfahren. Zudem wird das Störungsbild in Fachkreisen häufig auch als Modekrankheit oder Modediagnose eingestuft. Die bisherigen Möglichkeiten zur Erfassung von

Störungen im Bereich der zentralen auditiven Prozesse sowie die erprobten Interventionsmöglichkeiten lassen es allerdings – wie bei peripheren Hörschädigungen – aussichtsreich erscheinen, mit Ansätzen zur frühen Arbeit mit Vorschulkindern gravierende Folgeprobleme im Sinne einer Prävention zu vermeiden.

### 3.1 Formen der AVWS

Bei Verdachtsdiagnosen „AVWS“ sind differenzialdiagnostische Fragestellungen zu berücksichtigen. In unserer Arbeit unterscheiden wir folgende Formen von zentralen auditiven Störungen:

- (Modalitäts-) spezifische Störung
- Kombinierte Störung
  - Z.B. mit SES, ADHS, LRS.
- Symptomatische Störung
  - Z.B. als Folge eines kognitiven Defizits.

Bei allen genannten Formen kann es unterschiedliche Ausprägungen geben:

- breitbandiges Störungsbild (hierzu besteht derzeit noch kein allgemeiner Konsens, wenngleich wir am ehesten die Forderung von Böhme (2006) teilen, dass mindestens drei Teilleistungen betroffen sein sollten, wobei zumindest eine Basisfunktion aus dem Bereich der auditiven Verarbeitung betroffen sein sollte)
- auditive Teilleistungsstörungen (wenn weniger als drei Teilfunktionen auffällig sind)

Sonderfälle werden für Kinder mit einer Lernbehinderung oder einer peripheren Hörschädigung diskutiert, wenn die auditiven Auffälligkeiten im Gesamtstörungsprofil deutlich schlechter sind als in der Vergleichsgruppe (Frerichs 2003, Schönweiler/Lesinski-Schidat 2003, Böhme 2006). Störungen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung treten eher in einem Störungskomplex auf, oft verbunden mit Störungen des Spracherwerbs, während die spezifischen Formen in der Praxis seltener auftreten. Aufgrund der noch offenen Fragen zur objektiven Diagnostik empfiehlt Böhme (2006, S. 41) statt der Diagnose „AVWS“ eine „defizitorientierte Leistungsbeschreibung“.

Die Batterie zur Testung der auditiven Teilleistungen sowie die differenzialdiagnostischen Abgrenzungen erfordern Abklärungen im interdis-

ziplinären Verbund, so dass für die Patienten schnell Überprüfungszeiten von mehreren Stunden entstehen.

### **3.2 Erfassung von Risikokindern für AVWS im Vorschulalter**

Die Forderung einer frühen Erfassung gilt nicht nur für periphere, sondern auch für zentrale Hörschädigungen, da nach derzeitigem Wissensstand die Hörbahnreife in den ersten Lebensjahren am intensivsten ist und mit zunehmendem Alter bestimmte neuronale Prozesse nicht mehr aktiviert werden können (Frerichs 2003, Veraguth 2003). Beispielsweise führen wechselnde einseitige Mittelohrprobleme zu irreversiblen Verschiebungen der Potenzialverarbeitung im Cortex – mit fatalen Folgen für das Richtungshören, da die sensible Phase für diese Subfunktion um den dritten Geburtstag ausläuft (Schönweiler/Lesinski-Schidat 2003).

Die Erfassung auditiver Auffälligkeiten erfordert entsprechendes Fachwissen bei den an der Früherkennung Beteiligten, so dass gerade Kinder- und HNO-Arztpraxen, aber auch sprachtherapeutische Praxen oder Frühförderstellen in ein Netzwerk zur Früherkennung einzubinden sind.

Das Land Niedersachsen bietet mit seinem Fachberatungsdienst für Hör- und Sprachgeschädigte ein flächendeckendes System zur Erfassung erheblicher Kommunikationsstörungen im Kindesalter an, das über die kommunalen Gesundheitsämter organisiert ist und mit niedergelassenen Praxen, Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen etc. vernetzt ist. Ergeben sich im Rahmen der regelmäßig durchgeführten Sprechstage bei den vorgestellten Kindern Hinweise auf erhebliche auditive Störungen im Sinne breitbandiger Störungsprofile (z.B. durch ärztliche oder logopädische Befunde oder aufgrund der durchgeführten Untersuchung), so wird – soweit noch nicht erfolgt – eine Weitervermittlung zu einer Überprüfung im Rahmen der Pädaudiologie und/oder der Pädagogischen Audiologie. Ziel sämtlicher Maßnahmen ist immer die Verminderung der Schädigungen im Sinne der Vermeidung von Lebenserschwerungen oder Behinderungen – bei normaler Entwicklung erübrigen sich Interventionen.

Bei leichten Auffälligkeiten reichen in der Regel Beratungsangebote oder ambulante therapeutische Maßnahmen aus. Der Heilmittelkatalog sieht bei der Indikation „Störungen der auditiven Wahrnehmung“ (SP2) ambulante sprachtherapeutische Behandlungen im Umfang von maximal 20 Thera-

pieeinheiten vor. Bei günstigem Verlauf erübrigen sich weitere Maßnahmen.

Kinder mit einer erheblichen auditiven Auffälligkeiten (leitsymptomatisch oder als kombinierte Störung mit einer Spracherwerbsstörung) werden – soweit dies noch nicht geschehen ist, einer erweiterten Diagnostik und Abklärung zugeführt, die in einem Netzwerk unterschiedlicher Fachleute organisiert wird. Kommt es dabei zur Bestätigung des Verdachtes, dass ein deutliches Risiko für eine AVWS vorliegt, so wird den Eltern eine teilstationäre Sprachheilbehandlung empfohlen, die in Sprachheilkindergärten und Kindergärten für Hörgeschädigte angeboten wird. Am Standort Oldenburg besteht seit einigen Jahren die Möglichkeit, diese AVWS-Verdachtsfälle mit einem mehrdimensionalen Förderkonzept zu fördern und zu behandeln. (Siehe Abb.2).

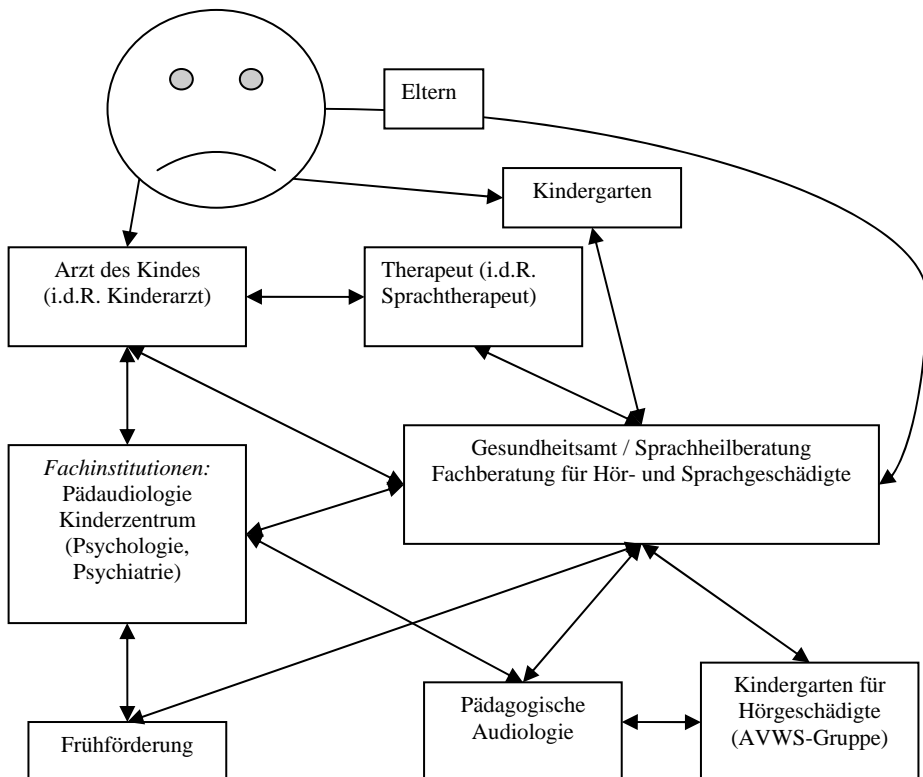


Abbildung 2: Kind mit deutlichem Risiko für eine AVWS (Beispiel: Region Oldenburg)



Da es sich hierbei um eine Maßnahme der Eingliederungshilfe handelt, liegt die organisatorische Federführung in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Sprachheilberatung im Gesundheitsamt), der über Meldungen aus ärztlichen oder therapeutischen Praxen, aber auch aus Kindergärten – oder in einzelnen Fällen auch durch Selbstmeldung der Eltern – Fälle zur Vorstellung und weiteren Beratung gemeldet werden.

Wenn noch keine pädaudiologische Untersuchung stattgefunden hat, liegen häufig Beobachtungshinweise oder Screening-Ergebnisse vor: z.B. Screening nach Lauer (1999), mit dem BISC (Mannhaupt et.al. 1999), dem Motter-Test (Welte 1981), Teilergebnisse aus dem SSV (Grimm u.a 2003) oder SETK (Grimm 2001), dem HASE (Brunner/Schöler 2002). Weitere Untersuchungen werden veranlasst, die entsprechenden Vorbefunde werden zur Kenntnis gegeben. Die meisten dieser Subtests überprüfen Leistungen auf der Wahrnehmungsebene, so dass für die Überprüfungen der Verarbeitungsfunktionen spezielle audiologische Verfahren unumgänglich sind.

### **3.4 Überprüfung im Rahmen der Pädagogischen Audiologie**

Verdachtsfälle werden im Pädagogisch-audiologischen Beratungszentrum am Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte Oldenburg vorgestellt, das seit Jahren eine umfangreiche Testbatterie zur Erfassung von AVWS einsetzt (Behrens/Flöther 2001), die sich hinsichtlich des Umfangs und der Struktur mit der aktuellen Zusammenstellung des Pädaudologen Nickisch (2002) weitgehend deckt (siehe hierzu die Übersicht in Flöther/Behrens 2005). Die Pädagogische Audiologie erfasst audiologische, audiometrische, entwicklungs-, wahrnehmungs- und lernpsychologische Daten, um auf die individuelle Entwicklung in den spezifischen sozialen Strukturen Einfluss nehmen zu können.

#### **3.4.1 Diagnostik: Viel Erfahrung, Zwischenmenschlichkeit und Beobachtung**

Die Durchführung einer Überprüfung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung bei Kindergarten- und Schulkindern erfordert vom Untersucher viel Erfahrung in der Pädagogischen Audiologie. Eine pädagogische Herangehensweise unter Berücksichtigung einer ganzheitlichen Sichtweise des Kindes und Zuhilfenahme einer adäquaten Testbatterie führt in der Regel zu aussagekräftigen und verwertbaren Befunden.

Je intensiver es dem Untersucher gelingt, eine zwischenmenschliche Beziehung zum Kind herzustellen, desto fundierter ist die Mitarbeit des Kindes und desto tragfähiger ist die Beurteilung. Für eine erfolgreiche und aussagekräftige Untersuchungsdurchführung ist der erste kindgemäße Kontakt des Untersuchers zum Kind von hochgradiger Bedeutung. Der Untersucher muss das Kind an sich „binden“, motivieren und natürlich Vertrauen schaffen. Nur ein motiviertes und angstfreies Kind wird adäquate Ergebnisse erbringen.

Das Kind darf auf keinen Fall nur auf das Hörorgan reduziert werden. Vor dem Einsatz der Testbatterie bilden Aussagen über allgemeine Auffälligkeiten, Grundstimmung, Motorik, körperliche Einschränkungen, kognitive Fähigkeiten, Sprech- und Sprachverhalten, Belastbarkeit/Ausdauer, Konzentration, Aufgabenverständnis und das Umfeld das Grundgerüst für die pädagogisch-audiologische Beurteilung des Kindes bezüglich einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung.

„Zur Bewertung hat eine Gesamtschau der Befunde standardisierter und nichtstandardisierter Testergebnisse, der Beobachtungen und der Anamnese vor dem Hintergrund der allgemeinen kognitiven Fähigkeiten des zu untersuchenden Patienten zu erfolgen“ (Konsensus-Statement Ptok et al. 2000).

Die Abklärung des peripheren Hörvermögens ist Grundlage für die Bewertung der erhobenen Befunde im Bereich der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung. Mittels Gehörgangsinspektion, Tympanometrie, Tonaudiometrie, Unbehaglichkeitsschwelle, Sprachaudiometrie (Freiburger, Mainzer oder Göttinger Sprachtest) und regiometrischer Untersuchung (breitbandiges Rauschen, seitlich und oben) wird das periphere Hörvermögen standardmäßig getestet. Abweichungen von der Normakusis müssen in verschiedenen Bereichen (z.B. beim Richtungshören, beim binauralen und dichotischen Hören, bei der Lautdiskrimination mit und ohne Störschall) berücksichtigt werden.

Die Abklärung der kognitiven Fähigkeiten des Kindes erfolgt in der Regel vor der Vorstellung im Pädagogisch-audiologischen Beratungszentrum. Grundlage für den Ausschluss einer gravierenden Schwäche der Lern- und Leistungsfähigkeit ist ein nonverbaler Intelligenztest, der von den Eltern vor der Untersuchung vorgelegt wird.

Im Rahmen der Anamneseerhebung kommt der Hör- und Sprachentwicklung eine besondere Bedeutung zu. Kinder, bei denen in unserem Beratungszentrum Hinweise auf eine auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung erkannt wurden, haben sehr häufig unter einer Sprachentwicklungsverzögerung und/oder schalleitungsbedingten Hörstörung und einer daraus resultierenden belasteten Hörbilanz gelitten.

Der fundierten und durch viel Erfahrung getragenen Beobachtung kommt eine besondere Bedeutung zu. Es werden sowohl das Verhalten als auch die Auswirkungen des Verhaltens genau beobachtet und aufgezeichnet. So fließen Beobachtungen der sprachlichen Äußerungen des Kindes, des sprachlichen Umgangs der Erziehungsberechtigten mit ihrem Kind, der atmosphärischen Umgangsform der Erziehungsberechtigten mit dem Kind, der altersgemäßen Nutzung des Spielzeugs, des Spiel des Kindes, der ängstlichen Zurückhaltung, der Kontaktaufnahme des Kindes zu anderen Kindern oder Erwachsenen etc. in die Gesamtschau mit ein und können Grundlage für die weitere diagnostische Vorgehensweise sein.

### **3.4.2 Testbatterie: Umfangreich und individuell einsetzbar**

Die seit Jahren im pädagogisch-audiologischen Beratungszentrum eingesetzte Testbatterie zur Erfassung von AVWS ist umfangreich und altersadäquat einsetzbar. Sie wird ständig unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischer Erfahrungen verändert und angepasst. Je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes sind verschiedene Bereiche der Testbatterie einsetzbar. Es müssen nicht alle Teile eines Tests abgefragt werden.

Zur Testbatterie am LBZH Oldenburg gehören (gem. Tabelle 1 und Abbildung 1) verschiedene Kategorien: Lokalisation (Richtungshören), Auditive Musteranalyse (Ordnungsschwelle), Selektion (Sprachaudiometrie mit Störgeräusch), Auditive Zeitauflösung (Zeitkomprimierte Sprache), Binaurale Summation (Binaurale Summation), Auditive Separation (Unterscheidung von Geräuschen, Mainzer-Göttinger, Uttenweiler-Test, Feldmann-Test), Diskrimination / Differenzierung (Hannoverscher Lautdiskriminationstest, Oldenburger Kinderreimtest), Analogie (Reime nach BISC), Analyse (Identifikation, Positionsbestimmung, Silbenklatschen nach Lauer), Ergänzung (Serielle Merkfähigkeit, Zahlen, Semantische Serien, Sinnfreie Silben, Ergänzung nach Lauer), Synthese (nach Lauer), Kurzzeitspeicher /

Sequenzierung (Hörgedächtnisspanne Zahlen / Wörter / Sätze / sinnleere Silben, Rhythmen, Aufmerksamkeit (nach Lauer), Langzeitgedächtnis (Sequenzgedächtnis, Handlungsplanung), Hördynamik (Unbehaglichkeitsschwelle, Hörflächenskalierung), Screening für 4-6 Jährige (Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung HASE).

Als Prüfmittel wird für die Untersuchung der Hörgedächtnisspanne (Zahlen, Wörter und sinnleeren Silben), der zeitkomprimierten Sprache, der binauralen Summation (Trennfrequenz 1000 Hz, 1500 Hz, 2000 Hz), der Unterscheidung von Geräuschen und der Lautdiskrimination mit und ohne Störschall (Hannoverscher Lautdiskriminationstest) die Westra-Digital Audiometrie Disc Nr. 18 (Ptok 1997) eingesetzt.

Zur Abklärung des dichotischen Gehörs bei jüngeren Kindern und Kindern mit einer auffälligen Hörgedächtnisspanne eignet sich der Mainzer und der Göttinger Kinder-Sprachtest (Westra-Digital Audiometrie Disc Nr. 4, Kinderaudiometrie, parallel abspielen). Der Sprachtest ist für diesen Einsatz nicht genormt, führt aber wegen der Kürze der Hörprüfwörter zu aussagekräftigen Ergebnissen. Bei älteren Kindern wird der dichotische Sprachtest nach Uttenweiler und nach Feldmann (Westra-Digital Audiometrie Disc Nr. 5, Dichotische Sprachtests) eingesetzt.

### **3.4.3 Untersuchung: Zeitökonomisch, aber ergebnisorientiert**

Während der Untersuchung muss mit dem Energiepotential des Kindes gehaushaltet werden. Die Untersuchung sollte zu möglichst vielen verwertbaren Ergebnissen führen. Dabei muss zeitökonomisch vorgegangen werden. Der Untersucher sollte das Energiepotential des Kindes einschätzen. Gute Mitarbeitersphasen müssen genutzt und Pausen zum richtigen Zeitpunkt gesetzt oder Wiedervorstellungen eingeplant werden.

Die eigentliche Untersuchung beginnt ganz bewusst in einem freundlich eingerichteten Besprechungsraum. Der Einstieg beginnt mit nichtstandardisierten einfachen Aufgaben, die in der Regel für das Kind lösbar sind. So müssen z.B. einfache Handlungen ausgeführt werden, die sehr schnell eine visuelle Orientierung oder ein auditives Abrufen erkennen lassen. Anschließend muss das Kind spielerisch Aufgaben zur Überprüfung der seriellen Merkfähigkeit und der semantischen Serienspeicherung ausführen. Die Messung der Ordnungsschwelle wird nur noch in Ausnahmefällen

durchgeführt. Nach unseren Erfahrungen führt sie eher zu nicht aussagekräftigen Ergebnissen.

Nach der „Aufwärmphase“ wird in den mit viel Technik ausgerüsteten Regiometrierraum gewechselt. Hier wird der Großteil der Überprüfung mit den oben beschriebenen standardisierten Testverfahren durchgeführt. Hier ist nicht nur das zahlenmäßige Ergebnis sondern die Beobachtung des Kindes bedeutsam. Wie werden die Ergebnisse erbracht? Ist das Kind angespannt, nervös, unruhig, abwartend, souverän...? Wie verhält sich das Kind in den einzelnen Untersuchungsteilen. Ist das Kind mehr visuell orientiert? etc.



Werner Behrens mit Proband im Oldenburger Untersuchungsraum (Regiometrie)

#### **4. Möglichkeiten der Intervention: Förderung und Therapie**

In Anlehnung an das Konsensus-Statement (Ptok et al. 2000) werden die therapeutischen Interventionen in drei große Gruppen untergliedert (vgl. auch Boelsen et al. 2003):

- I. Übende Verfahren zur Verbesserung auditiver Teilleistungen:** Durch den Einsatz störungsspezifischer Übungen soll eine Verbesserung definierter Teilleistungen erfolgen. Aus sprachtherapeutischer Sicht liegen unterschiedliche Programme zur Therapie oder Förderung vor: die Arbeit von Lauer (1999) galt lange als wegweisend für allem für Kinder im Vorschulalter. Einen ähnlichen Ruf hat das Würzburger Trainingsprogramm zur Steigerung der phonologischen Bewusstheit (Küspert/Schneider 1999), welches sich an Kinder im Jahr vor der Einschulung, ggf. auch noch in der ersten Grundschulklasse richtet. Die wissenschaftlich belegten und durch Erfahrung bestätigten Erfolge dieses unter fachlichen Aspekten nicht unumstrittenen Programms (Geissler 2003, Hacker 2004) sprechen für sich. Seit einigen Jahren häufen sich die Publikationen zum Thema (z.B. Nickisch et.al. 2001, Christiansen 2000 und 2001, Christiansen/Stoltenberg 2002, Burger-Gartner/Heber 2003, Coninx 2003, u.v.a.). Die darin zusammengestellten teilfunktionsorientierten Übungen werden entweder als gesonderte Fördermaßnahme in die Einzelförderung integriert oder im Rahmen der Gruppenförderung mit einbezogen.
- II. Metakognitive Verfahren zur kompensatorischen Nutzung anderer Sinnesmodalitäten:** Hier geht es um die bewusste und gezielte Nutzung der visuellen Unterstützung zur Kompensation auditiver Teilleistungsschwächen. Hierzu gehören:
- der bewusste Einsatz von Gestik und Mimik
  - Visualisierungen von Inhalten und Abläufen
  - die Erarbeitung einer Antlitzgerichtetheit sowie
  - das Nutzen des Mundabsehbildes
  - der Einsatz manueller Zeichensysteme, z.B. PMS (Gielen/Thöne 1971)
- III. Kompensatorische Verfahren zur Verbesserung der akustischen Signalqualität** über:
- die Verringerung des Störschalls durch eine Verkleinerung der Gruppengröße, durch eine gute Gesprächsdisziplin sowie durch den bewussten Ausschluss von Störschallquellen (z.B. Straßenlärm, Heizungssurren)
  - die Minimierung der Schallreflexion durch Ausstattung der Räume mit geeigneten Materialien
  - den Einsatz von FM-Übertragungsanlagen

- eine vorübergehende Hörgeräteversorgung (in Sonderfällen).
- den Einsatz eines Soundfield-Systems
- die Verbesserung der akustischen Signalqualität (z.B. der eigenen Stimme).

Die zeitliche Begrenztheit der sensiblen Phasen in der Hörbahnreifung begrenzt die Wirksamkeit übender Verfahren in etwa mit dem Eintritt in die Schule, spätestens aber während der Grundschulzeit. Danach stehen daher die kompensatorischen Verfahren im Vordergrund des Interventionsgeschehens.

Bei breitbandigen Störungsbildern hat sich für den Vorschulbereich die interdisziplinäre Arbeit unter Einbeziehung hörgeschädigtenpädagogischer Elemente als besonders förderlich erwiesen. So werden seit einigen Jahren Vorschulkinder mit entsprechenden Befunden im Kindergarten für Hörgeschädigte Oldenburg durch allgemein- und sonderpädagogische (vor allem hörgeschädigtenpädagogische), bewegungs- und sprachtherapeutische Fachkräfte mehrdimensional in Gruppen mit jeweils acht Kindern gefördert und behandelt. Gruppenspezifische Förderung und einzeltherapeutische Anteile ergänzten sich in einem wohlstrukturierten Tagesablauf mit wiederkehrenden Ritualen und Regelmäßigkeiten. Viele dieser Kinder konnten schon nach einem Jahr mit einem positiven Entwicklungsverlauf in den Regel- oder Sprachheilbereich entlassen werden können (Behrens et.al. 2004). Vergleichbare Erfahrungen liegen auch aus dem Kindergarten für Hörgeschädigte Meppen vor (Flöther et al. 2000).

Sonderpädagogische und therapeutische Arbeit muss auf eine gute und differenzierte Diagnostik mit Förderkonzepten aufbauen, die auf der Grundlage der Lernprozesse im Regelkreis von Hören und Sprechen die Voraussetzungen für eine möglichst optimale Persönlichkeitsentwicklung schafft. Für die teilstationäre Arbeit bedeutet dies unter anderem, im Rahmen der Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik regelmäßig zu reflektieren, ob und inwiefern Minderleistungen in den auditiven Wahrnehmungsleistungen auf spezifische Probleme in der auditiven Verarbeitung oder eher auf Top-Down-Prozesse zurückzuführen sind.

Die Erfahrungen mit der teilstationären Behandlung von auditiv auffälligen Kindern am Standort Oldenburg haben gezeigt, dass sich vor allem die auditive Aufmerksamkeit als Top-Down Prozess entscheidend auf die Entwicklung auditiver Leistungen auswirkt. Jede therapeutische Intervention muss daher an dieser Stelle ansetzen und sicherstellen, dass der Bereich der

auditiven Aufmerksamkeit als besonders relevante Grundvoraussetzung für die Fortentwicklung auditiver Leistungen beachtet und gefördert wird.

In der Arbeit mit Vorschulkindern haben sich unter anderem folgende methodische Elemente aus der Hörgeschädigtenpädagogik für die Arbeit mit AVWS-Kindern für die Einzel- als auch für die Gruppenförderung als wirkungsvoll erwiesen:

- **Ein durchgängig hörgerichteter und inputorientierter Umgang mit den Kindern:** Hören, Hinhören und Zuhören stehen im Vordergrund der Interaktion. Der Schwerpunkt therapeutischer Angebote und Anforderungen liegt auf der (differenzierten) Aufnahme und Verarbeitung auditiver Angebote. Die expressiven Leistungen der Kinder werden zunächst nicht offensichtlich bewertet und nicht gesondert gefördert.
- Die **Absicherung der Aufmerksamkeit** des Kindes, bevor dieses kommunikativ eingebunden wird.
- Ein **lebendiger, gefühlsbetonter Sprach-/Sprechstil**, in dem prosodische Merkmale der Sprache deutlich (jedoch nicht übertrieben) ausgeprägt sind.
- **Das regelmäßige Wiederholen auditiver Angebote:** Jede Wiederholung gibt dem Kind eine erneute Chance, das auditive Angebot zu hören, zu verarbeiten, zu verstehen und den Höreindruck im Gehirn zu verankern.
- **Der Einsatz der so genannten „Fangmethode“** (van Uden 1987): Äußerungen des Kindes werden aufgefangen und modelliert (= korrekatives Feedback und sprachliche Erweiterung der Äußerungen).
- **Das Einnehmen der so genannten „Doppelrolle“** (ebd.): Das sprachliche Begleiten bzw. Versprachlichen sowohl der eigenen Handlungen als auch der Handlungen des Kindes.
- **Das Ermöglichen von Denkpausen in der Interaktion bzw. Kommunikation:** Das Kind erhält bewusst viel Zeit, auditive Angebote zu verarbeiten, zu durchdenken und darauf zu reagieren.
- **Offene Fragen:** Offene Fragen (W-Fragen, Alternativfragen) regen im Gegensatz zu geschlossenen Fragen (Fragen, auf die mit „ja“ bzw. „nein“ geantwortet werden kann) stärker zum Nachdenken, Sprechen und Umformulieren an.
- **Das Anbieten von Sinnwidrigkeiten** und Falschaussagen, die vom Kind erkannt und relativiert werden müssen: Dem aktiven (genauen) Zuhören und Mitdenken wird dabei besondere Bedeutung zugemessen.



- **Hör- und Gesprächserziehung:** Dazu gehören u.a.: Unruhe vermeiden, dem Anderen zuhören, aufeinander Bezug nehmen, Gesprächsregeln einhalten.
- **Erarbeitung hörtaktischer Elemente:** Die Kinder werden dazu ermutigt und aufgefordert mitzuteilen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Sie lernen, in solchen Fällen die Wiederholung auditiver Informationen anzufordern (= nachzufragen). Zudem müssen die Kinder lernen, für ihre Hörsituation selbst Verantwortung zu übernehmen indem sie z.B. sowohl im Kindergarten als auch im häuslichen Umfeld Störschallquellen erkennen und ausschalten und die notwendige Gesprächsdisziplin einfordern. Als besonders bedeutsam hat sich hierbei die Sensibilisierung der Kinder für eine differenzierte Wahrnehmung von Lärm und Stille erwiesen.
- **Visualisierungen** von dargebotenen Inhalten zur Unterstützung des Verständnisses sowie als Speicherhilfe
- **Täglicher Morgenkreis:** Gruppenförderung: Ritualisierte Kommunikationssituation (~ 45 Min.), in der das Hören und Sprechen im Vordergrund stehen.
- **Multisensorisches Vorgehen** zur Förderung intermodaler Prozesse
- **Rhythmisierung der Förderangebote:** Gemeint ist ein regelmäßiger Wechsel von An- und Entspannung im Fördergeschehen über den Wechsel der Arbeitsebene und des Arbeitsgeschehens.
- **Rhythmisch-musikalische Erziehung**

Der Einsatz technischer Medien, die primär mit nonverbalen Stimuli arbeiten (z.B. Geräte zum Training der Ordnungsschwelle, der Lateralität oder des dichotischen Hörens) erfolgt am Standort Oldenburg nicht, zumal sich hierfür bislang kein Nutzen nachweisen lässt (von Sucholdoletz 2006) und die zentrale Verarbeitung und Wahrnehmung dieser akustischen Stimuli auch in anderen Hirnarealen erfolgt als die der sprachlichen Inputs.

Allen Interventionen sind Grenzen gesetzt, solange elementare Aspekte des förderlichen Umgangs mit dem Kind nicht auch im häuslichen Umfeld Berücksichtigung finden. Daher kommt der Beratung der Eltern eine bedeutende Rolle zu. Eltern müssen zunächst über das Störungsbild ihres Kindes intensiv aufgeklärt werden. Das Wissen um die Zusammenhänge von Teilleistungsschwächen und daraus resultierendem Alltagsverhalten des Kindes kann die Eltern-Kind-Beziehung erheblich entlasten und damit Sekundärproblemen auf der Beziehungsebene vorbeugen. Darüber hinaus gilt es,

den Eltern methodische Prinzipien zu vermitteln, die das Kind im alltäglichen Miteinander förderlich unterstützen.

In der Beratung sollten deshalb folgende Aspekte erläutert werden:

- Das akustische Umfeld, d.h. die Bedeutung der Raumakustik sowie die Entstehung und Auswirkung von Störschall werden thematisiert, auch der Einsatz technischer Hilfsmittel (wie z.B. FM-Anlagen).
- Die Kommunikation mit dem Kind hinsichtlich der Bedeutung von Blickkontakt, von Sprechpausen, von einer angemessenen Wortwahl bzw. Satzlänge, von Wiederholungen, von der Absicherung des kindlichen Verständnisses sowie die Bedeutung von hörtaktischen Elementen.
- Übungs- und Spielmöglichkeiten zur Unterstützung bzw. Ergänzung therapeutischer Interventionen.

## 5. Diskussion

Auch wenn rund um das Thema „AVWS“ noch viele Fragen nicht abschließend geklärt sind, so bieten mehrdimensionale Ansätze zur frühen Erfassung und Intervention positive Ansätze für eine Prävention gravierender Störungen, da im Vorschulalter Prozesse der neuronalen Reifung noch eher beeinflusst werden können als in späteren (Schul-) Jahren. Die Einbeziehung hörspezifischer Methoden hat sich bei der Förderung und Behandlung der Kinder mit Risiken für eine AVWS als positiv erwiesen. Da die Symptomatik bei vielen dieser Vorschulkinder mit expressiven sprachlichen Auffälligkeiten einhergeht, vermindern sich bei einer inputspezifischen Intervention in der Regel auch die Störungen des Outputs. Für Diagnostik und Therapie sprachauffälliger Vorschulkinder sollte deshalb der auditive Fokus geschärft werden.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

*Behrens, W., Flöther, M.* (2001): Konzept zur Überprüfung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung im Rahmen der Pädagogischen Audiologie. Oldenburg: Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte (unveröffentlichtes Skript).

*Behrens, W., Haufe, S., Rink-Ludwig, B., Sagcob, G.* (2004): Bericht über die Förderung von Kindern mit AVWS-Befunden im Kindergarten für Hörgeschädigte Oldenburg. (Persönliche Mitteilungen)

*Böhme, Gerhard* (2006): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Defizite, Diagnostik, Therapiekonzepte, Fallbeschreibungen. Bern: Verlag Hans Huber.

*Boelsen, B., Lindner, S., Rink-Ludwig, B. (2003):* AVWS – Möglichkeiten und Grenzen der Förderung und Therapie aus sprachheilpädagogischer und hörgeschädigtenpädagogischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Landesgruppe Niedersachsen)/Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben (Hg.): Auditive Verarbeitung und Wahrnehmung im Vorschulalter – Möglichkeiten der Diagnose, Förderung und Therapie. Materialsammlung der Tagung am Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte Oldenburg am 08.11.2003.

*Brunner, M., Schöler, H. (2002).* HASE - Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. Wertungen: Westra.

*Burger-Gartner, J., Heber, D. (2003):* Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen bei Vorschulkindern. Diagnostik und Therapie. Dortmund: modernes lernen.

*Christiansen, C. (2000):* Förderung der Phonologischen Bewusstheit zur Vorbeugung von Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Übungskatalog für den Kindergarten und den Schul-anfang. (Hrsg.. Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein. Kronshagen: IPTS.

*Christiansen, C. (2001):* Abgestuftes Konzept zur Vorbeugung von Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Zusammenführung des bestehenden schleswig-holsteinischen Sprachheilkonzeptes im Elementarbereich mit dem Gedanken der Vorbeugung von Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten durch Förderung der phonologischen Bewusstheit. In: [www.lernnetz-sh.de](http://www.lernnetz-sh.de)

*Christiansen, C., Stoltenberg, N. (2002):* Arbeitsblätter zur Förderung der phonologischen Bewusstheit. Kronshagen: Joost.

*Coninx, F. (2003):* Förderspiele „Hörspaß“; miniLÜK - Computerspiel, Braunschweig: Westermann Lernspielverlag.

*Flöther, M., Behrens, W. (2005):* Aspekte der Diagnose, Therapie und Förderung bei Kindern mit Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS). In: Doppelpunkt (Fortbildungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik – Landesgruppe Westfalen-Lippe): Sprache und Entwicklung. Diagnostik als Prozess. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

*Flöther, M., Knuth, R., Backs, M., Konken, H., Lindner, S. (2000):* Zentral-auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Vorschulalter. Tagungsbericht zur Tagung am 30.11.2000 in Meppen. Meppen: St.-Vitus-Werk.

*Frerichs, H.H. (2000):* Auditive Verarbeitungsstörung - Anmerkung zur Klienteldiskussion. Hörgeschädigtenpädagogik, 126-130.

*Frerichs, H.H. (2003):* Die Bedeutung der auditiven Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem Cochlea-Implantat. In: [www.sprachheilschule.ch](http://www.sprachheilschule.ch)

*Geissler, K. (2003):* Kritische Anmerkungen zum Würzburger Trainingsprogramm. In: Forum Logopädie 2, 26-30.

*Gielen, K./Thöne, M. (1971):* Artikulation mit PMS. Hg. v. Prof. Dr. Klaus Schulte. Marburg: Medizinische Verlagsgesellschaft.

*Grimm, H.* (2001): SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen. Göttingen: Hogrefe.

*Grimm, H., Aktas, M., Kießig, U.* (2003): SSV. Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe

*Hacker, D.* (2004): S-Bahn ist keine Essbahn – kritische Anmerkungen zum Training phonologischer Bewusstheit. In: Lüdtke, U. (Hg.): Fokus: MENSCH. Subjektzentrierte Unterrichts- und Therapiemodelle in der Sprachbehindertenpädagogik. Würzburg: von freisleben.

*Hörzentrum Oldenburg* (2000): Oldenburger Kinder-Reimtest (olki). Oldenburg: Carl-von-Ossietzky-Universität.

*Küspert, P., Schneider, W.* (1999): Hören, lauschen, lernen. Sprachspiele im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf die Schriftsprache. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

*Lauer, N.* (1999): Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter. Grundlagen - Klinik - Diagnostik - Therapie. Stuttgart: Thieme.

*Mannhaupt, G., Marx, H., Jansen, H., Skowronek, H.* (1999): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). Göttingen: Hogrefe.

*Meister, H.* (2005): Psychoakustik und sprachaudiometrische Diagnostik von auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) – Schwierigkeiten und aktuelle Entwicklungen. Hörgeschädigtenpädagogik, 66-70.

*Nickisch, A.* (2002): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Schulalter. Diagnostik und Therapie. In: Plath, P. (Hg.): Hören lernen. Materialsammlung vom 11. Multidisziplinären Kolloquium der GEERS-Stiftung am 5. und 6. Februar 2002 im Wissenschaftszentrum Bonn. 133-157.

*Nickisch, A., Heber, D., Burger-Gartner, J.* (2001): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen bei Schulkindern. Dortmund: modernes lernen.

*Ptok, M.* (1997): Prüfmittel für Untersuchungen zur auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung. Audiometrie Disc. Wertingen: Westra.

*Ptok, M., Berger, R., von Deuster, C., Gross, M., Lamprecht-Dinessen, A., Nickisch, A., Radü, H.J., Uttenweiler, V.* (2000): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement. Sprache-Stimme-Gehör, 90-94. (Aktueller Stand als Download unter [www.dgpp.de](http://www.dgpp.de))

*Schönweiler, R.* (1993): Audiometrische, entwicklungspsychologische und soziodemographische Befunde bei 1300 sprachauffälligen Kindern und deren Bedeutung für ein individuelles Rehabilitationskonzept. Sprache-Stimme-Gehör, 6-11.

*Schönweiler, R.* (2006): „APD“ neu definiert – ein Vorbild für AVWS? Sprache-Stimme-Gehör 30, 36-37.

*Schönweiler, R., Lesinski-Schidat, A.* (2003): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. Workshop im Rahmen des BDH-Bundeskongresses vom 29.-31.05.2003 in Essen (persönliche Notizen).

*Von Suchodoletz, W (2006):* Neue Studien zeigen: Training auditiver Funktionen für sprachgestörte Kinder ohne Nutzen. Forum Logopädie 5, 18-23.

*Van Uden, A. (1987):* Das gehörlose Kind – Fragen seiner Entwicklung und Förderung. Hörgeschädigtenpädagogik, Beiheft 5. Heidelberg: Median.

*Uttenweiler V. (2001):* Physiologie des Hörens und zentrale Hörverarbeitung. In: [www.audiva.de](http://www.audiva.de)

*Veraguth, D. (2003):* Die Bedeutung der Früherfassung aus medizinischer Sicht. Referat auf dem CI-Forums vom 3. November 2003 in der Sprachheilschule St. Gallen. In: [www.sprachheilschule.ch](http://www.sprachheilschule.ch)

*Ward, S. (1999):* An investigation into effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. International Journal of Language and Communication Disorders, 243-264.

*Welte, V. (1981):* Der Mottier-Test, ein Prüfmittel für die Lautdifferenzierungsfähigkeit und die auditive Merkfähigkeit. Sprache-Stimme-Gehör, Vol. 5., 121-125.

## **Erstautor**

Manfred Flöther

Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte im landesärztlichen Dienst  
Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS Hildesheim)

c/o LBZH Oldenburg, Lerigauweg 39, 26131 Oldenburg

Tel. 0441-9505.351 (mittwochs 9-13 Uhr)

Fax: 0441-9505.382

E-Mail: [manfred.floether@lbzh-ol.niedersachsen.de](mailto:manfred.floether@lbzh-ol.niedersachsen.de)

Internet: [www.soziales.niedersachsen.de](http://www.soziales.niedersachsen.de)

# Trauma und AD(H)S - Erfahrungen in der Praxis

*Gerhard Gutscher*

Zwischen **Traumafolgestörungen** und **Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität** gibt es aufregende Parallelen. Viele Kinder mit AD(H)S haben traumatische Erfahrungen hinter sich. Traumaopfer leiden häufig unter Konzentrationsstörungen. Gibt es also Zusammenhänge oder Überschneidungen zwischen ADHS und PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung)? Die Praxis spricht dafür. Darüber wird in dem Artikel berichtet. Weitere Forschung zu diesen Zusammenhängen wäre wünschenswert.

## **1 Einführung in das Thema mit Beispielen aus der Praxis**

„Nicht alles Belastende ist ein Trauma. Unter einer traumatischen Erfahrung versteht man, dass die Situation überwältigend ist und dazu führt, dass man sich extrem ohnmächtig und hilflos fühlt. Außerdem erlebt man Gefühle von Panik, Todesangst und Ekel. Gesunde Menschen reagieren auf solche Situationen mit einem (Auf)Schrei“ (Reddemann 2004, S. 99).

Eine Situation wirkt dann traumatisch, wenn die seelische Bewältigungskapazität des Menschen, mit dieser Situation umgehen zu können überschritten wird. So wie eine körperliche Verletzung je nach Ausmaß eine Narbe hinterlässt, so bleiben nach einem seelischen Traum Spuren in der Seele des Betroffenen. Wenn er in seinem Alltag etwas erlebt, was an das Trauma erinnert, ist alles wieder da, wie wenn die traumatische Situation erneut jetzt sich wiederholen würde.

Viele Kinder erleben traumatische Situationen und haben niemanden, der ihnen hilft, damit fertig zu werden. Ohnmächtig müssen inzwischen 150000 Jungen und Mädchen in der BRD Jahr für Jahr hinnehmen, dass ihre Eltern sich scheiden (Eggers et al., 2004, S. 65). „Scheiden tut weh“, dieses Sprichwort wird für viele zur traurigen traumatischen Realität. Sie sind damit allein gelassen, versinken in sich selbst, träumen vor sich hin, sind in der Schule wie abwesend. Viele von ihnen erfüllen die Kriterien einer Aufmerksamkeitsstörung.

Es gibt viele andere Situationen, die für ein Kind traumatisch sind: Da wird ein Kind in der Praxis vorgestellt, weil es in der Schule gemobbt wird. In den Pausen wird der verängstigte Junge gehänselt und geschlagen. Der Lehrer, der Pausenaufsicht hat, sagt er könne sich nicht um alle Kinder kümmern. Der Junge ist so angstbesetzt, dass er im Unterricht nicht mehr aufpassen kann. Dadurch verschlechtern sich seine Schulnoten. Der Lehrer stellt ihn damit vor der Klasse bloß.

Für kleine Kinder kann eine Mandeloperation traumatisch sein. Ein Angriff von einem Hund, ein Sturz vom Fahrrad kann für ein Kind ein nicht nur körperliches sondern auch seelisches Trauma bedeuten (Reddemann 2004, S. 38-39).

In frühester Kindheit entstehen Bindungsstörungen (Brisch 1999) aufgrund traumatischer Erfahrungen mit der Mutter oft bei abwesendem Vater.

Wie resilient, d.h.widerstandsfähig ein Kind auf eine traumatische Situation reagiert, hängt von dem individuellen Verhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren ab (Reddemann 2006). Ein Kind mit einer Bindungsstörung wird weniger Widerstandskraft haben als ein sicher gebundenes Kind. „Nicht nur ein Stresssyndrom (posttraumatic stress disorder, PTSD) sondern auch ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), Schizophrenie und Depression... können langfristig Folgen einer Traumatisierung sein“ (Resch & Schulte-Markwort, 2005, S. 5).

Nicht jede Traumatisierung hat eine Posttraumatische Belastungsstörung zur Folge. Ich beobachte jedoch relativ häufig, dass verletzende Erfahrungen in der Schule oder in Elternhaus dazu führen, dass Kinder abgelenkt sind und nicht die Schulleistungen erreichen, die sie bringen könnten.

## Beispiele

*1) Die 8-jährige Sarah wird von ihrer Pflegemutter vorgestellt, weil sie sehr un aufmerksam sei und rasch aggressiv werde. Sie halte sich an keine Regeln und passe im Unterricht nicht auf. Sie tyrannisiere andere Kinder auf dem Schulweg verbal mit Ausdrücken und durch herumschubsen. Sie werde sehr schnell wütend und streite auch zu Hause viel.*

*Sie sei in die Pflegefamilie gekommen, nachdem vom Jugendamt eine Gefährdung des Kindeswohls festgestellt worden sei. Der leibliche Vater sei mit ihr öfters nachts in alkoholisiertem Zustand alleine unterwegs gewesen, während die leibliche Mutter als Bedienung arbeitete, um die Familie zu ernähren, da der Vater schon berentet sei.*

*Auf dem Fragebogen FBB-HKS (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) kreuzt die Pflegemutter 7 von 9 Kriterien bzgl. Un aufmerksamkeit als auffällig an,*

davon 5 als besonders ausgeprägt. Sie beschreibt 6 Kriterien bzgl. Hyperaktivität als erfüllt, davon 4 besonders stark, alle 4 Kriterien bzgl. Impulsivität seien besonders ausgeprägt vorhanden. Auch die Lehrerin schildert Sarah als sehr unaufmerksam (Lehrerfragebogen FBB-HKS alle 9 Kriterien erfüllt), hyperaktiv (alle Kriterien erfüllt) und impulsiv (1 von 4 Kriterien erfüllt). Hier in der Einzelsituation der Untersuchung ist Sarah eher aufmerksam und nicht übermäßig lebhaft.

Die Probleme werden als sehr belastend beschrieben und sie würden sowohl zu Hause als auch in der Schule auftreten und hätten vor dem 7. Lebensjahr begonnen.

Die Kriterien für eine Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHS) nach DSM IV (314.01) (Saß et al. 1998) sind erfüllt. Nach ICD-10 (Remschmidt et al. 2001) handelt es sich, da auch Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, um eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Außerdem diagnostiziere ich bei ihr eine Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83). Es besteht eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung. In der Ursprungsfamilie scheint sie einerseits vernachlässigt und andererseits mit nicht altersgemäßen Reizen überflutet worden zu sein. Dennoch vermisst sie ihre leiblichen Eltern, sie sind nach wie vor sehr wichtig für sie, wie sie im Familiensystemtest (Gehring, 1998) zeigt.

2) Eine Mutter kommt mir ihrer 9-jährigen Tochter Sandra in die Praxis. Diese sei in der Schule und bei den Hausaufgaben unkonzentriert und unaufmerksam. Sie lasse sich leicht ablenken, schaue träumend aus dem Fenster, bleibe nicht bei der Sache. Die Mutter müsse sie bei den Hausaufgaben immer wieder dazu ermahnen, weiterzumachen. Auf dem Fragebogen FBB-HKS (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) kreuzt die Mutter 5 von 9 Kriterien einer Aufmerksamkeitsstörung als weitgehend oder besonders zutreffend an. Das Ganze sei sowohl in der Schule als auch bei den Hausaufgaben ein Problem und habe vor dem 7. Lebensjahr begonnen.

Dann erwähnt die Mutter noch, dass sie eine Hirnblutung hatte und 7 Wochen in Krankenhäusern gewesen sei, als Sandra 3 Jahre alt war. Sie habe knapp überlebt. Sandra sei in der Zeit bei ihren Eltern im Haus gewesen. Danach habe sie oft laut geschrien, wenn die Mutter weggegangen sei. Mit ihrem Mann verstehe sie sich schon lange nicht mehr. Sie blieben zusammen, weil sie derzeit keine andere Lösung sehe. Er kümmere sich nur um seinen kleinen Sohn, die Töchter beachte er nicht, beschuldige sie dagegen oft und lasse sie ansonsten links liegen.



*Auch hier überschneiden sich Unaufmerksamkeit und Trauma: Ein Kind, das unaufmerksam ist, ein Trennungstrauma und eine belastende Familiensituation. Zeitlich sind Zusammenhänge zu erkennen.*

*3) Eine Mutter wird mit ihrer 9-jährigen Tochter Laura von deren Lehrerin zu mir geschickt, da sie in der Schule unkonzentriert sei, unaufmerksam und oft wie abwesend wirke. Auch sei sie in letzter Zeit zu langsam. Die Lehrerin wird von der Mutter als jung und ehrgeizig geschildert. Sie wolle möglichst viele Viertklässler auf weiterführende Schulen bringen. Selbst habe sie keine Kinder. Die Mutter fühlt sich von ihr unter Druck gesetzt und nicht richtig verstanden. Dann berichtet sie weiter, dass sie kurz vor der Einschulung von Laura einen Oberschenkelhalsbruch erlitten habe und operiert werden musste. 4 Monate habe sie nicht laufen können. In der Zwischenzeit habe sie noch zweimal operiert werden müssen jeweils mit längeren Klinikaufhalten und noch längeren Ruhezeiten zu Hause. Dann sei ein guter Freund der Familie 2 Tage nach einer Oberschenkelhalsoperation plötzlich an einer Embolie verstorben. Laura hat Tränen in den Augen, als die Mutter das erwähnt. Seither sei sie in der Schule schlechter geworden.*

*Hier ist ein Mädchen unaufmerksam, weil es sich möglicherweise mit Sorgen um seine Mutter plagt, was es vom Aufpassen im Unterricht ablenkt.*

*4) Der 7-jährige Sven fällt auf durch extreme Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Unter Methylphenidat sind die Symptome besser, jedoch immer noch deutlich zu sehen. Seine Geschichte: Mit 9 Monaten wurde er notfallmäßig vom Jugendamt der Mutter weggenommen. Diese nahm Drogen und vernachlässigte ihr Kind, so dass eine akute Gefährdung des Kindeswohls vorlag. Auch während der Schwangerschaft hatte sie Ecstasy genommen. Der Vater war ebenfalls drogenabhängig und hatte die Mutter während der Schwangerschaft verlassen. In der Pflegefamilie entwickelte sich Sven gut, er lernte laufen und sprechen und war gut integriert. Das Jugendamt veranlasste plötzlich eine Rückführung des Kindes zur Mutter, als Sven 2 ¼ Jahre alt war. Die Pflegeeltern hatten vergeblich davor gewarnt. 1 Woche später rief die Mutter an, sie könne das Kind nicht länger bei sich haben. Das Jugendamt brachte den erneut völlig verwahrlosten Jungen zurück zu den Pflegeeltern. Es brauchte lange, bis Sven und seine Pflegeeltern den Schock der plötzlichen Trennung überwunden hatten. Hier war durch das Jugendamt eine Retraumatisierung eines schon in der Prä-, Peri- und Postnatalzeit traumatisierten Kindes provoziert*

*worden. Während er sich allgemein ganz gut entwickelte blieben massive Symptome eines ADHS bestehen.*

Die Beispiele haben gemeinsam, dass es sich um Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung ohne oder mit Hyperaktivität handelt. Bei allen lassen sich mehr oder weniger traumatische Erfahrungen erfragen, ein zeitlicher Zusammenhang ist erkennbar. Das beweist aber noch keinen ursächlichen. Bekannt ist, dass ein Symptom von Traumafolgestörungen die Störung der Aufmerksamkeit ist. Im Rahmen von Traumafolgen beobachtet man häufig **dissoziatives Verhalten**: „Der Mensch erscheint im Kontakt wie nicht anwesend, sein Blick scheint durch sein Gegenüber hindurchzugehen, ein Blick, der sich verliert, der auch manchmal beschrieben wird als ein toter Blick. ...Dissoziation ist für die Beziehung Abbruch des Kontaktes. Für den betroffenen Menschen ist es ein Schutz, nämlich der Versuch, eine unerträglich erscheinende Situation zu verlassen (Reddemann 2004, S.34). Diese Kinder sind physisch anwesend und geistig abwesend.

## 2. Anmerkungen zur Diagnostik

Eine Aufmerksamkeitsstörung (314.00) liegt vor (nach DSM-IV, Saß et al. 1998), wenn mindestens 6 Kriterien von Unaufmerksamkeit über einen Zeitraum von 6 Monaten in mehreren Bereichen (Schule und zu Hause) vorliegen und das Ganze vor dem Alter von 7 Jahren begonnen hat.

Eine Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (314.01) erfordert nach DSM IV, dass sowohl die Kriterien für eine Aufmerksamkeitsstörung als auch die von Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sind.

Nach ICD-10 sprechen wir von einer **einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung** (F90.0), wenn mindestens 6 Monate mindestens 6 Symptome von Unaufmerksamkeit, mindestens 3 Symptome von Überaktivität und mindestens 1 Symptom von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß situationsübergreifend und andauernd vorhanden sind. Die Störung darf nicht durch andere Störungen wie Autismus oder eine affektive Störung verursacht sein. (Remschmidt et al. 2001, S. 33-37).

### 2.1 Was ist Unaufmerksamkeit?

„Darf ich um Ihre geschätzte Aufmerksamkeit bitte?“ – Wer so fragt, der möchte zweierlei: Zum einen sollten die Zuhörer wach werden, falls sie zuvor leicht dösend auf den Stühlen saßen. Zum anderen sollten sie sich

aber auch dem Redner zu- und von anderen Dingen, mit denen sie sich gerade beschäftigten, abwenden. Die Wissenschaft spricht bei ersterem von Aufmerksamkeit im Sinne von **Vigilanz** und meint damit einen quantitativ angebbaren Zustand des Organismus, der von hellwach bis komatös reicht (engl.: alerting).

**Selektive Aufmerksamkeit** (engl.: orienting) meint die Zuwendung zu bestimmten Sachverhalten oder Personen und das Ausblenden von anderen. Man kann vereinfachend sagen, dass die Vigilanz ein zeitlicher, die selektive Aufmerksamkeit ein räumlicher Prozess ist. Man konnte durch Experimente zeigen, dass beide Prozesse unabhängig voneinander ablaufen. Die selektive Aufmerksamkeit wird also durch den Grad der Vigilanz nicht beeinflusst (Spitzer 2003).

Die Kriterien einer Aufmerksamkeitsstörung sind im DSM-IV und ICD-10 identisch. In letzterem Klassifikationssystem ist sie allerdings nur unter einer Restkategorie (F98.8) unterzubringen, unter die auch „Daumenlutschen“ und „exzessive Masturbation“ fällt (Remschmidt et al. 2001, S. 69).

## 2.2 Was ist Hyperaktivität?

Hyperaktivität ist Überaktivität. Eine Aktivität, die das normale Maß überschreitet. Was ist normale Aktivität? Wer bestimmt das? Ist ein Manager, der 14 Stunden am Tag herumrödelt wie wild, hyperaktiv? In Berlin hat ein Kollege ein Aktometer erfunden, mit dem er die Bewegungen von Kindern und Jugendlichen misst. Er beschreibt, dass hyperaktive Kinder wesentlich mehr in Bewegung sind als unauffällige.

Häufig verstehen Eltern die Frage nicht: Ist ihr Kind dauernd „auf Achse“? Ab wann kann man sagen, das Kind sei überwiegend dauernd auf Achse? Das ist sehr abhängig von der eigenen Aktivität und von der Toleranzschwelle des Einzelnen.

Wer ist ein „Zappelphilipp“? Der Arzt Hoffmann beschrieb 1845 in seinem berühmt gewordenen „*Struwwelpeter*“ (Rothenberger & Neumärker 2005) Kinder, die heute als hyperaktiv bezeichnet werden. Die Begriffe haben sich geändert, auch die Vorstellungen über die Entstehungsbedingungen, die Ätiologie und Pathogenese. Als ich in Tübingen Medizin studierte und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Prof. Reinhardt Lempp promovierte sprach dieser von „*leichtgradiger frühkindlicher Hirnschädigung*“ (Lempp, 1970). Der Begriff *MCD, minimale cerebrale Dysfunktion* oder *MBD, minimal brain dysfunction* war, ebenfalls von Amerika kommend, „in“.

In Österreich und in der Schweiz hält sich bis heute der Begriff „*POS – Psychoorganisches Syndrom*“. Dieser Begriff bezeichnet ein Syndrom, das

nicht nur die 3 Hauptsymptome von ADHS beinhaltet, sondern darüber hinaus auch kleine Auffälligkeiten der Feinmotorik und Körperkoordination umfasst, die nach ICD-10 unter „*umschriebene Entwicklungsstörungen der Fein- und Graphomotorik (F82.1)*“ bzw. *der Körpermotorik (F82.0)*“ kodiert werden.

POS, MCD, MBD und leichtgradige Frühkindliche Hirnschädigung erheben den Anspruch, etwas über die Ursache der Störung auszusagen. Man ging von einer geringgradigen Hirndysfunktion aus. Dieser Anspruch, zur Ätiologie etwas auszusagen, wurde im ICD-10 und DSM-IV aufgegeben zugunsten einer rein deskriptiven Diagnostik. Natürlich forscht man trotzdem nach Ursachen und findet sie auch. Vor allem die Hirnforschung steuert einiges zum modernen Verständnis von AD(H)S bei.

Die Traumaforschung und die Bindungsforschung (Brisch 1999 und 2004) und deren therapeutische Anwendungen steuern weitere wichtige Erkenntnisse bei.

### **2.3 Was ist Impulsivität?**

„Der redet dauernd dazwischen“ klagt die Mutter. „Er platzt mit Antworten im Unterricht heraus, bevor ich noch die Frage zu Ende gestellt habe“ berichtet der Lehrer. „Die kann einfach nicht warten, bis sie an der Reihe ist“ schimpft die Kassiererin. „Der muss dauernd dazwischenquatschen und den Unterricht stören“ ereifert sich die Lehrerin. So wird Impulsivität erlebt und beschrieben.

Vieles was hier beschrieben wird ist im Kleinkindesalter normal. Mit der Zeit lernt das Kind, seine Impulse besser zu beherrschen. Manche lernen das zu gut. Das gilt dann als angepasst und oft auch als angenehm. Depressive sind auch angepasst und für die Umgebung angenehm, solange sie nicht klagen.

Auch hier wird klar, wie subjektiv die Entscheidung ist, ob ein Kind als impulsiv gilt oder nicht. Spanische und italienische Mütter sehen manches als normal an, was Deutsche schon hyperaktiv und impulsiv nennen.

### **2.4 Was ist ein Trauma?**

Der Begriff stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“. Körperlich reicht das von einer Wunde bis zu einem Polytrauma. Psychisch ist es eine Verletzung bei erheblicher seelischer Belastung und /oder unzureichender Bewältigungsmöglichkeit (Pschyrembel 2002).

Eine **Posttraumatische Belastungsstörung** entsteht

- A. als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typisch sind
- B. das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor der belastenden Situation.
- D. Entweder 1. oder 2.
1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
  2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
    - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
    - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
    - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
    - d. Hypervigilanz
    - e. erhöhte Schreckhaftigkeit
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (Remschmidt et al. 2001).

Der Begriff Trauma umfasst viel mehr als PTBS und akute Belastungsstörung. Unter einem **psychischen Trauma** versteht man ein Ereignis, das die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert und das durch eine andere Person nicht kompensiert werden kann (Streek-Fischer in Resch & Schulte-Markwort 2005, S. 92). Man weiß heute einiges über die neurobiologischen Folgen von Traumatisierungen (Resch & Schulte-Markwort, S. 4-14). Ebenso gibt es Befunde zu den Veränderungen bei AD(H)S. Zum Teil überschneiden sich die Ergebnisse. Somit gibt es nicht nur auf der psychologischen sondern auch auf der biologischen Ebene Überschneidungen zwischen Trauma und AD(H)S.

### 3 Konsequenzen für die Therapie

Die oben erwähnte Sarah wird in meiner sozialpsychiatrischen Praxis durch ein Team von Mitarbeitern betreut. Nach der Untersuchung bei mir

und testpsychologischer Untersuchung bei einer Mitarbeiterin besprach ich mit Sarah und ihrer Pflegemutter das weitere Vorgehen. Wir vereinbarten für Sarah eine Spieltherapie bei einer weiteren Mitarbeiterin meiner Praxis und für die Pflegemutter, die sich ziemlich überfordert fühlte, systemische Beratung einzeln bei einer Familientherapeutin, die ebenfalls in unserem sozialpsychiatrischen Team mitarbeitet. Im Team besprechen wir jeweils das weitere Vorgehen. Mit dem Jugendamt sprechen wir uns ab. In Zwischenbilanzgesprächen bei mir berichtete die Pflegemutter, dass es mit Sarah deutlich besser gehe und sie vor allem nach den Therapiestunden eine ganze Zeit lang fröhlicher und ausgeglichener sei. Die Probleme mit ihrem Verhalten auf dem Schulweg seien geringer geworden.

In der **systemischen (Familien)therapie** (von Schlippe 1998, Rotthaus 2001, Fürstenau 2001, Wirsching 2005), zumal in der lösungsorientierten (Steiner & Berg 2005) fokussieren wir nicht auf die Ursachen, sondern wir schauen nach den Ressourcen und erarbeiten mit den Familien Lösungen. Wir schauen uns an, wie die Familienmitglieder miteinander kommunizieren. Dort setzt der Veränderungsprozess an. Techniken wie **zirkuläres Fragen** oder **Familienskulptur** oder Arbeit mit dem **Genogramm** leiten Veränderungen ein, die zu Hause durch Hausaufgaben verstärkt neu eingeübt werden. Vor allem wenn es gelingt, die Väter in die Therapie miteinzubeziehen, ergeben sich oft überraschende Wendungen (vgl. Schmela 2004).

Zwei entscheidende Fragen sind: ***Wen stört was? In welchem Zusammenhang(Kontext) stört es?***

Kürzlich kam eine Mutter mit ihrem Sohn und ließ auf die Eingangsfrage: „*Was führt sie zu mir mit ihrem Sohn Daniel?*“ kein gutes Haar an ihm. An allem, was er tat, hatte sie etwas auszusetzen, ob es um die Schule oder um die Freizeit, um die Hausaufgaben oder um die Mitarbeit im Haushalt ging. Sie fasste zusammen: „*er ist einfach eine Nervensäge*“ und fügte halb weinend dazu: „*ich bin mit meinen Nerven völlig am Ende. Manchmal habe ich schon überlegt, ob ich ihn nicht einfach weggebe*“.

Übrigens, fällt Ihnen auf, dass ich häufig von Jungs und deren Müttern rede und nur selten von Mädchen und Vätern? Der Grund ist einfach: Die Auffälligkeiten, die unter ADHS zusammengefasst werden, sind bei Jungs 4-5mal häufiger als bei Mädchen. Und meistens kommen die Mütter mit ihren Söhnen, denn die leiden am meisten und die Väter sind oft abwesend oder gar nicht mehr verfügbar.

In obiger Geschichte sprach ich dann alleine mit dem 10-jährigen Daniel. Ich fragte ihn, worunter er am meisten leide. „*Die Mutter nervt*“ sagte er trocken. „Und sonst?“ fragte ich genauso kurz nach. „*Sonst geht es mir gut*“ antwortete er prompt und lächelte dabei.

Oft leiden Lehrerinnen, besonders die Zartbesaiteten, unter den Rabaukenjungs, die jetzt meist schon mit dem Etikett ADHS herumlaufen.

Junge Mütter fühlen sich oft mit ihrem ersten Kind überfordert wie die eine junge Frau, die ihre kleine sehr lebhaft 4-jährige Tochter überhaupt nicht bändigen konnte. Diese tobe häufig ungezielt in der Wohnung herum, werfe alle Spielsachen durcheinander und bleibe nicht bei einem Spiel. Sie höre nicht auf die Mutter. Darauf wird die Mutter laut, was zur Folge hat, dass die Kleine noch mehr aufdreht. Eine Spirale der Eskalation dreht sich immer höher. Die Mutter fürchtet, dass die Nachbarin sie beim Jugendamt anschwärzt. Sie versucht es mit beschwichtigen, was bei der Tochter keinerlei Reaktion auslöst. Diese lärmt munter weiter. Da rutscht der Mutter die Hand aus und schon hat die Kleine eine saftige Ohrfeige sitzen, sie stoppt einen Moment ihr Toben, um im nächsten Augenblick ein lautes weklagendes Geschrei zu beginnen, das die Befürchtungen der Mutter wegen der Nachbarin noch steigert. Eine Eskalation einer misslingenden Kommunikation ist hier in vollem Gange.

Virginia Satir hat 4 typische Kommunikationsstile beschrieben, die immer wieder zu beobachten sind:

- anklagen
- beschwichtigen
- erklären (rationalisieren)
- ablenken

In der Familientherapie geht es darum, einen kongruenten Kommunikationsstil einzuüben (Satir 1980).

Von der **Traumatherapie** (Reddemann 2003, 2004) können wir lernen, wie man einem Kind über Imagination hilft, sich zu stabilisieren und damit sich besser zu konzentrieren. Nicht immer wird die zweite Phase der Traumatherapie, die Traumakonfrontation notwendig sein. Stabilisieren ist zunächst das Wichtigste, das gilt auch für die oben beschriebene Sarah.

Wir machen in der Praxis immer wieder die Erfahrung, dass Kinder sich auch dann wieder besser konzentrieren können, wenn sie z. B. bei ein ADS oder ADHS verbunden mit einer Legasthenie ein gezieltes Lerntraining erhalten. Darin ist als Phase eins ein Aufmerksamkeitstraining zu Beginn der

Stunde enthalten. Denn nur wenn die Therapeutin die Aufmerksamkeit des Kindes hat, kann sie ihm auch etwas beibringen.

Vielversprechend erscheint mit auch der Ansatz von Al Pesso, ursprünglich Tänzer, der seit 1961 eine eigene Therapiemethode zusammen mit seiner Frau Diane Boyden entwickelt hat: Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) kurz **Pessotherapie** (Sulz et al. 2005). Pesso beschreibt, welche Entwicklungsaufgaben jeder Mensch hat und welche Grundbedürfnisse durch welche verwandschaftliche Person primär befriedigt werden müssen, damit ein Kind gesund aufwächst. Es geht um die **Grundbedürfnisse nach Platz, Nahrung, Unterstützung, Schutz und Grenzen** (Sulz et al. 2005, S.288, 289, Barbara Fischer-Bartelmann). Da die meisten Menschen hier Defizite erleben, entwickeln sie schließlich Symptome, die darauf hinweisen, dass etwas nicht in Ordnung ist. Anstatt das Symptom direkt zu bekämpfen und loswerden zu wollen, wird in der Pessotherapie mit Hilfe von Rollenspieler\*innen auf der Ebene des Körpers und der Vorstellungskraft eine symbolische passende Interaktion konstruiert, die das nicht beantwortete Bedürfnis im Nachhinein in die richtige Zeit versetzt beantwortet und befriedigt. Anders gesagt, es werden heilsame Erinnerungen konstruiert, die eine Alternative zur eigenen Geschichte darstellen und wirksam sind. Auch in der Traumatherapie wird viel mit **Imagination** gearbeitet (Reddemann 2003). Heilende und heilsame Vorstellungsbilder können bei Kindern an deren ohnehin vorhandener reicher Phantasiewelt ansetzen und zu korrigierenden Erfahrungen werden.

Wir können das Leid, das vielen Kindern geschieht, nicht ungeschehen machen, aber wir können ihnen helfen, dass sie heilsame Phantasien entwickeln und heilsame **Beziehungserfahrungen** machen und so dazu beitragen, dass sie wacher und aufmerksamer ihr Leben meistern.

## **Literatur:**

*Brisch, Karl Heinz:* Bindungsstörungen, von der Bindungstheorie zur Therapie, Klett-Cotta 1999

*Brisch, Karlheinz* in: Unruhige und unaufmerksame Kinder Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms Gustav Bovensiepen/Hans Hopf/Günther Molitor (Hrsg.) Brandes & Apsel 2.Auflage 2004, Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen

*Döpfner, Manfred, Gerd Lehmkuhl:* DISYPS-KJ, Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, Verlag Hans Huber, 2.Auflage 2000



*Eggers, Fegert, Resch*: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Springer 2004.

*Fürstenau, Peter* (2001) Psychoanalytisch verstehen Systemisch denken Suggestiv intervenieren, Pfeiffer bei Klett-Cotta

*Gehring, Thomas M.* (1998) Familiensystemtest (FAST), Beltz Test.

*Lempp, Reinhart*: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose, Die Bedeutung eines frühkindlichen exogenen Psychosyndroms für die Entstehung kindlicher Neurosen und milieureaktiver Verhaltensstörungen, Verlag Hans Huber, 2. Auflage 1970

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage 2002, de Gruyter

*Reddemann, Luise*: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 9. Auflage 2003, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart. Auch als CD.

*Reddemann, Luise*: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT – Das Manual, Leben lernen 167, Pfeiffer bei Klett-Cotta 2004.

*Reddemann, Luise*: Überlebenskunst. Klett-Cotta Leben 2006

*Remschmidt, Helmut/Martin Schmidt/Fritz Poustka* (Hrsg.) Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 4. Auflage 2001, Verlag Hans Huber

*Resch – Schulte – Markwort* (Hrsg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma, Beltz PVU, 2005.

*Rothenberger, Aribert, Neumärker, Klaus-Jürgen*: Wissenschaftsgeschichte der ADHS, Steinkopff, Darmstadt, 2005

*Rotthaus, Wilhelm* (Hrsg.) (2001) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Carl-Auer-Systeme Verlag

*Saß, Henning, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig und Isabel Houben* (Dt. Bearb.) Diagnostische Kriterien DSM-IV, Hogrefe, 1998

*Satir, Virginia*: Selbstwert und Kommunikation, Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe, Pfeiffer, 4. Auflage 1980, zahlreiche weitere Auflagen

*Schlippe, Arist von, Schweitzer, Jochen* (1998, 5. Auflage) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenoek & Ruprecht

*Schmela, Martin*: Vom Zappeln und vom Philipp, ADHS: Integration von familien-, hypo- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen, Carl-Auer, 2004

*Spitzer, Manfred*: Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum Akademischer Verlag, 2003.

*Wieczеровski, W. et.al* : AFS, Angstfragebogen für Schüler, Westermann Test, Hogrefe, 1998

*Steiner, Therese, Berg, Insoo Kim* (2005) Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern, Carl-Auer

*Sulz, Serge K.D. , Leonhard Schrenker, Christoph Schrickler*: Die Psychotherapie entdeckt den Körper oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit? CIP-Medien 2005

*Wirsching, Michael* (2005) Paar- und Familientherapie Grundlagen Methoden Ziele C.H.Beck Wissen

Überarbeitete Version eines Referats, das am 11.11.2006 in Leipzig beim BKJPP-Kongress gehalten wurde.

**Autor:**

Dr.med. Gerhard Gutscher, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Paar- und Familientherapeut, Körperpsychotherapeut (IBP), Traumatherapeut (PITT), Supervisor (DGSF).

Sozialpsychiatrische Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Anheggerstraße 53 (Schloß Moos), 88131 Lindau/B.

Tel: 08382/24079, Fax: 08382/409900, e-mail: [gerhard.gutscher@dgn.de](mailto:gerhard.gutscher@dgn.de)

# **Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis Teil 1**

*Anna Maria Sant'Unione & Matthias Wildermuth*

## **Gliederung:**

1. Vorbemerkungen und Intentionen
- 1.1. Zum Störungsbild: Leitlinien
- 1.2. Bisherige Studienansätze
- 1.3. Psychodynamische Überlegungen
- 1.4. Praxis- und Vernetzungsaspekte
2. Spezifische Fragestellungen und Hypothesen
3. Methodische Vorbemerkungen
4. Zur Datenerhebung
- 4.1. Praxisrelevante Zugangswege zur Diagnostik und Therapie
- 4.2. Beschreibung der Stichprobe
- 4.3. Das Elternurteil: Zur Katamnesetechnik
- 4.4. Expertenurteil
5. Beschreibung der Stichprobe
- 5.1. Zur Katamnesetechnik
- 5.2. Ergebnisse der Nachbefragung
6. Diskussion der Ergebnisse inkl. Methodenkritik
7. Schlussbemerkungen und Empfehlungen
8. Kasuistiken
9. Literatur

(Abschnitte 5 bis 9 werden in Heft 2-2007 publiziert)

„So, nun beginnen wir ... und wenn wir am Ende unserer Geschichte sind, wissen wir mehr als jetzt...“

H.C. Andersen: „Die Schneekönigin“

## 1. Vorbemerkungen

Der erste Dialog zwischen Mutter und Kind entsteht dadurch, dass die werdende Mutter zwischen der 16. und 24. Schwangerschaftswoche die Bewegungen des Kindes wahrnimmt und zum ersten Mal das in ihr wachsende Leben als einen lebendigen, werdenden Menschen mit eigenen Ausdrucksfähigkeiten spürt.

Während der Schwangerschaft und bis zum Beginn der Sprachentwicklung stellt die Bewegungsart des Kindes ein intimes, unverwechselbares Beziehungselement zwischen dem Kind und seinen ersten Bezugspersonen dar. Charakteristischerweise mindern die intrauterinen Bewegungen des Kindes die ambivalenten Gefühle der werdenden Mutter im Sinne einer beginnenden Anpassung an das reale Baby, aber sie sind auch Zeichen, dass es mit einer gesunden Lebenskraft ausgestattet ist. So kann ein zuerst unlösbarer Schwangerschaftskonflikt dadurch beendet werden, dass die Kindsbewegungen von der Mutter wahrgenommen werden.

Neben den Kindsbewegungen wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft durch vielfältige zusätzliche Faktoren beeinflusst. Die Beziehung zwischen den werdenden Eltern sowie ihre psychosoziale Einbindung in Familie, Beruf und Freizeit aber auch die aufkeimenden Erwartungen an das wachsende Baby sowohl hinsichtlich äußerlicher Faktoren (Geschlecht, Gesundheitszustand, Aussehen) wie auch seelischer Eigenschaften (ruhig, agil, lieb oder störend) bergen erste interaktionelle Beziehungsaspekte in sich.

Die Befindlichkeit der Mutter selbst, ihre alltäglichen Lebensgewohnheiten (z.B. Rauchen), ihre Fantasien bezüglich der Veränderungen, die das Mutterwerden in ihr Leben und das des werdenden Vaters bringen, sowie ihre Fantasien bezüglich der Rolle des erwarteten Babys innerhalb der wachsenden Familie, werden besonders bei Erstgebärenden wahrscheinlich Bedeutung für die Entwicklung des ungeborenen Kindes haben.

Es muss zunächst offen bleiben, ob während der intrauterinen Entwicklung die Ausbildung des dopaminergen Systems beeinflusst oder ob dieses System durch rein genetische Merkmale bestimmt wird (*Hüther 2002*). *Von Klitzing & Bürgin (u.a.1998)* untersuchten die Triade „Vater-Mutter-Kind“

bereits vor der Schwangerschaft und fanden eine hohe Korrelation zwischen den Fantasien und Erwartungen der „noch nicht Eltern“ an ihr „Kind im Kopf“ und den später real entwickelten Interaktionsmustern, als diese Paare tatsächlich Eltern wurden.

In den anamnestischen Interviews spielten die Schwangerschaft und die Geburt besonders für die Mütter eine entscheidende Rolle mit nachhaltiger Wirkung auf die spätere gemeinsame Biographie der Familie.

Da es sich beim hyperkinetischen Syndrom um eine Störung handelt, die bereits im frühesten Kindesalter, wahrscheinlich mit den ersten Anzeichen sogar im Neugeborenenalter beginnen kann, sind Hypothesen, die sich auf die vorgeburtliche Entwicklung eines Kindes beziehen, bedeutsam.

### **Intentionen**

Die vorliegende Arbeit möchte nach einem Überblick über verschiedene therapeutische Überlegungen und Ansätze die sozialpsychiatrische Arbeit in der Praxis evaluieren. Es handelt sich um eine retrospektive Studie, in deren Mittelpunkt eine katamnestische Befragung der Eltern steht, die mindestens ein halbes Jahr nach Abschluss der wenigstens 10 Sitzungen umfassenden Therapie (inkl. familienbezogener Interventionen) durchgeführt wurde. Je nach Voraussetzungen waren neben der kinder- und jugendpsychiatrischen störungsspezifischen Behandlung entweder verstehens- und konfliktorientierte Ansätze oder übungszentrierte Ansätze gewählt worden. Zentraler Bestandteil war in allen Fällen eine psychodynamisch orientierte Elternarbeit bzw. Familientherapie.

### **1.1 Zum Störungsbild**

Die zitierte Definition der hyperkinetischen Störungen entstammt den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (2003):

Hyperkinetische Störungen sind durch ein bestehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaßes situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von sechs Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen / Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität. Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Hyperaktivität vorliegen. Die Forschungskriterien verlangen das Vorliegen von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

Nach ICD-10 wird unterschieden:

1. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
2. Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind
3. Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)

## 1.2 Bisherige Studienansätze:

Nach *Huss* (2003) sollten nur die Kinder und Jugendlichen mit Methylphenidat behandelt werden, bei denen die Diagnose eines AD(H)S gesichert ist. Der Einsatz von Methylphenidat als "Diagnostikum" erfülle diese Aufgabe nicht, ein diesbezüglicher positiver Test sage lediglich, dass mit einer Wirkung von Methylphenidat zu rechnen sei (S. 76). Keines der Hauptsymptome des AD(H)S sei störungsspezifisch. Ähnliche Symptome tauchten bei einer Vielzahl kinderpsychiatrischer Störungen auf. Erst der zeitliche Verlauf und das situationsübergreifende Auftreten seien wegweisend für die Diagnose. Die Kunst der AD(H)S-Diagnostik bestehe zu großen Teilen aus der Fähigkeit, das vollständige Spektrum der Störungen inkl. der häufigen einhergehenden Erkrankungen wie Teilleistungsstörungen, emotionale Störungen, motorische Entwicklungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder Tic-Erkrankungen zu erfassen und diese von anderen kinderpsychiatrischen Erkrankungen abzugrenzen.

Entsprechend ergeben sich in Differenzierung der Leitlinien vier Schritte, vom ersten Gewährwerden der Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu einer möglichen pharmakologischen Behandlung:

1. Screening
2. Indikation
3. Titration
4. Monitoring

### Zu 1.: Screening

Hierzu gehören die CBCL (Achenbach 1991), die Conners-Rating-Skalen (CRS, Conners 1989) und das SDQ (Goodman et al. 2000).

Unabhängig von dem Fragebogen, der mit in der Phase des Screening eingesetzt wird, ist zu betonen, dass auf diesem Weg nur erste Anhaltspunkte, nicht aber eine Diagnose gewonnen werden kann.

### Zu 2.: Indikation

In nahezu allen Konsensuskonferenzen und Leitlinien herrscht Einigkeit darüber, dass nur für diejenigen Kinder eine medikamentöse Behandlung in Betracht gezogen werden sollte, bei denen auch die Diagnose eines ADHS gestellt worden ist. Gegen Behandlungsrichtlinien, in denen auch für Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens Stimulanzientherapie empfohlen wird, muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei immer um die Behandlung der zweiten oder dritten Wahl handelt, da Kinder mit primärer Störung des Sozialverhaltens weiterhin an erster Stelle mit soziotherapeutischen Maßnahmen zu behandeln sind. In schweren Fällen, bei denen sich nach angemessener Behandlungsdauer kein hinreichender Therapieerfolg abzeichnet, kann eine unterstützende medikamentöse Behandlung mit Risperidon in Betracht gezogen werden. Das Ziel einer solchen Behandlung sollte immer die Verbesserung der gestörten Impulskontrolle sein.

Eine hinreichend abgesicherte Diagnose verlangt die qualifizierte Einschätzung durch einen Experten. Zu diesem Zweck wurden neben diversen Checklisten insbesondere strukturierte und semistrukturierte Interviews eingesetzt. Diese sind teils einfach zu handhaben, können jedoch ein ausführliches klinisches Interview nicht ersetzen. Nach *Huss* besteht die Kunst der Diagnostik nicht in dem Abfragen von Diagnosekriterien, sondern in der Fähigkeit, komplexe Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und richtig zu interpretieren. Neben dem Interview müssen weitere Informationsquellen, insbesondere das Lehrerurteil einbezogen werden. In der diagnostischen Interaktion mit dem Kind kommen darüber hinaus seine Fremd- und Selbstwahrnehmung, sein Kommunikationsverhalten, sein Selbst- und Fremderleben, seine Beziehungsmuster und interpersonale Konflikte zum Vorschein, sofern der Diagnostiker über eine entsprechende Ausbildung verfügt.

Insbesondere die semistrukturierten Interviews, die nur von klinisch erfahrenen Interviewern durchgeführt werden sollten, ermöglichen, die Reihenfolge und Formulierung seitens des Untersuchers den situativen und persönlichkeitsbezogenen Gegebenheiten anzupassen. Namentlich sei das K-SADS (*Ambrosini, 2000*, übersetzt von *Poustka et al.*) erwähnt. Die Struktur des K-SADS hilft insbesondere, die Komorbidität abzubilden. Ein nicht zu unterschätzender Zeitfaktor ergibt sich aus dem Kontakt mit den Lehrern, günstigenfalls als persönliches Gespräch, zumindest innerhalb eines telefonischen Gespräches nach vorliegender Schweigepflichtsentbindung.

Zusätzlich sollte immer eine mehrdimensionale Leistungsdiagnostik (z.B. HAWIK-III oder K-ABC) und ein Screening auf Teilleistungsstörungen durchgeführt werden.

Die medizinische Untersuchung inkl. Körpergröße und Gewicht, EKG und Schilddrüsenhormone sowie Blutuntersuchungen entsprechend des großen Blutbildes, der Gerinnungsparameter und der Leber- und Nierenwerte sei nur kurz erwähnt.

Zur Abklärung einer evtl. vorliegenden erhöhten Anfallsbereitschaft, zur orientierenden Einschätzung der Hirnreife und evtl. hirnorganischer Prozesse sollte immer ein EEG durchgeführt werden. Für die Diagnose ist das EEG allerdings bedeutungslos (*Huss & Lehmkuhl, 2000*).

### Zu 3.: Titration

Darunter versteht man das langsame Einschleichen meist in 5 mg-Schritten, bis die optimale Dosis gefunden wird. Als Titrations-Zeitraum sind mindestens zwei Wochen zu veranschlagen, Ziel sollte die optimale Dosis sein. Darunter ist nicht nur die Wirksamkeit der Medikamente, sondern eine weitgehende Normalisierung des Problemverhaltens, gemessen mittels der Fremdbeurteilung seitens der Eltern und Lehrer zu verstehen. Als pharmakosensitive Instrumente haben sich über Jahrzehnte die Conners-Skalen bewährt.

### Zu 4.: Monitoring

Darunter wird die intensive fachliche Betreuung im Rahmen der Pharmakotherapie verstanden. So war ein wesentliches Ergebnis der MTA-Studie, dass mit einer intensiv begleiteten Stimulanzientherapie die Zielsymptomatik des AD(H)S sehr günstig beeinflusst werden kann. Da in der Vergleichsgruppe der Kinder mit üblicher Stimulanzienbehandlung (entspre-



chend beim niedergelassenen Arzt keine intensive Begleitung) die Ergebnisse erheblich schlechter ausfielen, müssen die positiven Effekte in erster Linie auf das Monitoring zurückgeführt werden. Es bestand in einer differenzierten, individuellen Titration bis zu einer optimalen Dosis bei dreimaliger Einnahme pro Tag und monatlichen, ausführlichen Arztkontakten. Zusätzlich stand der behandelnde Arzt bezüglich der Problemverhaltensweisen des Kindes in engmaschigem Kontakt mit den Lehrern. Es sei betont, dass z.B. die intensive Verhaltenstherapie entsprechend der Ergebnismitteilung der MTA-Studie keine wesentliche Befundbesserung erbracht hatte. Dies tritt nur auf die Hauptsymptome des ADHS zu. Für die in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel fast durchweg vorkommenden weiteren Bereiche im Sinne peripherer oder auch zentraler Probleme, Konflikte und Krisen: Soziale Kompetenz, schulische Leistung, Eltern-Kind-Beziehung, Angst/Depression sowie oppositionelles Verhalten sind zusätzliche positive Effekte der Verhaltenstherapie nachweisbar (*Jensen et al.* 2001).

Entsprechendes wurde hinsichtlich psychodynamischer Therapieverfahren bisher nur über Einzelfallbeobachtung ermittelt ( z.B. *Stork* 1993, *Berger* 1993, *Häußler* 2002, *Hopf* 2001, *Horn* 2002).

Hinsichtlich der potentiellen Nebenwirkungen sei auf die Stellungnahme der Göttinger Forschungsgruppe um Rothenberger (*Höger et al.* 2002) verwiesen. Hinsichtlich des durch Stimulanzien bedingten Minderwuchses gilt, dass die hormonellen Regelkreise, die das Wachstum beeinflussen, ihrerseits durch das dopaminerge System gesteuert werden. Es besteht also eine bekannte neurobiologische Verknüpfung zwischen Methylphenidat und den Regelkreisen, die das Körperwachstum steuern. Unklar ist auch, ob die durch Methylphenidat bedingte Minderung des Längenwachstums vorübergehend oder dauerhaft ist. *Huss* folgend bewirkt eine längerfristige Behandlung mit Methylphenidat eine geringfügige Wachstumsminde- rung, die aber in der Regel (Einzelfallprüfung) ohne Relevanz ist.

Zusammenfassend führt eine sorgfältige und korrekte Indikationsstellung zur Optimierung des Nutzen-Risiko-Profiles der Medikamente zum Wohle der betroffenen Kinder. Jedoch hat die engmaschige und sehr zeitaufwendige ärztliche Betreuung maßgeblich dazu beigetragen, dass die Kinder einen so günstigen Verlauf hinsichtlich der AD(H)S-Symptomatik hatten. Die Qualität der ärztlichen Betreuung lebt ebenso vom Verstehen der inneren Welt des Kindes und seiner Eltern, die engstens mit dem Verhalten verknüpft ist und durch kognitive und emotionale Wechselwirkungen mit

stabilisierendem bzw. destabilisierendem Ergebnis versehen sind, je nachdem, welche Qualität die Interventionen aufweisen.

Nach *Grawe* hat ein modernes psychotherapeutisches Behandlungskonzept fünf Perspektiven zu berücksichtigen:

1. Die **Störungsperspektive**, da in diesem Bereich viele nachweislich wirksame störungsspezifische Interventionen entwickelt worden seien.
2. Die **Beziehungsperspektive**, da die zum einen die therapeutische Beziehung eine hohe Bedeutung habe, auf der anderen Seite aber auch die Einbettung des Patienten in sein interpersonales Umfeld. Die Beziehungsperspektive sei wahrscheinlich ebenso umfangreich ausgearbeitet wie die Störungsperspektive.
3. Die **Ressourcenperspektive**, in der der Mensch nicht nur unter dem Gesichtspunkt seiner Probleme, sondern unter dem Gesichtspunkt seiner positiven Ressourcen betrachtet werde, so einerseits unter dem Aspekt dessen, was er könne, andererseits auch unter dem Aspekt dessen, wozu er motivational bereit oder nicht bereit sei.
4. Die **entwicklungsgeschichtliche Perspektive**, da diese enthalte, sich besser verstehen zu lernen. Die Entwicklungsperspektive sei ebenfalls empirisch erhärtet, so insbesondere, dass die Grundlagen für psychische Störungen im frühen Lebensalter gelegt würden.
5. Die **motivationale Perspektive**, da es darauf ankomme, wozu der Patient bereit sei und dies abhängig davon, in welcher Phase der Veränderung innerhalb der Psychotherapie eher mit seiner Motivation sei. Dazu gehöre auch der Gesichtspunkt der Konflikthaftigkeit im psychischen Geschehen, der motivationalen Konsistenz. Hierzu gehörten die Frage des Warum ebenso wie klärungsorientierte Ansätze.

*Döpfner & Lehmkuhl* (2002) haben die Ergebnisse der MTA-Studie zusammengefasst:

- Bei allen überprüften Interventionen (einschließlich Standardbehandlung) haben sich auf den Erfolgsparametern erhebliche Veränderungen nachweisen lassen, die durchweg als große Effekte einzuschätzen sind.
- Eine sehr umfassende und präzise medikamentöse Therapie inkl. Beratung ist der ebenfalls sehr intensive Verhaltenstherapie auf El-

tern- und Lehrerbeurteilungen von Aufmerksamkeitsstörungen und auf Lehrerbeurteilungen von Hyperaktivität überlegen, aber nicht auf den anderen 16 Erfolgsparametern. Auf einem Gesamtmaß aller Erfolgsparameter zeigt sich eine geringe Überlegenheit des medikamentösen Ansatzes gegenüber Verhaltenstherapie.

- Die medikamentöse Therapie und die Kombinationsbehandlung sind der Standardtherapie überlegen, in der ebenfalls medikamentös behandelt wurde. Die Verhaltenstherapie ist etwa genauso wirkungsvoll wie die Standardbehandlung.
- Die kombinierte Behandlung ist auf keinem der einzelnen Maße der medikamentösen Therapie statistisch signifikant überlegen. Auf einem kombinierten Erfolgsmaß erweist sich die kombinierte Therapie jedoch als wirkungsvoller. Bei einem Erfolgsmaß, das die hyperkinetischen und die oppositionellen Auffälligkeiten berücksichtigt, steigt die Erfolgsrate der kombinierten Therapie gegenüber der medikamentösen Therapie von 56 % auf 68 %. Die besseren Effekte der Kombinationsbehandlung werden bei geringerer Dosis der Medikation erzielt.
- In Abhängigkeit von der Komorbidität wirken verschiedene Interventionsformen unterschiedlich gut. Kinder mit ADHS und Angststörungen (aber ohne aggressive Störung) sprechen gleichgültig auf Verhaltenstherapie und medikamentöse Therapie an. Kinder mit ausschließlich ADHS oder mit zusätzlicher aggressiver Störung (aber ohne Angststörung) reagieren besser auf medikamentöse Therapie, während Kinder mit multiplen komorbiden Störungen (Angst- und aggressive Störung) optimal von einer kombinierten Behandlung (Medikation und VT) profitieren.

Bislang wurden in der MTA-Studie die kurz- und mittelfristigen Behandlungseffekte analysiert. Die Langzeiteffekte der verschiedenen Behandlungsmodi sind noch nicht bekannt; die Ergebnislage kann sich also noch deutlich ändern. Auf jeden Fall ist schon heute der häufigen Interpretation der MTA-Studie zu widersprechen, dass eine medikamentöse Therapie anderen, insbesondere verhaltenstherapeutischen Interventionen per se überlegen ist.

*Lehmkuhl* (ADHS-Symposium in Heidelberg, 2005) beschrieb kürzlich die sogenannte **adaptive** Therapie als ein gestuftes Behandlungskonzept, das so wenig wie möglich und so viel wie notwendig an medikamentöser Therapie entsprechend der vorhandenen Problematik anbietet.

Die Schritte der adaptiven Pharmakotherapie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Therapieziele: Bestimmung der Probleme, die durch die Therapie verändert werden soll
2. Psychoedukation: Beratung der Beteiligten und Vereinbarung des therapeutischen Vorgehens
3. Grundentscheidung: Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie?
4. Pharmakotherapie: Stimulanzien-Therapie oder Therapie mit anderen Substanzen?
5. Stimulanzien-Therapie: Methylphenidat oder Amphetamin?
6. Methylphenidat-Therapie: Präparate mit kürzerer, langer oder sehr langer Dauer?

Das Therapieprogramm THOP (*Döpfner et al.*, 1998) verknüpft zwei Interventionsformen miteinander:

1. die familienzentrierten Interventionen und
2. die kindzentrierten Interventionen

und gruppiert die 21 Behandlungsbausteine in 6 Themenkomplexe:

1. Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung
2. Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
3. Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten
4. Spezielle operante Methoden
5. Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen
6. Stabilisierung der Effekte.

Sofern ein nicht zu enges Störungskonzept angeboten wird, scheinen Aspekte der Förderung der Interaktionen und Beziehungen ebenso wie hilfreiche Interventionen eine positive Wirkung zu ergeben.

Kritisch anzumerken ist weiterhin, dass das postulierte biosoziale Störungskonzept nur in eingegrenzter Weise die innere Welt der Beteiligten berührt und möglicherweise den vereinfachenden Modellen der Pharmaindustrie Vorschub leistet. Nach Bürgin müsse deutlich Distanz genommen werden zu simplifizierenden Konzepten, wie sie die Pharmaindustrie den Eltern nahe zubringen versucht.

### **Zur Komorbidität**

Bis zu 2/3 aller Kinder mit ADHS weisen neben den Kernsymptomen weitere komorbide Störungen auf, die für die Entwicklung des Kindes zusätzliche Risikofaktoren darstellen.

Externale Verhaltensstörungen mit aggressiven oder dissozialen Symptomen treten häufiger auf (in 43 % - 93 % der Fälle) als internale Störungen mit Angst oder Depressivität (in 13 % - 51 % der Fälle). Diese erhöhten Komorbiditätsraten lassen sich nicht nur in klinischen Stichproben, sondern auch in repräsentativen Stichproben finden (*Döpfner & Lehmkuhl* 2000). In ca. 50 % treten oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens auf, in 30 - 50 % Störungen des Sozialverhaltens ohne oppositionelle Verhaltensstörungen, in 10 - 40 % treten affektive, vor allem depressive Störungen auf, in 20 - 25 % Angststörungen, in 10 - 25 % Lernstörungen sowie Teilleistungsschwächen sowie bei bis zu 30 % Ticstörungen bzw. Tourette-Syndrom.

Neben internalen Störungen mit sozialem Rückzug, körperlichen Beschwerden, Angst und Depressivität sowie den externalen Störungen mit dissozialem und aggressivem Verhalten zeigen sich häufig gemischte Störungen mit sozialen Problemen, schizoid-zwanghaften Tendenzen bis hin zu psychotisch anmutenden Verhaltensweisen mit eigenartigem, bizarrem Denken und Verhalten.

*Salbach et al.* zeigten in einer Studie zur Ermittlung der Dimension "Impulsivität", dass sich die beiden gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV bezüglich der Dimensionen "Impulsivität" und "Hyperaktivität" voneinander unterscheiden. Erwartungsgemäß zeigten sich im Ergebnis signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des impulsiven Verhaltens sowie der motorischen Unruhe. Dem gegenüber erbrachte die Überprüfung des Zusammenhangs der einzelnen Instrumente

zur Messung impulsiven Verhaltens nicht durchgängig signifikante Korrelationen.

Hyperaktives Verhalten korreliert nicht signifikant mit dem Impulsivitäts-Item des CTRS. Da nur der Bereich "unüberlegtes Verhalten" des Konstrukts "Impulsivität" mit "Hyperaktivität" signifikant korreliert, wird die Auffassung vertreten, "Hyperaktivität" und "Impulsivität" auf klassifikatorischer Ebene - analog zum europäischen Klassifikationssystem ICD-10 - zu trennen. Die Autoren machen somit deutlich, dass Erregbarkeit in seiner psychosozialen Dimension besonders berücksichtigt werden sollte.

Offensichtlich handelt es sich hierbei um eine deutlichere Affektualisierung mit Reizbarkeit und Explosibilität, das nur durch ein "unüberlegtes" Verhalten erfasst werden kann. Es ergeben sich somit Hinweise, therapeutisch nicht nur die Planlosigkeit des Handelns verhaltenstherapeutisch anzugehen, sondern auch mittels psychodynamischer Methoden die innere Welt und das äußere Handeln bei heftiger Erregbarkeit zu bearbeiten (*Bovensiepen* 2001).

Hinsichtlich der neuropsychologischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS sei auf die instruktive Arbeit von *Konrad et al.* kurz hingewiesen, die hinsichtlich der Aufmerksamkeitsdimensionen, deren Bereichen, Paradigmen und neuronalen Netzwerken eine differenzierende Übersicht ermöglicht und auch exekutive Funktionen sowie das Lernen und Gedächtnis präzise erfasst. Diese Arbeit verdeutlicht, dass Aufmerksamkeit kein einheitliches Konstrukt ist, sondern sich aus vielen Teilaspekten zusammensetzt und sich diese unter einer medikamentösen Behandlung dosisabhängig differentiell verändern können. So können sich einzelne kognitive Funktionen unter Methylphenidat auch verschlechtern, ohne dass Fremdbeurteilungsskalen dies erfassen, weil die Einschätzung der Konzentrationsfähigkeit stark von der Abnahme der motorischen Unruhe beeinflusst wird.

In Ergänzung soll betont werden, dass emotionale Einengungen (Reduzierung der Mitschwingungsfähigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, Affektstarre und innere Leere) wiederum sich nicht in den entsprechenden Fremdbeurteilungsskalen erfassen lassen, jedoch einen erheblichen Einfluss auf die Selbstverfügbarkeit, Erlebnisfähigkeit und emotionale Verarbeitungskapazität haben können.

Weiterhin sind die Folgen der exzessiven Nutzung elektronischer Medien und der damit einhergehende Konsum vieler fragwürdiger Produkte und Produktionen der Unterhaltungsindustrie durch Kinder und Jugendliche in den langfristigen negativen Auswirkungen auf die Gehirn- incl. Sprachentwicklung, Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung nicht ausreichend untersucht und werden von den meisten für die Entwicklung von Kindern Verantwortlichen (Eltern, Lehrern, Pädagogen, Erziehern, Ärzten und Psychotherapeuten, vielen Erziehungswissenschaftlern, Medien- und Sozialpolitikern) unterschätzt. Die bei sehr vielen Kindern bereits sichtbaren Folgen wie Konzentrations- und Leistungsschwächen, Hyperaktivität und Beeinträchtigung sozialer Fähigkeiten, Enthemmung und steigende Gewaltbereitschaft werden bagatellisiert oder anderen Verursachungsbedingungen zugeschrieben, so z.B. dem AD(H)S. Die häufige extreme Nutzung elektronischer Produkte der Unterhaltungsindustrie von frühester Kindheit an ist in ihren Folgen auf die neuronale und zentralnervöse Verarbeitung bei insbesondere hinsichtlich der präfrontalen Cortexregion noch unreifer Gehirne mit den Konsequenzen für Denken, Fühlen und Handeln keineswegs ausreichend und schon gar nicht in ihrer Wechselwirkung mit den Bindegliedern zu genetischen Aspekten (z.B. Temperamentsfaktoren) erforscht (*Besser 2005*).

Im Jugendalter bilden sich bei vielen Betroffenen die Symptome der motorischen Unruhe zurück. Impulsivität und verminderte Aufmerksamkeit bleiben jedoch häufig erhalten. Die Angehörigen beklagen auch nach der Pubertät bei den Betroffenen noch Aggressivität, emotionale Unreife, Schwierigkeiten in Prüfungssituationen und belasteter Sozialbeziehungen. Die leichte Beeinflussbarkeit, die ausgeprägte Stimmungs labilität, das mangelnde Durchhaltevermögen und die Bereitschaft zu risikoreichem Verhalten erklären, warum die betroffenen Jugendlichen stark gefährdet sind, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln.

*Trott (2002)* betont diesbezüglich, dass akzessorische Symptome wie Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten und emotionale Überreagibilität bei Jugendlichen und Erwachsenen dazu verleiten, die Kernsymptomatik zu übersehen und einseitig rezidivierende kurze depressive Störungen, Angststörungen, emotional instabile, histrionische, exzentrische, unreife, psychoneurotische oder soziopathische Persönlichkeiten zu diagnostizieren.

Allerdings gibt die enge Verschränkung der Symptomatik Anlass, zumindest in der Behandlung die chronifizierten kognitiven und emotionalen Schemata sowie die eingeschliffenen maladaptiven und dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmuster mit Konzepten anzugehen, wie sie für Persönlichkeits-(entwicklungs-)störungen entwickelt wurden (z.B. DBT, *Bohus* 2002; Psychodynamische Therapie von Borderlinestörungen, *Kernberg* 2002, *Bürgin & Meng* 2002).

Eine angemessene Psychoedukation sollte nach Einschätzung von *Bürgin* (2004) den Kindern nicht ein Bild vermitteln, dass das Gehirn als Räderwerk, das bei hyperaktiven Kindern nicht richtig funktioniere, ansieht. Die Fixierung auf das Gehirn allein lasse als Lösung dann lediglich die medikamentöse Therapie zu, obwohl entsprechend der differenzierten Diagnostik ein eben solches Behandlungskonzept nötig sei, das je nach Störungsschwerpunkt auch Verhaltens-, Spiel- oder Familientherapie angebracht erscheinen lasse.

Hinsichtlich der langwierigen und ideologisch geführten Diskussion über Vor- und Nachteile medikamentenfreier Phasen zeigt eine neue Studie von *Martins et al.* (2004), dass Methylphenidat-freie Wochenenden die Nebenwirkungen auf Schlaf und Appetit vermindern, ohne dass sich die ADHS-Symptome am Wochenende oder am darauffolgenden Wochenbeginn verschlechtern.

Anderweitige Vorgaben sollten zumindestens kritisch überprüft werden. Dies sollte auch für medikationsfreie längere Phasen (Ferien) gelten, da in diesen die Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung und die Überprüfung eigener Möglichkeiten und Grenzen bei allen Beteiligten, vor allem den Kindern und Jugendlichen wachsen können und das Gefühl für Selbsturheberschaft und Selbstwirksamkeit hinsichtlich eigenen Verhaltens intensiver entwickelt werden kann.

Evidenzbasierte Therapien, also Therapien auf der Grundlage prospektiver kontrollierter Studien zur Wirksamkeit von verschiedenen Behandlungsverfahren, stecken noch in den Anfängen. Zu den folgenden häufig eingesetzten Verfahren können noch keine evidenzbasierten Aussagen bis jetzt gemacht werden: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und non-direktive Spieltherapie. Im Bereich der Psychotherapie haben sich bislang vor allem Verfahren bewährt, die in hohem Maße strukturierende Komponenten beinhalten und intensiv das Umfeld einbeziehen. Tiefenpsycholo-



gisch fundierte Verfahren bedürfen entsprechender Modifikationen in dieser Richtung.

Hinsichtlich der Ergotherapie liegen keine Kontrollgruppenstudien von hinreichender Qualität vor. Sie kann vermutlich bei der Behandlung komorbider Entwicklungsdefizite hilfreich sein und auch die Anleitung zu konzentriertem und ausdauerndem Spiel- und Beschäftigungsverhalten kann zur Minderung von ADHS beitragen. Problematisch erscheint der Transfer der Verhaltensänderungen von der Therapiesituation auf den Alltag. Letztere Aspekte gelten auch für die Mototherapie, auch bei Entspannungsverfahren ist der Nachweis von Verhaltensänderungen im Alltag bislang nicht überzeugend gelungen.

Eine mögliche wichtige Transfermöglichkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie liegt in der sich potentiell entwickelnden emotionalen Stabilisierung, sich entwickelnden Reizschutzmechanismen, der Entwicklung von Reflexivität und Mentalisierung und vor allem in der konfliktzentrierten Arbeit in der Durcharbeitung von intrapsychischen und vor allem interpersonalen Konflikten und Belastungssituationen.

*Frölich et al. (2002)* zeigten in einer Studie mit Eigenkontrollgruppenvergleich innerhalb der Wartezeit und anschließender Behandlungsphasen, dass die kognitive Verhaltenstherapie sich entgegen vorangehender Studien als wirkungsvoll in der Behandlung der hyperkinetischen Störung erweist, vor allem, wenn Aspekte der Generalisierung in das natürliche Lebensumfeld des Kindes berücksichtigt werden. Elterntrainingsverfahren werden als sinnvolle Ergänzung angesehen, vor allem für Situationen, in denen weiterhin eine unzureichende Selbstkontrolle des Kindes besteht.

Sie folgten in ihrem Ansatz der Arbeitsgruppe von *Taylor et al. (1998)*, die die Durchführung einer medikamentösen Therapie als Mittel der ersten Wahl nur in schweren Fällen oder wenn psychosoziale Interventionen nicht ausreichend erscheinen, empfiehlt. Dieser Ansatz berücksichtigt zum einen verbreiterte Widerstände von Eltern und Kindern zur Aufnahme einer medikamentösen Behandlung. Zum anderen weist er darauf hin, dass sich bei bestimmten Subgruppen des Störungsbildes, insbesondere beim Auftreten verschiedener Komorbiditäten, wie z.B. einer Angststörung, die Stimulanzienbehandlung als geringer wirksam erwiesen hat; auch gebe es weiterhin eine beträchtliche Zahl sog. medikamentöser Non-Responder (ca. 10 - 30%) und in manchen Fällen müsse aufgrund schwerer Nebenwirkungen

(z.B. Exazerbation einer Tic-Störung) die medikamentöse Behandlung abgesetzt werden.

Schließlich liegen auch Ergebnisse darüber vor, dass eine multimodale Behandlung hilfreich darin sein könnte, zu einer niedrigeren Medikamentendosis zu gelangen, was im Hinblick auf die noch nicht abschließend zu bewertenden Langzeitwirkungen einer Dauermedikation nicht außer acht gelassen werden sollte.

Im deutschsprachigen Raum erzielten in der jüngeren Vergangenheit *Lauth et al.* (1996) ebenfalls Erfolge in der Behandlung hyperkinetischer Kinder mit einem kombinierten kognitiven Verhaltenstherapieprogramm unter Betonung von Selbst-Instruktionsfähigkeiten.

Die Studie von *Frölich et al.* (2002) teilte die zwei sechswöchigen Therapieeinheiten in eine Phase kognitiver Verhaltenstherapie und die Phase des Elterntrainings, die nacheinander nach Abschluss der Wartezeit durchgeführt wurden. Das Behandlungsprogramm wurde durchgeführt von einem in der Behandlung von hyperkinetischen Störungen erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiater. Hinsichtlich der Kernsymptomatik der hyperkinetischen Störung traten sowohl im Eltern- als auch im Lehrerurteil signifikante Verringerungen der Kernsymptomatik zu Hause und in der Schule auf. Während der zweiten Behandlungsphase (Elternt raining) kam es nochmals zu einer signifikanten Verringerung der Kernsymptomatik im Elternurteil, während die Lehrer in dieser Phase eine Verhaltensstabilisierung feststellten, aber keine weitere Verbesserung.

Die erste Behandlungsphase ging mit einer signifikanten Verringerung der Störung des Sozialverhaltens sowohl im Eltern- als auch im Lehrerurteil einher. Während des Elternt rainings verringerten sich die Störungen des Sozialverhaltens im Elternurteil noch einmal signifikant. In der Schule wurden dagegen seitens der Lehrer keine weiteren Veränderungen beobachtet.

Hinsichtlich der Konfliktsituationen zu Hause kam es zu Veränderungen vor allem während der ersten Wochen der Behandlungsphase mit signifikantem Rückgang der Konfliktsituationen. Während des Elternt rainings zeigt sich nochmals eine signifikante Reduktion von Konfliktsituationen zu Hause.

Während der ersten Behandlungsphase gaben die Eltern eine hochsignifikante Verringerung der Hausaufgabenproblematik an, die nachfolgende

Behandlungsphase zeigt in diesem Fall keine weitere Verbesserung der Hausaufgabenproblematik.

Die Autoren schreiben die überaus positiven Ergebnisse dem Umstand zu, dass das Hauptziel bei der Konzeption dieses Behandlungsschrittes in der Generalisierungsfähigkeit von Therapieinhalten in die natürliche Lebenssituation des Kindes bestand.

Weiterhin betonten sie, dass sie den Schwierigkeitsgrad der Übungsaufgaben des Selbstinstruktionstrainings dem kognitiven Entwicklungsstatus der Kinder anpassten. Neben der Attraktivität des Behandlungsmaterials für die Selbstinstruktions- und Selbstmanagement-Schritte war nach Einschätzung der Autoren die aktive Teilnahme von Eltern und Lehrern während der Behandlung.

Kritisch angemerkt wurde das Fehlen einer gematchten Kontrollgruppe unauffälliger Kinder sowie die geringe Probandenzahl der Studie mit 18 Teilnehmern.

In der im folgenden vorgelegten Studie wurde zwar nicht von den Messinstrumenten her eine Eigenkontrollgruppenvergleichsstudie durchgeführt, jedoch zeigte sich in den unterschiedlichen Wartezeiten zunächst eine hohe Stabilität der Symptomatik, wie sich auch von *Frölich et al.* beschrieben wurde.

### 1.3 Psychodynamische Überlegungen

Aus psychoanalytischer Sicht hat *Berger* (1993) auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Kontextes beim Erfassen und Verstehen des hyperkinetischen Syndroms hingewiesen. Insbesondere verdeutlicht sie, wie die Motilität von der frühesten Mutter-Kind-Interaktion in der pränatalen Phase bis hin zu Eltern-Kind-Interaktionen beim aufwachsenden Kind vielfältige Reaktionen und Bewertungen im Kontext nicht immer bewusster eigener Erfahrungen seitens der Eltern auslöst. So könne die mütterliche Toleranz für hyperaktive Bewegungen ihres Sohnes hochgradig eingeschränkt sein wegen unerwünschter Schwangerschaft, weil sie die Bewegungen des Kindes an eine krankheitsbedingte Bewegungsstörung des eigenen Vaters erinnere, weil sie die Bewegungsunruhe des Kindes schuldhaft und/oder wütend erlebe, insofern sie sich innerlich überfordert fühle, dem mit der Unruhe assoziierten Anforderungen einer besonderen Qualität von Zuwendung und Haltgebung gegenüber dem Symptomträger zu entsprechen. Ebenfalls betont sie die Frage nach einem möglichen Zusammenhang von mütterlicher (elterlicher) Empathiestörung einerseits und kindlicher Bewegungsunruhe andererseits. Sie verweist analog zu Arbeiten von *Dammasch*

(2002) bei emotional oder real nicht genügend präsentem Vater auf die verringerte Besetzungsmöglichkeit eines dritten Objektes mit allen Implikationen für seine Identitätsentwicklung, seine trianguläre Beziehungsfähigkeit. Zusätzliche Entwicklungsrisiken bestünden aufgrund einer bewussten oder unbewussten mütterlichen Ablehnung des männlichen Geschlechts bei gleichzeitig bestehender übergroßer Nähe, wechselseitiger Abhängigkeit und Erotisierung der Mutter-Sohn-Beziehung (*Cierpka et al.* 1992). Derartige Voraussetzungen könnten dazu beitragen, dass ein Sohn seine Mutter als emotional bzw. empathisch "stumm" erlebt, während er zugleich, wie ein Fisch am Angelhaken zappelnd, sich nicht von ihr abgrenzen kann.

Mit Bezug auf *Herzog* (1980) hebt sie die psychische Schutz- bzw. Reizschutzfunktion der wichtigsten Bezugspersonen hervor im Sinne einer Förderung der kindlichen Affekttoleranz, der Abgrenzungsfähigkeit und der Modellierung von Trieb- und Phantasiekomponenten. Die unterschiedliche Toleranz für motorische Expressivität und Hyperaktivität, verbunden mit einer Verschiedenheit des Körpergefühls, des Modus' der Affektverarbeitung und der Objektannäherung scheint bei psychosozial belasteten Eltern ebenso stärker ausgeprägt zu sein wie ihre verringerte Möglichkeit, wohlwollend wahrzunehmen und zu begleiten, da sie durch innere Spannungen und Konflikte wie abgezogen erscheinen, ihre latent symptomatischen Kinder entweder in sich aufnehmen zu können oder umgekehrt sie als abgegrenzt von sich selbst sehen zu können.

*Eggers* (1999, 2004) weist analog auf die hohe Bedeutung des Reizschutzes für eine angemessene Entwicklung hin.

*Fonagy et al.* haben jüngst (2004) darauf hingewiesen, wie mangelnde Markiertheit von Affekten im Sinne angemessener Spiegelungen dazu führen kann, dass Kinder ihre eigenen Impulse und Handlungen als entweder inadäquat gespiegelt oder ungespiegelt erleben und entsprechend in Selbstwahrnehmungsprobleme oder auch in gesteigerte Impulsivität und Hyperaktivität geraten können, da sie anders sich nicht wahrgenommen erleben können. Sie scheinen den Preis, negativ, inkontingent oder inkonsistent seitens der Eltern "beantwortet" zu werden in Kauf zu nehmen, um zumindest Reaktionen hervorzurufen.

So kommt es nach *Berger* aufgrund der engen, entwicklungsabhängigen Verknüpfung von Selbst- und Körpergefühl und narzisstischer Befindlichkeit sowie der Geschichte und der Qualität der Objektbeziehung mit der

Motilität zu einem unbewussten motorischen Ausdruck psychischer Bewegungen im Sinne eines somatischen Abwehrmechanismus. Möglicherweise lösen diese Abläufe im Beziehungskontext sehr komplexe Gegenübertragungspantasien aus. Da die hyperaktiven Kinder sich einem emotionalen Angebot vordergründig zu widersetzen scheinen, sei verständlich, dass es ihnen gelinge, das Interesse für ihre innere Welt abzulenken oder gar nicht erst in Gang zu bringen. Hyperkinetische Kinder könnten manchmal Denkstörungen induzieren und so den Eindruck vermitteln, Denken, Reflexion, mit seinen Gefühlen in Kontakt kommen, etwas Gefährliches, weit Chaotischeres bedeute, als das Chaos der motorischen Unruhe, die die Funktion eines abnormen Reizschutzes angenommen zu haben scheint.

In dieser Betrachtung werden innere Ängste, schmerzhaft Konflikte und vernichtende Phantasien nicht mehr lediglich als Komorbiditäten aufgefasst, die sukzessive auftreten können (*Remschmidt et al.* 2004), sondern als innerer Bestandteil der jeweiligen Grundstörung. Das Erfassen ist jedoch an einen auch psychodynamisch erfahrenen Diagnostiker gebunden.

Dies entspricht *Winnicotts* (1935) Konzept zur manischen Abwehr als einer psychischen Strategie, von der inneren Realität unerträglicher unbewusster depressiver Ängste und omnipotenter Phantasien in die äußere Realität zu fliehen. *Winnicotts* Ausführungen zur manischen Abwehr gäben dazu Anlass, bei hyperkinetischen Kindern mit deren Aufmerksamkeitsstörungen, die den Eindruck machen, nicht denken und nachdenken zu dürfen, als sei die Verwendung ihrer potentiellen intellektuellen und reflexiven Möglichkeiten mit der Erfahrung von Bedrohung verbunden, traumatisierende Erfahrungen in Betracht zu ziehen.

Eine Erfassung dieser entspricht einerseits den Aufgabestellungen der Multiaxialen Klassifikation (Achse V), andererseits aus psychodynamischer Sicht der Erfassung von Körpererleben, Beziehungen, Konflikten und Strukturen bei Kind und Familie entsprechend des OPDKJ (2003).

Anhand von Kasuistiken versucht *Stork* (1993) insbesondere auf die Konflikthaftigkeit in der Familie, die im engen Zusammenhang mit dem hyperkinetischen Kind stehe, einzugehen. Weiterhin entwickelt er die Sicht von psychogenetischen und psychodynamischen Momenten und Bewegungen, die diese Symptomatik hervorbringen bzw. aufrechterhalten können. Er betont weiterhin die Einengung und Unterdrückung der Individuation des Kindes, das vornehmlich als Objekt elterlicher Projektionen und nicht als ein anderes, unabhängiges Wesen mit den zu ihm gehörigen Eigenheiten und Eigenartigkeiten gesehen werden könne. Die verhinderte In-

dividuation bringe jedoch die Suche nach Befreiung und Aggressionen hervor.

Hier scheinen ebenfalls Komorbiditäten wie Störungen des Sozialverhaltens oder oppositionelles Verhalten nicht als Epiphänomene der Kernsymptomatik gesehen zu werden, sondern einen Teil der Kernsymptomatik auszumachen, zumindest diese zu unterhalten, so dass umgekehrt gefolgert werden kann, dass für einen Teil der Kernsymptomatik über die Entwicklung eines angemessenen inneren Bildes des Kindes im Bewusstsein der Eltern ein Raum geschaffen werden kann, innerhalb dessen das Kind Aspekte seiner Symptomatik aufgeben kann, soweit die Symptomatik nicht zunächst durch pharmakologische oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie Unterstützungen hinsichtlich der elterlichen Handlungen im Sinne des Kontingentsmanagements angegangen werden muss.

Weiterhin scheinen psychische Geschehnisse aus der Phantasie- und Vorstellungswelt, in der die Familie miteinander lebt, als gefährlich erlebt zu werden. Hierbei handele es sich in der Regel um unverarbeitete aggressive und libidinöse Triebregungen im Zusammenhang mit Enttäuschung und Versagungen in der eigenen Kindheit - von einem oder von beiden Elternteilen -, die in einem komplizierten Zusammenspiel, evtl. zur Aufrechterhaltung der Ehe, miteinander negiert oder verdrängt werden müssen. Wenn das Kind erste Zeichen von psychischen Auffälligkeiten erkennen lasse, nähmen die Kränkungen und Enttäuschungen der Eltern unerwartet große, für Außenstehende oft schwer verständliche Ausmaße an. Entsprechend dieser Überlegungen könnten narzisstisch-depressive Anteile (Komorbiditäten) in den Blick kommen, die sowohl im Kind als auch in den Eltern sowie im Zusammenspiel der Beteiligten abgewehrt werden müssten und statt dessen in malignen Streitsituationen rund um alltägliche Aufgabestellungen ausgetragen werden müssten.

Es sei wichtig, die Hyperkinese im Zusammenhang mit frühen inneren und später motorisch ausgelebten Spannungszuständen ebenso zu sehen wie mit dem Rücksichtslosen Ausagieren aggressiver Triebregungen. Sofern innere Vaterbilder fehlten und seitens der Mutter negative Vaterübertragungen auf das Kind vorlägen, steigere sich die Pathodynamik bis hin zu Kastrationsängsten und deren Abwehr. Die hyperkinetische Unruhe schein dann der körperliche Ausdruck einer Unentschlossenheit zwischen narzisstischer Selbstaufgabe und vergeblich konzipierter Individuation zu sein. In diesem Sinne sei hyperkinetisches Verhalten für die Kinder wie auch für die Familien eine Lösung innerpsychischer Konflikte durch Leugnung und Abspaltung, was den Gewinn mit sich bringe, den eigentlichen psychischen Konflikt unkenntlich und unzugänglich zu machen, der nur

mit großer Mühe als ein symbolischer Ausdruck erkannt werden könne. Hier kann die Komorbidität der Mutter-Kind-Interaktionsstörung stärker in das Zentrum der Problematik hineinreichen, als dies durch die Konnotation einer Begleiterkrankung erfasst erscheint.

*Brisch* (2002) hat differenziert den potentiellen Zusammenhang zwischen hyperkinetischen Störungen und der Bindungsproblematik herausgearbeitet, insbesondere bei ambivalenter sowie desorganisierter mütterlicher Bindungsqualität.

Frühe Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind betreffen u.a. das Schreien, Gedeihen und das Schlafen. *Denecke* (Vortrag 10/2004, Hamburg) hat darauf hingewiesen, wie diese frühen Interaktionsstörungen mit misslingender Feinabstimmung, heftigen projektiven Phantasien der Mütter, deutlicher Affektregulierungsstörung und hoher Impulsivität und massiver emotionaler Instabilität im Längsschnitt über die frühen Regulationsstörungen zu Symptomen hoher Erregbarkeit, heftiger Anspannung und später zu hyperaktiven und impulsiven Verhaltensmustern führen können. *Wolke et al.* (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass so genannte Schreikinder ein stark erhöhtes Risiko haben, später eine Hyperaktivitätsstörung zu entwickeln: von 64 „Schreikindern“ hatten 19 % bei einer Nachuntersuchung im Alter von 8 Jahren eine Hyperaktivitätsstörung entwickelt; in einer Kontrollgruppe betrug der Anteil nur 1,6 %. Zentral scheint die Bildung eines emotionalen Übergangsraumes zu sein, der die im Kind auftretende oder indirekt durch das Kind in der Mutter induzierte Anspannung und Erregung vorverdaut werden kann, und somit ein Halt gebender Raum von Ruhe, Struktur, Erleben, Spüren und Fühlen, emotionaler Gegenseitigkeit, Responsivität, Versprachlichung und vielfältiger Kommunikation entstehen kann. Letztere scheint daran gebunden, dass Impulse des Kindes weder übergangen noch fehlinterpretiert werden, weder zu heftigen Aktionen seitens der Bezugspersonen führen, noch zu unmodulierten Reaktionen auf das Kind. In dem Ausmaße, wie ein mentalisierbarer Raum entsteht, vermag die Verklebung, Flucht oder Desorganisation von Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln zwischen den Beteiligten überwunden werden zugunsten eines Dritten, das auch als trianguläre Kapazität aufgefasst werden kann (*Bürgin* 2001).

*Günter* (2003, sowie mündliche Mitteilung 2004) vermochte in einer Pilotuntersuchung zu zeigen, wie Methylphenidat bei Kindern die inneren Repräsentationen von Zuständen und Interaktionen deutlich weniger negativ

erleben ließ, so dass unbewusste oder latent gehaltene negative Selbst- und Beziehungsbilder abgemildert werden konnten. Nach seiner Einschätzung bedarf es jedoch positiver korrigierender Erfahrung in der Eigenentwicklung und im Beziehungserleben, damit auch positive Repräsentationen geschaffen werden können. Hierzu kann die Pharmakotherapie lediglich eine Voraussetzung schaffen. Die korrigierenden Erfahrungen müssen über Selbstkonzeptualisierung auf der Handlungs- und Erfahrensebene, der Erlebens- und Beziehungsebene entwickelt werden. Hierzu dienen Förderungen der Introspektion, Selbstreflexion bei Kind und Eltern ebenso wie Steuerungs- und Regulationsprozesse im Sinne der Selbstorganisation, Selbstinstruktion mit dem Ziel intensiveren Identitätserlebens im Sinne der Erfahrung von Echtheit in der Beziehung mit dem anderen und in der Eigenbeziehung.

*Bonney* (2000) sowie *Bonney & Hüther* (2002) gehen davon aus, dass es Kinder gibt, die bereits als Neugeborene und während ihrer Kleinkindphase erheblich wacher, aufgeweckter, neugieriger und leichter stimuliert waren oder einfach nur „unruhiger“ sind als andere. Weshalb das so ist, ob diese Kinder zum Zeitpunkt ihrer Geburt bereits ein stärker ausgebildetes dopaminerges, ihren Antrieb verstärkendes System besitzen, ob dieses Merkmal genetisch bedingt oder erst während der intrauterinen oder frühen postnatalen Entwicklung entstanden ist, kann zunächst offen bleiben. Da die weitere Ausreifung des dopaminergen Systems offenbar davon abhängt, wie häufig das System durch die Wahrnehmung neuer Stimuli und Reiz aktiviert wird, laufen Kinder, die mit dieser besonderen Wachheit und Stimulierbarkeit in unsere Welt hineinwachsen, Gefahr, sich immer leichter durch alle möglichen neuartigen Reize stimulieren und anregen zu lassen. Wann ein derartiges Kind durch seinen überstarken Antrieb, seine enorme innere Unruhe, seine ständige Suche nach neuen Stimuli, also durch seine Ablenkbarkeit und mangelnde Konzentrationsfähigkeit auffällig wird, hängt von der Beziehungs- und Erziehungsqualität seiner Umgebung ab. Aus sich selbst heraus ist ein solches Kind außerstande, seinen überstarken Antrieb zu kontrollieren, es muss gewissermaßen ständig herumzappeln und ständig Neues entdecken und sich darüber begeistern, anstatt sich auf eine Sache zu konzentrieren. Durch die besonders häufige und intensive Nutzung der in seinem Gehirn angelegten und für die Steuerung seiner ungerichteten Motorik, seiner unselektiven Wahrnehmungen und seiner ungezielten Aufmerksamkeit zuständigen Nervenzellverschaltungen werden diese komplexen Verschaltungsmuster im Laufe der Zeit immer effektiver - und andere, weniger intensiv benutzte neuronale Verschaltungen



entsprechend weniger weiterentwickelt oder ausgebaut. Wenn das Kind nun zunehmend in psychosoziale Konflikte gerät oder emotional verunsichert wird, kommt es im Zuge der dadurch ausgelösten Stressreaktion zu einer vermehrten Ausschüttung von Transmittern und Hormonen, die ihrerseits nun noch zusätzlich dazu beitragen, diejenigen neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen zu stabilisieren und zu bahnen, die das Kind zur Wiederherstellung seines emotionalen Gleichgewichtes aktiviert.

Wegen der Problematik des sprachlichen Zugangs wird von *Bonney* (2000) bei einer ausgewählten Klientel ein perzeptiv-expressiver Zugang mit sensorischer Repräsentation, erwachsend aus einer positiven interaktionellen Bereitschaft ohne Misserfolgsorientierung seitens der Bezugspersonen gewählt. Über einen in kommunikativ-systemischer Hinsicht erreichten Systemzustand "ja" sowie über das Erreichen des Kindes über das bei ihm dominierende taktile-kinästhetische Repräsentationssystem wird eine Kaskade der mit diesem Schritt erzielten positiven Veränderungen des kindlichen Verhaltens angestoßen. Es gelingt dem Kind nach initialer taktile Stimulation zuerst eine gerichtete visuell-motorische Reaktion zu zeigen; ein Blickkontakt mit dem Gegenüber wird hergestellt, dann erfolgt auf die jetzt einsetzende Ansprache eine adäquate soziale Reaktion des Kindes; die zuvor häufige, hypermotorisch genannte Reaktion bleibt aus, es nimmt Kontakt zu der Umgebungsperson auf (*Bonney* 2000, S. 293 f.).

Möglichst früh einsetzende Frühinterventionen betreffen emotionale Sicherheit über innere Arbeitsmodelle mit Ermöglichung größerer Bindungssicherheit und Abnahme ambivalenter bzw. vermeidender Bindungsmuster, Struktur und grenzsetzende Maßnahmen zur Gestaltung des Tagesablaufes sowie Schaffung eines Entwicklung fördernden Umfeldes.

Von neurobiologischer Seite (*Hüther* 2001) scheint es erwähnenswert, dass neben dem dopaminergen System auch das serotonerge und das noradrenerge System neben weiteren Transmittersystemen bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Symptomatik von Bedeutung sind. Darüber hinaus scheinen sowohl das mesokortikale dopaminerge System (beteiligt an der Regulation von motorischer Aktivität, Neugier und der Entwicklung von Handlungsstrategien), als auch das mesolimbische dopaminerge System (Beteiligung an der Regulation von Motivation und Emotionalität) sowie das mesostriatale dopaminerge System (Beteiligung an der Regulation von Aufmerksamkeit, Reaktionsbereitschaft und stereotypen Verhaltensweisen) im Zentrum des neurobiologischen Interesses zu sein. Therapeutische Arbeit scheint somit nicht an einem einzigen System (präfrontaler

Cortex), sondern auch an den anderen Funktionskreisläufen sinnvoll zu sein im Sinne der erfahrungs- bzw. nutzungsabhängigen Plastizität des sich entwickelnden Gehirns unter Ausreifung des präfrontalen Cortex bis zum 16. bis 18. Lebensjahr.

*Häußler & Hopf* (2001) weisen darauf hin, dass schwerwiegende interpersonale Konflikte und traumatisch erlebte Ereignisse verhindern können, dass sich Ausdrucksmotilität und Leistungsmotorik angemessen auseinander- und weiterentwickeln. Die motilitätskontrollierende Ichfunktion ist dann beeinträchtigt, Affekte werden - auch später noch, wie bei einem kleineren Kind - motorisch in Form von allgemeiner Unruhe abgeführt (S. 504). Kinder seien heute vielfachen Trennungserlebnissen ausgesetzt. Traumatisch erfahrene Trennungen könnten zu einer Lähmung des Phantasieerlebens und einer Störung der Symbolbildung führen. Die Welt sei dann nicht mehr ausreichend mit symbolischer Bedeutung ausgestattet, so dass sie nicht mehr interessiere. Hyperkinetische Kinder zeigten häufig einen auffallenden Mangel, an den Dingen zu haften, zu spielen und zu symbolisieren.

Mit Blick auf den Geschlechtsunterschied verdeutlichen auch diese Autoren, dass Jungen eher zu ausagierenden, sozial störenden Verhaltensformen neigten, Mädchen hingegen stärker zu psychosomatischen, introvertierten depressiv-ängstlichen Symptombildungen mit Rückzug aus der intentionalen und affektiv besetzten Realität (siehe auch *Horn* 2002).

Die mehr träumende und realitätsflüchtige Seite des Aufmerksamkeitsdefizits scheint zumindest zwischen neurobiologischer Bereitschaft (Disposition) und geschlechtsspezifischer psychosozialer Verarbeitung verschränkt zu sein. Hinsichtlich der hilfreichen Begrenzung hyperaktiver Knaben weisen die Autoren in Anlehnung an *Gerspach* (2001) darauf hin, dass diese bei fehlender hilfreicher Überwindung der Verklebung zwischen Mutter und Kind durch den triangulierenden Vater ihre infantilen Allmachtsphantasien nicht an der Realität brechen lassen könnten, weil ihnen eine gute Erfahrung mit einem stützenden Selbstobjekt fehle. Sie blieben auf die eigene Person konzentriert, einschließlich einer affektiven Überbesetzung ihrer körperlichen Vitalität; auch hätten sie es nie gelernt, ihre narzisstische Position, Mittelpunkt der Welt zu sein, zu überwinden. Bei entsprechender Disposition sei ein vordergründiger Ausweg aus dieser Not, in hyperkinetischer Form alles nach außen zu stülpen und sich mittels ständiger Unruhe eine Form von Pseudoautonomie sowie eine künstliche Zweithaut zu verschaffen. Verschwinde diese, könne sich zunächst einmal eine größere Verwundbarkeit zeigen.

Aus dieser Arbeit kann die Nähe der hyperkinetischen Symptomatik zu narzisstischen Aspekten abgeleitet werden, wie sie in der therapeutischen Erfahrung und der Gegenübertragung plastisch wird: Das Gefühl, die Kinder nicht erreichen zu können, hilflos zusehen zu müssen, wie diese um sich selber kreisen und nur kurz aus ihrer Getriebenheit herausfinden, sich etwas Neues aneignen, um anschließend sofort einen weiteren Sensationshunger zu entwickeln, lässt das Gegenüber gleichsam verloren, aber auch hilflos und von der Beziehung enttäuscht stehen.

Diese Erfahrung nutzbar zu machen im Sinne der Integration solch abgespaltener Erlebnisweisen sowohl beim Kind als auch in Wechselwirkung bei den wichtigsten Bezugspersonen inkl. den Lehrern erscheint bei der Durchbrechung der teils primären, teils sekundär gebildeten narzisstischen Abwehr von Unsicherheit, Irritierbarkeit und Verletzbarkeit geboten und hilfreich.

*Häußler* (2002) erfasst aus kinderpsychotherapeutischer Sicht ein breites Spektrum an Annahmen über die Hintergründe des ADHS und verweist auf neurobiologische Veränderungen, familiäre Konflikte, die in der Körpersprache verborgene Konflikthaftigkeit, die Spannung zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit, Trennungsprobleme, die Einengung der Individuation, frühe traumatische Erfahrungen als verursachende Faktoren, die Bedeutung früher Bindungsmuster ebenso hin wie auf die manische Abwehr und "Zweithaut-Bildung", die körperliche Unruhe als Folge innerer Beunruhigung sowie das Fliehen in die Bewegung.

*Schaff* (1998, 2001) verweist auf das Mitagieren der Helfer bezüglich der zu Grunde liegenden intrapsychischen und interpersonalen Konflikte und nicht gelebten Affekte des ADHS-Kindes hin.

Kinder mit dieser Symptomatik müssten im therapeutischen Prozess „eine hohe somato-psychoziale Integrationsleistung“ vollbringen, da sie das Fliehen in die Bewegung auch als „Überlebensstrategie und Rettungsversuch eines lebendigen Ich-Gefühls“ benutzten und sie in die eigene Bewegung fliehen müssten, da sie nicht wie Dissoziale weglaufen würden.

Es sei ergänzt, dass der Übergang in die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, somit vom Kreisen um die wichtigsten Bezugspersonen zum Streunen und intra- oder extrafamiliären Regelbruch, als Zusammenbruch eines noch um Nähe bemühten, gleichwohl agierenden Beziehungsverhaltens angesehen werden kann.

*Horn* (2002) stellt in einer Arbeit zu strukturellen Störungen bei Kindern und Jugendlichen anhand von Fallbeispielen von Kindern mit ADHS dar, in welcher Form Spieltherapie strukturierend, Affekt regulierend und mentalisierend wirken kann. Emotionale Komorbiditäten werden in dem Maße deutlich, wie die äußerliche Symptomatik differenzierter erfasst wird.

Die Autorin berichtet (S. 280), dass in Sandspielsitzungen das von einer 8-jährigen Patientin gestaltete gefährliche Chaos geordnet worden sei. Die Tiere seien nach ihren Eigenschaften und nach ihrer Gefährlichkeit benannt worden, sie seien bis auf ihre Wurzeln zurückgeführt worden. Die Therapeutin habe Zäune zwischen Haustiere und wilde Tiere gesetzt und mit der Patientin darüber gesprochen, was und schwer schützen könne. Innerhalb der Spielsequenz sei die Patientin häufig unruhig, laut gewesen und habe behauptet, dass alles ganz anders sei, es gar keine gefährlichen Tiere gäbe oder es keine Hilfe gegen die Tiere gäbe. Dann habe sie in zunehmendem Maße die Ordnungsvorschläge der Therapeutin aufgegriffen. Bei Regelspielen habe das Kind das Nichtverlierenkönnen mit der Angst vor danach auftretenden schlechten Träumen verbunden und zunächst die Spiele so umgestaltet, dass sie nicht habe gewinnen oder verlieren können. Erst über die beruhigende Kommentierung seitens der Therapeutin, dass hierdurch zwar keine Aufregung entstehe, jedoch auch keine Freude, weil weder gewinnen noch verlieren möglich sei, dass andere Kinder so nicht mitspielen würden, da es diesen zu langweilig sei, sowie der herausfordernden Anregung, dass die Patientin doch sicher so sein wolle wie die Kinder in ihrer Klasse, sei es gelungen, die Patientin zu aktivieren. Allerdings habe die Therapeutin versprechen müssen, dass das durch das Verlieren herausgeforderte Monster von ihr bewacht würde. Ebenfalls habe sie der Patientin leihweise ein Krokodil mitgegeben, das sie auf den Nachttisch legen sollen, damit dieses das Mädchen gegen das Monster schütze.

Nicht nur wurde die emotionale Problematik deutlich herausgearbeitet, zusätzlich wurde mit der in zunächst 40, dann 80 Stunden währenden Psychotherapie nach Aussage der Autorin der innere Rückzug, die soziale Kompetenz und die Kernsymptomatik deutlich verändert, indem das Mädchen belastende Affekte aushalten lernte, den Wunsch äußerte, mit diesen umgehen zu können und sich dann auf Themen des Kontaktes und der Beziehung sowie des Selbstwertes bezogen habe. Die motorische Unruhe sei weder in den Sitzungen noch in der Schule mehr beobachtet bzw. berichtet worden.

Die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapien wurde von *Leichenring et al.* (2004) in einer Metaanalyse untersucht. Es fand sich über ei-

nen weiten Bereich psychiatrischer Diagnosen eine gute und auch ein Jahr nach Beendigung der Therapie noch anhaltende Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapien - sowohl im Hinblick auf die Zielsymptomatik als auch auf das soziale Funktionsniveau der Patienten. Die Effektstärke unterschied sich nicht von anderen Psychotherapieformen, inkl. der kognitiv behavioralen Therapie. Aufgrund der insgesamt geringen Studienzahl (17) gibt die Untersuchung keinen Aufschluss über die therapeutische Effizienz bei bestimmten psychiatrischen Diagnosen, insbesondere mangelt es nach Ansicht der Autoren an Arbeiten zur Wirkung kurzzeitiger psychodynamischer Therapien bei Angsterkrankungen, bei Störungen im Kindes- und Jugendalter und in der gemeinsamen Anwendung mit Medikamenten.

#### **1.4. Praxis- und Vernetzungsaspekte**

Praxiserfahrungen (z.B. Kowerk 2002) zeigen, dass bis zu 60 % der von Eltern oder Erziehern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellten Kindern und Jugendlichen mit der Frage nach einem ADS/ADHS kommen.

Innerhalb eines Netzwerkes können durchaus widersprüchliche Perspektiven integriert werden.

Einerseits kann die Psychodynamik als Versuch des Kindes- oder Jugendlichen zur Bewältigung der "Behinderung" gesehen werden, um somatische und psychosoziale Belastungsfaktoren, wenn auch unangemessen, zu kompensieren.

Andererseits kann ein Schwerpunkt in der Ermittlung von Beziehungserfahrungen des Kindes mit selbstunsicheren Eltern/Müttern liegen, auch kann die scharfe Grenzziehung in der Familie oder die Problematik einer intrapsychischen Entwicklung des Kindes mit unsicherem Selbst, interaktionellen und Objektrepräsentanzen in den Blick genommen werden. Die Schuldkonflikte und Macht-/Ohnmachtkonflikte bei Kindern und ihren Eltern spielen in der Stabilisierung der Symptomatik eine nicht unerhebliche Rolle.

Diese unterschiedlichen Ausgangslagen müssen jedoch im Einzelfall durch ein individuelles Behandlungskonzept gewichtet werden. Zentral erscheint, zwischen somatischen und psychodynamischen Konzepten nicht zu polarisieren, sondern die "Mitte" zu finden und so somatische, als auch psychodynamische, sowie familiendynamische und soziale Faktoren als behandelnder Arzt und Psychotherapeut immer im Blick zu halten. Die Arbeit

auf dieser gedanklichen Brücke ist originäres kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln (*Schaff* 2002).

Die Gefahr der Polarisierung hinsichtlich der Frage von Ursachen und Folgen zeigte sich in Diskussionen anhand eines einseitig psychodynamischen Beitrages von *Kette* (2001). Der fachliche Disput machte deutlich, dass z.T. schwer überbrückbare Gegensätze zwischen einer isoliert psychodynamischen Betrachtung und einer Betrachtung, die sich weitestgehend darauf zurückzieht, dass emotionale Aspekte reine Epiphänomene der Problematik darstellen, bestehen (siehe *Kette* 2001 und Diskussionsbeitrag *Schmeck et al.* 2001). Die Aufgabestellung wird von *Schmeck* gerade im Blick auf niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten dahingehend zusammengefasst, dass die subjektiven Erfahrungen eines Kinder- und Jugendpsychiaters und -psychotherapeuten für sein Handeln von großer Bedeutung seien, diese aber gleichzeitig immer wieder an intersubjektiv gewonnenem Wissen überprüft werden müssten. Oft sei die weiterführende Therapie erst mit der Gabe eines Medikamentes möglich.

Die Anerkennung psychodynamischer Aspekte endet nach *Warnke* (2001) insbesondere dann in Vorwürfen gegenüber Eltern, Schule und Medien, wenn vorzeitig über die spezifische Ätiologie entschieden werde, obwohl nach verbreiteter Überzeugung konstitutionelle Faktoren eine entscheidende Rolle in der Genese dieser Störung spielten. Es könne also niemals Sinn eines Konsensustextes sein, willkürlich familiäre und gesellschaftliche Einflüsse in Einseitigkeit und auch Gewichtung als kausal darzustellen (Kommentar zum Aufsatz von *Kette* 2001).

Es ist allerdings von großer Bedeutung, in welchem Umfang sich das Verständnis der hyperkinetischen Störung bzw. des ADS/ADHS gewandelt hat. Von *Landsberg & Seidel* 2001 wird hervorgehoben, dass es sich sowohl um entwicklungsbedingte Hyperaktivität als Reifungsvariante, Hyperaktivität als Folge eines Sozialisationsdefizits bei Unterschichtfamilien und desorganisierteren Familien sowie um psychogene Hyperaktivität, situative bei motorischer Spannung oder neurotische bei chronischen Konflikt- und Spannungszuständen, insbesondere Angst und Depression, aber auch bei emotionaler Deprivation und psychischem Hospitalismus handeln könne (*Steinhausen*, 1982). Sie erinnern an Arbeiten von *Martinius* (1989), der - neben einigen anderen Ursachenhypothesen- von psychoreaktiven Ursachen ausgegangen sei. Erschwerte Lebensbedingungen seien entspre-

chend der Empfindlichkeit der Neurotransmittersysteme für vielerlei Wirkfaktoren empfindlich, so dass zwischen der Triasdisposition, Exposition und individueller Verarbeitung jeweils ein Blick gewonnen werden müsse. Gerade aus klinisch-stationärer Sicht einer tiefenpsychologisch orientierten Institution mahnen sie die Berücksichtigung der biographischen Lebensumstände des Kindes und seiner Familie an und empfehlen den Blick für folgende 7 Punkte:

1. Äußere Faktoren wie Lebensbedingungen der Kinder
2. Psychosoziale Belastungen der Familien (Krankheit, Arbeitslosigkeit und Scheidungen)
3. Erziehungsverhalten der Eltern (Verwöhnungsverhalten, Nichtbeachten von Generationengrenzen, inadäquater Umgang mit jeweiligen Entwicklungsstadien der Kinder)
4. Verschiedene Störungen und Erkrankungen bei den Kindern (Komorbiditäten)
5. Familiendynamik inkl. problematische Familienkonstellationen mit Funktionalisierung, Überstimulation, Überbehütung auf dem Boden einer Bindungsproblematik)
6. Reifegrad des Kindes bei der Geburt und deren Unterschiedlichkeit bei Jungen oder Mädchen
7. Traumatisierungen, so posttraumatische Belastungsstörungen unterschiedlicher Genese mit folgender massiver Unruhe, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten

Hieraus ergibt sich bei der Konsensarbeit zwischen stationärer und ambulanter, kinderpsychiatrischer und pädiatrischer Perspektive, dass die Erfassung stationär zu behandelnder Kinder und Jugendlicher mit berücksichtigt werden muss, um die differenzierte Erfassung auch der Schweregrade und der Komplexität des "Syndroms" therapeutisch aufgreifen zu können.

Unter systemischer Perspektive können viele unterschiedliche Aspekte und Modelle zusammengeführt werden, ohne dass die jeweiligen Bedeutungen nivelliert werden müssen (*Mickley & Pisarsky 2003*).

Die Vielfalt der Betrachtungsebenen auf klinischer Ebene wird von *Spitzok von Brisinski (2003)* mit dem Blick auf Indikationen der stationären Diagnostik und der Wiederherstellung des familiären Lebensraumes innerhalb der stationären Situation beschrieben.

Hieraus ergeben sich hilfreiche Aspekte im Dialog zwischen ambulant tätigen und stationär tätigen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten, die gerade bei Spektrumdiagnosen hilfreiche Klärungen ermöglichen.

## 2. Spezifische Fragestellungen und Hypothesen

1. Wie weit spricht die um den Aspekt der emotionalen Instabilität erweiterte Kernproblematik auf einen mehrdimensionalen Ansatz an?
2. Können praktische Ansätze (Heilpädagogik, Ergotherapie, Kunsttherapie) durch eine verstehens- und konfliktorientierte Arbeit für eine korrigierende Erfahrung und ein positiv verändertes Selbsterleben und Handeln nutzbringend sein?
3. Können psychodynamische Hypothesen bewirken, dass verhaltens- und handlungstherapeutische Ansätze sowie elternbezogene Interventionen sukzessive und für alle Beteiligten belegbar und annehmbar integriert werden?

Ferner soll überprüft werden, welche Patienten- und Behandlungsvarianten den Verlauf und den Erfolg einer psychodynamischen Therapie beeinflussen können.

Zu den von uns berücksichtigten Patientenvariablen gehören: das Strukturniveau der Persönlichkeitsentwicklung, familiäre Aspekte (Achse V-MAS) und der Grad der psychosozialen Anpassung (Achse VI-MAS).

Zu den Behandlungsvarianten gehören die Therapieform, die für die Behandlung eines besonderen Kindes gewählt wird, mögliche Vorbehandlungen und die Vernetzungsmöglichkeiten im Helfersystem.

Wir vermuten, dass die Entwicklung einer ausreichend guten und stabilen Beziehung zwischen Therapeuten, Patienten und seiner Familie eine wesentliche Bedeutung für den Verlauf und den Erfolg einer Behandlung bildet und sich auch in der Form der Therapiebeendigung widerspiegelt. Ob eine ausreichende Verbindung zwischen Therapeuten und Patienten bzw. seiner Familie entsteht, könnte z.B. mit der Art und dem Ablauf von Vorbehandlungen zusammenhängen, z.B. inwiefern Resignation oder Zuversicht die Familienatmosphäre prägt oder ob eine Festlegung auf bestimmte Methoden vorliegt, so dass bereits fixierte Erwartungen an die Behandlung



gestellt werden oder ob die Familie selbst sichere, unsichere oder desorganisierte Bindungsformen mitbringt.

Auch die Vernetzung im Helfersystem, d.h. die Fähigkeit zu offener sei es auch kontroverser Kommunikation, die das Ziel haben sollte einen möglichst optimalen Behandlungsplan zu entwerfen, kann entscheidende Bedeutung besonders in der Vermeidung eines institutionellen Ausagierens der unbewusst übernommenen Patientenpathologie spielen. Sowohl professionsgebundene wie auch methodenabhängige Konflikte können die Ressourcen des sozialpsychiatrischen Ansatzes beeinträchtigen, die gelegentlich zur Unterbrechung der Kommunikation führen oder gar zur Vermeidung einer professionellen Kontaktaufnahme.

### **3. Methodische Vorbemerkungen**

#### *Die Gemeinschaftspraxis: Ein sozialpsychiatrisches Modell*

Die Gemeinschaftspraxis besteht seit Oktober 2000 als Erweiterung einer 1999 gegründeten Einzelpraxis gleicher Fachrichtung. In der Gemeinschaftspraxis arbeiten zwei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, eine Assistenzärztin, vier fest angestellte nichtärztliche MitarbeiterInnen sowie vier Honorarkräfte.

Grundlage der gemeinsamen sozialpsychiatrischen / psychotherapeutischen Arbeit ist ein psychodynamisches Verständnis von Störungen, zu denen auch familientherapeutische Betrachtungsweisen und kognitiv behaviorale Behandlungsmodelle gehören. Heilpädagogische, musiktherapeutische, kunsttherapeutische Fördermöglichkeiten werden je nach Indikation eingesetzt, wobei jede Form der Behandlung der Kinder und ihrer Familien kinder- und jugendpsychiatrisch flankiert wird.

Triangulierte Interventionen zwischen nichtärztlichen Mitarbeitern, Familien und Kinderpsychiaterin begleiten jede Form der angebotenen Förderung und Psychotherapie, so dass ein Oszillieren zwischen Dualität und Pluralität die Entwicklungsprozesse der Kinder und ihrer Familie begleitet. Die von den Patienten dadurch erlebte Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen ist bereits ein Modell für offene und prozessorientierte Kommunikation, die die Lösung von real während der Behandlung entstandenen Konflikten einschließt.

Teamsitzungen mit regelmäßigen internen Fortbildungen, Fallbesprechungen und Intervision begleiten die alltägliche Arbeit, während die externe Supervision durch einen tiefenpsychologisch orientierten Kinderpsychiater

und -psychotherapeuten einmal monatlich die inhaltliche Vertiefung und die diagnostische Überprüfung in Einzelfällen ermöglicht.

Die integrierte Vernetzung mit Lehrern, Jugendämtern, Ergotherapeuten, Kinderärzten und sonstigen Helfern rundet die sozialpsychiatrische Arbeit mit den Kindern und ihren Familien ab, so dass vielfältige Arbeits-, Prozess- und Beziehungsebenen parallel in Bewegung gesetzt werden, wodurch lebendige und durch mehrere Bezugspersonen des Kindes getragene Entwicklungen entstehen können. Destruktive sowie konfliktgeladene Prozesse können erkannt, offen angesprochen und gemeinsam ausgetragen werden. In Fällen, wo dies nicht gelingt, kommt es dann durchaus zu Behandlungsabbrüchen oder zumindest zu in Absprache frühzeitig beendeten Behandlungen.

## **4. Zur Datenerhebung**

### **4.1 Praxisrelevante Zugangswege zur Diagnostik und Therapie**

Die Kinder werden in der Regel auf Wunsch der eigenen Eltern vorgestellt, wobei der Entschluss der Eltern durch Gespräche mit Lehrern, Kinderärzten, Ergotherapeuten, Mitarbeitern von Beratungsstellen, Freunden und Nachbarn, sowie gelegentlich nach Kontaktaufnahme zum Jugendamt, gefasst wird. Kommt die Anregung durch Kinderärzte oder Allgemeinmediziner, so sind die Kinder entweder bereits vorbehandelt oder die kollegiale fachärztliche Konsultation wird vor Einleitung einer Behandlung erwünscht. Diese Kinder werden in der Regel überwiesen, so dass automatisch eine Vernetzung der fachärztlichen und hausärztlichen Tätigkeit über Arztberichte erfolgt.

Die Kinder, die in unserer Praxis behandelt werden, haben ausnahmslos eine diagnostische Phase in der Praxis durchlaufen und eine gewisse Zeit per Warteliste auf einen Therapieplatz jeglicher Art gewartet. Weshalb Kinder letztendlich an die Praxis gebunden bleiben oder aber während der Wartezeit oder unmittelbar nach dem Auswertungsgespräch mit den Eltern, bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder niedergelassenen Heilpädagogen angemeldet werden, kann verschiedene Gründe haben:

- Die Eltern sind von den langen Wartezeiten irritiert und versuchen eine kurzfristigere Behandlungsmöglichkeit zu finden. Diese Möglichkeit wird von den Fachärztinnen selbst regelhaft im Auswertungsgespräch erwähnt.

- Die Eltern möchten sich einen zusätzlichen Rat oder eine zweite Meinung in einer anderen Praxis oder Institutsambulanz holen, weshalb sie ihr Kind anderweitig vorstellen.
- Die Behandlung wird vom Kinderarzt oder Allgemeinmediziner übernommen.
- Die Eltern geben an, durch die diagnostische Phase bereits eine Besserung der Symptomatik ihrer Kinder erlebt zu haben, weshalb sie von einer Behandlung Abstand nehmen.
- Die Eltern, besonders wenn sie bereits mehrere Behandlungsmöglichkeiten mit ihrem Kind „ausprobiert hatten“, sind resigniert und wollen sich auf nichts Weiteres einlassen.
- Eine alternative Methode, die in der Praxis nicht empfohlen, aber vielleicht von den Eltern angesprochen wurde, wird präferiert (homöopathische, diätetische oder andere alternative Behandlungsmethoden, die nicht als ausreichend evaluiert gelten).
- Die Symptomatik ist so gravierend und die Ressourcen der Familie sind so gering, dass eine teilstationäre oder stationäre Behandlung der ambulanten möglicherweise vorgezogen wird. In dieser Zeit kann es zu Nachbehandlungen nach Ablauf der stationären Behandlungen kommen.
- In ganz seltenen Fällen wird das Kind aufgrund der gesamten Situation fremduntergebracht und die Behandlungsnotwendigkeit zuerst nicht mehr gesehen oder die Therapie findet an einem neuen Ort statt.

Die Kinder, die im Einverständnis der Eltern auf einen Therapieplatz warten und dann in der Praxis eine Behandlung bekommen, haben sich durch die diagnostische Phase bereits an die Praxis gebunden und erleben eine fachliche als auch personelle Kontinuität, die häufig dazu führt, dass gerade prozess- und konfliktbezogene Behandlungsansätze aufgrund der guten Bindung an das therapeutische Team konstruktiver und zuversichtlicher erlebt werden können. In diesen Fällen ist es möglich, tiefer gehende ichstrukturelle Veränderungen im intrapsychischen Bereich anzustoßen. Auch können Entwicklung fördernde interaktionelle Muster erarbeitet und geübt werden, da innerhalb der längeren Behandlungszeit und höheren Frequenz sowohl genügend Zeit zur Verfügung steht, als auch die therapeutische Beziehung im Laufe der verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses tragfähiger wird.

Ein Phänomen, was in diesen Fällen eintreten kann, ist das „Dorfarztphänomen“, d.h. dass einige Familien mit der Praxis so verbunden sind, dass sie z.B. alle Kinder der Familie, vielleicht sogar Kinder aus der Nachbar-

schaft oder aus der weiteren Verwandtschaft in der Praxis vorzustellen wünschen und eine "provinzielle", vertraute Atmosphäre mit den damit verbundenen Vor- und Nachteilen aufkommt.

Die Diagnostik erfolgt in einem vorgegebenem Algorithmus (DGKJPP et al.). Ausgangspunkt ist die Frage, ob die Leitsymptome vorhanden sind. Sollte dies nicht der Fall sein und sollten sie bereits früher nicht vorhanden gewesen sein, kann es sich nicht um ein HKS handeln.

Es folgt die Exploration der Symptomatik (auftretende Leitsymptome, die Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptomatik), die Exploration der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sowie die Erfassung der psychiatrischen Komorbidität und der Begleitstörungen (Störungen des Sozialverhaltens, schulische Leistungsdefizite, Intelligenzmin- derung, depressive Störungen, Ticstörungen, Angststörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen).

Dann werden die so genannten Rahmenbedingungen der Störung erfasst: z.B. inkonsistentes Erziehungsverhalten, mangelnde Wärme in der familiären Beziehung, Störungskonzepte der Eltern und Lehrer und deren Therapieerwartung und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit, Kooperation mit Haus- und Kinderärzten und Ergebnisse einer orientierenden neurologischen Untersuchung. Die durch die Diagnostik erhaltenen Informationen fließen in eine multiaxiale Bewertung zusammen. Dafür ist eine Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse und Überprüfung des Vorliegens der Leitsymptome, Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität erforderlich (Remschmidt 2004).

## **4.2 Beschreibung der Stichprobe**

Es wurden 93 Kinder katamnestic untersucht, die in unserer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie behandelt wurden, wobei nur die Kinder berücksichtigt wurden, die eine Behandlung von mindestens 10 Sitzungen bekamen und zwar unabhängig von der Therapieform. Die Kinder wurden im Zeitraum 1999 bis Mitte 2004 diagnostisch untersucht und behandelt.

Diagnostisch wurden in die Stichprobe aufgenommen:

Kinder, die sowohl eine einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung aufwiesen wie auch Kinder mit einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens (nach ICD-10: F90.0 und F90.1), wobei die erste Gruppe (F90.0) in

zwei Subgruppen unterteilt wurde, je nachdem ob symptomatisch der Schwerpunkt auf der Aufmerksamkeitsstörung („Träumer“) oder auf der Hypermotorik und Impulsivität („Zappelphilipp“) lag (F90.0a bzw. F90.0b).

Zu der Gruppe „F90.0a“ gehörten 16 Kinder, davon 5 Mädchen, zu der Gruppe „F90.0b“ 5 Kinder, davon 1 Mädchen. Die übrigen Kinder gehörten zur Gruppe „F90.1“, d.h. 72 Kinder, davon 5 Mädchen.

Die Diagnosen wurden teils vor der Erstvorstellung in unserer Praxis (in 20 Fällen vom Kinderarzt, in 17 Fällen von anderen Kinder- und Jugendpsychiatern), teils von uns selbst (56 Fälle) gestellt, wobei unsere interne Diagnostik in allen Fällen auf komorbide Störungen hinwies, die bei der externen Diagnostik nicht berücksichtigt wurden.

Es ist hierbei anzunehmen, dass die Kinder, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt werden, komplexere Störungen aufweisen als die, die in einer pädiatrischen Behandlung verbleiben.

Zu den psychodiagnostischen Untersuchungen, die regelmäßig beim Vorliegen einer ADS- oder ADHS-Symptomatik durchgeführt werden, gehören neben den üblichen psychometrischen Verfahren zur Messung von Intelligenz und Aufmerksamkeit (HAWIK III, SON-R, K-ABC, CFT1, CFT20, Test d2, FAIR, etc.), Verfahren zur Erfassung von Teilleistungsschwächen (KTK, WRT, DEMAT, Zürcher Lesetest, Sprachentwicklungstests, etc.) sowie Fragebögen für Eltern und Lehrer (z.B. Connors Fragebögen) und verschiedene projektive Verfahren je nach Alter und Grundfähigkeiten (Schweinchen Schwarzfuß-Test, Wartegg-Erzähltest, Sceno-Test, Geschichten ergänzen nach Mc Arthur, etc.).

Nachdem Diagnostik und mögliche Behandlungsalternativen mit den Eltern oder Betreuern ausführlich besprochen wurden, wurde das Kind evtl. auf unsere Warteliste genommen, die je nach Therapieverfahren unterschiedlich lang ist, aber den Patienten immer eine Wartezeit zwischen 6 und 12 Monaten zumutet. Allein im Eröffnungsjahr der Praxis bzw. in der ersten Zeit nach der Gründung der Gemeinschaftspraxis waren die Wartezeiten kürzer.

Der Eigenkontrollgruppenvergleich ergab, dass sich die Symptomatik während der Wartezeit nicht gebessert hatte, wobei nicht berücksichtigt wurde, ob die Symptomatik gleich geblieben war oder sich verschlechtert hatte.

Bzgl. der Vorbehandlungen sei benannt, dass insgesamt 46 Kinder entweder ergotherapeutisch (16), heilpädagogisch (3) oder psychotherapeutisch (2) oder

psychopharmakologisch (25) behandelt worden waren, wobei letztere zu Beginn der Behandlung in unserer Praxis noch unter regelmäßiger Medikation standen.

Die Entscheidung, welche Behandlungsform für ein Kind indiziert sei, wurde aufgrund des Alters, der Frage, ob eher Förderbedarf oder tiefliegender Konflikt im Fokus der Pathologie stand, aber auch anhand innerfamiliärer oder schulisch-sozialer Ressourcen sowie infolge von personellen und/ oder strukturellen Möglichkeiten der Praxis getroffen. So war z.B. eine medikamentöse Behandlung in einigen Fällen die schnellste und greifbarste Chance, eine eskalierende familiäre oder schulische Krise zu mildern und dadurch die Zeit zu überbrücken, bis eine höherfrequente Therapie möglich wurde.

Die Altersverteilung der Kinder, die in die Stichprobe aufgenommen wurden, streute zwischen 6 und 16 Jahren.

Die Patienten wurden aufgrund des Strukturniveaus der Persönlichkeitsentwicklung in 3 Hauptgruppen unterteilt (siehe *Ermann 1997*):

1. Die frühe Störung mit niedrigem Strukturniveau, auch als Borderline-Niveau zu bezeichnen (21 Patienten),
2. Die mittelgradig schwere Störung auf mittlerem Strukturniveau, als narzisstisch-depressive Störung zu bezeichnen (35 Patienten),
3. Die geringgradige Störung auf höherem Strukturniveau, auch als neurotische Störung zu bezeichnen (37 Patienten).

Die psychischen Störungen wurden weiterhin in 2 Gruppen unterteilt:

1. Externalisierende Störungen (64 Patienten),
2. Internalisierende Störungen (29 Patienten).

Eine zusätzliche Unterteilung anhand der Symptomstärke fand noch im Rahmen der Differenzierung zwischen F90.0a und F90.0b sowie F90.1 statt. Sowohl die subjektive Wahrnehmung der Eltern und Lehrer wie die kinderpsychiatrische Einschätzung der Symptomstärke, bestätigten die Notwendigkeit einer Behandlung. Nach der Wartezeit und vor Beginn der kontinuierlichen Behandlung wurden die Kinder erneut bzgl. der Entwicklung und kinderpsychiatrischer Problematik diagnostisch untersucht. Wurde bei der Überprüfung der Therapieindikation mit Eltern und Kind festgestellt, dass auch ohne kontinuierliche Behandlung, z.B. durch breitmaschige kinderpsychiatrische Kontakte eine ausreichende Stabilität gewährleistet

werden könnte, wurde von einer intensiveren Behandlung Abstand genommen. Diese Kinder erscheinen in der Stichprobe nicht.

Kinder, die zwar in der Praxis diagnostiziert, aber nicht behandelt wurden, konnten nicht in der Stichprobe berücksichtigt werden. Auch wenn im weiteren Verlauf eine erneute Vorstellung der Kinder in der Praxis erfolgte oder wenn eine Vernetzung zwischen der Praxis und den o.g. Institutionen bzgl. der von uns diagnostizierten Kinder zum Teil in relevantem Umfang stattfand, wurden diese Kinder in die Stichprobe nicht aufgenommen.

Die Behandlungsdauer bezieht sich auf die Zeit zwischen Diagnostik und Beendigung einer Therapieform abzüglich der Wartezeiten.

Die Achse V des MAS wurde tabellarisch nur bezüglich der Familienform und der Geschwisterposition erfasst. Besondere zusätzliche familiäre Belastungen wie Arbeitslosigkeit oder Zerrüttung der verwandtschaftlichen Beziehungen sowie Gewalterfahrungen zwischen Eltern oder Kindern und Eltern oder auch interkulturelle Belastungsaspekte wurden entweder in der Kasuistik oder durch die gegebenenfalls entsprechenden Diagnosen (z.B. F43.1, F43.2, F94.1) ausgedrückt.

Der Grad der psychosozialen Anpassung (Achse VI nach MAS) wurde in drei Untergruppen festgehalten:

1. ausreichend, d. h., dass genügend Ressourcen im familiären und sozialen Umfeld vorhanden waren, um die Behandlung des Kindes konstruktiv zu begleiten
2. mangelhaft,
3. ungenügend

Im Verhältnis zum gesamten Patientengut eines Jahres (beispielhaft 2003), in dem von der Fachärztin und ihren MitarbeiterInnen 720 Patienten behandelt wurden, betrug der Anteil der als F90.0 und F90.1 diagnostizierten Kinder 64 und entsprach somit einem Prozentsatz von 8,8%. Im gleichen Jahr wurden 10 Patienten mit dieser Diagnose in eine längerfristige Behandlung übernommen, d.h. 15,6%.

26 Kinder wurden nach Ablauf der Behandlung und genügendem zeitlichen Abstand erneut testpsychologisch untersucht. Es wurden dieselben Testverfahren durch dieselben Mitarbeiter durchgeführt, um unter möglichst konstanten Bedingungen die Vergleichbarkeit herstellen zu können.

Bei 17 Kindern waren die Ergebnisse signifikant besser, d.h. um mehr als 2 Standardabweichungen. Davon waren 7 psychotherapeutisch, 9 heilpädagogisch und 1 kunsttherapeutisch behandelt worden.

Bei 9 Kindern blieben die Ergebnisse gleich, variierten weniger als 2 Standardabweichungen. Davon hatten 4 Kinder eine Lernbehinderung (IQ < 85), 6 Kinder waren psychotherapeutisch, 2 heilpädagogisch, 1 kunsttherapeutisch behandelt worden.

Bei 5 Kindern war zu Beginn der Therapie eine Methylphenidatprobe durchgeführt worden, alle Kinder waren gute Responder und hatten vorübergehend Methylphenidat eingenommen (mind. 4 Wochen, max. 6 Monate). Nach der Behandlung zeigten alle Kinder ohne Medikation die gleiche Leistungsstärke im psychometrischen Testverfahren, die sie vor der Therapie nur unter der standardisierten Methylphenidatprobe erzielt hatten.

### **4.3 Das Elternurteil: Zur Katamnesetechnik**

Die katamnestischen Interviews wurden zum Teil per Elternfragebogen, zum Teil per telefonischer Kontaktaufnahme durch eine Psychologiestudentin, die ein Praktikum in unserer Praxis absolviert hatte und spezifisch geschult wurde, durchgeführt. Der Rücklauf der Elternfragebögen war recht gering (ca. 30%), während die telefonische Kontaktaufnahme in allen Fällen ausführliche Informationen erbrachte.

Die Psychologiestudentin war den Eltern unbekannt, da sie weder an der Diagnostik noch an der Behandlung beteiligt war. Die Eltern wurden zur therapeutischen Wirksamkeitsüberprüfung über das Elternurteil aufgeklärt (informed consent). Rückfragen zur Studie speziell zur Anonymisierung sowie zur Möglichkeit die Studienergebnisse zu bekommen, wurden häufig gestellt.

Vertrauen und Mitteilungsbedürfnis prägten die Atmosphäre der katamnestischen Interviews. Für viele Eltern war die Festlegung auf eine Bewertung der Entwicklung recht schwierig, da sie im Erzählen sowohl positive wie negative oder vermischte Erinnerungen, Eindrücke und Erlebnisse mit ihrem Kind beschrieben, wodurch deutlich wurde, dass bei vielen Eltern die vormals rigide Negativwahrnehmung des Verhaltens ihres Kindes sich zugunsten einer flexibleren, situationsbezogeneren und stimmungsabhängigeren Beschreibung verändert hatte. Alle Befragten konnten sich gut an die Therapiezeit erinnern, benannten gelegentlich Anekdoten aus dieser Zeit und vermittelten der Interviewerin das Gefühl, dass offensichtlich für Kinder und Eltern die Therapiezeit als ein besonderer und intensiver, biographisch relevanter Lebensabschnitt erinnert wird.



Bei 28 Kindern war die Behandlung seit mehr als drei Jahren, bei 19 Kindern seit mehr als zwei Jahren, bei 19 Kindern seit mehr als einem Jahr und bei 27 Kindern seit mehr als 6 Monate abgeschlossen.

5 Familien konnten nicht erreicht werden, da sie umgezogen waren und Telefonnummer bzw. Adresse nicht auffindig gemacht werden konnte. Bei einer Familie wurde die Mutter erreicht, der Sohn lebte bereits einige Jahre beim Vater, der Kontakt zur Mutter war abgebrochen worden, so dass die Mutter nur katamnestisch etwas zur Schule sagen konnte, da sie Kontakt zu den Lehrern gehabt hatte.

#### **4.4 Expertenurteil**

Anders als die katamnestischen Elternbefragung entstammt das Expertenurteil aus der Zeit der Therapiebeendigung. Abgesehen von den Fällen, bei denen die Therapie durch die Eltern abgebrochen wurde, wurde die Behandlung im Einverständnis von Therapeuten, Kinderpsychiaterin, Eltern und Kind beendet, wobei die letzte Therapiephase inhaltlich durch Themen wie Evaluation, Rückblick, Trennung, weitere Planung, Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit dem Gewordenen geprägt wurde, so dass die Beendigung selbst ein Teil des Prozesses war.

Wird die Therapie im Einverständnis beendet, setzt dies voraus, dass zu diesem Zeitpunkt und in der Regel über eine längere Zeit sowohl die Eltern wie das Kind selbst, die Lehrer und die Therapeuten bzw. die Kinderpsychiaterinnen eine ausreichend positive Entwicklung in allen Bereichen beobachten, die zuversichtlich eine weitere Lebensplanung schmieden lässt, in der die therapeutische Begleitung nicht mehr als notwendig gesehen wird.

In einigen Fällen weicht zu diesem Zeitpunkt die Einschätzung der Entwicklung des Kindes seitens der Experten von der Einschätzung der Eltern und/ oder Lehrer ab. Es kann sein, dass die Experten die Entwicklung des Kindes positiver bewerten als die Eltern und/ oder Lehrer oder umgekehrt. Die Kinder zeigen in den meisten Fällen eine gute Zufriedenheit mit sich selbst, spüren, dass ihre Problematik sie nicht mehr bedrängt und wollen meist früher als Experten, Eltern oder Lehrer die Therapiezeit beenden. Eine häufige, sicherlich recht „gesunde“ Begründung der Kinder ist, dass sie jetzt mehr Zeit zum Spielen mit Freunden haben möchten.

In einigen wenigen Fällen ist die Bindung zwischen Kindes und Therapeuten so wichtig für das Kind geworden, dass ihm die Trennung recht schwer

fällt und es dazu neigt, den Therapeuten als reale Bezugsperson in seine Welt eingliedern zu wollen.

(Teil 2 dieses Beitrags inkl. Literaturverzeichnis für beide Teile des Beitrags erscheint in Heft 2-2007.)

**Adressen der Verfasser:**

Anna Maria Sant'Unione  
Friedrich-Engels-Allee 268, 42285 Wuppertal

Matthias Wildermuth  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
Rehbergpark, Austr. 40, 35745 Herborn

## Beste Freundin

Langsam schleicht sie sich in dein Leben,  
beschreibt sich als gute Freundin, die dir hilft mit Problemen klarzukommen,  
dir Ziele zeigt auf die du vorher nicht kommen würdest,  
gibt dir das Gefühl Kontrolle über sie zu haben,  
sagt dir, sie wird dich nie verlassen,  
dich nie allein lassen,  
deine neue beste Freundin.

Sie begleitet dich erst in einsamen Stunden,  
da, wo du nichts tust.  
Nach kurzer Zeit begleitet sie dich zur Schule,  
dann zu Freunden und dann ist sie immer da.  
Sie sagt mit Engelszungen, dass alle nun unwichtig sind,  
außer sie. Ihr habt ein Geheimnis,  
etwas, dass dich nie einsam dastehen lässt,  
die dich nie verlässt,  
deine beste Freundin.

Sie gibt dir Vorschriften, mit denen du dich besser fühlst,  
zumindest sagt sie das. Nun ist sie immer da,  
am Tag in der Schule, zu Hause, in deinen Träumen.  
Sie kennt deine tiefsten Wünsche und sagt, wie du sie  
erfüllen kannst. Doch dann zeigt sie dir andere Wünsche  
und bringt dich dazu, nach und nach deine alten zu vergessen,  
dich nur noch auf das eine zu konzentrieren.

Du denkst, du weißt alles über sie, doch lässt sie dich das nur glauben.  
Du kennst nicht die Wahrheit, wie alle anderen, die dich versuchen  
zu überzeugen, dass sie dich hintergeht, dir die Schönheit mit ihr  
nur vorgaukelt und über dich herrscht.  
Doch kannst du den anderen kein Vertrauen schenken,  
du hast doch die ganze Zeit mit ihr gegen den Rest gekämpft.

Doch weißt du nicht, sie lacht, wenn du etwas anderes tust,  
als sie will, sie lacht dich aus, gibt dir das Gefühl ohne sie nichts zu sein,  
der letzte Dreck, verloren, verlassen ohne jeden Freund,  
denn du hast doch nur sie,  
deine beste Freundin.

## Fortsetzung

Du möchtest sie wegsperren, ohne sie sein.  
Sie aber will dich beherrschen.  
Du bist unterlegen, sie hat die Oberhand.  
Sie denkt, du kannst nicht mehr,  
bist zu schwach für einen Kampf,  
will dir einreden, du seiest allein,  
aber du weißt, du kannst es schaffen, sie allein zu lassen,  
sie zu verbannen.  
Deine verhasste beste Freundin.

Doch sie gibt nicht auf.  
Du möchtest ihr glauben,  
es wäre viel einfacher mit ihr allein zu sein.  
Einen Vertrag zu schließen, im Frieden zu leben.  
Du hast den Wunsch, das Leben zu lieben und nicht sie,  
denn du weißt, sie lässt dich sterben.

Du kannst sie nicht töten,  
sie nur verhungern lassen,  
um dich ans Leben zu fassen.  
Sie anfesseln in eine einsame Höhle.  
Sie wird aber immer wieder kommen,  
durch dich, denn sie weiß, sobald du nicht mehr  
kannst, wird sie kommen, dich bestrafen, dir Befehle erteilen,  
dir Ketten umlegen und immer fester ziehen.  
Ich muss sie festlegen,  
meine verhasste beste Freundin.

*Marie*

Hunger, ein Nachklang

„Hunger“ war Schwerpunktthema im Forum 4/06. Die Bewältigung der Magersucht kam darin neben vielen anderen Aspekten auch vor. Wir haben hier noch eine weitere Facette des Themas, ein Gedicht, das eine Patientin (Marie) im Verlauf ihrer Behandlung verfasst hat. Sie wollte gern, dass es einer fachkundigen Leserschaft übermittelt wird. Lassen Sie sich davon anrühren.

*Dr. Margarete Dorothea von Rhein*

## Tagungsrückblick

### **BKJPP-Jahrestagung 2006 vom 09.-11.11.06 in Leipzig**

Die Tagung hatte das Motto „Baustelle Jugend – eine Jugendbaustelle. Entwicklung zwischen Autonomie und Abhängigkeit in verschiedenen therapeutischen Kontexten“.

Herr Dr. Schönfelder als Vorsitzender der Regionalgruppe Sachsen hatte zusammen mit dem Vorstand und der Kongressorganisation zu einer sehr interessanten Veranstaltung mit hoher Fachlichkeit, breitem wissenschaftlichen Spektrum und jugendlicher Frische eingeladen. Sein Eingangskommentar:

*„Wir sind Wer!“- das Gewicht dieser Worte ließ sich eindrucksvoll während der Fußball-WM-Tage erleben und impliziert solche wichtigen Werte wie Identität, Stolz, Motivation, Zugehörigkeit und Geborgenheit in einer Gruppe Gleichgesinnter und das Gefühl, etwas wichtiges vollbracht zu haben, nützlich zu sein und gebraucht zu werden.*

*Als Einzelner in einer gemeinsamen Sache aufgehen, selbständig Herausforderungen meistern und Verantwortung übernehmen war eines der ursprünglichen Anliegen der in der DDR tätigen Jugendkollektive und -brigaden auf ihren Jugendbaustellen, was am Ende wohl auch wegen des Missbrauchs zu ideologischer Gleichschaltung und der Vernachlässigung der Individualität des Einzelnen nicht aufging.*

*„Wer sind Wir?“, „Wo gehöre ich hin?“ und „Wo ist mein Platz in dieser Familie, Gruppe, Gesellschaft?“ - mit der Beantwortung dieser Fragen setzen sich Jugendliche entwicklungstypisch auseinander. Oft finden sie für sich und mit Unterstützung befriedigende Antworten darauf, auf die sich Lebensentwürfe aufbauen lassen. Ist dies nicht der Fall, können daraus*

*Konflikte und bei entsprechender Vulnerabilität Störungen und Krankheitsbilder entstehen. Dann sind wir als Jugendpsychiater neben anderen Helfern auf der Baustelle Jugend gefragt.*

*Wir wissen alle nur zu gut, dass wir nur erfolgreich sein können, wenn diese Baustelle auch wieder die des betroffenen Jugendlichen selbst wird, seine eigene Jugendbaustelle. In dieser Dialektik leben wir und bewegt sich die Tagung.*

*In diesem Zusammenhang lassen sie mich auf den zu Beginn der Tagung stattfindenden Schülerkongress hinweisen, der uns eine ausgezeichnete Gelegenheit bietet, mit Schülern und betroffenen Jugendlichen über ihre Bedürfnisse diesbezüglich ins Gespräch zu kommen.*

*Leipzig hat durch die vielen Baustellen der letzten Jahre an jugendlicher Ausstrahlung enorm gewonnen und lebt dennoch seine Tradition und Wurzeln. Dazu gehört neben dem Flair der alten Messestadt eine beachtliche kulturelle Vielfalt.*

*Ebenso muss auch das diesjährige 80. Jubiläum der Gründung der 1. Beobachtungsstation für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche durch Paul Schröder und der Aufbau der ersten ostdeutschen universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Krieg genannt werden. Unsere Tagung hat nicht zuletzt deshalb einen hervorragenden Platz im Zentrum dieser Stadt gefunden.“*

Am 09.11.07 fand zu Beginn das Schülerforum „...voll die Krise“ statt. Die Eröffnung durch die Rockband „Teen Spirit Island“ war „fetzig“. Sie war organisiert worden von dem Musiktherapeuten des Park-Krankenhauses. Die Band war aus Mädchen und Jungen aufgebaut worden, die sich seit 2-4 Monaten stationär in der Klinik befunden hatten. Diese Band spielte seit September 2006 zusammen. Das hör- und spürbare Ergebnis war mitreißend, rhythmisch und taktvoll wachmachend. In der anschließenden Diskussion mit den Bandmitgliedern wurde deutlich, dass diese Form der Musiktherapie den Jugendlichen Impulse geben kann für weiteres Engagement für Musik und auf dieser Basis Gesundheit mitgestalten kann.

Eine eindrucksvolle und bewegende Performance von Schülern der Mittelschule Paunsdorf schloss sich an. Diese hatten unter der Leitung von Frau Donner, der Klassenlehrerin, ein Projekt zur Drogenprävention mit dem Titel „Free Your Mind“ ins Leben gerufen.

Die Performance drückte die Gefahren der Einstiegsdrogen und die Verwicklung und Verkettung die der Drogenkonsum für jeden nach sich zieht, aber auch die Möglichkeiten zur Befreiung und neuer Autonomie hautnah aus. Auch hier waren die Jugendlichen an einer anschließenden Diskussion mit uns aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie interessiert und es war toll, so viel Kreativität, Idealismus und Jugendsolidarität zu erleben. Es wurde deutlich, dass sich in der Sprache, in der Musik, in der Ideenwelt der jetzigen Jugendlichen viele Ansätze zu einer Verbesserung oder Gesundung der Jugend zeigen. Wenn wir mehr Zeit gehabt hätten, wir hätten bis zum Abend miteinander reden, planen, projektieren können.

Danach wurden Schülerarbeiten (Gedichte, Kurzgeschichten, Berichte) präsentiert, die sich mit psychischen und psychiatrischen Themen beschäftigen. Mit allen Teilnehmern entwickelte sich eine Diskussion, wie man betroffenen Kindern und Jugendlichen den Weg in die KJP-Praxis oder -Klinik erleichtern kann, und auch zu diesem Punkt wurde kreative Ideen entwickelt.

Das berufspolitische Symposium am Nachmittag gab Referenten und Teilnehmern die Möglichkeit, den guten Bestand von und den Wunsch nach mehr Kooperation und Absprachen ausführlich zu diskutieren.

Der Eröffnungsvortrag am Freitag, d. 10.11.06 war von Herrn Professor Hurrelmann zum Thema „Jugend 2006 – welchen Belastungen ist die junge Generation ausgesetzt?“ Der Referent ist Leiter der Shellstudie, und mit diesem Vortrag gab er uns die Möglichkeit, die Ergebnisse der Studie kennen zu lernen. Der Vortrag ist im Heft 4/2006 vollständig nachzulesen.

Die Podiumsvorträge zum Thema Suchterkrankungen im Jugendalter haben das Thema „Jugendbaustelle“ weiter angereichert, die fruchtbare Diskussion ließ viele kreative Gedanken und Projekte (s.o.) erkennen. In den Praxen und Kliniken ist ein unglaublich starkes Potential an Verbesserungsbereitschaft, an Koevolution, überall auf den „Baustellen“ der KJP werden die Ärmel aufgekrempt und angepackt.

Ein besonders schönes Beispiel für konkretes Handeln ist das Werk „Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, ein Buch, das den Kongressteilnehmern in Leipzig von Frau Dr. Schaff vorgestellt wurde und das inzwischen in jeder KJPP-Praxis und -Klinik zum Einsatz bereitliegt. Die Autoren (Dipl. Verw. L. Schlüter, Prof. Dr. med. N. Roeder, Dr. C.

Schaff) haben mit unglaublichem Engagement eine Arbeit für uns alle erstellt, die den konkreten Behandlungsaufbau in der Praxis transparent macht und erleichtert. Damit ist ein wichtiger Schritt als Voraussetzung für fachgerechtes Qualitätsmanagement und präzise Patientendokumentation getan.

Die BKJPP-Jahrestagung hatte noch viele weitere Highlights, eines möchte ich noch herausgreifen: den Gesellschaftsabend im „Bayrischen Bahnhof“, den ein echter sächsischer Eisenbahner in seiner originalen sächsischen Mundart einleitete, so manches Nordlicht musste sich da einhören. In guter Stimmung, mit feinem Essen und Trinken aus der Region, Musik und Tanz erlebten wir eine weitere fröhlich-lustbetonte Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

*Dr. Margarete Dorothea von Rhein, Bottrop*



## Buchrezensionen

Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg.): **Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände**. Carl-Auer Verlag, Heidelberg. 271 Seiten, 29,95 € ISBN 13: 978-3-89670-551-2

Unser Wissen über Risikofaktoren für die psychische Gesundheit bzw. kindliche Entwicklung wird ausgewogen durch ein zunehmendes Wissen über Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung. In zahlreichen Längsschnittuntersuchungen, seien sie von Rutter et al., von Emmy Werner in ihrer Kauaistudie oder von Schmitt et. al. in der Mannheimer Längsschnittstudie konnte klar gezeigt werden, dass z.B. Kinder, die multiplen schweren Belastungen auch über einen längeren Zeitraum ausgesetzt waren, nicht zwangsläufig anhaltende Verhaltensprobleme oder psychische Störungen entwickeln. Kinder, Jugendliche bzw. Erwachsene verfügen über einen immanenten `Schutzschirm`, der ihnen Widerstandskraft auch gegen starke Belastungen im Leben verleiht. Die Forschung über Resilienz – ein Begriff übrigens ursprünglich aus der Werkstoffkunde entliehen – gewinnt im therapeutischen Alltag auch dadurch an Relevanz, dass wir in einer globalisierten Welt mit traumatisierten Menschen konfrontiert werden, die aus ganz unterschiedlichen Kulturkreisen und Sprachräumen stammen.

Das Buch fasst Beiträge des internationalen Kongresses über Resilienz in Zürich im Frühjahr 2005 zusammen, den federführend Rosemarie Welter-Enderlin (Zürich) organisiert hatte und nun gemeinsam mit Bruno Hildenbrand (Jena) veröffentlicht.

Ganz zu Beginn beeindruckt der Beitrag von Emmy Werner, die ihr Lebenswerk, ausgehend von der bereits zitierten Kauaistudie Längsschnittstudie einen breiten Bogen über individuelle Vulnerabilität und Resilienz bis hin zur Wechselwirkung zwischen Umwelt- und genetischen Faktoren spannt. So deuten Daten von Caspi et. al. (Science 297:851-53 (2002) und 300: 386-389 (2003)) daraufhin, dass es einen Zusammenhang zwischen einem genetischen Polymorphismus und psychischen Auswirkungen von Misshandlungen in der Kindheit bzw. antisozialem Verhalten bei Jungen gibt.

In 13 Kapiteln stellen renommierte Autoren Beiträge u.a. zu Modellen familiärer Widerstandskraft, Resilienz in Paarbeziehungen, bei lebensbe-

drohlichen bzw. chronischen Erkrankungen, bei Migration und Flucht, Traumata, Behinderungen und bei der Bewältigung akuter Krisen dar. Multisystemisch betrachtet stärken insbesondere stabile Bindungen von Kindern und Jugendlichen zu erwachsenen Bezugspersonen die individuelle Resilienz bzw. verbessern ihre Kompetenzen, auch sehr belastende Lebensumstände erfolgreich zu meistern. Froma Walsh (und ihr Team vom Chicago Center for Family Health) erarbeitete – aufgrund ihren praktischen Erfahrungen mit traumatisierten Flüchtlingsfamilien (aus dem Balkan) – die folgenden salutogenetischen Schlüsselprinzipien: Kohärenz (d.h. auch in widrigen Lebensumständen einen Sinn finden), Optimismus und Zuversicht (aber auch die Fähigkeit, zu akzeptieren, was nicht zu ändern ist), (heilende) Rituale, Werte (aber auch aus widrigen Umständen zu lernen), Flexibilität, Verbundenheit und elterliche Kooperation (d.h. auch gegenseitige Unterstützung, neue Verbindungen und ggf. Versöhnung), soziale und ökonomische Ressourcen zu aktivieren (ein Netzwerk zu schaffen), klare Kommunikation, Gefühle empathisch ausdrücken und gemeinsam und kreativ Lösungen entwickeln. Diese Erkenntnisse zur familiären Resilienz bestätigen durchaus – aus einem Entwicklungsmodell abgeleitete – therapeutische Grundprinzipien von Bindung, Ressourcen und Verantwortung (vgl. Prankel BH (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. Familiendynamik 30: 145-183).

Die Autoren stellen insgesamt die Grundlagen des Konzeptes Resilienz in unterschiedlichen Anwendungsfeldern vor und machen es damit für therapeutische und beraterische Handlungsfelder wie Gesundheitssystem, Schule, Beratungssysteme, Jugendhilfe usw. nutzbar. Es stärkt eine (systemisch geprägte aber schulenübergreifende) Sichtweise, insgesamt weniger vor allem in Krisen oder auch bei Erkrankungen bzw. `Störungen` auf das zu schauen, was wegfällt, sondern mehr auf das, was hinzukommt und somit einer möglichen `Entstörung` (vgl. Schweitzer-Rothers J, von Schlippe A (2006): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen) des Problems dienen kann.

Das Buch ist praxisbezogen gestaltet, liest sich flüssig und macht neugierig, auch die weiterführende Literatur zu lesen, die im Anschluss an jedes Kapitel aufgeführt ist.

Insgesamt ist es ein lesenswertes und engagiertes Buch, dem eine breite Verbreitung in unterschiedlichen Berufsgruppen zu wünschen ist.

*Dr. Jochen Gehrman, Ludwigshafen*

Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Warnke, A.: **Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.** *Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch.* Stuttgart, New York: Schattauer Verlag. 2006. 584 Seiten. €99.

Die vier Autoren gehören zu der Elite der führenden Lehrstuhlinhaber der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Sie stellen uns mit ihrem neuen Lehrbuch ein gelungenes und innovatives didaktisches Konzept vor. Der Verlaufs- und Entwicklungsaspekt psychischer Störungen wird zum zentralen Einteilungskriterium des Buches erhoben. Diese Störungen können sich in den verschiedenen Entwicklungsstadien unterschiedlich darstellen und haben auch in den verschiedenen Entwicklungsstufen verschiedene Ursachen. Das wird z.B. im Falle von Essstörungen im frühen Kindesalter und in der Adoleszenz deutlich. Sie erfordern auch entsprechend individuell zugeschnittene therapeutische Maßnahmen. In den über einhundert Kapiteln werden einzelne meist in der ICD 10 enthaltenen Störungen sowie deren Normvarianten vorgestellt. Sie wurden in sechs Abschnitte eingeteilt: 1. Entwicklungsvarianten und Belastungsreaktionen, 2. früh beginnende Störungen mit überdauernder Entwicklungsbeeinträchtigung, 3. reifungsabhängige Störungen, 4. altersspezifisch beginnende Störungen, 5. entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen sowie 6. früh beginnende erwachsenentypische Störungen.

Weitere gesonderte Kapitel behandeln allgemein Fragen der Diagnostik, Interventionen sowie Epidemiologie, Pathogenese und Prävention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ergänzen sinnvoll den sonst störungsbezogenen Inhalt.

Bestehend leserfreundlich ist die klare Gliederung und Struktur des Buches. Alle sechs störungsbezogenen Kapitel beginnen jeweils mit einer farblich abgesetzten Fallvignette, gefolgt von dem klinischen Bild der jeweiligen Störung, Entwicklungspsychopathologie, Erklärungs- und Präventionsansätzen, Diagnostik und Differentialdiagnostik, Interventionen, rechtlichen und ethischen Hinweisen sowie eine Auswahl weiterführender Literatur. Sie umfasst die wichtigsten aktuellen deutsch- als auch englischsprachigen Publikationen zu den abgehandelten Themen. Die großzügig verwendeten Tabellen erleichtern auch dem weniger mit der Materie vertrauten Leser die Übersicht.

Das ausgezeichnet strukturierte Lehrbuch gibt in sehr komprimierter Form jedoch einen sehr fundierten Überblick über den aktuellen Wissensstand der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie –psychotherapie. Hervorheben möchte ich hier z.B. die nützlichen Hinweise auf die in den letzten Jahren immer wichtiger gewordenen Resilienzforschung, die sich v.a. mit den

protektiven Faktoren und Ressourcen in der Bewältigung schwieriger Konstellationen auseinandergesetzt hat.

Durch die Betonung der Entwicklung der psychopathologischen Aspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sehr übersichtliche Darstellung und die ausgewogene Ausarbeitung der Multidimensionalität des Faches setzt dieses Lehrbuch neue Maßstäbe und könnte zukünftig zum neuen Flaggschiff der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie avancieren.

*Dr. Bodo Pisarsky, Berlin*

## Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.  
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
  - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
  - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
  - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
  - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
  - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

### 3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*  
*Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79*  
*Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82*  
*Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag*

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.