

Psychomotorische Entwicklungsstörungen

Jürgen Junglas

Unter der Psyche verstehen wir alle beschreibbaren Faktoren des Menschen, die nicht somatisch fassbar sind.

Die Psyche ist auch z.B. der Ausdrucks-Anteil der Motorik (willkürlich und unwillkürlich) sowohl zum Umgang mit der materiellen Welt als auch zum sozialen Austausch. Mimik, Gestik, Körperhaltung und gesprochene oder auch geschriebene Sprache sind hier bedeutsam. Motorische Phänomene sind häufig durch sensorischen Input moduliert (z.B. Visuomotorik im Sinne von Geschicklichkeit).

Die Entwicklung von Menschen (skindern) unterliegt vielfältigen Faktoren: Fettverteilung bei der Mutter während Schwangerschaft und Stillzeit, Wunschkind oder Belastung?, Reaktion der bedeutsamen Umgebung auf Disstresssignale des Kindes, (hormonelle) Aktivierung beider Eltern zur Ausbildung von „Elternschaft“, Ernährung, (Alltags)Drogenkonsum von Eltern und Kindern, differente hormonelle Einflüsse (v.a. Pubertät).

Risiken der Entwicklung liegen u.a. in der (psychischen) Gesundheit der Eltern, v.a. der Mutter, familiärer Gewalt und dem Einfluss der Medien auf das sich entwickelnde Gehirn.

Ethik der Therapie von Kindern: Rund-um-die-Uhr-Training zur „besseren“ Entwicklung ärztlich verordnen?

Klinisch können wir zwischen Entwicklungsauffälligkeiten, -gefährdungen, -verzögerungen (Retardierungen) und -störungen (Behinderungen) unterscheiden.

Aus bio-psycho-sozialer Sicht können wir psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter differenzieren: Der klinisch größte Bereich mit dem Schwerpunkt in der psychischen Entwicklung umfasst emotionale Störungen, die hier nicht weiter betrachtet werden. Im Schwerpunkt der sozialen Entwicklung interessieren uns die Störungen sozialer Funktionen:

- Elektiver Mutismus (ICD10: F94.0)
- Frühe Bindungsstörung (F94.1, F94.2).

Mutistische Kinder, die häufig auch eine Angststörung aufweisen sprechen nur in bestimmten sozialen Situationen und schweigen sonst, obwohl ihre Sprechfähigkeit ungestört ist. Kinder mit einer frühen Bindungsstörung, die durch massive Vernachlässigung oder Verlust der Mutter entstehen kann, zeigen eine ungewöhnliche Distanzlosigkeit zu Erwachsenen, können enthemmt sein oder emotional leicht irritierbar.

Zu den eher biologisch verorteten, hirnnahen Entwicklungsstörungen gehören

- Intelligenzminderungen
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- ADH(K)S und
- Ticstörungen.

Intelligenzgeminderte (IM) Kinder weisen meist auch Verhaltensstörungen auf, die Behandlung erfordern. Nach dem standardisiert gemessenen IQ unterscheiden wir:

- IQ <85: Lernbehinderung (ca. 15 %); ist keine Störung
- IQ <70: leichte IM (Debilität; 2,5 %); F70
- IQ <50: mittelgradige IM (Imbezillität; 0,4 %); F71
- IQ <35: schwere IM (schwere Imbezillität; 0,3 %); F72
- IQ <20: schwerste IM (Idiotie, 0,04 %); F73

Die Ursachen einer IM sind vielfältig, genetisch (z.B. M.Down) oder perinatal erworben (Infektionen, Geburtskomplikationen).

Die Therapie ist meist unterstützend bzw. abmildernd, da die ätiologische Grunderkrankung selten behandelbar ist. Sie besteht aus Frühförderung (KG, Psychomotorik, Ergotherapie), Hilfe für die Familie (Beratung, familienunterstützende Maßnahmen: Anleitung, juristische und ökonomische Hilfe), Sonderpädagogik begleitet die Entwicklung. Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sind

selten indiziert. Ab dem 18. Lebensjahr sollte ein Betreuung eingerichtet werden.

Unter den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen fassen wir u.a. folgende Störungsbilder zusammen:

- F84.0 Frühkindlicher Autismus (Kanner)
- F84.2 Rett-Syndrom (frühe Demenz; <4. Lebensjahr)
- F84.5 Asperger-Syndrom

Während der Kanner-Autismus bereits vor dem 3. Lebensjahr auftritt und meist umfassend die kommunikativen Fähigkeiten eines Menschen betrifft und mit Intelligenzminderung einhergeht, kann beim Asperger-Syndrom die schulische Leistungsfähigkeit ungestört sein. Im Zentrum der autistischen Störung liegt eine qualitative Abweichung der Interaktion und Kommunikation.

Die Therapie umfasst bei aggressiven Verhaltensstörungen Neuroleptika, sowie speziell adaptierte psychologische Trainings und soziale Integrationsmaßnahmen.

Die Prognose ist für die schweren Formen ungünstig; Asperger-Autismus wird häufig nicht diagnostiziert.

Die Umschriebenen Entwicklungsstörungen (uEst) (Teilleistungsstörungen) werden wie folgt unterteilt:

- F80 uEst des Sprechens und der Sprache
 - F80.0 Artikulationsstörung (5-6 %)
 - F80.2 rezeptive Sprachstörung (4-8 %)
- F81 uEst schulischer Fertigkeiten
 - F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung (5-17 %)
 - F81.2 Rechenstörung (1,3-6.5 %)
- F82 uEst der motorischen Funktionen (10-15 %)
- F83 kombinierte uEst (häufig)

Unser Gehirn entwickelt eine Vielzahl differenzierter Strukturen und Leistungszentren, die interindividuell sehr unterschiedlich tüchtig ausgeprägt sind. Von einer uEst sprechen wir, wenn die mit entsprechenden Tests gemessene Leistung um mindestens eine Standardabweichung nach unten vom IQ abweicht. Das positive Konstrukt wäre das Talent.

Kinder mit der sog. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung sind inzwischen die größte Gruppe von Kindern, die beim Kinderpsychiater vorgestellt werden. Wir unterscheiden zwei Prägnanztypen: den Zappelphilipp, der vorwiegend hyperaktiv-impulsiv der Umgebung auf die Nerven geht und die „Traumsuse“, die unaufmerksam ist und der immer wieder eine Tollpatschigkeit passiert, ohne dass sie das wollen.

Die ICD10-Kriterien der Störung werden von 3 -5 % der Schulkinder erfüllt; unter DSMIV-Kriterien fallen bis zu 17 %.

Die Störung ist definiert mit nicht altersentsprechende Unaufmerksamkeit, Unruhe und Impulsivität. Die Diagnose beruht auf Fremdeinschätzungen; objektive Diagnosekriterien stehen nicht zur Verfügung.

Die Symptome können auch auf andere Störungen hinweisen, wie eine früh auftretende bipolare Störung, eine psychotische Entwicklung oder aber auch eine depressive Reaktion auf nicht bewältigbare Lebensbelastungen.

Ätiologisch werden neben genetischen Faktoren perinatale Noxen, Allergien, Mangel an ungesättigten Fettsäuren und neurobiologische Abweichungen diskutiert. Rauchen Mütter während der Schwangerschaft ist das Risiko des Kindes für die Störung erhöht.

Therapeutisch stehen Elternberatung und Bewegungs- und Ergotherapie im Vordergrund, ggf. auch Verhaltenstherapie. In Einzelfällen hilft eine oligoantigene Diät. Die Stimulanzienbehandlung (u.a. Methylphenidat) gilt als effektiv und wird von Eltern und Lehrer zunehmend als wichtigste Maßnahme eingefordert. Es kommen auch niederpotente Neuroleptika und Antidepressiva zum Einsatz.

Unter Tics werden plötzliche, kurz dauernde, sich häufig wiederholende Bewegungen oder Lautierungen, die nicht einem offensichtlichen Zweck dienen, verstanden. Die schwerste Form ist die Tourette-Störung (F95.2). Ätiologisch liegt das Schwergewicht auf genetischen Faktoren. Die Behandlung nutzt sowohl Medikamente (Tiapridex) als auch Verhaltenstherapie.