

## Inhalt

### *Editorial:*

Interdisziplinarität – ohne geht es nicht!

*Gundolf Berg* ..... 2

Anamnese, Diagnostik und Logopädie bei Flüchtlings- und Migrantenkindern

*Beato Suwa* ..... 5

Motorik-Befunde bei AD(H)S: Ein Biomarker für AD(H)S?

*Norbert Veiser* ..... 16

Prä- und perinatal-psychologische Aspekte in der Katathym

Imaginativen Psychotherapie

*Monika Wimmer und Franz Wienand* ..... 42

### *Rezension:*

Béatrice Fontanel und Claire d’Harcourt: Babys in den Kulturen der Welt.

*Christian K.D. Moik* ..... 64

### *Kolumne*

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

*Christian K. D. Moik* ..... 67

25 Jahre Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter

*Christian K. D. Moik* ..... 69

Hinweise für Autor\*innen ..... 74

Beitrittserklärung ..... 76

„forum“ Abonnement ..... 77

Anzeigen ..... 78

Media Daten ..... 87

Impressum ..... 88

## Editorial

# Interdisziplinarität – ohne geht es nicht!

*Gundolf Berg*

Liebe Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt ein Heft, das das Redaktionsteam zusammengestellt hat mit dem Gedanken, ein Kaleidoskop der Breite unseres Fachs zu schaffen. Erwarten Sie Arbeiten zur Kathathym-Imaginativen Psychotherapie, aber gleichermaßen zu körperlichen Symptomen unserer Patientinnen und Patienten und schließlich auch zu besonderen sozialen Faktoren wie Sprache bei Migration oder dialektalen bzw. mundartlichen Besonderheiten. Wir sind seit vielen Jahren gewohnt, in der Diagnostik mehrdimensional zu denken. Das Multiaxiale Klassifikationsschema psychischer Erkrankungen, für uns altbekannt, ist inzwischen auch in der Ausgestaltung von Richtlinien nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern angekommen. Gleichzeitig ist durch die enorme Zunahme psychotherapeutischer Angebote eine Entwicklung in Gang gekommen, die oftmals die Behandlung psychischer Erkrankungen allein auf Psychotherapie als Methode der Wahl zu fokussieren scheint. Wir alle wissen um die Bedeutung körperlicher wie auch sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit, wir denken und arbeiten selbstverständlich in sogenannten bio-psycho-sozialen Modellzusammenhängen, wenn wir unsere tägliche Arbeit machen. Aber wie intensiv beziehen wir die einzelnen Faktoren tatsächlich in unsere Arbeit ein? Wie genau untersuchen und beachten wir die körperliche Entwicklung unserer Patienten, insbesondere die sensorische Verarbeitung oder die motorische Koordination? Wie intensiv achten wir auf sprachliche Besonderheiten und mögliche Konsequenzen für unsere Patientinnen und Patienten?

Das Redaktionsteam hat sich deshalb bewusst dafür entschieden, die angesprochenen Punkte praxisorientiert, auf individueller langjähriger beruflicher Erfahrung der Autoren basierend, aufzugreifen. Veiser selbst schreibt in seinem Beitrag „Motorikbefunde bei ADHS: Ein Biomarker für ADHS?“, dass zur Absicherung dieses Gedankens weitere wissenschaftliche Befunde

erforderlich seien. Wir meinen, es lohnt sich, mit dem Artikel auf die sicher unbestrittene besondere Bedeutung der motorischen Entwicklung bei unseren Patientinnen und Patienten hinzuweisen und das Thema durch einen neuropädiatrisch erfahrenen Kollegen darstellen zu lassen.

Selbst Sigmund Freud, der sich bekanntermaßen in seinen Schriften eher mit innerpsychischen Phänomenen befasst hat, schreibt 1923 in „Das Ich und das Es“ folgendes:

“Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, ergibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann. Es ist in der Psychophysiologie hinreichend erörtert worden, auf welche Weise sich der eigene Körper aus der Wahrnehmungswelt heraushebt. Auch der Schmerz scheint dabei eine Rolle zu spielen, und die Art, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung seines eigenen Körpers kommt.”

An einem anderen Ende einer sehr langen Entwicklung steht der Neurowissenschaftler Antonio Damasio, wenn er schreibt: „Kurz gesagt, stellen komplexe Gehirne wie das unsere von Natur aus mehr oder weniger detaillierte, explizite Karten der Strukturen her, die den eigentlichen Körper bilden. Dabei kartiert das Gehirn zwangsläufig auch die Funktionszustände, die diese Körperbestandteile von Natur aus annehmen. Wie wir bereits erfahren haben, sind Gehirnkarten der Nährboden der geistigen Bilder, und deshalb hat das kartenerzeugende Gehirn die Fähigkeit, den Körper buchstäblich als Inhalt in den Geistesprozess einzubringen. [...] Aber diese Kartierung des Körpers im Geist hat einen seltsamen, regelmäßig übersehenen Aspekt: Der Körper ist zwar der kartierte Gegenstand, er verliert aber nie den Kontakt mit dem Gehirn, das ihn kartiert. [...] Die kartierten Abbilder des Körpers beeinflussen auf gewisse Weise ständig gerade den Körper, in dem sie ihren Ursprung haben.“ Damasio hält „jede Theorie des Bewusstseins, die diese Tatsachen nicht berücksichtigt“ für „zum Scheitern verurteilt“. (Antonio Damasio: *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entwicklung des menschlichen Bewusstseins*, Siedler, 1. Auflage, 2011)

Beato Suwa greift in seinem Beitrag einen ganz anderen Aspekt auf, wenn er in seinem Artikel die Chancen und Grenzen logopädischer Behandlung bei Flüchtlings- und Migrantenkindern betrachtet. Er weist zu Recht auf die schwierige Situation in Bezug auf die sozialrechtliche Finanzierbarkeit von unter Umständen sehr hilfreichen logopädischen Behandlungsmaßnahmen hin. Der Artikel weist zudem auf die Grenzen von Gesundheit und Krankheit hin, die für uns selbstverständlich nicht kategorial sondern dimensional im Sinne eines Kontinuums sind. Diese Selbstverständlichkeit findet sich aber leider nicht automatisch auch in der Herangehensweise der Sozialgesetzbücher mit entsprechenden, für uns in der täglichen Arbeit bestehenden Herausforderung der Abgrenzung.

Freuen Sie sich schließlich auf eine hervorragende Arbeit von Monika Wimmer und Franz Wienand zu prä- und perinatalpsychologischen Aspekten in der Kathathym Imaginativen Psychotherapie, sowie auf eine Rezension und eine Kolumne von Christian KD Moik.

Das vor Ihnen liegende Heft greift damit auf unterschiedliche Weise sehr relevante Aspekte unserer Arbeit als Ärztinnen und Ärzte, wie auch als Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf. Es hat Bedeutung für die Zusammenarbeit mit unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der anderen Fachgebiete, wie die Kooperation mit Heilmittelerbringerinnen und -erbringern und nicht zuletzt auch im pädagogischen und sozialrechtlichen Feld.

Last but not least noch ein Hinweis in eigener Sache: Das Redaktionsteam traf sich zu einem zweitägigen Arbeitstreffen in Aachen, ich durfte als Gast an der Sitzung teilnehmen und erlebte eine intensive, sehr konstruktive Arbeit des Teams, für die ich mich bei Annegret Brauer, Maik Herberhold, Christian KD Moik, Ingo Spitzcok von Brisinski und Franz Wienand sehr herzlich bedanken möchte. In Aachen wurde Annegret Brauer zur neuen Chefredakteurin des Forum gekürt. Sie löst damit Maik Herberhold ab, der dem Redaktionsteam aber weiterhin verbunden bleiben wird. Ich danke Maik Herberhold für seine Arbeit der letzten Jahre und wünsche Annegret Brauer, wie dem gesamten Redaktionsteam viel Erfolg für ihre weitere Arbeit.

Herzliche Grüße,  
Gundolf Berg

# Anamnese, Diagnostik und Logopädie bei Flüchtlings- und Migrantenkindern

*Beato Suwa*

## Zusammenfassung

Wie werden wir in Zukunft Kinder und Jugendliche aus Flüchtlings- und Migrantenfamilien diagnostizieren und behandeln, unter Berücksichtigung der enormen Herausforderungen, welche der Krieg in der Ukraine und die Flüchtlingskrise verursachen? Die Grenzbereiche unseres Fachgebietes zur audiologischen Diagnostik sowie zur Logopädie werden in diesem Artikel thematisiert. Sicherlich könnten diese Pfade Möglichkeiten darstellen, Probleme im Zusammenhang mit Sprache bei Migranten und Flüchtlingen zu reduzieren. Bestimmte Kinder und Jugendliche mit Akzent oder Dialekt könnten von logopädischen Behandlungsmöglichkeiten profitieren, insbesondere wenn eine Verbesserung der Vokalerkennung durch Training erreicht werden kann.

Leider weisen neuere Untersuchungen darauf hin, dass Personen, die in Deutschland einen Dialekt oder Akzent sprechen, häufig Opfer von Diskriminierungen werden.

## Schlüsselwörter

Audiologie; Logopädie; Diskriminierung; Flüchtlinge; Migranten

## Abstract

The war in Ukraine and the refugee crisis result in the necessity to reconsider the way we diagnose and treat children and adolescents from refugee and migrant families. This article especially focuses on audiological diagnostics and speech therapy as one opportunity to reduce the language barrier for long – term refugees and migrants. Some children and adolescents who speak with an accent or dialect could profit from speech therapy, especially when vowel recognition can be trained and improved. Unfortunately, recent studies show

that individuals who speak with an accent or dialect could often become victims of bullying and discrimination in Germany.

### **Keywords**

audiology; speech therapy; discrimination; refugees; migrants

### **Einleitung**

Der Krieg in der Ukraine und die Flüchtlingskrise führen dazu, dass wir uns notwendigerweise mit der Frage beschäftigen müssen, wie wir Kinder und Jugendliche aus Flüchtlings- und Migrantenfamilien diagnostizieren und behandeln. Dieser Artikel möchte insbesondere die Grenzbereiche zur audiologischen Diagnostik, sowie zur Logopädie thematisieren und Möglichkeiten aufzeigen, Probleme im Zusammenhang mit Sprache bei Migranten und Flüchtlingen zu erkennen und zu reduzieren. Bestimmte Kinder und Jugendliche mit Akzent oder Dialekt könnten von logopädischen Behandlungsmöglichkeiten profitieren, insbesondere wenn eine Verbesserung der Vokalerkennung oder Vokalaussprache durch Training erreicht werden kann. Leider werden Personen, die in Deutschland einen Dialekt oder Akzent sprechen, häufig Opfer von Diskriminierungen.

Die aktuelle Flüchtlingskrise ist dadurch gekennzeichnet, dass ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen festgestellt wurde, eine Schätzung gibt 44% an (WDR – Nachrichten vom 31.03.2022). Daher bestehen auch und gerade für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wichtige gesellschaftliche Zusammenhänge, die berücksichtigt werden sollten. Oftmals kann die Perspektive der Flüchtlinge, hauptsächlich die Frage der mittel- bis langfristigen Rückkehr in die Heimat oder des Verbleibs in Deutschland, zumindest ungefähr abgeschätzt werden, so dass bei denjenigen Kindern und Jugendlichen, die wahrscheinlich in Deutschland bleiben, langfristig ausgerichtete Förderkonzepte geplant und umgesetzt werden sollten. Viele dieser Kinder und Jugendlichen zeigen außerordentliches Engagement, z. B. beim Erlernen der deutschen Sprache und daher sollten individuelle Problembereiche so genau wie möglich erkannt und entsprechend behandelt bzw. gefördert werden.

### **Besonderheiten bei der Anamnese**

Insbesondere bei Flüchtlingskindern bestehen zunächst in der Regel keine oder nur äußerst geringe deutsche Sprachkenntnisse, so dass sich die Frage stellt, was eigentlich sinnvollerweise mit den Kindern durchgeführt werden

kann. Oft besteht zumindest die Möglichkeit einen Dolmetscher oder Laien-Dolmetscher zum anamnestischen Familiengespräch hinzuzuziehen, was meiner Meinung nach in den meisten Fällen Sinn macht, bei denen der Therapeut keine soliden Sprachkenntnisse aufweist, die sich mit denen der anwesenden Familienangehörigen decken.

Anamnestisch ist insbesondere in Hinblick auf akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, oder sogar posttraumatische Belastungsstörungen ein Hauptschwerpunkt zu legen (Knipscheer et al., 2015). Man denke dabei besonders an Themenbereiche wie die Trennung von Familienangehörigen oder Freunden, Probleme im Kontext der Eingewöhnung an eine sprachlich fremde und neue Umgebung, sowie nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle und politische Besonderheiten in der Heimatregion, also explizit nicht nur nationale, sondern auch regionale Besonderheiten (Knipscheer et al., 2015).

„Gewöhnliche“ und häufige kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnosen wie z. B. Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) (F 80.20 nach ICD10; 6A01.20 (Sprachentwicklungsstörung mit rezeptiver und expressiver Beeinträchtigung) nach ICD – 11), sowie Lese- und Rechtschreibstörung (LRS) gilt es ebenfalls möglichst nicht zu übersehen (Abb. 1) (Freitag et al., 2021; Moore et al. 2018).



Abbildung 1: Interaktionen zwischen AVWS und anderen Phänomenen bei Kindern und Jugendlichen.

## **Besonderheiten bei der Diagnostik**

Viele spezifische Untersuchungen und Tests sind sprachgebunden und können daher nicht oder nur eingeschränkt bei Flüchtlingskindern eingesetzt werden. Dies stellt natürlich eine Herausforderung und Hauptschwierigkeit bei der Diagnostik dar.

Sprachfreie Untersuchungen und Tests sind aber in verschiedenen Bereichen durchaus vorhanden und sollten nach Möglichkeit genutzt werden (z. B. SFI bei der „Kaufman Assessment Battery for Children“ zur Leistungsdiagnostik) (Kaufman & Kaufman, 1983; Kaufman & Kaufman, 2019).

Bei den sprachgebundenen Untersuchungen und Tests sollte der Grad der Sprachgebundenheit immer bedacht werden: Viele sind zwar formal sprachgebunden, können aber unter Umständen mit bestimmten Modifikationen, z. B. kann der Durchführende bestimmte Wörter in der Muttersprache des Kindes lernen und diese bei der Durchführung nutzen und mit besonderer Bewertung bzw. Vermerk bei der Bewertung, zumindest eingeschränkt durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu Flüchtlingskindern können mit Migrantenkindern, die bereits solide Kenntnisse der deutschen Sprache erworben haben, deutlich mehr Untersuchungen und Tests ausgeführt werden.

## **Auditive Diagnostik und Logopädie**

Oftmals finden sich bei diesen Kindern und Jugendlichen als auffälliger Nebenbefund charakteristische Fehler bei der Vokalerkennung der auditiven Diagnostik, die im Rahmen eines Akzentes bzw. Dialektes zu werten sind (Matzinger, 2015). Dies stellt keinen pathologischen Befund dar und es gibt auch keine ICD-Diagnose dafür, kann aber zur Objektivierung bestimmter Probleme helfen. Kinder mit solchen Testbefunden zeigen oft viele Vokalfehler bei der deutschen Rechtschreibung (z. B. im Rahmen einer Rechtschreibdiagnostik). Natürlich handelt es sich bei diesen Problemen per Definition nicht um eine Teilleistungsstörung und nicht einmal um eine richtige Diagnose nach ICD. Oft stellt man jedoch im Rahmen einer Rechtschreibdiagnostik fest, dass ein Anteil von 50% und mehr der Rechtschreibfehler dieser Kinder und Jugendlichen in Zusammenhang mit ihrer Dialekt- bzw. Akzentproblematik zu bewerten sind, z. B. Vokalfehler, Verwechslungen von Wörtern mit der Muttersprache bzw. mit dem Dialekt, etc.. Daher kann diese Problematik im Einzelfall durchaus ähnliche Auswirkungen für die Betroffenen haben wie z.

B. eine Lese- Rechtschreibstörung. Im Gegensatz zu Teilleistungsstörungen ist aber bei diesen Problemen eine Verbesserung durch Übungen und Training oft einfacher und erfolgsversprechender. Die Abgrenzung zur AVWS – Diagnose bzw. auch zu häufigen, leichteren Auffälligkeiten der auditiven Verarbeitung ist wichtig und nicht immer ganz einfach.

Bei gewöhnlichem Akzent bzw. Dialekt fehlen aber z. B. Einschränkung des auditiven Kurzzeitgedächtnisses, Empfindlichkeit gegenüber verschiedenen Formen von Störgeräuschen und Probleme bei der Konsonantenerkennung (Moore et al., 2018).

Natürlich besteht die Möglichkeit, dass sowohl eine AVWS, als auch ein Akzent bzw. Dialekt vorliegen. Vor allem in leichterer Ausprägung sind AVWS, bzw. subklinische Auffälligkeiten der auditiven Verarbeitung sehr häufig und können daher auch bei Flüchtlings- und Migrantenkindern bestehen (Moore et al., 2018). In diesen Fällen finden sich die oben genannten Befunde wie (sehr häufig aber nicht immer) die Einschränkung des auditiven Kurzzeitgedächtnisses oder andere typische AVWS-Befunde (Moore et al 2018). Das auditive Kurzzeitgedächtnis wiederum kann bei dem Vorgang des Erlernens einer neuen Sprache in verschiedener Weise eine wichtige Rolle spielen (Frankish, 1996; Ohata, 2006). Es korreliert mit der sprachlichen und musikalischen Begabung der Getesteten und dies kann wiederum eines der Probleme darstellen, mit denen Kinder und Jugendliche mit (auch leichtgradiger bzw. subklinischer) AVWS beim Erlernen einer Fremdsprache konfrontiert sind (Cizek, 2019).

Oft macht dann eine logopädische Behandlung Sinn, da die Kinder und Jugendlichen in doppelter bzw. dreifacher Hinsicht profitieren können. Erstens die Behandlung der spezifischen AVWS – Probleme; zweitens die logopädische Unterstützung des Erlernens der deutschen Sprache unter Berücksichtigung der AVWS; und drittens, wenn auch nicht vornehmlich Therapieziel, kann der Akzent bzw. Dialekt, z. B. im Rahmen eines Trainings der Vokalerkennung oder der Vokalausprache mehr oder weniger mit behandelt werden.

Auf der anderen Seite stellen solche Behandlungen für die Logopäden eine deutliche Herausforderung dar. Leider fehlen bisher zu dieser Problematik praktikable medizinische Leitlinien und Richtlinien, wobei natürlich der sehr individuelle Charakter dieser Probleme betont werden sollte und meiner Meinung nach deshalb jede Behandlung, zumindest bis zu einem gewissen Grade, eine Einzelfallentscheidung sein muss.

Vor der Entscheidung zu einer logopädischen Behandlung sollte eine HNO-ärztliche Vorstellung mit Audiometrie zum Ausschluss z. B. einer Schwerhörigkeit oder anderer fachspezifischer Diagnose erfolgen (Moore et al 2018).

Eine vollständige audiologische Diagnostik ist natürlich immer mehr oder weniger sprachgebunden, so dass diese oft (z. B. bei Flüchtlingskindern) nicht komplett durchgeführt werden kann. Trotzdem können mit Hilfe von sprachfreien (und ggf. gering sprachgebundenen) Untersuchungen und Tests zumindest deutlichere Auffälligkeiten in Hinblick auf eine möglicherweise bestehende AVWS relativ sicher erkannt werden (Kaufman & Kaufman, 1983; Kaufman & Kaufman, 2019).

Prinzipiell ist es möglich, wenn auch nicht unproblematisch, einen „reinen“ Akzent bzw. Dialekt ohne AVWS logopädisch zu behandeln (Cizek, 2019; Dunzow, 2018). Insbesondere wenn z. B. der Akzent bzw. Dialekt Ursache von Mobbing-erfahrungen in der Schule ist und wenn viele Vokalfehler und andere akzent- bzw. dialekt-spezifische Rechtschreibfehler bei der Rechtschreibung auffallen, sollte im individuellen Einzelfall mit den Sorgeberechtigten und mit den Kindern bzw. Jugendlichen eine solche Behandlung erwogen werden (Grogger, 2020; Settineri, 2011; Thiele, 2020).

Der ausdrückliche Wunsch sowohl der Sorgeberechtigten, als auch der Kinder und Jugendlichen selbst sollte Voraussetzung für einen solchen Behandlungsversuch sein und die Befunde sowie die Aufklärung sind sorgfältig zu dokumentieren. Die Frage der Kostenerstattung sollte zudem im Vorfeld mit den zuständigen Kostenträgern (z. B. gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung, Sozialamt) ausführlich besprochen und dokumentiert werden, um spätere Missverständnisse und Probleme zu vermeiden. Es gibt nämlich auch Nachteile einer solchen Behandlung:

Zum Einen gehen mit dem Akzent bzw. Dialekt immer auch ein Teil der Individualität, der Persönlichkeit und der Charaktereigenschaften des Kindes bzw. des Jugendlichen verloren.

Zum Zweiten sollte bei auffällig vielen Vokalfehlern bei der Rechtschreibung als pädagogische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, dass das Kind mehr deutsche Texte und Bücher lesen soll, damit es dazu übergeht, „zu schreiben wie es liest“ statt „zu schreiben wie es hört bzw. das gehörte neuronal verarbeitet“ (Brügelmann & Brinkmann, 2019).

Es gibt jedoch auch Arbeiten, die darauf hinweisen, dass die Qualität des „lautgerechten Schreibens“ am Anfang des Erlernens einer Sprache mit dem späteren Gesamtlernerfolg der Sprache korreliert, selbst wenn die Strategie des „lautgerechten Schreibens“ zunächst zu Rechtschreibfehlern führt (Brügelmann & Brinkmann, 2019).

Leider sind zudem insbesondere Kinder und Jugendliche, die mehrsprachig aufwachsen, oft schwer zu motivieren mehr zu lesen. Zumindest in Einzelfällen kann daher z. B. ein logopädisches Training der Vokalerkennung oder der Vokalaussprache, da die Unterscheidung zwischen langen und kurzen Vokalen z. B. für die Rechtschreibung relevant ist, günstig für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sein, insbesondere da bestimmte Untersuchungen und Übungen in diesem Bereich besser individuell durch Logopäden durchgeführt werden können als durch Pädagogen im Klassenverband (Richie & Kewley – Port, 2008; Thomson, 2011).

Ein Training der Vokalerkennung kann z. B. grundsätzlich einfach und praktikabel logopädisch durchgeführt werden, wobei das Training bei nicht muttersprachlich deutschen Kindern und Jugendlichen sicherlich eine Erschwernis darstellt. Diese Nachteile sind in den Aufklärungsgesprächen vor einer Behandlung sorgfältig zu diskutieren und zu dokumentieren.

Diagnostisch kann im Falle von Mobbing auf Grund eines Akzentes bzw. Dialektes für 6 Monate zunächst die Diagnose einer Anpassungsstörung erwogen werden und in dieser Zeit eine weiterführende Diagnostik, z. B. in der sozial-emotionalen Entwicklung durchgeführt werden. Insgesamt sollte berücksichtigt werden, dass nach dem 18. Lebensjahr eine Kostenerstattung einer solchen Behandlung durch die Kostenträger noch schwieriger werden kann und letztendlich die Betroffenen eine kostspielige Privatbehandlung durchführen müssen.

Zudem ist in der Regel ein Akzent bzw. Dialekt vor dem 18. Lebensjahr einfacher zu behandeln als nach vielen Jahrzehnten der Gewöhnung (Cizek, 2019; Dunzow, 2018). Hier spielen offensichtlich neuronale Plastizität, aber auch verhaltenspsychologische Vorgänge der Gewöhnung eine wichtige Rolle, wobei auch im jungen Erwachsenenalter noch häufig eine Normalisierung eines Akzentes beobachtet werden kann (Richie & Kewley – Port, 2008; White et al., 2013; Zhang & Wang, 2007).

## Folgerungen

Zusammenfassend wird bei dieser Frage der logopädischen Behandlung von einzelnen Kindern und Jugendlichen mit Dialekt oder Akzent eine kombinierte bildungs- und gesundheitspolitische Problematik deutlich. Im Moment definiert unser Gesundheitssystem Schwierigkeiten, die mit „Dialekt“ oder „Akzent“ einhergehen weitestgehend als ein rein pädagogisches Thema (Freitag et al., 2021). Die Frage ist, ob diese Ausrichtung in seiner absoluten und extremen Form vor dem Hintergrund der politischen Krisen und den daraus resultierenden Belastungen vieler Pädagogen beibehalten werden sollte.

Theoretisch ist in den meisten Fällen eine grundlegende Veränderung des Akzentes bzw. Dialektes, sowie der damit einhergehenden Probleme durch eine logopädische Behandlung möglich (Barb, 2005). Diese muss wiederum bei den meisten Patienten verordnet werden.

Insgesamt ist erstaunlich, wie wenige Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien sich angesichts massiver anzunehmender Belastungen therapeutisch vorstellen (Beck et al., 2018). Dies kann auf der einen Seite mit der teilweise enormen Widerstandsfähigkeit einer ansonsten gesunden Psyche bei Kindern und Jugendlichen begründet werden (Matsen et al., 1990).

Auf der anderen Seite ist aber auch klar, dass in Anbetracht der Sprachbarriere und verschiedener Ängste, z. B. Ängste vor einer Abschiebung, die Hürden für eine Vorstellung oftmals viel höher liegen als bei anderen Patienten (Beck et al., 2018).

Es bleibt zu hoffen, dass wir in Deutschland diese Kinder offen mit einer Willkommenskultur aufnehmen.

## Zusammenfassung

Sowohl bei der AVWS, als auch vor allem bei den Akzenten und Dialekten handelt es sich um sehr individuelle Phänomene mit vielen verschiedenen Ausprägungsgraden und Besonderheiten.

Es gibt genauso viele verschiedene Akzente wie es Fremdsprachen gibt und auch diese Akzente sind individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt (z. B. bei Kindern die gleichzeitig eine AVWS aufweisen).

Daher wird deutlich, dass eine individuelle logopädische Behandlung in Einzelfällen wichtig und förderlich für die Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen sein kann.

Kinder und Jugendliche mit Akzent oder Dialekt können z. B. aufweisen:

1. Fehler bei der Vokalerkennung oder der Vokalaussprache.
2. Dadurch Rechtschreibfehler in Verbindung mit Vokalen.
3. Vor allem bei Dialekten und ähnlichen Fremdsprachen Verwechslungen mit Wörtern der Muttersprache bzw. des Ursprungsdialektes.
4. Damit verbunden eine reduzierte Unterscheidungsfähigkeit zwischen den Sprachen bzw. des Dialektes und der hochdeutschen Sprache und eine Tendenz in einem Satz sowohl Wörter aus dem Hochdeutschen, als auch aus dem Dialekt bzw. der Fremdsprache zu nutzen (insbesondere bei Dialekten und ähnlichen Fremdsprachen).

## Literatur:

- <http://www1.wdr.de/7nachrichten/landespolitik/landtag-nrw-familien-ausschuss-fluechtlinge-ukraine-100.html> (vom 31.03.2022, 14:25 Uhr, Zugegriffen: 25. April 2022)
- Barb, C.* (2005). *Suprasegmentals and Comprehensibility: A Comparative Study in Accent Modification*. Dissertation. Wichita State University. UMI Number: 3219423
- Beck, T. L., Le, T. K., Henry-Okafor, Q., Shah, M. K.* (2018). Medical Care for Undocumented Immigrants. *Physician Assistant Clinics*. 2019 Jan; 4, 33–45
- Brügelmann, H., Brinkmann, E.* (2019). Empirische Studien zum Umgang mit Rechtschreibfehlern und die Bedeutung konkreter Befunde für den Rechtschreibunterricht. Leibniz – Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. 19 Seiten – URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-177209 – DOI: 10.25656/01:17720
- Christiner, M., Reiterer, S.* (2013). Song and speech: examining the link between singing talent and speech imitation ability. *Front. Psychol.*, 22 November 2013
- Cizek, L. S.* (2019). *Speech Entrainment in Accent Modification of Adult English Language Learners*. Dissertation. University of Houston. College of Education
- Dunzow, K.* (2018). *Die Auswirkung von High – Variability – Training auf die Perzeption und Produktion des Gespanntheitskontrasts bei russischen Deutschlernenden*. Dissertation. Philosophische Fakultät. Humboldt – Universität Berlin
- Evans, B. G., Iverson, P.* (2007). Plasticity in vowel perception and production: A Study of accent change in young adults. *The Journal of the Acoustical Society of America*. Volume 121, Issue 6
- Frankish, C.* (1996). Auditory short-term memory and the perception of speech. In: *Models of Short-term Memory*. Edited by Susan E. Gathercole. Psychology Press. East Sussex
- Freitag, C. M., Noterdaeme, M., Snippe, K., Schulz, P., Kim, Z., Teufel, K.* (2021). Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache nach ICD -11. *Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 49, 468–479

- Grogger, J. (2020): The Wage Penalty of Regional Accents. National Bureau of Economic Research. Working paper 26719. January 2020. DOI 10.3386/w26719
- Kaufman, A. S., Kaufman, N. L. (1983). Kaufman Assessment Battery for Children. Circle Pines, MN: American Guidance Service
- Kaufman, A. S., Kaufman, N. L. (2019). Kaufman Assessment Battery for Children – II. Deutschsprachige Fassung. Pearson
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment – seeking refugees. *BJPsych Bulletin*. Aug; 39, 178–182
- Matsen, A. S., Best, K. M., Garmez, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press. 1990, 2, 425–440
- Matzinger, J. (2015). Erkennung von L2 – Akzenten durch italienische L1 – Sprecher. Magisterarbeit LMU München. Fakultät für Sprach – und Literaturwissenschaften. Magisterarbeit. Sommersemester 2015
- Moore, D. R., Campbell, N. G., Bamiou, D. E., Rosen, S., Sirimanna, T., Grant, P., Wakeham, K. (2018). Position Statement and Practice Guidance Auditory Processing Disorder (APD). British Society of Audiology
- Ohata, K. (2006). Auditory Short-Term Memory in L2 Listening Comprehension Processes. *Journal of Language and Learning*. Volume 5, Number 1, 2006. ISSN 1475 -8989
- Richie, C. et Kewley – Port, D. (2008). The Effects of Auditory – Visual Vowel Identification Training on Speech Recognition Under Difficult Listening Conditions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008. 52, 1607–1619
- Settinieri, J. (2011). Soziale Akzeptanz unterschiedlicher Normabweichungen in der L2 – Aussprache Deutsch. *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht*. Jahrgang 16, Nummer 2. Oktober 2011
- Thiele, J. M. (2020). Identifizierung von Sprechermerkmalen durch Zuhörergruppen unterschiedlicher Altersstufen und Expertise. Inaugural – Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Bonn
- Thomson, R. I. (2011). Computer Assisted Pronunciation Training: Targeting Second Language Vowel perception Improves Pronunciation. *CALICO Journal*. 28, 744–765
- White, E. J., Hutka, S. A., Williams, L. J., Moreno, S. (2013). Learning, neural plasticity and sensitive periods: implication for language acquisition, music training and transfer across the lifespan. *Frontiers in system neuroscience*, 20 November 2013
- Zhang, Y. et Wang, Y. (2007). Neural plasticity in speech acquisition and learning. *Bilingualism: Language and Cognition*. Cambridge University Press. 04 July 2007

**Autor:**

Dr. med. Beato Suwa

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vertragsarztpraxis

Gartenweg 24

39164 Wanzleben OT Hohendodeleben

Telefon/Fax: 039204 913846

Email: beato.suwa@gmail.com

**Interessenskonflikte:**

Der Autor erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

# Motorik-Befunde bei AD(H)S: Ein Biomarker für AD(H)S?

*Norbert Veiser*

## **Zusammenfassung**

Bei keiner anderen neurologischen oder neuropsychiatrischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter kann man einen derart komplexen Befund erheben wie bei AD(H)S mit hoher intra- (in Abhängigkeit von Tagesform und emotionaler bzw. motivationaler Verfassung) und vor allem interindividueller Variabilität, der im Sinne eines Kontinuums von gerade noch als auffällig abgrenzbaren Einzelbefunden bis zu einem ausgeprägten und anrührenden, generalisierenden Störungsmuster von hoher Alltagsrelevanz reichen. Dabei zeichnet eine ausführliche klinisch-neurologische Befunderhebung ein viel detaillierteres Bild, als ein Score oder eine neurophysiologische Untersuchung wie funktionelles MRT oder Transcranielle Magnetstimulation, die im Wesentlichen auf mangelnde Inhibition als einen Hauptpathomechanismus hinweisen. In der Summe darf man annehmen, dass dem Gesamtbild der oben beschriebenen Bewegungsauffälligkeiten die Rolle eines Biomarkers für AD(H)S zukommt, so wie auch morphologische und neurophysiologische Befunde bewertet wurden, mit der daraus resultierenden Forderung nach einer weitergehenden Abklärung vor allem in Form einer strukturierten biographischen Anamnese, wenn entsprechende motorische Probleme primär eine neurologische Untersuchung veranlassten, wie z.B. ein Verdacht auf einen sogenannten idiopathischen Zehenspitzenengang.

Zumal die motorischen Schwierigkeiten immer wieder im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen, ohne in den diagnostischen Klassifikationen überhaupt erwähnt zu werden, müssen vor allem Lehrer und Sportpädagogen sie gut kennen und als unwillkürlich verstehen, um betroffene Kinder entsprechend ihrem Entwicklungsstand zu fördern und zu fordern und damit seelische Folgen möglichst zu vermeiden wie eine gestörte Selbstwertentwicklung oder Mobbing mit daraus resultierenden Angststörungen und Depressionen.

Als besonders behindernde Schwierigkeit, die im Gegensatz zu den weniger betroffenen Mädchen bei fast allen Jungen mit AD(H)S so anhaltend den Schulalltag begleitet, ist die Dysgraphie hervorzuheben mit der Möglichkeit der Aggravation durch psychogene Überlagerung. Dies gilt es umso mehr zu vermeiden, da wir schon länger im digitalen Zeitalter angekommen sind, was zum Beispiel zur Folge hatte, dass die Handschrift zu Beginn eines jeden Studiums auf einmal ihre vorherige Bedeutung weitestgehend verloren hat. Dass aber jeder Versuch, schön zu schreiben, nach der Maßgabe:“ Du könntest, wenn Du nur wolltest!“ in eine Zunahme der Schreibhandverkrampfung und weitere Arbeitstempoverlangsamung mündet, wird dabei nicht beachtet.

Dieser Erfahrungsbericht mit seinen Schlussfolgerungen, der neben zahlreichen Fortbildungen und reichlich Literatur vor allem darauf beruht, dass ich in den 23 Praxisjahren hunderte Kinder und Jugendliche mit AD(H)S kennenlernen und systematisch abklären durfte, sollte meines Erachtens unbedingt durch kontrollierte Studien abgesichert werden.

### **Schlüsselwörter:**

Vielfalt auffälliger Bewegungen, Dysgraphie, Zehenspitzen Gang, Inhibitions mangel, Reifungsverzögerung

### **Abstract**

There is no other neurological or neuropsychiatric disease in childhood and adolescents, in which one can compile such a complex report with high intra- (depending on the form of the day and emotional, or rather motivational condition) and especially inter-individual variability, which, in the sense of a continuum, is only just enough to distinguish conspicuous individual findings up to a pronounced and touching, generalizing pattern of disorders of high everyday relevance.

A detailed clinical neurological assessment draws a much more detailed picture than a score or a neurophysiological examination, such as a functional MRI or transcranial magnetic stimulation, which essentially indicate a lack of inhibition as a main pathomechanism.

All in all, it can be assumed that the overall picture of the movement abnormalities described above, plays the role of a biomarker for AD(H)D, as well as morphological and neurophysiological findings, with the resulting demands for further clarification especially in the form of a structured biographical anamnesis, if corresponding motor problems primarily prompted a neurological examination, a suspicion of so-called idiopathic toe walking.

Especially since the motor difficulties are always in the foreground of the clinical symptoms without being mentioned at all in the diagnostic classifications, teachers and sports educators in particular need to know them well and understand them as involuntary in order to encourage and challenge affected children according to their level of development to avoid emotional consequences as far as possible, such as impaired self-esteem development or bullying with the result of anxiety disorders and depression.

A particularly hindering difficulty, because it accompanies compared to girls almost all boys with AD(H)D along everyday school life so persistently, the dysgraphia should also be emphasized with the possibility of aggravation through psychogenic overlay, which is all the more important to avoid as we have long since arrived in the digital age, which, for example, resulted in handwriting suddenly losing its previous meaning at the begin of every study. But that every attempt to write nicely on the basis: “You could if you only wanted to!” leads to an increase of hand cramping and further slowing down of the working pace, is not taken into account.

This experience report with its conclusions, which is based on numerous advanced training courses and, above all, on the fact that in the 23 years of practice, I was able to get to know and systematically clarify hundreds of children and adolescents with AD(H)D, should, in my opinion, definitely be backed up by controlled studies (e.g. about tiptoeing).

**Keywords:**

Variety of noticeable movements, dysgraphia, tiptoe gait, lack of inhibition, maturation delay

## Einleitung

Viele Kinder und Jugendliche und immer wieder auch noch Erwachsene mit AD(H)S fallen im familiären Umfeld, in der Schule oder im Sportverein durch diverse fein- und grobmotorische Schwierigkeiten auf, die sich z.B. in einer generellen motorischen Unsicherheit und Ungeschicklichkeit wie im Umgang mit einem Ball oder auch in konkreten Leistungsminderungen wie der nachfolgend ausführlich beschriebenen Schreibstörung niederschlagen können. Dabei wird den Betroffenen immer noch häufig mangelnde Sorgfalt und Anstrengungsbereitschaft unterstellt, obwohl es sich sämtlich um unwillkürliche Phänomene handelt, die unter zusätzlicher Mühe und Anstrengung typischerweise weiter zunehmen. In der Folge fühlen sich viele derart Beeinträchtigte nicht verstanden bzw. ungerecht beurteilt und behandelt mit nachteiligen Auswirkungen auf die emotionale Selbstwertentwicklung wie auch auf die Leistungsbereitschaft insgesamt.

Grundsätzlich scheint zur Aufdeckung und Dokumentation motorischer Schwierigkeiten die Notwendigkeit einer ausführlichen klinisch-neurologischen Untersuchung im Rahmen einer AD(H)S-Abklärung nicht in Frage zu stehen, auch wenn die motorischen Phänomene in den Diagnosesystemen ICD10 und DSMV nicht abgebildet werden. Die neuen Leitlinien betonen neben der generellen Notwendigkeit einer körperlichen die einer eingehenden neurologischen Untersuchung, ohne aber – auch nicht im Rahmen der Langfassung - auf deren Umfang oder zu erwartende Befunde einzugehen (Banaschewski, 2017).

Eine Literatursuche mit Hilfe von Google Scholar ergibt unter dem Begriff „Neurologische Untersuchung bei AD(H)S“ lediglich einzelne Arbeiten, die ebenfalls an deren grundsätzlicher Notwendigkeit keinen Zweifel lassen, aber Durchführungshinweise nur bei Erwachsenen geben. Kohns (2006) fordert eine neurologische Befunderhebung im Rahmen der Basisdiagnostik von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen, wobei der vorgestellte Untersuchungsbogen den Vorgaben der Gebührenordnung genügt, nicht aber die syndromtypischen Auffälligkeiten hinreichend berücksichtigt.

Um Bewegungsphänomene zu erfassen, die nicht in Richtung einer definierten neurologischen Erkrankung weisen, sogenannte subtile oder weiche Zeichen, entwickelte Denckla (Leiterin der Abteilung für Autismus und verwandte Verhaltensstörungen, Bethesda) ein umfangreiches Untersuchungsprogramm, das in der Originalversion 1973 erschien und in einer revidierten Fassung seit 1985 in erster Linie zu Forschungszwecken verwandt wird: Phy-

sical and Neurological Examination for Soft Signs (PANESS). Dabei werden die Kennzeichnung als „subtle“ bzw. „soft“ im Gegensatz zu „hard signs“ wiederholt synonym eingesetzt, vorsichtige Abwägung ist aber durchaus angebracht, wenn manche Bewegungsäußerungen alles andere als subtil sind, oder spastisch anmutende wie auch nur der Zehenspitzenengang oder eine ausgeprägt dyskinetisch- choreatiforme Bewegungsunruhe differentialdiagnostische Überlegungen erfordert.

Daraus resultiert die Notwendigkeit, bei einer neurologischen Untersuchung nicht nur nach Weichzeichen zu fahnden, sondern auch die Standards einzuhalten wie die Überprüfung von Muskeltonus und -trophik, der groben Kraftentfaltung und Reflexe, Körperhaltung und Gelenkstellungen wie auch -beweglichkeit, der Hirnnerven und nicht zuletzt der Sinnesorgane, gepaart mit der Aufmerksamkeitsproblematik wäre es fatal, eine relevante Seh- oder Hörminderung zu übersehen.

Unter den Oberbegriffen Bewegungsverlangsamung, Dysrhythmie und „motorischer overflow“ (die eigentliche Zielbewegung „überflutende“ bis generalisierte vor allem auch nicht mehr altersgemäße Bewegungsmuster, speziell die sogenannten Spiegelbewegungen) wird bei der PANESS eine teils quantitative (Stoppuhr), teils semiquantitative, mehr qualitative Bewegungsanalyse vorgenommen mit ausführlicher, mehrseitiger Dokumentation mit dem Ergebnis eines Punktwerts als Auffälligkeitsgradmesser. Einerseits taucht das Thema AD(H)S in dieser Arbeit nicht auf, andererseits kommt der Untersuchungsgang gerade in den letzten etwa zwei Jahrzehnten zur Beurteilung der Motorik von AD(H)S-Kindern und Jugendlichen zum Teil unter Mitwirkung der Autorin im Rahmen von randomisiert kontrollierten Studien (Beispiele: Cole, 2008; Gilbert, 2019; Mostowski, 2006) vermehrt zur Anwendung. Unter den Beurteilungskriterien fehlt allerdings ein für Betroffene mit AD(H)S typischer, häufig der jeweiligen Aufgabe nicht adäquater hoher Krafteinsatz oft mit Nachteilen für deren Durchführungsqualität. Vom Gesichtspunkt menschlicher Evolution ergibt sich jedoch daraus noch ein ganz anderer Aspekt: Die durch eine emotionale Aktivierung weiter deutlich gesteigerte, dann auch durchaus situationsadäquate hohe Kraftentfaltungsmöglichkeit bei der Jagd oder im Kampf zum Beispiel oder in grundsätzlich lebensbedrohlichen Situationen mit dann außerdem punktuell höchster Aufmerksamkeitsleistung hat einen klaren Überlebensvorteil zur Folge!

Die Grundlagen für meinen neurologischen Untersuchungsgang (Abbildung 1) verdanke ich in erster Linie meinen neuropädiatrischen Lehrern Dr. Wolfgang Hannen, Kinderklinik des Lukaskrankenhauses in Neuss und Dr.

Klaus Kellermann, Städtisches Kinderkrankenhaus Köln. Dieses Untersuchungsschema habe ich in drei Jahrzehnten nicht verändert, zunächst fast aber ausschließlich Kopfschmerzpatienten derart untersucht und erst mit Beginn meiner Praxistätigkeit (10/1995-12/2018) in rasch zunehmender Zahl auch AD(H)S-Betroffene. Dabei erlebte ich während diesen langen Zeitraums einen permanenten Befundwechsel, der mir die motorischen Symptome bei oder Verdacht auf AD(H)S immer deutlicher vor Augen führte: Während Kopfschmerzkinder fast immer normale bis hoch normale Befunde aufwiesen, es sei denn sie litten gleichzeitig an AD(H)S, der dann auch eine Bedeutung in der Pathogenese der Kopfschmerzen zukommen konnte, waren bei den AD(H)S-Patienten nahezu stets auffällige Befunde in sehr variabler Ausprägung festzustellen. Weitere neuropsychiatrische Diagnosen wie Autismus (<10) oder juvenile Schizophrenie (1) spielten zahlenmäßig während der Praxiszeit keine Rolle.

Bei Kleinkindern unter fünf Jahren kann eine derartige neurologische Untersuchung nur eingeschränkt vorgenommen werden, was der angegebenen Altersgrenze bei Blank (2012), Largo (2007) und Denckla (1985) entspricht. Jenseits von 15 Jahren und der Pubertät kommt es nur noch ausgesprochen selten zu Neuvorstellungen wegen AD(H)S, wo auch die obere Altersgrenze bei Denckla liegt.

Der Untersuchungsablauf nimmt einschließlich einzelner Querfragen zur Alltagsrelevanz beobachteter Auffälligkeiten, kurzen Erläuterungen und Dokumentation mindestens 15-20 Minuten in Anspruch (GOP 04431). Offensichtlich fristet die kinderneurologische Untersuchung auch aus den gerade angerissenen Bewertungsgründen bislang ein stiefmütterliches Dasein. Dies wird durch die Beobachtung unterstrichen, dass mir in den Praxisjahren im Rahmen des AD(H)S-Diagnostikprozesses einige 100 Kinder und Jugendliche von umliegenden Kinder- und Jugendärzten und -psychiatern für ein EEG, EKG und auch zur Blutentnahme überwiesen wurden, aber nie zu einer neurologischen Untersuchung (Gesamtzahl der kinderneurologischen Untersuchungen: 1.639 für die letzten 11 Praxisjahre).

Drei Ziele einer neurologischen Untersuchung lassen sich formulieren:

1. Neben den anamnestischen Angaben stellt sie – wie bei Kopfschmerzen auch – den wesentlichen Baustein zum Ausschluss einer hirnorganischen Störung dar – für die Familien oft eine wichtige beruhigende Zusatzinformation. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei einer eventuell gleichzeitigen Epilepsie, der mit ca. 1% häufigsten neurologischen

## Die Kinderneurologische Untersuchung „5-15“

unter besonderer Berücksichtigung typischer  
Auffälligkeiten bei AD(H)S

### 1. Die Untersuchung in aufrechter Position

Gang- und Laufbild: \_\_\_\_\_

Romberg-Versuch: Dyskinetische choreatiforme Bewegungsunruhe der nach vorne gehaltenen Arme   
und im Kopf-/Rumpfbereich  Fingertremor  Ataxie

Einbeinstand: re  li  15-20" möglich oder re ca.  li ca.  Sek.

Hampeln

monopedales Hüpfen:

re  li plump  re  li nur wenige Male hintereinander möglich re  li  nicht möglich

Eindruck: Kraftmangel  Kraftdosierungsprobleme

Zehen- und Hackengang vorwärts und rückwärts

unzureichende Fußhebung  re  li

assoziierte Bewegungsmuster der Arme  li  re mit Hüftbeugung

Seiltänzerang vorwärts und rückwärts: unsicher  fehlerhafte Durchführung

orientierend orthopädisch \_\_\_\_\_

passive Dorsalextension re ca.  ° li ca.  °

### 2. Die Untersuchung im Sitzen

Hirnnerven unauffällig  außer Blickfolgebewegungsunruhe und -sprunghaftigkeit

Brückner-Test o.B.  \_\_\_\_\_ Lang-Test o.B.  \_\_\_\_\_

keine  Struma \_\_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

FNV: ataktisch  re  li

dysmetrisch  re  li

fehlerhafte Durchführung  re  li

Dysdiadochokinese  re  li

sequentielle Daumen- Fingeropposition verkrampft  mit Fingerstreckung

- Strecktendenz  und /oder Überstreckung

- Strecktendenz  in den Grundgelenken

mangelnder Bewegungsfluss

niedriges Bewegungstempo  assoziierte Muster  re  li

### 3. Die Untersuchung im Liegen

grobe Kraftentfaltung herabgesetzt  re  li

Vereinssport: \_\_\_\_\_

MER  /

keine Pyramidenbahnzeichen  kein Meningismus

orientierende Sensibilitätsprüfung o. B.

### 4. Ergänzende Beobachtungen

Statur: \_\_\_\_\_

Kooperation: \_\_\_\_\_

Verhalten: \_\_\_\_\_

### 5. Zusammenfassung

Der kinderneurologische Befund passt zur Annahme einer AD(H)S

### 6. Ergänzend notwendige Untersuchungen:

Augenärztliche Befund vom \_\_\_\_\_ Ergebnis: o.B.  \_\_\_\_\_

Überweisung ausgestellt

Fachärztliche Hörprüfung vom \_\_\_\_\_ Ergebnis: o.B.  \_\_\_\_\_

Überweisung ausgestellt

Zeichenerklärung:

+, ++ oder +++ kein Eintrag: unauffällig

aus dem Zusammenhang ergibt sich x, =, >, <, >> oder <<

Abbildung 1 (leicht modifiziert nach Veiser, 2022)

Erkrankung im Kindesalter. Die Komorbidität einer idiopathisch generalisierten Epilepsie mit AD(H)S beziffert Stollhoff (2004) mit 53%, die einer idiopathisch fokalen mit 17%, wobei diese Zusammenhänge bisher noch keinen genügenden Bekanntheitsgrad erreicht haben. Dies sollte aber eine großzügige Indikationsstellung zu einer EEG-Ableitung zur Folge haben, zum Beispiel einerseits als Schlaf-EEG bei Kleinkindern mit einer schweren externalen Symptomatik und erheblicher SEV, andererseits im Wachen bei hochgradig verträumten, aufmerksamkeitsgestörten Kindern mit einem klinisch kaum möglichen sicheren Absenceausschluss.

2. Die Erfassung von Muster und Ausprägungsgrad der neurologischen Weichzeichen, die grob der Grundregel folgen, je hyperaktiver ein Kind, umso auffälliger der neurologische Gesamtbefund, je mehr eine reine Aufmerksamkeitsstörung vorrangig das klinische Bild dominiert, umso eher sieht man in erster Linie feinmotorische Schwierigkeiten und eine Blickunruhe.
3. Durch Erläutern des Befunds und einzelne passenden Querfragen Vermittlung eines besseren Verständnisses für die alltäglichen motorischen Auffälligkeiten, deren Bewertung von unbedeutend bis behindernd reichen kann.

## Untersuchung und Befunde

Bereits auf die Aufforderung, sich bis auf die Unterwäsche auszuziehen, reagieren einige Kinder verunsichert, zum Teil im Sinne oppositionellen Verhaltens von Diskussionen bis zur beharrlichen Weigerung, zum Teil auch in Form von Kaspern, das sich rasch legen wie auch die Untersuchung begleiten kann. Dabei wird die Frage nach der sonstigen Relevanz letzteren Verhaltens oft verständnisvoll lächelnd mit der Charakterisierung als „Klassenkasper“ beantwortet.

Grundsätzlich könnte diese Situation bereits bei der Anmeldung zur neurologischen Untersuchung dadurch entspannt werden, dass Jungen dabei zum Beispiel eine Boxershorts tragen und Mädchen vor allem mit einem islamisch geprägten Migrationshintergrund mit einem T-Shirt und einer Leggings bekleidet sein sollten. Im Gegensatz zu Denckla würde ich vom Tragen von Schuhen und Strümpfen immer abraten, einerseits aus haptischen Gründen, andererseits um die Fußstellung überhaupt korrekt beurteilen zu können und

eine Vergleichbarkeit der Lautstärkeentwicklung bei der Grobmotorik zu ermöglichen.

Mehrfaches Hin- und Herrennen kann den Einstieg in die neurologische Befunderhebung auch dadurch erleichtern, dass diese immer im Stehen beginnt. Während das Gangbild manchmal recht schlaksig wirkt, im Übrigen aber meist nicht grob auffällt – es sei denn durch einen gleichzeitigen Zehenspitzenengang – zeigt sich beim Laufen oft eine deutliche Verkrampfung mit Opisthotonushaltung, Schulterretraktion und ebenfalls verkrampften Mitbewegungen der Arme. Beim Romberg-Versuch (Aufforderung “Träumen“ mit geschlossenen Augen, nach vorne gehaltenen Armen und gespreizten Fingern) kann man besonders gut eine sehr variable, aber praktisch immer weitgehend symmetrische dyskinetische bis choreatiforme Bewegungsunruhe eher in den Armen als im Kopf- und Rumpfbereich beobachten, inkonstant einhergehend mit einem in der Regel leichten und meist feinschlägigen Tremor oder auch einer geringen, manchmal schwer von der Unruhe abgrenzbaren Ataxie – das Kleinhirn in das dysfunktionale Aufmerksamkeitsnetzwerk miteinbezogen. Zusätzlich fällt immer wieder auf, dass manches Kind seine Augen nur sekundenlang geschlossen halten kann. Beim Einbeinstand geht die Unruhe nahtlos in ein zum Teil anhaltendes Hampeln und Wackeln mit reichlich Armbewegungen über, was häufig, aber erstaunlicherweise längst nicht immer zur Folge hat, dass der Einbeinstand nur für wenige Sekunden gehalten werden kann. Monopedales Hüpfen gelingt häufig deutlich lateralisiert und oft nur ausgesprochen plump und laut, manchmal „helfen“ die Arme. Während der Zehenspitzenengang in aller Regel keine groben Abweichungen erkennen lässt, weist der Hackengang insgesamt eine große Bandbreite von Besonderheiten auf, die vom Unvermögen, die Ferse aufzusetzen, bis zu nur leichten, im Alltag nicht auffälligen Einschränkungen der Dorsalextension reicht. Gerade beim letzteren häufigen Befund bemühen sich die Kinder um eine ausreichende Dorsalextension unter hohem Krafteinsatz erkenntlich an lautem, gegen Ende unter Umständen auch schmerzhaftem Stampfen begleitet von einer Hüftbeugung und konsekutiver Hyperlordose und einer manchmal deutlich asymmetrischen Henkelstellung der retrahierten Arme. Der Seiltänzerengang bereitet meist nicht annähernd so große Schwierigkeiten wie der Einbeinstand, wirkt aber auch oft mehr oder weniger unsicher und gelingt vor allem rückwärts häufig nicht korrekt. Letzteres ist auch darauf zurückzuführen, dass sich hier immer wieder eine kurze Aufmerksamkeitsspanne bemerkbar macht, so dass eine korrekte Durchführung alle paar Schritte eingefordert werden muss.

Die Beurteilung von Trophik, Tonus, grober Kraftentfaltung und Reflexstatus, die im Liegen vorgenommen wird, fällt regelhaft ohne wegweisende Befunde aus, manchmal wirkt der Ruhetonus Haltungsauffälligkeiten entsprechend herabgesetzt, immer wieder zeigt sich jedoch – wie bereits angerissen – bei der Überprüfung der Gelenkbeweglichkeit eine leichte Einschränkung der Dorsalextension in beiden Sprunggelenken bei 5-10 Grad. Eine orientierende Sensibilitätsprüfung ergibt typischerweise keine pathologischen Befunde.

Die Untersuchung im Sitzen beginnt mit der Überprüfung der Hirnnerven, die regelhaft normal ausfällt von der wichtigen Ausnahme der Augenbewegungen abgesehen: Bei fast allen Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S auch bei denen ohne offensichtliche hyperkinetische Störung fällt eine meist deutliche – chaotische Unruhe und Sprunghaftigkeit der Blickfolgebewegungen auf, ein „100%iger Parameter“ (Braus, 2013), stets ohne subjektiv erlebte Visusbeeinträchtigung, was man sich bei manchem Bewegungsbild kaum vorstellen kann (Folta und Mähler, 2011). Immer wieder war die Augenunruhe schon in einer Gesprächssituation zu bemerken und spiegelte sich in entsprechenden Artefakten im regelhaft einmalig abgeleiteten EEG über den Frontopolarregionen. Darüber hinaus zeigte sich im Hirnnervenbereich lediglich manchmal eine orale Hypotonie.

Bei der orientierenden Überprüfung der Feinmotorik wird zunächst der FNV durchgeführt in einer der AD(H)S-Thematik angepassten, etwas modifizierten Form: Zeigefinger des Kindes zu seiner Nasenspitze und dann zur Zeigefingerkuppe des Untersuchers, der die Fingerposition wiederholt wechselt. Dabei fällt in erster Linie eine Dysmetrie auf bis zum Wegschlagen des Untersucherfingers, nur selten eine Ataxie und/oder Tremor in leichter Ausprägung. Eine entsprechend der Händigkeit meist deutlich lateralisierte Dysdiadochokinese erlaubt meiner Erfahrung nach keine zusätzliche differenzierende Aussage, zumal sie generell bis etwa zum 8. Lebensjahr auch im Rahmen einer normalen Entwicklung sehr häufig auftritt (Lietz, 1993). Grundsätzlich anders verhält es sich mit der sequentiellen Daumen-Fingeropposition: Sie kann in aller Regel bei AD(H)S nur langsam vorgenommen werden, häufig auch kaum flüssig und wirkt teils von vorneherein, teils immer weiter zunehmend deutlich verkrampft in Folge Überstreckung in den Grundgelenken oder Fingerstreckung (bzw. entsprechenden Tendenzen bei milderer Ausprägung) bis hin zum Bild einer „Krallenhand“ meist ohne wesentliche Lateralisation, aber immer wieder mit bilateral synchronen assoziierten Mustern. Manches Kind erlebt dabei diese Störung der Handfunktion erstmals bewusst und reagiert betroffen. Die Überprüfung der Feinmotorik erscheint AD(H)S-Kindern oft

langweilig, weshalb sie immer wieder zum Weitermachen ermuntert werden müssen.

Fällt die sequentielle Daumen-Fingeropposition so aus, wie oben skizziert, korreliert sie in hohem Maße mit der AD(H)S-typischen Dysgraphie, die im Schulalltag vor allem bei Jungen eine hohe Belastung darstellt und die ich daher stichwortartig charakterisieren möchte: Hoher Schreibdruck mit häufigem Abbrechen von Stiften vor allem in den ersten Grundschuljahren (eine Schreibrückseite kann sich wie eine Blindenschrift anfühlen) mit verkrampfter Stifthaltung und daraus in erster Linie resultierenden niedrigem Schreibtempo, was auch durch Schmerzen in der Schreibhand erzwungene Pausen mit der Notwendigkeit, sie auszuschütteln, nur verschärft wird. Große Unordentlichkeit in Bezug auf die Einhaltung von Linien und Rändern wie auch insgesamt der Heftführung. Häufiges Misslingen des Übergangs von Druck- auf Schreibschrift. Ausgeprägte Uneinheitlichkeit des Schriftbilds, bis zu erheblichen Größenunterschieden einzelner Buchstaben in einem Wort, letztere kippelig und un gelenk bis krakelig häufig mit beeinträchtigter Lesbarkeit bis zur Unleserlichkeit, immer wieder noch verschärft durch nicht eingehaltene Wortgrenzen (Schriftbeispiele auch nach Einleitung einer Methylphenydatmedikation bei Aust-Claus und Hammer 2000).

Besonders deutlich kann man die Schriftauffälligkeiten über einen längeren Zeitraum dann herausarbeiten, wenn man es sich zur Gewohnheit macht, bei jedem Kind oder Jugendlichen mit dringendem Verdacht auf AD(H)S das letzte volle Deutschheft durchzusehen. Im Gegensatz zu einer einzelnen Schriftprobe erkennt man dabei noch klarer die von der emotionalen Verfassung oder Tagesform abhängigen Schwankungen: Das Schriftbild wirkt insgesamt noch deutlich uneinheitlicher mit einer hohen Variabilität mangelnder Zeichensetzung (bis zum vollständigen Fehlen) und typischen Rechtschreibfehlern vor allem bei der Groß- und Kleinschreibung, auch Buchstaben oder Silben weglassen, lautgetreue Fehler usw. Außerdem hapert es oft an der sprachlichen Qualität angefangen damit, dass ein Satz nach einem Wort oder Halbsatz endet, bis hin zu immer wieder mit und verbundenen Bandwurmsätzen – in Anbetracht der Vielfalt der Auffälligkeiten nur ein kurzer Abriss ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Nicht zuletzt möchte ich der Vollständigkeit halber einige sensorische Auffälligkeiten meist im Sinne einer Hyperästhesie erwähnen, die sich in der Regel nicht im neurologischen Befund niederschlagen, aber vor allem im Kleinkindalter den Alltag sehr belasten können. Bereits das Haare kämmen kann als unangenehm erlebt werden, und Haarewaschen und -schneiden heftigst

abgewehrt werden. Eine Überempfindlichkeit der Handinnenflächen lässt deren Kontakt mit Dreck, Sand oder auch fettigen Cremes nicht ertragen, wie auch gelegentlich bestimmte Kleidungsstücke bzw. bestimmte Materialien wie Wolle nicht getragen werden können. Durchaus unabhängig von den dargestellten Beispielen kann bei einigen Kindern eine Rachenhypersensibilität unter Umständen jahrelang eine Ernährung mit ausschließlich breiiger Kost erfordern, was sich auch viel später noch im Unvermögen äußern kann, Tabletten oder Kapseln zu schlucken. Zu den oben genannten Wahrnehmungsbesonderheiten kontrastiert oft eine auffällige Schmerzunempfindlichkeit, die sich zum Beispiel so äußern kann, dass sich ein Kind bei einem Sturz eine blutende Verletzung der Knie zugezogen hat, dennoch klaglos weiterspielt, aber wehe, wenn eine Spritze nur von Weitem erblickt wird!

## Diskussion

Auf der Basis von drei nicht scharf voneinander abgrenzbaren Pathomechanismen könnte man bei dem Versuch, die beschriebenen motorischen Phänomene zu ordnen, im Wesentlichen fünf miteinander verwobene Prinzipien der AD(H)S-Motorik unterscheiden:

	Pathomechanismen	Motorische Basisphänomene
1	Die deutliche Hirnreifungsverzögerung	Die bezogen auf die jeweilige Aufgabenstellung inadäquate bis ungehemmte Kraftentfaltung
2	Der grundsätzliche Mangel an Inhibition bzw. die Selbststeuerungsschwäche	Die mangelnde Fähigkeit, einen motorischen Impuls zu fokussieren
3	Die komplexe Neurotransmitterproblematik insbesondere in Bezug auf Dopamin	Die motorische Entwicklungsverzögerung
4		Die dyskinetische bis choreatiforme Bewegungsunruhe
5		Die Aggravation der Bewegungsauffälligkeiten je nach Art und Ausprägungsgrad der AD(H)S-Kernsymptome

Der aufgabenbezogenen inadäquat hohen Kraftausübung kommt eine hohe Alltagsrelevanz zu, nicht nur als Erklärung für die häufig allgemeine Lautheit dieser Kinder, sondern hauptsächlich als wesentliche Ursache für die im Schulalltag so belastende Dysgraphie. Vor allem durch massive Wut eingeleitete und damit einhergehende körperliche Auseinandersetzungen nehmen sofort unwillkürlich einen gefährlichen Charakter an, sicher eher als bei überschwänglicher Freude und freundschaftlichem Körperkontakt. Die mangelnde Impulsfokussierung verschärft oft die Kraftdosierung: Kinder mit der oben skizzierten Dysgraphie müssen nach längerem Schreiben häufig in Folge eines schmerzhaften Krampfes in der Schreibhand eine Pause einlegen, geben dabei aber auch nicht selten Arm- Schulterschmerzen an. Die unwillkürliche und damit auch unökonomische bis behindernde Ausbreitung des motorischen Impulses auf unmittelbar benachbarte Muskelgruppen bis auf den Bewegungsapparat insgesamt lässt sich besonders gut im Laufe der neurologischen Untersuchung beobachten, zum Beispiel bei der sequentiellen Daumen-Fingeropposition, dem Hackengang oder auch beim Laufen selbst.

Dabei imponieren immer wieder nicht mehr altersgemäße assoziierte Bewegungsmuster vor allem im Sinne der sogenannten Spiegelbewegungen. Letztere bzw. deren insgesamt deutlich verspätete Rückbildung stellen ein Beispiel dar für den komplexen Bereich von Reifungsverzögerungen, über die seit frühester Diagnosebeschreibungen diskutiert wird. Dazu gehört z.B. eine deutlich verzögerte Malentwicklung, wie z.B. bei einem Vierjährigen bei der U8, der überhaupt nicht zu irgendwelchem gegenständlichen Malen fähig ist, sondern nur Krakeleien produziert. Noch bedeutsamer erscheint die Sprachentwicklung, die bei ca. 40% der AD(H)S-Kleinkinder verzögert abläuft im Gegensatz zur Annahme einer Sprachentwicklungsverzögerung bei ca. 15% aller Kleinkinder (Neuhaus, 2002). Darüber hinaus begleitet eine deutliche psychische Reifungsverzögerung („ca. 30%, Neuhaus, 2016) die Kernsymptomatik mit Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene, bei der Übernahme von Verantwortung oder der Fähigkeit zu einer realistischen Selbst- und Fremdsicht, was oft auch einen klaren Ausdruck in der Elternbeurteilung findet, z.B. gebe sich ihr 8-jähriger nicht altersentsprechend, sondern eher wie ein 5-6-jähriger, zumal er noch so verspielt sei – eine häufig geäußerte Klage (ausführliche Entwicklungsbeurteilungen bei Neuhaus, 2016). Andererseits sind mit dem Reifungsfortschritt in der Pubertät erstaunliche Phänomene zu beobachten, die grobe motorische Unruhe bildet sich deutlich zurück zu einer mehr inneren Unruhe und Anspannung, doch das Gesamtbild bleibt bunt, in einer Erwachsenen-AD(H)S-Ambulanz kann man z.B. feststellen, dass einige

Patienten nicht in der Lage sind, auf ihrem Stuhl sitzend zu warten. Außerdem kann eine meist jahrelang notwendige medikamentöse Behandlung bei ca. 50% der 14-16-jährigen beendet werden, wenn auch nicht immer anhaltend erfolgreich.

Erst die vielbeachtete MRT-Längsschnittstudie von Shaw et al. (2007) lieferte einen morphologischen Beweis für eine differente Hirnreifung bei AD(H)S: „ADHS ist charakterisiert durch eine Verzögerung in der kortikalen Reifung“.

Grundsätzlich nimmt nach einem zeitlich bezogen auf die einzelnen Hirnregionen genau festgelegten Programm die Hirnrindendicke im Laufe des Kleinkind- und Grundschulalters auf ein Maximum zu, um während der Pubertät und Adoleszenz wahrscheinlich in erster Linie infolge des dann stattfindenden Synapsenabbaus wieder abzunehmen. Im Gruppenvergleich lässt sich bei den von AD(H)S-Betroffenen keine wesentliche Änderung der Reihenfolge der Hirnrindenvolumenzunahme in den einzelnen Hirnregionen feststellen, während sich einzelne Latenzen zwischen Regionen deutlich unterscheiden. Bezogen auf den Durchschnitt aller Messpunkte erreicht die Cortexdicke bei 50% der Kontrollkinder bereits mit 7;5 Jahren ihren Spitzenwert, die AD(H)S-Kinder hingegen erst mit 10;5. Im präfrontalen Cortex, dessen Dysfunktion für die AD(H)S-Problematik insgesamt eine zentrale Rolle spielt (sogenannte Hypofrontalität), liegt die Reifungslatenz sogar bei 5 Jahren, während allein die primäre motorischen Rindfelder ein geringes Reifungsplus von 4 Monaten aufweisen. Dabei halten es die Autoren für möglich, dass die Kombination aus früher Reifung des primären motorischen Cortex und der späten Maturation übergeordneter motorischer Kontrollregionen die exzessive motorische Aktivität spiegeln oder gar antreiben.

Aus der dennoch im Wesentlichen nicht veränderten Reihenfolge der Reifung in den einzelnen Hirnregionen ziehen die Autoren den Schluss, dass den Veränderungen bei AD(H)S in erster Linie eine Reifungsverzögerung und keine -störung zugrunde liegt, noch unterstrichen dadurch, dass sich die Kurven der Hirnmanteldicke der beiden Gruppen zu Beginn des dritten Lebensjahrzehnts wieder deutlich annähern bis überlappen. Bleibt diese Entwicklung in Einzelfällen im jungen Erwachsenenalter aus, bedeutet dies in der Regel eine ungünstige Prognose bezüglich der AD(H)S-Symptomatik und deren Folgen. Da das oben skizzierte Profil der Hirnmantelreifungsverzögerung bislang nur bei AD(H)S nachgewiesen werden konnte und sich z.B. sehr von dem bei Autismus oder im Kindesalter beginnender Schizophrenie unterscheidet, wird es als spezifisch für AD(H)S angesehen, wobei durchaus die Notwendigkeit der

Erforschung weiterer psychiatrischer Krankheitsbilder betont wird (Shaw et al., 2007; Rubia, 2007; Vaidya, 2012).

Mithilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie und der Transkraniellen Magnetstimulation (TMS) gelingt es zunehmend, den klinischen Eindruck mangelnder Inhibition bei AD(H)S abzusichern und zu vertiefen: Mit der Kurzintervall intrakorticalen Inhibition, bei der binnen 2-5 ms ein unter- und überschwelliger Magnetimpuls auf die linke primäre Rindenregion der rechten Hand appliziert wurde, gelang es Moll et al. (2000) erstmalig, bei 18 Kindern mit einem neu diagnostizierten AD(H)S eine deutlich eingeschränkte Inhibition nachzuweisen im Gegensatz zu den nicht von AD(H)S-Betroffenen. Die Amplituden der motorisch evozierten Potentiale (MEP) lagen bei den AD(H)S-Patienten erheblich und hochsignifikant über denen der Kontrollkinder. Alle AD(H)S-Kinder erhielten anschließend 10 mg nicht retardiertes Methylphenydat, was in der zweiten Stunde nach der Einnahme einen ebenfalls signifikanten, aber nicht den Kontrollen entsprechenden Anstieg der Inhibition zur Folge hatte. Das unvollständige Ansprechen auf 10 mg MPH könnte einerseits auf andere Mechanismen unzureichender Inhibition wie die Hirnreifungsproblematik hinweisen, andererseits auf eine nicht für alle AD(H)S-Patienten genügende Dosierung. In seiner Übersichtsarbeit spiegelt Hoegl et al. (2014) den erweiterten Kenntnisstand zum Thema TMS und AD(H)S, aber auch, dass die Ergebnisse von Moll et al. zwischenzeitlich wiederholt bestätigt werden konnten. Darüber hinaus betont er die Zusammenhänge mit dem klinischen Erscheinungsbild: Je ausgeprägter sich der Inhibitions-mangel in der TMS darstellt, umso intensiver die Hyperaktivität und Impulsivität und – wenn auch nicht so deutlich – die Beeinträchtigung motorischer Fähigkeiten. Hoegl führt noch weitere TMS-Parameter an, die im Zusammenhang mit der neurophysiologischen Abklärung von AD(H)S eine Rolle spielen. Dazu zählt vor allem die ipsilaterale Silent Periode, eine auf einen TMS-Impuls folgende, um die 20 ms anhaltende Signalstille im Elektromyogramm, die über das corpus callosum vermittelt wird. Mangelnde interhemisphärische Inhibition verlängert die Latenz und verkürzt diese Periode vermutlich modifiziert durch den Myelinisierungsgrad der Balkenfasern. Vor allem die Latenz zeigt sich bei Kindern mit AD(H)S verlängert. Darüber hinaus beschreiben die Autoren ein TMS-evozierte EEG-Potential N 100 mit einer Latenz von etwa 100 ms, das ebenfalls als Ausdruck kortikaler Inhibitionsprozesse angesehen wird und dementsprechend bei Kindern mit AD(H)S signifikant spannungsärmer ausfällt. Dieses negative Potential weist eine frappierende Ähnlichkeit auf zur slow wave-Komponente im Rahmen

von 3/Sek. Spike wave-Ausbrüchen bei einer Absenceepilepsie, wobei diese Welle auch hier als Ausdruck einer Inhibition angesehen wird. Nicht zuletzt weisen Hoegl et al. darauf hin, dass eine herabgesetzte intrakortikale Inhibition auch bei anderen psychiatrischen Störungen wie Zwangserkrankungen oder Schizophrenie nachgewiesen werden konnte, dieser Zusammenhang jedoch am deutlichsten bei AD(H)S ausgeprägt sei, ein Beispiel für das Modell „geteilter“ Entwicklungsbahnen (Banaschewski, 2005), auf das weiter unten noch eingegangen wird.

Gabriel et al. (2019) stellten eine umfangreiche TMS-Studie vor während einer go/no go-Aufgabe bei 64 sorgfältig und umfassend charakterisierten AD(H)S-Kindern und 63 in typischer Weise entwickelten Kontrollkindern zwischen 8 und 12 Jahren. Alle Kinder waren unter anderem nach dem ausführlichen PANESS-Schema untersucht worden, wobei höhere PANESS-Punktwerte mit jüngerem Alter und höherem AD(H)S-Schweregrad mit allen Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts- / Impulsivierungsskalen hochsignifikant korrelierten. Außerdem konnte der bereits erwähnte Befund mangelnder intrakortikaler Inhibition nur nochmals bestätigt werden. Während unter Ruhebedingungen im Rahmen der go/no go-Aufgabe das MEP entsprechend dem Conners-Schweregradscore (3. Ausgabe 2008) sowohl für Unaufmerksamkeit, wie auch Hyperaktivität/Impulsivität stetig zunahm, sank das sowieso unter Aufgabenbedingungen deutlich erhöhte MEP mit ansteigendem score deutlich ab, so dass insgesamt die Differenz zwischen Ruhe- und aufgabenkorreliertem MEP erheblich abnahm. Diese Herabsetzung der sogenannten aufgabenbezogenen Hochmodulation (Task-Related Up-Modulation, TRUM) rechtfertigt die Annahme, dass AD(H)S-Symptome Schweregrad abhängig mit einer verminderten Kapazität zerebralen Engagements einhergehen. Zusammengefasst erscheinen Gabriel die Befunde der intrakortikalen Inhibition und TRUM im Sinne von AD(H)S-relevanten Biomarkern als robuste Kandidaten für weitere Studien, so ähnlich wie es Hoegel et al. in ihrer oben skizzierten Übersichtsarbeit für die dort vorgestellten TMS-Inhibitionsparameter auch formulieren.

Zu ähnlichen Resultaten kommen auch Mostofsky et al. (2005) erstmalig mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) während zahlreichen Sequenzen einer einfachen selbstgesteuerten Daumen-Fingeropposition („finger tapping“): Die räumliche Ausdehnung der Aktivierung über dem contralateralen primären motorischen Rindenfeld der rechten Hand und nicht signifikant auch ipsilateral fällt bei 11 AD(H)S-Kindern deutlich geringer aus als bei den 11 Kontrollpersonen. Der scheinbare Widerspruch zwischen zu niedriger

Cortexaktivität und offensichtlich zu hoher motorischer lässt sich dahingehend auflösen, dass der tractus corticospinalis in seiner komplexen unentwirrbaren Zusammensetzung aus pyramidalen und extrapyramidalen Bahnen Muskeltonus und Reflexmotorik hemmt, die automatisierten und stereotypen Bewegungsabläufe aus dem extrapyramidalen System moduliert und zielgerichtete und fein abgestimmte Willkürbewegungen ermöglicht.

Die mangelnde Aktivierung überwiegend inhibitorisch tätiger Neuronenverbände in den primären motorischen Rindengebieten hat auf der Spinalenebene eine Enthemmung zur Folge, die sich einerseits in den beschriebenen erhöhten MEPs widerspiegelt, andererseits phänomenologisch in spastisch anmutenden Bewegungsbildern der intendierten Bewegung selbst wie auch der damit assoziierten Bewegungsmuster. Im Gegensatz zur Monotonie einer echten Spastik als Folge einer strukturellen Pyramidenbahnläsion fallen die oben genannten Bewegungsbilder durch eine hohe Variabilität auf.

### **Der sogenannte idiopathische Zehenspitzenengang – ein fakultativer Bestandteil der AD(H)S-Motorik?**

Die oben genannten Pathomechanismen mangelnder Inhibition und Reifungsverzögerung scheinen auch beim Zehenspitzenengang eine große Rolle zu spielen, für den Pomarino et al. (2011) eine Spontanremissionsrate von 50% angibt. Letztere ist bei Engström und Tedroff (2018) in einer populationsbasierten Kohorte von 1401 schwedischen Kindern bereits mit 5 ½ Jahren auf diesen Wert abgefallen, um mit 10 Jahren eine Spontanremissionsquote von 79% zu erreichen bei einer Prävalenz von 5% im Kleinkindalter in Übereinstimmung mit Radtke et al. (2018) und im Gegensatz zu Pomarino mit Werten zwischen 10 und 15%. Letzterer hält eine Manifestationsdauer von mindestens drei Monaten zur Diagnosestellung erforderlich mit > 50% Zehenspitzenengang/Tag, während Radtke et al. von sechs Monaten sprechen. Inwieweit das Gehen auf dem Vorfuß das Gangbild insgesamt dominiert, lässt sich besonders gut am Abnutzungsprofil länger getragener Schuhe ablesen, die man sich in diesem Zusammenhang immer zeigen lassen sollte. Darüber hinaus ist es beim Verdacht auf einen idiopathischen Zehenspitzenengang immer notwendig, anamnestische oder Hinweise bei der körperlichen Untersuchung auf einen deutlich selteneren sekundären Zehenspitzenengang nicht zu übersehen, für den eine spastische Diplegie die häufigste Ursache darstellt (ausführliche Differenzialdiagnose bei Korinthenberg, 2011).

Möglicherweise spielt auch beim idiopathischen Zehenspitzenengang pathophysiologisch eine inadäquate Kraftdosierung eine weitere Hauptrolle, eine auf Grund mangelnder Hemmung auf der Spinal Ebene ausgeprägtere und schnellere Exzitation trifft auf eine gut im Querschnitt sichtbar mehrfach kräftigere Wadenmuskulatur im Gegensatz zur Extensorengruppe und auch zum Querschnittsbild der Oberschenkelmuskulatur (Netter, 1995).

Als einziger, überhaupt neurophysiologisch fassbarer Befund passt dazu eine Gemeinsamkeit zwischen idiopathischem Zehenspitzenengang und spastischer Diplegie dergestalt, dass sich elektromyographisch vorzeitig bereits zum Ende der Schwungphase hin Gastrocnemiusaktivität zeigt, auf die dann die vorzeitige Plantarflexion folgt. Ganganalysen weisen jedoch deutliche Unterschiede zwischen beiden oben genannten Diagnosen nach, die auch mit dem bloßen Auge festzustellen sind: Während bei einer spastischen Diplegie regelhaft eine Kniebewegung und Fußinnenrotation auffällt im Rahmen eines insgesamt monotonen, kaum modulierten Bewegungsbilds, bemerkt man bei einem Kind mit idiopathischem Zehenspitzenengang eine deutlich höhere Variabilität von Gangzyklus zu Gangzyklus auch zu messen an wechselnden Winkeln zwischen Plantarflexion und Dorsalextension (Sala et al., 1999).

Außer einer deutlichen Heritabilität (Zusammenfassung bei Sala) existieren bislang keine klaren Hinweise auf die Ätiologie dieser häufigen Störung. Allerdings postulieren Sala et al. in ihrer vielzitierten Übersichtsarbeit bereits 1999 die Existenz einer übergeordneten Syndroms auf Grund einer Reihe häufiger Auffälligkeiten fachübergreifend sowohl in der pädiatrischen, wie auch orthopädischen Literatur, die sich lesen wie ein „Who’s Who“ der Alltagsprobleme der AD(H)S-Patienten: Sprach- und Lernprobleme, auch Dyslalien und Sprachentwicklungsverzögerungen wie auch solche der Fein- Visuo- und Grobmotorik, Dysgraphie, Rechtschreib- und Leseschwäche, auch Verhaltensauffälligkeiten. Engström et al. (2012) ergänzen diese Aufzählung um eine Liste überdurchschnittlich häufiger neuropsychiatrischer Symptome und Probleme bei 51 fortlaufend erfassten und multidisziplinär abgeklärten Kindern mit idiopathischem Zehenspitzenengang im Vergleich mit einer altersabgestimmten Kontrollgruppe. Später im Rahmen der Veröffentlichung der Remissionsstudie nennen Engström und Tedroff außerdem 18 Kinder mit sekundärem Zehenspitzenengang in erster Linie in Folge einer Zerebralparese und 17 mit neurologischen Entwicklungsstörungen wie AD(H)S und Autismus, letzteren erwähnten auch Sala et al. als einzige weitere neuropsychiatrische Diagnose in diesem Zusammenhang. Dabei darf kritisch durchaus eingewandt werden, dass ein Autismus bzw. eine Autismusspektrumstörung viel

seltener vorkommt als AD(H)S, zumal eine Reihe höhergradig vom AD(H)S betroffener Kinder autistische Züge aufweist mit der Gefahr häufiger Fehldiagnosen (Neuhaus, 2016; Bachmann, 2018). Bei allen mir primär zur neurologischen Abklärung eines Zehenspitzenengangs vorgestellten Kindern habe ich Verdachtsmomente auf eine zugrunde liegende AD(H)S erkennen können, wobei es mir nur bei einem Teil der Patienten möglich, bzw. gestattet war, sie weiter zu verfolgen und eine entsprechende Diagnostik abzuschließen. Neben den bislang aufgeführten Anhaltspunkten für eine weitgehende Zuordnung des idiopathischen Zehenspitzenengangs zur AD(H)S-Problematik und -Motorik spricht auch wieder das im Rahmen zahlreicher neurologischer Untersuchungen von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägte Kontinuum von hoch auffällig bis unauffällig für diesen Zusammenhang: Viel häufiger als den definierten Zehenspitzenengang sieht man Schwachformen mit unzureichender bis kaum möglicher Fußhebung beim Hackengang, die vor allem bei Grundschulkindern ein offensichtlich sehr anstrengendes generalisierendes motorisches Muster wie beim Zehenspitzenengang nach sich ziehen mit lautem Stampfen, Hüftbeugung mit Hyperlordose und assoziierten Verkrampfungen der Arme.

Ein vorläufiges i-Tüpfelchen auf die hier diskutierten möglichen Zusammenhänge setzt der AD(H)S-Kompakt e.V. (18.3.22): „Wenn Ihr Kind auf Zehenspitzen läuft, könnte dies ein Anzeichen für ADHS sein.“ Der Zehenspitzenengang nimmt unter den Möglichkeiten motorischer Auffälligkeiten bei AD(H)S insofern eine Sonderstellung ein, als er in Abhängigkeit von Ausprägung und Dauer zu orthopädischen Folgeschäden führen kann. Dazu zählen Fußdeformitäten, Achillessehnen- und/oder Gastrocnemiuskontrakturen und -verkürzungen, Überlastung der anterioren Kniegelenksbereiche, Hüftkontrakturen, Wirbelsäulenschäden und im Erwachsenenalter auf Grund einer dann immer noch bestehenden muskulären Imbalance rezidivierende bis chronische Achilodynyen bis zur Ruptur der Sehne insbesondere bei Sportlern wie Läufern. Leider fehlt bis heute eine Evidenzbasierung der therapeutischen Palette, die von Physiotherapie, einer möglichst frühen Pyramideneinlagenversorgung nach Pomarino, seriellem Eingipsen nach Redression eventuell in Kombination mit Botulinumtoxin, dessen Anwendung auch ohne Gipsbehandlung bei noch nicht kontrakttem Spitzfuß als erfolgsversprechend gilt, bis hin zu einer Achillessehnenverlängerung und/oder zirkulären Durchtrennung der Gastrocnemiusfascie reicht (Sala et al., 1999; Bernhard et al., 2006; Korinthenberg, 2011). Daran ändert auch die bislang umfangreichste Studie zu den konservativen Behandlungsoptionen (Radtko et al., 2018) nichts Grundlegen-

des: In der retrospektiven Studie wurden alle 193 Patienten in 90,2% erfolgreich mit Pyramideneinlagen nach Pomarino versorgt, die aber gleichzeitig in 96% krankengymnastisch behandelt wurden und darüber hinaus noch in 60 % Nachtschienen trugen.

## **Motorikkonzepte und AD(H)S**

Inwieweit sich die vorgeschlagene Einschätzung des dann nicht mehr idiopathischen Zehenspitzenengangs als fakultativer Bestandteil des motorischen Spektrums einer AD(H)S auch auf die ebenfalls als idiopathisch eingestufte Problematik der Umschriebenen Entwicklungsstörungen Motorischer Funktionen (UEMF) übertragen lässt, erscheint einer weiteren Diskussion wert:

Zunächst sprechen die Zahlen nicht gegen diese Annahme, da die am häufigsten zitierte Frequenzangabe für UEMF 5-6% beträgt mit einer Remissionsquote bis zum Erwachsenenalter zwischen 30 und 50%, während die Prävalenzangaben für AD(H)S im Kindes- und Jugendalter meist zwischen 3 und 8% liegen. Außerdem gibt Blank (2011, 2012) eine Comorbidität zwischen UEMF und AD(H)S von 50 bzw. > 50% an. Mit Ausnahme des Zehenspitzenengangs, der nach den Diagnosevoraussetzungen für UEMF ein Ausschlusskriterium darstellt, weisen UEMF und AD(H)S kaum Unterschiede in der klinischen Symptomatik auf: Die auch für die AD(H)S typische Reifungsproblematik taucht bereits in der Namensgebung auf, bei der Symptombeschreibung finden sich außerdem „soft signs“ mit ausdrücklicher Erwähnung choreatiformer Muster, wie sie als charakteristisch für die mit im Zentrum der AD(H)S-Pathogenese stehende frontostriäre Dysfunktion angesehen werden. Die häufigen fein- bzw. visuomotorischen Schwierigkeiten wurden bereits ausführlich erwähnt, was sich nahezu beliebig erweitern lässt zum Beispiel auf das Ausschneiden oder auch nur die lang dauernde Mühe, das Binden einer Schleife zu erlernen. Ungeschicklich- und Tollpatschigkeit können sich wie ein roter Faden durch das Leben vor allem von Kleinkindern mit UEMF oder AD(H)S ziehen mit hoher Alltagsrelevanz wie beim morgendlichen Anziehen oder während der gemeinsamen Mahlzeiten, durch Kleckern und Verschütten. Immer wieder ist eine ungünstige Wechselwirkung zwischen den motorischen Schwierigkeiten und den AD(H)S-Kernsymptomen Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität zu beobachten, letztere stört bis zerstört zum Beispiel die Kommunikation während der Mahlzeiten durch laufendes Unterbrechen.

Die drei Kernsymptome und nicht nur eine Gleichgewichtsproblematik bewirken auch eine weitere, bemerkenswerte und ebenfalls weitgehend auf das Kleinkindalter beschränkte Auffälligkeit, eine mehr oder weniger ausgeprägte Fallneigung „über Nichts“ oft in Verbindung mit insuffizienten Abstützreaktionen oder auch „Mitnehmen“ von Kanten. Differentialdiagnostisch muss manchmal in derartigen Fällen eine Epilepsie mit Sturzanfällen ausgeschlossen werden. Nahtlos leitet dieses Thema zu der bekannten, etwas dreimal höheren Frequenz schwerer Unfälle über, wie sie noch bis ins Erwachsenenalter zum Beispiel im Straßenverkehr besteht. Die motorischen Defizite verhindern oft auch langanhaltend einen geschickten Umgang mit einem Ball, was im Rahmen der bei AD(H)S notwendigen Beratung bezüglich einer erschöpfenden sportlichen Betätigung mehrfach pro Woche den generellen Rat zu einer Ballsportart problematisch erscheinen lässt. Wieder in Verbindung mit den Kernsymptomen steht ein Junge zum Beispiel sich verträumt in das Spiel nicht integrierend wie „Falschgeld“ auf dem Platz, um dann plötzlich loszurennen, um beim versuchten Ballkontakt erneut von seiner Ballungeschicklichkeit eingeholt zu werden. Diesem Beispiel entsprechend gelingt die Teilhabe an einer so wichtigen Freizeitaktivität oft nur, falls eine sowieso indizierte medikamentöse Behandlung diesen Zeitraum ebenfalls überlappt. Wenn auch die positiven Effekte intensiver Sportausübungen im Hinblick auf die Kernsymptome, insbesondere die Impulsivität, auf kognitive Fähigkeiten oder bedeutsame Begleitprobleme wie Suchtverhalten unstrittig sind, existieren keine studienmäßig abgesicherten Ratschläge zu bestimmten Sportarten, Erfahrungen sprechen für Laufen, Klettern, Parcours oder asiatische Kampfsportarten.

Ein Hauptargument für die pathogenetische Eigenständigkeit von der UEMF gegenüber AD(H)S leitet Blank aus der großangelegten australischen AD(H)S Zwillingstudie ATAP ab (Bennett et al., 2006; n = 3148) und der anschließenden Beziehungsanalyse zwischen Bewegungsauffälligkeiten und verschiedenen Komorbiditäten (Martin et al., 2009), dass im Rahmen eines moderaten AD(H)S das Ausmaß der Aufmerksamkeitsproblematik nicht mit dem der motorischen Schwierigkeiten korreliert, während bei schwerem AD(H)S mit mehreren Komorbiditäten ein weitgehender Gleichklang herrscht. Die Einstufung als eigenständiges Syndrom werde nach Martin vor allem dadurch bestätigt, dass sich unter den sieben Clustern eines (6%) mit ausschließlich motorischen Auffälligkeiten abgrenzen ließ. Dem bleibt einerseits entgegenzuhalten, dass diese Ergebnisse nur auf einem leicht abgewandelten, ansonsten standardisierten Fragebogen beruhen, der eine Reihe von diagnostisch

bedeutsamen Untersuchungsbefunden (zum Beispiel die Augenbewegungen, assoziierte Muster, Schwachformen des Zehenspitzenengangs u.s.w.) nicht aufdecken kann. Zum anderen passt diese Beurteilung nicht zu einem aktuellen Entwicklungsmodell von AD(H)S (Banaschewski et al., 2005; Hoegl et al., 2014) mit nur zum Teil vermutlich spezifischen, zum Teil mit anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen geteilten multikausalen Entwicklungsbahnen (Schizophrenie, Autismus, oppositionelle Störung des Sozialverhaltens / Conduct Disorder und Dyslexie). Die Autoren halten es für möglich, aber noch nicht für etabliert, dass AD(H)S-Symptome spezifischer mit Motivationschwierigkeiten, Motorikorganisation und Zeitwahrnehmung assoziiert sind, wobei sie außerdem darauf hinweisen, dass die Beziehung zwischen AD(H)S und defizitärer motorischer Inhibitionskontrolle einen der übereinstimmendsten Befunde darstellt, aber keinen einzigartigen, sondern nur einen bei AD(H)S besonders beherrschenden. Möglicherweise gelte dies auch für die allen mit dem Persönlichkeitsbild Vertrauten gut bekannte „delay aversion“, diese grandiose Unfähigkeit zu warten.

Vor dem Hintergrund der polygenen Vererbung mit einer Vielzahl an Kandidatengenens teils mit neurotrophischer Wirkung, teils auf den Neurotransmitterstoffwechsel schlägt sich diese Vielfalt auf der Ebene der Entwicklungsbahnen in einer ausgesprochenen Buntheit des klinischen Bildes nieder vor allem dann, wenn die Kernsymptomatik „verdünnt“ unter der diagnostischen Schwelle bleibt. So sind mir immer wieder Kinder mit einer leichten Ausprägung eines oder mehrerer Kernsymptome aufgefallen, die dies durch ihre hohen kognitiven Fähigkeiten, ihr großes Interesse an schulischen Inhalten und Erfolgen und eine gute Sozialisation bezüglich ihrer schulischen Entwicklung ausreichend kompensieren konnten, nicht aber ihre erheblichen fein- und /oder grobmotorischen Koordinationsschwierigkeiten. Diese Konstellation lässt sich teilweise auf unsere Profession übertragen: ADS-typische Persönlichkeitseigenschaften wie hohes Einfühlungsvermögen und eine große Bereitschaft, zu helfen und sich zu kümmern, lassen uns diesen Berufsweg einschlagen, der meist erfolgreich gelingt, nur die Handschrift wird vielfach nicht leserlicher, woher auch das geflügelte Wort von der „Arztschrift“ rührt.

Ein Neunjähriger wiederum mit dringendem Verdacht auf ADS weist abgesehen von einer mäßigen Augenunruhe einen fast normalen neurologischen Befund auf, so dass ich schon an der Diagnose zweifelte. Bei der anschließenden ausführlichen Anamneseerhebung mit Fragebögen, Zeugnissen und Heften zeigt sich eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung mit Medikationsindikation. Dass bei komplexeren Situationen eine ganzheitlichere Sichtweise un-

ter Miteinbeziehung von AD(H)S-Gesichtspunkten weiterhelfen kann, mag folgendes Beispiel verdeutlichen: Ohne offensichtliche Schulprobleme fällt eine Achtjährige Schultag für Schultag durch heftige nachmittägliche Impulsdurchbrüche auf, die die familiäre Situation zunehmend belasten. Erst bei genauerer Anamneseerhebung lässt sich eine erschöpfende Aufmerksamkeitsstörung abgrenzen mit dem Bild eines leeren Akkus nach der Schulzeit, was einen Verlust der Verhaltenskontrolle zur Folge hat, denn: „Zuhause brechen die Dämme“. An dieser Stelle muss ich erwähnen, dass eine erhebliche, vielschichtige Genderproblematik zu kurz kommt, geschlechterspezifische Studien wurden schon wiederholt eingefordert und auch in den hier vorgestellten findet sich ein mehr oder weniger erheblicher Jungenüberhang. Cole et al. berichten 2008 über die Untersuchungsergebnisse nach dem PANESS-System aus einer umfangreichen Studie mit Jungen und Mädchen mit und ohne AD(H)S. Dabei zeigt sich, dass sich die Jungen bezüglich der Untersuchungsbestandteile totale Dysrhythmie und totaler Overflow zwischen 6 und 14 Jahren kaum verbesserten, während die vierzehnjährigen Mädchen sich nicht mehr von den Kontrollen unterschieden!

Die Diskussion abschließend möchte ich den Blick noch zurück richten auf die 60er und 70er Jahre, in denen Kinder mit motorischen Schwächen und Ungeschicklichkeit mit vielfältigen Begleitsymptomen mehr Beachtung fanden (u.a. Groß-Selbeck, 1976). Dabei zeigt das dort ausführlich charakterisierte Bewegungsbild ein hohes Maß an Übereinstimmung zum oben geschilderten Muster. Eine einheitliche Begrifflichkeit existierte auch damals nicht, hierzulande wurde häufig von leichten frühkindlichen Hirnschäden gesprochen. Da sich mit weiterer Verbesserung der medizinischen Möglichkeiten bald herausstellte, dass sich das in letzterer Diagnose enthaltene Postulat einer zugrundeliegenden organischen Hirnschädigung nicht halten ließ, wurde die bis heute verwendete, rein deskriptive Diagnose einer Minimalen Cerebralen Dysfunktion (MCD) eingeführt, die auch immer wieder kritisch diskutiert wird (ausführlich bei Neuhäuser, 2002).

Am Ende seiner ausführlichen Arbeit führt Gross-Selbeck eine Tabelle mit klinischen Symptomen bei Kindern mit leichter frühkindlicher Hirnschädigung an, die als Kurzcharakterisierung eines AD(H)S aufgefasst werden könnte und die ich daher hier wörtlich zitiere, wobei man nicht außer Acht lassen darf, dass es damals in der BRD kaum üblich war, diese Diagnose zu stellen:

- Störung der motorischen Koordination
- gestörte Feinmotorik

- motorische Unruhe
- affektive Instabilität
- leichte Ablenkbarkeit
- kurze Konzentrationsspanne
- Auffassungs- und Merkstörungen
- schlechtes Schriftbild
- eventuell Sprach- und Sprechstörungen
- eventuell Perzeptionsstörungen
- Lernstörungen
- eventuell Verhaltensstörungen (reaktiv)

## Literatur

- ADHS Kompact e.V.* (2022) Kind läuft mit Zehenspitzen: ADHS? <https://adhs-kompakt.de/zehenspitzen-adhs/#respond>
- Aust-Claus, E., Hammer, P.M.* (2000) Das ADS-Buch. 4. Aufl.; Ratingen, Oberstebrink, S. 127-29, 135, 144, 288-90
- Bachmann, Chr., Gerste, B., Hoffmann, F.* (2018) Diagnosis of autism spectrum disorders in Germany: time trends in administrative prevalence and diagnostic stability. *Autism* 22 (3), S. 283-90
- Banaschewski, T., Hollis, Chr., Oosterlaan, J., Roeyers H., Rubia, K., Willcutt, E., Taylor, E.,* (2005) Towards an understanding of unique and shared pathways in the psychopathophysiology of ADHD. *Developmental Science* 8 (2), S. 132-140
- Banaschewski, T. (Leitlinien-Koordinator)* (2017) Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ AWMF online 2012. Registernummer 028-045, S. 39
- Bennet, K.S., Hag, D.A., Piek, J., Pearsall-Jones, J., Levy, F., Martin, N.* (2006) The Australian Twin ADHD Project: Current Status and Future Directions. *Twin Research and Human Genetics* 9 (6), S. 718-726
- Blank, R. (Gesamtkoordination)* (2011) Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie (S3) bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). AWMF online-Registernummer 022/017, S. 19-33
- Blank, R.* (2012) Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen – Definition, Diagnose, Ätiologie Verlauf. *Kinderärztl. Praxis* 83 (1), S. 14-18
- Braus, D. F.,* (2013) ADHS-Fortbildungsveranstaltung in Düsseldorf. Persönliche Mitteilung
- Cole, W. R., Mostofsky, S. H., Gidley Larson, J. C., Denckla, M. B., Mahone, E. M.* (2008) Age-related changes in motor subtle signs among girls and boys with ADHD. *Neurology* 71, S. 1514-20

- Denckla, M. B., (1985) Revised Neurological Examination for Subtle Signs. *Psychopharmacology Bulletin* 21 (4) S. 773-800
- Engström, P., Van't Hoff, J., Tedroff, K. (2012) Neuropsychiatric symptoms and problems among children with idiopathic toe-walking. *Journal Pediatr. Orthop.* 32 (8), S. 848-52
- Engström, P., Tedroff, K. (2018) Idiopathic Toe-Walking: Prevalence and Natural History from Birth to Ten Years of Age. *Journal Bone Joint Surg. Am.* 100 (8), S. 640-47
- Folta, K., Mähler, C. (2011) Schnelle Augenbewegungen und visuelle Fixation bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung* 20 (1), S. 21-30
- Gilbert, D., Huddleston, D.A., Wu, S. W., Pedapati, E. V., Horn, P.S., Hirabayashi, K., Crocetti, D., Wassermann, E. M., Mostofsky, S. H. (2019) Motor cortex inhibition and modulation in children with ADHD. *Neurology* 93 (6), S. 599-610
- Gross-Selbeck, G. (1976) Das Bild der leichten frühkindlichen Hirnschäden in der täglichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 1, S. 15-20; 2, S. 57-61
- Hoegl, T., Bender, S., Buchmann, J., Kratz, O., Moll, G., Heinrich, H. (2014) Transcranielle Magnetstimulation (TMS), Inhibitionsprozesse und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (6), S. 415-29
- Kohls, U. (2006) Schriftliche Dokumentation erleichtert die Verlaufskontrolle – Hilfreiche Praxismaterialien zur Betreuung von Patienten mit ADHS/ADS. *Quids aktuell* 1, S. 5-6
- Korinthenberg, R. C. (2011) Differenzialdiagnose des Zehengangs. *Neuropädiatrie*, 4. Aufl., Hg. Aksu, F.; Bremen, Uni-Med Science, S. 379-84
- Largo, R. H., Fischer, J. E., Caflisch, J. A., Jenni, O. G. (2007) *Züricher Neuromotorik*. Zürich, AWE-Verlag, 2. erg. Auflage
- Lietz, R. (1993) *Klinisch-neurologische Untersuchung im Kindesalter*. Köln, Deutscher Ärzteverlag, S. 117-18
- Moll, G. H., Heinrich, H., Trott, G. E. Werth, S., Rothenberger, A. (2000). Deficient intracortical inhibition in drug-naive children with attention-deficit disorder is enhanced by methylphenidate. *Neuroscience Letters* 284, S. 121-25
- Mostofsky, S., Rimrod, S. L., Schafer, J. G. B., Denckla, M. B. (2006) Atypical Motor and Sensory Cortex Activation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Simple Sequentiae Finger Tapping. *Biol. Psychiatry* 59, S. 48-56
- Martin, N. C., Piek, J., Baynan, G., Levy, F., Hay, D. (2010) An examination of the relationships between movement problems and four common developmental disorders. *Human Movement Science* 29, S. 799-808
- Netter, H. (1995) *Atlas der Anatomie des Menschen*. Stuttgart, New York, Georg Thieme, S. 475, 491
- Neuhäuser, G. (2002) ADHD, MCD, Teilleistungsstörungen. *Sozialpädiatrie aktuell*, Band 2, Hg. H. v. Voss. Mainz, Verlag Kirchheim, S. 20-29
- Neuhaus, C. (2002) Das sprachauffällige ADHS-Kind. *Forum Logopädie* 16 (3), S. 22-27

- Neuhaus, (2016)* ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart, Kohlhammer, 4. Aufl., S. 52-87
- Pomarino, D., Zämig, L., Stoch, S., Klawonn, M., Dietz, B., Walther, C. (2011)* Fehldiagnose habitueller Zehenspitzengang. *Kinder- und Jugendmedizin* 2, S. 96-99
- Radtko, K., Karch, N., Goede, F., Vaske, B., v. Lewinski, G., Noll, Y., Thren, A. (2018)* Outcomes of Noninvasively Treated Idiopathic Toe Walkers. *Foot @ Ankle Specialist* 12 (1) S. 54-61
- Rubia, K. (2007)* Neuroanatomic evidence for maturational delay hypothesis of ADHD. *PNAS* 104/50, S. 19663-64
- Sala, D. A., Schulman, L. H., Kennedy, R. F., Grant, A. G., Chu, M. L. Y. (1999)* Idiopathic to-walking: a review. *Developmental Medicine @ child Neurology* 41 846-48
- Shaw, P., Eckstrand, W., Sharp, W., Blumenthal, S., Lerch, J. P., Grunstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., Rapoport, J. L. (2007)* Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *PNAS* 104 (49) S. 19649-54
- Stollhoff, K., Ancker, U., Commentz, 9. (2004)* Koinzidenz von Epilepsie und ADHS. *Kinder- und Jugendarzt* 35 (3), S. 197-201
- Vaidya, C. J. (2012)* Neurodevelopmental Abnormalities in ADHD. *Curr. Top Behavior Neuroscience* 9, S. 49-66
- Veiser, N. (2021/22)* Motorische Auffälligkeiten bei AD(H)S. *Pädiatrie* 33 (6) S. 46-49 (Teil 1), 34 (1) S. 44-47 (Teil 2)

## **Autor**

Dr. med. Norbert Veiser

Kinder und Jugendarzt mit Schwerpunkt Kinderneurologie (im Ruhestand)

Ehemaliger Moderator des fachübergreifenden Qualitätszirkels AD(H)S

Rhein-Kreis Neuss, Kastanienweg 3, 41469 Neuss

E-Mail: veiser-wiemuth@gmx.de

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

# Prä- und perinatal-psychologische Aspekte in der Katathym Imaginativen Psychotherapie

*Monika Wimmer und Franz Wienand*

## Kurzfassung

Nach einer Einführung in die bisherige Geschichte der pränatalen Psychologie, die Entwicklung des Ungeborenen und einem Überblick über die Lebenswelt des vorgeburtlichen Kindes wird anhand von Beispielen aus Psychotherapien mit der KIP versucht zu zeigen, wie die Einbeziehung der prä- und perinatalen Erfahrungsfelder in die Psychotherapie und insbesondere in die Katathym Imaginative Psychotherapie den therapeutischen Spielraum erheblich erweitern kann. Es geht darum, eine Vielzahl von neuen Möglichkeiten des psychodynamischen Verständnisses zum bisherigen hinzu zu gewinnen.

## Schlüsselwörter

Pränatal - Katathym Imaginative Psychotherapie - Körpergedächtnis - Epigenetik

## Abstract

After an introduction to the history of prenatal psychology, the development of the unborn child and an overview of the life of the prenatal child, examples from psychotherapies with Katathym Imaginative Psychotherapy are used to try to show how the inclusion of the pre- and perinatal fields of experience in psychotherapy and in particular in Katathym Imaginative Psychotherapy can significantly expand the therapeutic scope. The aim is to gain a multitude of new possibilities for the psychodynamic understanding of our patients in addition to the previous ones.

## Keywords

Prenatal - Katathym Imaginative Psychotherapy - Body memory - Epigenetics

## Einleitung

Neugeborene Kinder sind kein unbeschriebenes Blatt, wenn sie auf die Welt kommen. Sie tragen die Geschichte der Beziehungen zu ihren Eltern und zu intrauterinen Geschwistern mit sich. Ihre Seele ist geprägt von den Erwartungen und Einstellungen ihrer Eltern in der Schwangerschaft, von den elterlichen unbewussten Konflikten und Traumata, vom imaginierten Kind, das die Eltern sich wünschen. Schon pränatal werden Grundthemen des impliziten, unbewussten Beziehungswissens ausgeprägt (Staats 2021).

Die Bedeutung der prä- und perinatalen Aspekte für die Genese psychischer Erkrankungen wurde in der psychodynamischen Psychotherapie lange Zeit kaum erkannt. Auch heute wird das vorgeburtliche Kind oft noch als ein zwar körperlich existierendes, jedoch unbewusstes, unvollständiges Lebewesen eingeschätzt, das nicht in Beziehung steht. Die Geburt wird als ein Schalter angesehen, der plötzlich die Seele des Kindes zur Existenz bringt. Eine Kontinuität zwischen vorgeburtlicher und nachgeburtlicher Zeit wird kaum in Betracht gezogen.

## Geschichte der pränatalen Psychologie

Die Beschäftigung mit der pränatalen (antenatalen) Zeit und der Geburt geht in der psychodynamischen Psychotherapie auf die Anfänge der Psychoanalyse zurück. Sigmund Freud und sein Kreis befassten sich mit dem Thema schon um das Jahr 1900 sehr intensiv. Beispielsweise wurde die Geburt als ein Ereignis von traumatischer Qualität diskutiert. Freud schreibt in der „Traumdeutung“: „Der Geburtsakt ist übrigens das erste Angsterlebnis und somit die Quelle und das Vorbild des Angstaffektes“ (Freud 1900, S. 401). Später formuliert er: „...dass der Angstaffekt die Gestaltung der Geburtsangst so treulich widerspiegeln, wie die Kopfform die Ausformung des Geburtskanals“ (Freud 1910, S. 71). Zudem schreibt Freud: „Einer großen Anzahl von Träumen, die häufig angsterfüllt sind, oft das Passieren von engen Räumen oder den Aufenthalt im Wasser zum Inhalt haben, liegen Phantasien über das Intrauterinleben, das Verweilen im Mutterleibe und den Geburtsakt zugrunde“ (Freud 1900, S. 400). Freud gibt Beispiele von entsprechenden Träumen. Viele andere Psychoanalytiker beschäftigten sich damals mit geburtlichen und vorgeburtlichen Themen, darunter beispielsweise Rank, Jung, Adler, Ferenczi, Stekel, Alexander. Diese Forscher gingen meist von Träumen aus, in denen Mutterleibs- oder Geburtserfahrungen erkennbar wurden (Janus 2000).

Als Otto Rank, ermuntert von Freud, sein Buch „Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse“ (Rank 1923) vorlegte, kam es jedoch zu einem erbitterten Streit in der psychoanalytischen Bewegung um die wahre Lehre. Diejenigen, die die Bedeutung des Kastrationskomplexes als einzig wahres Konzept vertraten, standen denjenigen gegenüber, die die pränatalen und geburtlichen Aspekte mit einbezogen und damit eher die Mutterseite der Beziehungen betonten. Man kann dies als eine Auseinandersetzung um die Vorherrschaft der Bedeutung der Vaterbeziehung versus der Bedeutung der Mutterbeziehung verstehen (Janus 2000, S. 40). Die Lehre vom Kastrationskomplex stand der Lehre der Mutterbeziehungsstörung gegenüber. Freud unterstützte zunächst Rank. Der Streit endete schließlich mit dem Ausschluss Otto Ranks und der Erkenntnisse der pränatalen Psychologie aus der Psychoanalyse. Die pränatale Psychologie führt die seitdem ein randständiges Dasein in der psychodynamischen Psychotherapie, hat sich aber im Feld der humanistischen Psychologie stärker weiterentwickelt.

### **Die körperliche Entwicklung und die Entwicklung der Sinneswahrnehmung des Ungeborenen**

Der befruchtete Keim bewegt sich nach der Konzeption durch den Eileiter in die Gebärmutter, wo er sich einnistet. Damit die Einnistung gelingt, muss es zu einer Synchronisation zwischen der Entwicklung des Embryos und der Differenzierung der Gebärmutterschleimhaut kommen. Dies ist ein sehr komplizierter biologischer Abstimmungsprozess, den man als eine Kommunikation auf zellulärer Ebene beschreiben kann. Dabei gehen viele Embryonen verloren. Innerhalb der ersten acht Wochen - der Embryonalzeit - entstehen fast alle Organe, so dass das Ungeborene am Ende der ersten acht Wochen weitgehend angelegt ist. Die folgende Fetalzeit dient der Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung des Angelegten (Hüther & Krens 2011).

Spontane fetale Motorik, die unabhängig von äußeren Reizen ist, setzt ab der achten Woche ein (de Vries et al. 1982 und Prechtl 1989 zit. n. Piontelli 1996, S. 51). Das Repertoire der Bewegungen ist nach 15 Wochen praktisch vollständig. Dazu gehören nicht nur Bewegungen der Beine, Arme und des Rumpfes, sondern z.B. auch Hand-Mund-Kontakt, Saugen und Schlucken, zarte Bewegungen der Finger. Der Fetus verfügt ab der 15. Woche über das gesamte Bewegungsspektrum des Neugeborenen. (Prechtl 1984 zit. n. Piontelli 1996, S. 52)

Das erste Sinnesorgan, das seine Funktion aufnimmt, ist die Haut. Schon im Alter von acht Wochen reagiert der Fötus, wenn er an den Lippen berührt wird. Zum selben Zeitpunkt scheint sich auch das Schmerzempfinden zu entwickeln. Föten im Alter von 19 Wochen, die einer schmerzhaften Prozedur (Einführung der Nadel bei intrauteriner Bluttransfusion) ausgesetzt sind, geben als Antwort darauf Stresshormone ab (Hüther & Krens, 2011, S. 83). Schmecken und Riechen sind nicht getrennt. Geschmacksknospen sind bereits in der zwölften Schwangerschaftswoche gut entwickelt. Experimente mit wohlschmeckenden Zusätzen zum Fruchtwasser brachten Feten dazu, mehr zu trinken, während bittere Stoffe die Trinkaktivität verminderten (Liley 1972, zit. n. Piontelli).

Das Kind erkennt seine Mutter später nach der Geburt am Duft der Muttermilch wieder. Milch und Brustwarzen duften nach Aromen, die auch im Fruchtwasser enthalten sind. Das Hören beginnt ab der 20. Woche. Ein auditiver Reiz löst zwischen der 20. und 24. Schwangerschaftswoche eine motorische Reaktion beim Fötus aus (Hüther & Krens, 2011, S. 80). Dass Neugeborene die mütterliche Stimme, ihren Herzschlag oder Musikstücke, die ihnen in der Schwangerschaft vorgespielt wurden, wiedererkennen, konnte z.B. von DeCasper und Mitarbeitern nachgewiesen werden (DeCasper & Fifer 1980, Panneton & DeCasper 1984, zit. n. Piontelli 1996, S. 58). Ab der 24. Woche kann sich das Kind an Sprachmelodien der Mutter erinnern, zieht ab der 32. Woche bestimmte Wortfolgen der Mutter vor und lässt sich damit beruhigen oder erregen (Foster 2007, zit. n. Linderkamp 2014, S. 28). Reaktionen auf Licht sind im letzten Schwangerschaftsdrittel zu beobachten (Birnholtz 1989, zit. n. Piontelli 1996, S. 59). So wie man vom kompetenten Säugling spricht (Dornes 1993, Stern 1996), können wir auch vom kompetenten Fötus sprechen.

## **Verhalten und Kontinuität**

Die italienische Psychoanalytikerin Alessandra Piontelli führte in den späten 1980er Jahren eine Beobachtungsstudie mit Ultraschalluntersuchungen durch, die sie 1992 veröffentlichte. Sie beobachtete ungeborene Kinder zu mehreren Zeitpunkten in der Schwangerschaft und dokumentierte mit Hilfe von Geburtshelfern ihr Verhalten. Diese Kinder beobachtete sie nach der Geburt bis in die ersten Lebensjahre. Ihre Befunde zeigen, dass das Verhalten der Kinder im Mutterleib sich kontinuierlich im weiteren Leben fortsetzte. Der Charakter der Kinder war bereits vorgeburtlich zu erkennen und selbst

sehr spezifische Verhaltensweisen blieben erhalten. Beispielsweise war Giulia intrauterin ein sehr ruhiges Mädchen, das jedoch viel Aktivität mit seiner Zunge zeigte und sehr häufig an der Plazenta und der Nabelschnur lutschte und leckte. Auch im Alter von zwei Jahren verhielt sie sich eher passiv und musste ständig etwas im Mund haben und lutschte an allem herum (Piontelli 1996, S.65).

Piontelli beobachtete auch Zwillinge im Mutterleib und stellte fest, dass sie miteinander in Kontakt traten, miteinander spielten oder sich auch gegenseitig belästigten. Auch die Art ihrer Spiele, der Umgang miteinander, setzte sich nach der Geburt fort (Piontelli 1996, S. 152).

### **Hirnentwicklung und Gedächtnis**

Da das Gehirn des ungeborenen Kindes noch in der Entwicklung begriffen und nicht ausgereift ist, wurde lange Zeit angenommen, dass vorgeburtliche Erinnerungen nicht möglich seien und früheste Erlebnisse keine Spuren hinterlassen. Die Frage, ob Menschen sich an vorgeburtliche Ereignisse erinnern können, ist entscheidend dafür, ob es sinnvoll ist, sich mit vorgeburtlichen Themen zu befassen. Schon lange sprechen Pränatalpsychologen davon, dass dies möglich sei, weil sie entsprechende Erfahrungen mit ihren Patienten so interpretieren. Aber sind diese Erinnerungen an vorgeburtliche Zeiten nicht nur Fantasien? Wie soll eine Erinnerung möglich sein ohne ausgereifte Hirnstrukturen? Ist das, was Sigmund Freud und Otto Rank in den Träumen ihrer Patienten beschrieben haben, auf eine Realität zurückzuführen oder sind das eher symbolische Phänomene, die auf die besondere Art von Hirnaktivität und psychische Bewältigungsmuster hindeuten? Die Frage, ob wir uns an so frühe Zeiten erinnern können, wird von der Wissenschaft heute eindeutig beantwortet: Die Erinnerung der Menschen geht bis zur Zeugung zurück und sogar darüber hinaus bis in die vorhergehenden Generationen. Auf die Frage, wie das möglich ist, gibt die *Epigenetik* eine Antwort. Über epigenetische Mechanismen, die Gene aktiv oder inaktiv schalten, werden auf zellulärer Ebene Ereignisse dokumentiert und sind später unter spezifischen Gegebenheiten abrufbar. Das gilt auch für die vorgeburtliche Zeit, sogar darüber hinaus für transgenerationale Zeiten. (Bauer 2002, Lipton 2014, Walter & Hümpel 2017). Man kann daher von *Körpergedächtnis* sprechen. Diese Gedächtnisinhalte liegen im "primären Unbewussten", im impliziten Gedächtnis, und sind daher nicht leicht zugänglich.

## Die intrauterine Umwelt

„Die herkömmliche und weit verbreitete Vorstellung, dass die intrauterine Umwelt einen dunklen, warmen und stillen Raum darstellt, in dem der Fetus abgeschirmt von der Außenwelt und gegen nahezu jede Stimulation geschützt heranwache, einen Hort der Konstanz, Homogenität, der Behaglichkeit und Sicherheit, wurde mittlerweile durch unzählige verschiedenartige empirische Untersuchungen radikal revidiert. Heute wissen wir, dass die intrauterine Welt alles andere als ein statisches, gleichförmiges Universum bildet“ (Piontelli 1996, S. 61). Sie ist in ständiger Veränderung begriffen. Die Gebärmutter dehnt sich aus, das Fruchtwasser nimmt zunächst zu, die Nabelschnur verlängert sich, um nur einige Beispiele zu nennen. Zudem ist das Kind von allem möglichen Geräuschen, Gerüchen und sich ständig ändernden Geschmacksrichtungen umgeben. Das Kind hört die Körpergeräusche der mütterlichen Organe und ihre Stimme, aber auch vieles von außen, wie Musik oder die Stimmen vom Vater und von Geschwistern.

## Das vorgeburtliche Kind in Beziehung

Freud formulierte unter dem Titel „primärer Narzissmus“ eine Vorstellung vom vorgeburtlichen Kind, in der das Ungeborene völlig bedürfnislos, auf sich selbst bezogen im Fruchtwasser schwimmt. Es wird ein Seinszustand ohne Verbindung zur Außenwelt und ohne Kommunikation mit der Mutter oder der Umgebung postuliert. Freud schreibt: „So haben wir mit dem Geborenwerden den Schritt vom absolut selbstgenügsamen Narzissmus zur Wahrnehmung einer veränderten Außenwelt und zum Beginn der Objektfindung gemacht“ (Freud 1921, S. 136). Häufig wird mit der Zeit in der Gebärmutter eine paradiesisch anmutende, ozeanische Erlebensqualität in Verbindung gebracht.

Beide Annahmen, sowohl der paradiesische Zustand als auch das Abgeschnittensein von einer Bindung, sind mittlerweile durch eine Vielzahl von Untersuchungen widerlegt, wie im Folgenden gezeigt wird.

## Pränataler Stress

Unter dem Stichwort „prenatal stress“ finden sich in der Pubmed-Library einige Tausend weltweite Veröffentlichungen über negative Einflüsse auf das Ungeborene und deren Auswirkungen. Untersucht wurden die Folgen von mütterlichen Belastungen in der Schwangerschaft auf die kindliche Entwick-

lung. Zudem standen beispielsweise die hormonellen Wege der Übertragung auf den Fötus im Interesse der Forscher. Die international vernetzte Forschergruppe um Prof. Claudia Buß, Berlin, beschäftigt sich mit der Weitergabe von Kindheitstraumata von Müttern an ihre Kinder und gewann die Erkenntnis, dass „die intergenerationale Transmission der mütterlichen Kindheitstrauma-Effekte bereits während der intrauterinen Entwicklungsphase des Kindes beginnt. Hohe pränatale Cortisolkonzentrationen führen zu einer Größenveränderung der Amygdala und affektiven Symptomen beim Kind“ (Buß et al. 2012).

Wie Scheinost (2017) zeigte, sind Stressbelastungen in der Schwangerschaft Risikofaktoren für Störungen wie Autismus, ADHS, Abhängigkeit, Major Depression und Schizophrenie (Scheinost 2017). In der Studie von Mareckova et al. (2018) konnte pränataler Stress höhere Probleme der Affektregulation bei den Nachkommen voraussagen (Mareckova et al. 2018).

Das sind nur einige Beispiele für die Effekte von pränatalem Stress auf das Kind. Das ungeborene Kind ist eingebunden in die mütterlichen Konflikte und Traumata, wie die Untersuchungen zeigen (Buß 2016, Glover 2013, 2015, Van den Bergh et al. 2017). Das Kind nimmt Stimmungen und Emotionen der Mutter über die über die Nabelschnur transportieren Hormone und die eigenen Sinne wahr (Verny 2014, S. 55). Hinzu kommen Einflüsse aus dem Raum außerhalb und innerhalb der Gebärmutter, die das gesamte Spektrum von liebevoll bis traumatisierend umfassen. Zu den schädlichen Einwirkungen gehören z.B. Nabelschnurkomplikationen wie Quetschungen, medizinische Eingriffe wie Fruchtwasserpunktionen, Operationen in der Gebärmutter oder Komplikationen bei der Geburt.

### **Psychotherapeutische Implikationen**

Die „Erinnerungen“ an die pränatale Zeit, die ganz eindeutig die Sprache des Erlebens sprechen, sind in die menschlichen Zellen eingeschrieben und im Zellgedächtnis gespeichert, wie die Befunde der Epigenetik zeigen. Sie verweilen im nicht bewussten Zustand. Der Zugang zu den Inhalten des Zellgedächtnisses, das auch Körpergedächtnis genannt wird und zum impliziten prozeduralen Gedächtnis gehört, ist auf verbalem Weg schwer möglich. Notwendig ist eine „prozessuale Aktivierung“ (Grawe 2000, S. 93). Das bedeutet, es ist eine analoge emotionale Erfahrung, ein Erleben in der Gegenwart in einem ähnlichen Kontext notwendig, um alte Erfahrungen anzurühren und abzurufen. Daher sind andere Formen der therapeutischen Interventionen als

die Sprache erforderlich, um die präverbalen, unbewussten „Erinnerungen“ an Konflikte und Traumata aus dieser frühen Zeit zugänglich zu machen, damit sie bearbeitet werden können. Diesen Zugang eröffnen erlebnisorientierte, affektgetragene Psychotherapiemethoden wie die Katathym Imaginative Psychotherapie.

### **Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)**

Mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie, insbesondere ihrer Sprache der Bilder und ihrer Anreicherung mit allen Sinnesqualitäten, entsteht die Möglichkeit, den pränatalen Raum zu erreichen, da in der Imagination eine prozessuale Aktivierung erfolgt (Salvisberg 2005, S. 27), so dass die im impliziten Gedächtnis gespeicherten Inhalte zugänglich werden. „Im Medium des Tagtraums drücken sich prozedurale Schemata und ihre emotionalen Komponenten in den Formen, Farben und Stimmungen der Landschaft aus, inszenieren sich in Interaktionen, Haltungen und Bewegungen der Lebewesen in dieser Landschaft, im detaillierten zeitlichen Verlauf und der Intensität von Handlungen und begleitenden Gefühlen“ (Stigler 2000, S. 75).

Auch in der KIP wird bisher wenig Bezug auf die vorgeburtlichen Aspekte genommen, obwohl Leuner mit dem Motiv der Höhle bereits einen Weg zum Pränatalen eröffnete (Leuner 1994, S. 175). Rosenberg beschreibt die pränatalen Erlebnisweisen lediglich im Sinne der Regression in konfliktfreie Räume (Rosenberg 2014, S. 461), bleibt somit in der Tradition des primären Narzissmus und integriert den Aspekt vorgeburtlicher psychischer Belastung nicht.

Mit der Imagination selbst wie auch durch das Malen eines Bildes dazu wird die Dimension antenataler Erlebnisweisen angesprochen. Vertieft werden kann der emotionale Prozess durch die Fokussierung auf Körperwahrnehmungen. Sowohl beim Patienten als auch in der therapeutischen Gegenübertragung ist es sinnvoll, Körpersymptome auszuwerten und diese als Zugang zu sehr frühen Erlebnissen zu nutzen (Volz-Boers 2012, S. 201 und 2011, S.156).

In imaginativen Bildern stellen sich früheste Traumata und Konflikte dar und unterliegen wie die Nachträume der Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung (Stigler 2000, S.78). Der Symbolisierungsgrad variiert stark. Manche Bilder wirken fast unverarbeitet wie Abbilder vorgeburtlicher Erlebnisse, andere erscheinen dagegen hoch komplex verschlüsselt.

Wir möchten nun einen Einblick geben, wie es mit der KIP möglich ist, die Einflüsse und Folgen prä- und perinataler Erlebnisweisen zu erkennen, einzuordnen und für die Psychotherapie zu nutzen. Die Vorgehensweise möchten wir an Fallbeispielen verdeutlichen, in denen sich vorgeburtliche Themen zeigen. Die bisher bekannten psychodynamischen Einordnungen, die sich auf spätere Inhalte und Verarbeitungsmodi beziehen, werden hier nicht betrachtet, verlieren damit aber keinesfalls ihre Bedeutung. Wir fokussieren hier ausschnittsweise auf die Imaginationen, in denen sich die Hinweise auf eine bedeutsame pränatale Situation verdichten.

Fallbeispiel Nr. 1:

### **Behandlung eines Mädchens mit blockierter Trauerreaktion nach Zwillingungsverlust mit KIP (Franz Wienand)**

Es geht um den entscheidenden Abschnitt einer bindungsbezogenen KIP bei einem 9-jährigen Mädchen, das wie seine Mutter an einer blockierten Trauerreaktion um die im Mutterleib verstorbene Zwillingsschwester litt. „Wir trauern immer noch“, sagt die Mutter.

Reina wurde wegen mangelnden Selbstvertrauens, Störungen des Essverhaltens, Lernunlust, Trennungsängsten, emotionaler Labilität und depressiver Tendenzen vorgestellt. Immer wieder fragte sie nach der toten Schwester.

**Anamnese:** Die 33-jährige Mutter war nach kurzer Bekanntschaft unerwünscht mit einer eineiigen Zwillingsschwangerschaft schwanger geworden. Sie konnte die Schwangerschaft akzeptieren, der Verlauf war zunächst problemlos, bis in der 30. Woche eines der Mädchen verstarb. Die Patientin wurde eine Woche später mit 1770 g und 43 cm durch Kaiserschnitt entbunden. Das tote Kind wurde auf den Namen Sarah getauft und beerdigt.

Die Mutter blieb über 2 Jahre zu Hause, in dieser Zeit in Trauer und Depression versunken, ihr einziger Trost war die überlebende Tochter. Danach war sie voll berufstätig, Reina besuchte einen Ganztagskindergarten und jetzt in der Schule den Hort. Reina entwickelte sich gut, aß jedoch schlecht und nässte noch lange nachts ein. Die Eltern heirateten 4 Jahre nach Reinas Geburt, eine Woche nach dem Tod des Vaters der Mutter. Ein Jahr später kam die Schwester zur Welt. Reina wurde mit genau sechs Jahren eingeschult, in der 2. und 3. Klasse gemobbt, sei jetzt beliebt, wolle unbedingt aufs Gymnasium, aber nicht lernen und sei zu Hause sehr oppositionell.

Die **Diagnostik** ergab das Bild eines klugen, emotional bedürftigen, aber unterversorgten Kindes.

Als **Therapieziel** benannte Reina die Überwindung ihrer Trauer um den Verlust der Zwillingsschwester: „Ich hätte mir so gewünscht, dass sie lebt“ – außerdem möchte sie sich mehr trauen, sich besser behaupten können und sich weniger Sorgen machen.

Die **Therapie** umfasste 45 Sitzungen mit Katathym Imaginativen Psychotherapie KIP in Kombination mit Sandspieltherapie. Vorgestellt wird die Phase der Bearbeitung der Trauerreaktion mit KIP (der einzelne Tagtraum wird nach der ursprünglichen Bezeichnung der Methode „Katathymes Bilderleben“ im Fachjargon „KB“ genannt).

**Zum Verlauf:** Nach den ersten Imaginationen (zu den Motiven Baum, Wiese, Bach, Quelle und Berg) fliegt sie mit dem **fliegenden Teppich im 6. KB** und der Hilfe eines Flaschengeistes sowie begleitet von zwei Jeenys in ein arabisches Land und sie nehmen einer alten Hexe den Kristall wieder ab, den diese gestohlen hatte. *Symbolisiert der Edelstein die Schwester, die von einer bösen Macht/der Mutter-Hexe geraubt wurde und die sich die Patientin jetzt wieder aneignet?*

Im **7. KB zum Motiv Reise in ein unbekanntes Land** öffnet sie vor ihren Freundinnen eine verbotene Tür in der Schule und wird allein als Elfe ins Elfenland versetzt, wo sie freundlich aufgenommen wird und mit den Einheiten und Elfen spielt, die er zum Abschied eine Dose schenken, mit deren Hilfe sie jederzeit wiederkommen kann. *Die Verbindung zur anderen Welt, dem Jenseits, ist aufgenommen. Deren freundlicher Charakter verweist auf eine gute innere Bindung an die tote Schwester.*

Diese spontanen Exkursionen in andere Welten veranlassten mich, die imaginative Begegnung mit der toten Schwester anzuregen.

In der **21. Stunde** beklagt sie sich, dass sie „immer so tollpatschig“ war und ist, im Gegensatz zu ihren Freundinnen. Ich schlage ihr die **Begegnung mit ihrem Schutzengel (8. KB)** vor: Sie schaut mit dem Teleskop in den Himmel und entdeckt Feen, von denen ihr eine zuwinkt. (Ob sie ihn bitten will zu kommen?) Sie liegt im Bett, hört ein Flüstern im Regal, mehrere Engel begleiten ihren Schutzengel, der ein schönes Kleid anhat, lange blonde Locken, barfuß und freundlich ist.



Abb.1: Begegnung mit dem Schutzengel

(Ob sie ihm eine Frage stellen will?) Warum bin ich immer so tollpatschig? Damit Du mich finden kannst, antwortet er. Im Nachgespräch meint sie, dass ihr Schutzengel auch so tollpatschig gewesen sei wie sie, die Schutzengel ähneln ihren Schütz-

lingen und passen zu ihnen. *Hier zeigt sich eine Identifikation mit Sarah, die ja so tollpatschig war, dass sie es nicht ins Leben geschafft hat. Vielleicht bestätigt sich in Verbindung mit der depressiven Verstimmung meiner Patientin auch, dass sich bei überlebenden Zwillingen regelhaft eine latente Suizidalität beobachten lässt (Austermann & Austermann 2009).*

In der **24.** Stunde Ende November beschäftigt sie die Frage, was sie ihren Eltern zu Nikolaus schenkt. Sie hat keine Idee und auch keine Zeit. Ich schlage ihr vor, in der Stunde für die Eltern ein **Bild der toten Schwester als Engel** (9. „KB“) oder Schutzengel zu malen:



Abb.2: Bild der Schwester als Engel

In den Gesprächen geht es auch darum, Rituale des Gedenkens und der Trauer zu finden. In der 32. Stunde erzählt sie, dass sie ein Bild von Sarahs Grab ausgesucht hat, das sie rahmen und aufhängen will. Ich schlage ihr im **11. KB** eine **Begegnung mit Sarah** vor: Bei einem Spaziergang erscheint in einem Lichtstrahl ein Mädchen in ihrem Alter mit blonden Locken: Erkennst du mich denn nicht? Glücklicherweise umarmen sich die beiden. Auf Reinas Fragen erzählt Sarah, dass sie im Himmel glücklich sei, dass sie Freunde habe und dass sie in der Schule lernen, zu schweben und auf Wolken zu laufen. Sarah ruft ein Wolkentaxi, mit dem sie durch den Himmel düsen:



Abb.3: Im Wolkentaxi durch den Himmel

Als es dämmt, verabschieden sie sich, nicht ohne das Versprechen, sich wieder zu sehen.

*Die Vergewisserung, dass es Sarah im Himmel gut geht, wirkt beruhigend und hilft, den Verlust zu verarbeiten.*

Das **12. KB** (34. St.) setzt die **Begegnung mit Sarah** fort: Sie treffen sich mittags im leeren Haus, niemand soll von der Begegnung etwas erfahren. Sie wollen segeln gehen, Sarah setzt die Segel und lenkt das Boot, aber sie kentern und Sarah kann nicht schwimmen. Reina rettet die Schwester und das Boot an Land, sie machen ein Lagerfeuer, bauen ein Tipi und übernachten:



Abb.4: Nach dem Schiffbruch

Am nächsten Morgen bauen sie ein Floß und segeln nach Hause. *Die Symbolik steigert die Tollpatschigkeit zu einem Untergang, was dem Erleben der Patientin mehr entsprechen dürfte – und das tröstliche Ende im Zelt erinnert an die gemeinsame Situation der Zwillinge im Mutterleib vor dem Verlust. Und spiegelt vielleicht auch den Wunsch der Patientin, dass beide überlebt hätten.*



Abb.5: Ballonfahrt

In der nächsten (35.) Sitzung entscheidet sich Reina, mit ihrer Schwester eine **Bal-lonfahrt (13. KB)** zu unternehmen. Sie leihen sich von Reinas Onkel, der den Engel nicht sehen kann, einen Heißluftballon und überreden ihn, sie damit fahren zu lassen.

Nach einer Reise über Wälder landen sie an einem Picknickplatz, vergessen aber den Ballon festzumachen. Der wird vom Wind zurückgetrieben. Da sie es nicht schaffen, ihn aufzuhalten, machen sie ein Lagerfeuer. Der Onkel sieht den herrenlosen Ballon und macht sich mit einem „Rennballon“ auf die Suche, findet Reina und bringt sie zurück. *Das Drama des erlebten Schicksals wird durchgearbeitet. Die Rettung kommt von einer männlichen Gestalt – was die Hoffnung auf Triangulierung durch den Vater spiegeln dürfte.*

Die **Symptomatik** ist inzwischen weitestgehend abgeklungen und allmählich kommt auch Bewegung in die blockierte Trauer von Mutter und Tochter: Reina berichtet: „Immer wenn ich Streit habe, muss ich an die Sarah denken, dann werde ich noch trauriger“ (Was wäre anders, wenn sie da wäre?) „Dann hätte ich jemanden der mich verteidigt und mir beisteht“. Die Mutter erschrickt, als sie auf einer Autofahrt die Kinder ermahnt: „Seid still, sonst baue ich noch einen Unfall!“ und Reina antwortet: „Egal, dann wäre ich bei meiner toten Schwester!“ *Die Bearbeitung des zentralen Themas von Patientin und Mutter bringt die Trauer, den Wunsch nach Vereinigung mit ihr und wohl auch die Wut auf die Mutter, die den „Unfall“ letztlich zu verantworten hat, näher ins Bewusstsein.*

Ihre Mutter hat ihr als Symbol des Trostes eine Hand geschenkt, die eine Mädchenfigur hält. Ich schlage ihr vor, Sarah als hilfreich zu imaginieren, wenn sie Beistand braucht.



Abb.6: Sturz aus dem Himmel

Im 18. KB in der 38. Stunde **will Sarah ihr das Fliegen beibringen.** Sarah nimmt sie an der Hand und fliegt mit ihr in den Himmel, dort treffen sie Sarahs Freundinnen auf einer Wolke. Sarah erklärt ihr, was sie mit den Füßen machen muss, um zu schweben, aber es klappt nicht und Reina stürzt entsetzt auf die Erde zu:

Kurz bevor sie auf der Wiese aufschlägt, gelingt es ihrem Schwester-Schutzengel, sie aufzufangen. Die Engel zeigen ihr dann noch, wie sie im Himmel wohnen. Sie verabredet sich mit Sarah, in einem Versteck im Fuße eines alten Baumes zu übernachten. Damit ihre Mutter nichts mitbekommt, erzählt sie ihr, dass sie über Nacht bei einer Freundin bleibt. Dieses KB wirkt wie ein Rollentausch: Jetzt ist es meine Patientin, die beinahe verunglückt – oder wie eine Sturzgeburt.

In den begleitenden **Elterngesprächen** geht es ebenfalls um das Durcharbeiten der Trauer in der Familie und die Etablierung von Ritualen. Die kontinuierliche Besserung der Symptomatik innerhalb und außerhalb der Familie geht parallel mit diesem Prozess. In den letzten Stunden geht es um die Vorbereitung des Abschieds, nach 45 Sitzungen ist die Behandlung beendet. Zum **Abschied** bekomme ich ein Bild geschenkt, das ihre Erlebnisse zusammenfassend verdichtet:



Abb.7: Abschiedsbild

**Resümee:** Eineiige Zwillinge entwickeln schon pränatal eine nicht nur im wörtlichen Sinne enge Bindung, die durch das Absterben eines Partners abrupt beendet wird. Dieser Verlust und die resultierende Trauerreaktion wird im (impliziten) Körpergedächtnis gespeichert und kann nicht bewusst erinnert werden. Bei Reina dürfte die Verarbeitung des Verlustes durch die blockierte Trauerreaktion der Mutter verstärkt worden sein. Das heranwachsende Kind vermisste zunehmend ihren Zwilling, den sie als

unterstützenden Partner in den Auseinandersetzungen mit der Mutter ersehnte und phantasierte. Die Trauer wurde im Entwicklungsverlauf bewusster und

mündete in eine depressive Verfassung. In den Imaginationen, in denen sich das intrauterine Geschehen auf der symbolischen Ebene als Beinahe-Katastrophen wiederholte, konnte sie bearbeitet und schließlich aufgelöst werden.

Fallbeispiel Nr. 2:

### **Fallbericht einer Frau als unerwünschtes Kind (Monika Wimmer)**

Zu mir kommt eine Frau mit einer rezidivierenden depressiven Symptomatik, Selbstverletzungen und Alpträumen. Die Patientin berichtet, als unerwünschtes Kind von der Mutter abgelehnt worden zu sein.

Im initialen Tagtraum (Ullmann 1997) mit der Vorgabe „**Blume**“ (**4. Sitzung**) imaginiert die Patientin *eine Mohnblume auf einer Wildblumenwiese. Die Patientin kann sich der Blume nicht nähern, sie nicht berühren, weil sie die anderen zerstören würde beim Betreten der Wiese. Mohnblumen seien total empfindlich. Ihre Blume wirkt auf sie zart, zerbrechlich, aber auch stolz und wunderschön.*

Das **gemalte Bild** zeigt auf einer bunten belebten Wiese außer ihrer Blume mehrere Mohnblumen. Wir sprechen darüber, warum sie die Wiese nicht betreten kann. Ein Kran mit Ausleger könnte sie dorthin tragen.

Zur nächsten Stunde bringt sie ein **zweites gemaltes Bild** mit einer runden Wiese mit, die mit einem nach unten offenem Kreis von Bäumen umgrenzt ist. Außen an der Öffnung steht ein Kranwagen, an dem sie als kleine Figur hängt.

*Am zweiten gemalten Bild fällt auf, dass alle Lebewesen aus dem ersten Bild bis auf ihre Blume verschwunden sind. Man könnte es psychodynamisch so verstehen: Es ist jetzt nicht mehr viel Leben übrig geblieben außer der Tagträumerin selbst. Die Wiese mit den Bäumen rundherum lässt an eine Gebärmutter denken, der Kranwagen an ein medizinisches Instrument, die Szene an eine Curettage, also einen Versuch der Abtreibung. Das veranlasst mich zu der Hypothese, dass Frau S. einen Abtreibungsversuch ins Bild bringt.*

*Frau S. empfindet sich selbst als Täterin. Sie könnte Leben vernichten, wenn sie die Wiese betreten und sich ihrer Blume nähern würde. Das heißt, Frau S. spürt etwas Zerstörerisches in sich, das aus der engen vorgeburtlichen Beziehung mit der Mutter stammen kann.*

In der nächsten Imagination, dem **geschützten Ort (2)** (Jollet, Krägeloh, Krippner, 1989) *stellt Frau S. sich eine kleine Holzhütte vor. Es ist dunkel darin und karg.*

Im **gemalten Bild** ist der Patientin wichtig, dass das Haus von innen nicht wirklich schützend ist. Etwas sicherer fühlt es sich allenfalls in einer Ecke an, denn dort sei sie unsichtbar.

Das Haus wird überwiegend als eine Darstellung von Aspekten der eigenen Person, als Symbol für das Selbst bzw. verschiedene Selbstrepräsentanzen verstanden (Klessmann & Eibach 1998, Kottje-Birnbacher 2001, S. 31, Leuner/Wilke 2005, S. 63, Bahrke & Nohr 2013, S. 145).

*Wenn wir nun in diesem kleinen Haus ein Symbol für die Gebärmutter erkennen, darf die Patientin darin nicht sichtbar werden, denn als die Mutter sie wahrnahm, wurde es gefährlich und existenziell bedrohlich für sie.*

Mit dem Gedanken, dass der Baum ein Symbol für die Plazenta sein kann (Janus 2000, S.293, Janus 2011b, S. 45) und damit in die vorgeburtliche Zeit verweist, rege ich eine Imagination zum Thema „**Baum**“ (9) an.

*Die Patientin möchte von dem Baum weggehen, weil sie da nicht hingehöre. „Wenn ich gesehen werde, bin ich ausgeliefert, werde ich verurteilt. Einfach, weil ich falsch bin.“*

Im **gemalten Bild**: „Ich darf nicht sichtbar werden. Dort ist es ausgetrocknet, fruchtlos, ausgelaugt, hoffnungslos, traumatisiert, verletzt.“

*Wenn wir den Baum als ein Symbol für die Plazenta verstehen, dann kann Frau S. dort im Mutterleib nicht bleiben. Sie spürt die Gefahr, als sie wahrgenommen wurde durch die Mutter.*

Als nächstes Motiv wähle ich die Quelle als ein Symbol, das auf den Beginn des Lebens verweisen kann, durch die Zeugung, nicht erst die Geburt. So betrachtet regt dieses Motiv einen Erlebnisbereich an, der in eine Zeit vor der Entdeckung durch die Mutter zurückreichen kann. Meine Hypothese ist, dass die Mutter unbewusst ambivalent der Schwangerschaft gegenüber eingestellt war (Hildebrandt 2008). Das könnte bedeuten, dass es vor der Wahrnehmung durch die Mutter eine Erlebensqualität im Mutterleib gegeben hat, in der die Protagonistin von der Mutter unbewusst, das heißt zunächst körperlich, angenommen war.

**Quelle (14):** *Im Wald zwischen leuchtend grünem Moos, sprudelt eine Quelle. Das Wasser ist kalt, klar, erfrischend. Eine friedliche, schöne, strahlende,*

*harmonische Atmosphäre. Wenn sie die Zeit und Ruhe hätte, würde sie sich ins Moos setzen und einfach nur sein. Das geht aber nicht. Sie muss weiter, fühlt sich getrieben (ich denke „abgetrieben“) und wird traurig.*

Frau S. spricht in der nächsten Therapiestunde an, sie habe das Gefühl, dass ich sie loswerden will. Hier kommt nun auch deutlich in der Übertragung, die Dynamik des Schwangerschaftsabbruchs zum Ausdruck.

Daher erfolgt nun eine Übertragungsdeutung, in der ich der Patientin mitteile, dass ich vermute, dass sie sich, wie von ihrer Mutter versucht, von mir abgetrieben fühlt. Frau S. kann die Deutung annehmen und fühlt sich damit verstanden. Daraufhin kann sie sich entschließen, die Therapie bei mir fortzuführen.

Später schlage ich Frau S. als Motiv eine **weise gütige milde Gestalt am geschützten Ort (56)** (Steiner & Krippner 2013) vor. *Es erscheint ein Pferd. Die Protagonistin steigt auf und fühlt sich getragen, spürt aber auch, dass ihr dieses schöne Gefühl nicht zustehe.*

Das **gemalte Bild** zeigt sie auf dem Pferd liegend. Sie spürt ein Gefühl von „Getragen werden, sich entspannen, nichts müssen, sanft gewiegt werden, einfach sein. Ohne Worte. Ein heiliges Gefühl.“

*Ich denke: „So sanft gewiegt wie im Mutterleib einer Mutter, die das Kind annimmt.“* *Erstmalig kann Frau S. hier etwas spüren, das bisher nicht möglich war. Die Tagträumerin kann sich angenommen fühlen. Hier darf sie sein.*

Der dargestellte Ausschnitt aus dem Beginn eines längeren Therapieverlaufes zeigt, wie sich das Thema des Unerwünschtseins und versuchten Schwangerschaftsabbruchs in verschiedenen Aspekten über mehrere Imaginationen hinweg in imaginativen Bildern darstellen kann. Inszenierung und Übertragung bestätigen die Hypothese. Deutungen zeigen eine positive Wirkung und es ist ein deutlicher Therapiefortschritt zu erkennen.

## Fazit und Ausblick

In den vorliegenden Beispielen versuchen wir zu zeigen, wie vorgeburtliche und perinatale Themen in Imaginationen einen Ausdruck finden.

Die vorgeburtliche Dimension der Imaginationen hat möglicherweise sogar dann eine Bedeutung und einen positiven Effekt auf die Wirkung der KIP, wenn sie nicht bewusst vom Therapeuten bedacht und angesprochen wird. Die Bearbeitung pränataler Konflikte und Traumata erfolgte dann vielleicht

nebenbei, unbemerkt, als pränatal nicht erkannt, so wie das Imaginieren selbst, ohne zu deuten oder darüber zu sprechen, eine therapeutische Wirksamkeit entfaltet. Das Bearbeiten der vorgeburtlichen Aspekte könnte eine weitere Erklärung zur starken Wirkung der KIP beisteuern, die von vielen Psychotherapeuten beschrieben wird, die mit der KIP arbeiten. Das würde bedeuten, dass die KIP implizit die Einflüsse der gesamten, auch der pränatalen Lebenszeit erfasste, sogar wenn nicht bewusst darauf fokussiert wird, im Gegensatz zu ausschließlich sprachlich getragenen Psychotherapiemethoden.

Wenn aber deutlich ist, welche Imaginationen einen pränatalen Bezug zeigen, wenn Therapeuten erkennen, auf welche vorgeburtlich begründeten Konflikte und Traumata die Bilder hinweisen, werden Interventionen bewusster erfolgen. Anregungsmotive können gezielt ausgewählt werden, um bestimmte prä- und perinatale Konfliktfelder anzusprechen.

Damit würde die Katathym Imaginative Psychotherapie eine weitere bedeutende, manchmal auch eine entscheidende Möglichkeit des psychodynamischen Verständnisses hinzugewinnen.

## Literatur

- Arni, C. (2018). Pränatale Zeiten. Das Ungeborene und die Humanwissenschaften. Schwab.
- Auhagen-Stephanos, U. (2014). Mutter-Embryo-Dialog. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg.), Lehrbuch der pränatalen Psychologie (S.143-166). Mattes
- Austermann, A.R. & Austermann, B. (2006). Das Drama im Mutterleib – Der verlorene Zwilling. Königsweg.
- Bahrke, U., & Nohr, K. (2013). Katathym Imaginative Psychotherapie. Springer.
- Bauer, J. (2012). Das Gedächtnis des Körpers. Piper.
- Buß, C, Davis, E. P., Shahbaba, B., Pruessner, J. C., Head, K., & Sandmann, C. A. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012 15; 109 (20)
- Buß, C. (2016). Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Entwicklung ihres Kindes? Vortrag auf der Kooperationstagung „Gemeinsam stark für Familien - Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz“, Berlin 25.11.2016.
- Blazy, H. (2008). Über Schwangerschaften im Bereich der prekären Liebe. In R. Linder (Hrsg), Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung. Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes (S. 75 - 81). Mattes.
- Blazy, H. (2009). Nachricht aus dem intrauterinen Raum. In H. Blazy (Hrsg), „Wie, wenn man eine innere Stimme hört.“ Bindung im Pränatalen Raum. (S. 15 - 19). Mattes.

- De Casper, A. J., & Fifer W. P.* (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voice. *Science*. 1980 Jun 6; 208(4448):1174-6.
- De Vries, J.I.P., Visser G.H.A., Prechtl H.F.R.* (1982): The Emergence of Fetal Behavior. 1: Qualitative aspects. *Early Human Development* 7, 301-322.
- Dornes, M.* (1993). *Der kompetente Säugling*, Fischer TB.
- Foster, S., & Verny, T.* (2007). The development of sensory systems during the prenatal period. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health* 21(3), 271 – 281.
- Freud, S.* (1991, [1900]). *Traumdeutung*. Fischer Taschenbuch.
- Freud, S.* (1910). *Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens*. GW 8.
- Freud, S.* (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. GW 13.
- Freud, WE* (2014). Pränatale Bindung, das perinatale Kontinuum und die psychologische Seite der Neugeborenenintensivpflege. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg), *Lehrbuch der pränatalen Psychologie* (S. 313 - 333). Mattes.
- Glover, V.* (2013). Effects of prenatal stress can affect children into adulthood. *The Conversation* 06. 08. 2013. Verfügbar unter <https://theconversation.com>.
- Glover, V.* (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. *Advances in Neurobiology* 10, (269-283).
- Grawe, K.* (1998). *Psychologische Therapie*. (2.korr. Aufl. 2000). Hogrefe.
- Hidas, G., & Raffai, J.* (2010). *Nabelschnur der Seele*. Psychosozial-Verlag.
- Hildebrandt, S.* (2008). Ambivalenz beim Umgang mit Schwangerschaftsverhütung. In Linder, R. (Hrsg), *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung. Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes*. Mattes.
- Hirsch, M.* (1997). *Schuld und Schuldgefühl*. (3. Aufl. 2002). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hollweg, W. H.* (1995). *Von der Wahrheit, die frei macht. Erfahrungen mit der tiefenpsychologischen Basistherapie*. Mattes.
- Hüther, G., & Krens. I.* (2011). *Das Geheimnis der ersten neun Monate*. Beltz.
- Huttunen, M., & Nyskanen, P.* (1978). *Prenatal loss of father and psychiatric disorders*. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 429-431. zit. nach: *Hidas, G., & Raffai, J.* (2010). *Nabelschnur der Seele*. (S. 98). Psychosozial-Verlag.
- Janus, L.* (2000). *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. Psychosozial-Verlag.
- Janus, L.* (2011a). *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor, während und nach der Geburt*. Mattes.
- Janus, L.* (2011b). *Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie*. (3. Aufl.). Patmos.
- Jollet, H., Krägeloh, C., & Krippner, K.* (1989). Das KB bei Objektbeziehungsstörungen. In G. Bartl, & F. Pesendorfer (Hrsg), *Strukturbildung im psychotherapeutischen Prozess* (S. 89 – 109). Literas.
- Klessmann, E., & Eibach, H.* (1993). *Wo die Seele wohnt. Das imaginäre Haus als Spiegel menschlicher Erfahrungen und Entwicklungen*. (2. Aufl.). Huber.

- Kottje-Birnbacher, L.* (2001). Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie. *Imagination* 23(4).
- Leuner, H.* (1985/1994). Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie (3. korr. und erw. Aufl.). Huber.
- Leuner H., & Wilke, E.* (2005). Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP) (6. Neu bearbeitete Aufl.). Thieme.
- Linderkamp, O.* (2014). Umgang mit dem frühgeborenen Kind. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg), Lehrbuch der pränatalen Psychologie (S.334-348). Mattes.
- Liley, A. W.* (1972). Disorders of the amniotic fluid. In N. S. Assali (Hrsg), Pathophysiology of Gestation. Bd. 2: Feto-placental Disorders (S.157 – 206). Academic Press, New York.
- Lipton, B.* (2014). Intelligente Zellen (13. Aufl.) Koha.
- Mareckova, K., Klasnja, A., Bencurova, P., Andyskova, L., Brazdil, M., & Paus, T.* (2018). Prenatal Stress, Mood, and Gray Matter Volume in Young Adulthood. *Cerebral Cortex*. Oxford University Press, 7.2. 2018.
- Nicon, L.* (2011). Befreit von alten Mustern. Junfermann.
- Nicon, L.* (2015). Natürlich angstbefreit. Arbor.
- Panneton, R. K., & De Casper, A. J.* (1984). Newborns prefer intrauterine heartbeat sounds to male voices. Vortrag auf der International Conference on Infant studies, New York April 1984.
- Piontelli, A.* (1995). Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Klett-Cotta.
- Raffai, J.* (1996). Der intrauterine Mutterrepräsentant. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 8 (3), (S. 357- 466).
- Rank, O.* (2007): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Psychosozial. (Original erschienen 1923)
- Rank O* (2006): Technik der Psychoanalyse. Janus L. & Wirth H-J. (Hrsg): Psychosozial. (Original erschienen 1926).
- Rosenberg L* (2014): Regression in intrauterine Bereiche mit dem Katathymen Bilderleben. In: Evertz, K., Janus, L., Linder, R. (Hg): Lehrbuch der Pränatalen Psychologie (S. 461 - 478). Mattes.
- Salvisberg, H.* (2005). Zum Zugang zu Gedächtnisinhalten. Die Bedeutung der prozessuralen Aktivierung für die Psychotherapie. *Imagination* 26 (4), 22 – 37.
- Scheinost, D., Sinhy, R., Cross, S. N., Soo, H. K., Sze, G., Constable, R. T., & Ment, L. R.* (2017). Does Prenatal stress alter the developing connectome? *Pediatric Research* 81, 214-226.
- Staats, H.* (2021). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Psychoanalyse. Bd. 1: Schwangerschaft, Geburt und Kindheit. Kohlhammer.
- Steiner, B., Krippner, K.* (2006). Psychotraumatheorie. Schattauer.
- Stern, D. N.* (1996). Tagebuch eines Babys. Piper.

- Stigler, M. (2000). Forschungsansätze zur Wirkungsweise von KIP. Einleitung. In Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg). Erfahrung träumend zur Sprache bringen (S.75 – 83). Huber.
- Ullmann, H. (1997): Katathym imaginative Psychotherapie im Entwurf. Handhabung und Verständnis der initialen Tagtraumübung. In Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. & Wilke, E. (Hrsg). Imagination in der Psychotherapie (S. 83 -95). Huber.
- Van den Bergh, B., van den Heuvel M., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij S., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S., & Schwab, M. (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Behavioral Reviews*.
- Verny, T. R. (2014). The Pre- and Perinatal Origins of Childhood and Adult Diseases and Personality Disorders. In K. Evertz, L. Janus, R. Linder (Hrsg), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie* (S. 50 - 69). Mattes.
- Volz-Boers, U. (2011). Zu früh geboren - Körperempfindungen einer Analytikerin als Zugang zu perinataler Traumatisierung. In H. Levend, & L. Janus L (Hrsg), *Bindung beginnt vor der Geburt* (S. 149 - 161) Mattes.
- Volz-Boers, U. (2012). Nicht willkommen, neu angenommen. In S. Hildebrandt, J. Schacht, & Blazy H. (Hrsg), *Wurzeln des Lebens* (S. 196 - 209). Mattes.
- Walter, J., & Hümpel, A. (Hrsg.) (2017). *Epigenetik. Implikationen für die Lebens- und Geisteswissenschaften*. Nomos.

### **Autoren:**

Dr. med. Monika Wimmer, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Dozentin der DGKIP, Ostwall 95, 47798 Krefeld

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie – Psychoanalyse, Wilhelmstraße 24, 71034 Böblingen, [www.praxis-wienand.de](http://www.praxis-wienand.de)

Dieser Beitrag ist die veränderte und um den Fallbericht von Franz Wienand erweiterte Fassung der Publikation in *Imagination* 3/2022, S. 36-57

### **Interessenskonflikte:**

Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

## Rezension

*Béatrice Fontanel und Claire d'Harcourt*

### **Babys in den Kulturen der Welt**

Manchmal findet man nur nach längerer Zeit und mit Glück etwas Schönes. So erging es dem Rezensenten mit diesem informativen Bildband, als er durch einen Radiobeitrag auf dieses Buch aufmerksam wurde. Und es ist ein wahrer Glücksfund für einen, der sich für Kinder, andere Kulturen und Schönheit begeistert.

Von der Umschlagseite schaut ein schon älteres Baby verträumt den BetrachterInnen entgegen. Entspannt sitzt es in einem offenen, geflochtenen Kinderwagen, ganz anders als der frühere Korbwagen des Rezensenten, wo nur der Blick nach oben möglich war.

Schon von außen fällt beim Buchschnitt auf, dass es sich hier um einen mit Texten versehenen Bildband handelt. Die Bilder im großzügigen 19x25-cm-Format nehmen tatsächlich gut die Hälfte der Seiten ein. Überwiegend farbig, gelegentlich auch schwarz-weiß bestechen sie durch ihre Schönheit, ihr Präzision und Intensität. Sie sind genau, fast intim, ohne aufdringlich oder gar voyeuristisch zu wirken. Neben den Babys werden auch häufig deren Mütter, Großmütter oder Tanten dargestellt, sehr selten Väter und Großväter. Das ist bei diesem Thema wahrscheinlich in vielen Kulturen realitätsgerecht. Immerhin gibt es ein Kapitel über „Fürsorgliche Väter“. Und auch die „Couvade“ wird geschildert, bei der sich die Väter in eine Art „Wochenbett“ begeben.

Das Werk ist jedoch kein reines Bilderbuch, sondern man erfährt viel über den Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern in nahezu aller Welt. Ausgenommen ist die europäisch geprägte Kultur. Vielleicht weil diese als bekannt vorausgesetzt wird, vielleicht auch, weil diese weniger farbig ist.

Eingeleitet wird der Band mit einem Vorwort des Arztes und Ethnologen Alain Epelboin.

In der Einführung von Suzanne Lallemand, Forschungsdirektorin am „Centre national de la recherche scientifique (CNRS)“ werden bereits die großen Themenfelder im Umgang mit und in der Versorgung von Babys dargestellt: Kör-



perpflege, Kommunikation mit allen Sinnen, Gymnastik und Massage, Heilmittel und Reinigungsriten, Wickelkinder, Kleidung und Schmuck, das Tragen des Babys, der Schlaf des Babys, Aberglaube oder Religion, das Ringen mit dem Unsichtbaren.

Diese Themen werden in Bild und Text weiter aufgeschlüsselt und bieten erstaunliche, teils befremdliche, aber auch durchaus vertraut klingende Informationen, die fachkundig von insgesamt 15 Ethnologinnen beigetragen wurden. Dies werden im Anhang kurz mit ihrer Wissenschaftsbiographie vorgestellt.

Viele Praktiken lassen sich aus den örtlich vorhandenen Ressourcen und Erfahrungswissen erklären, vieles hat sich aber auch über lange Zeiträume als Tradition entwickelt und ist kaum noch rational zu erklären. Wenn Babys mehr eingeölt als gebadet oder im Rauch gebadet werden, hat das evtl. mit örtlichem Wassermangel zu tun. Vielleicht auch, wenn die Mutter das Wasser mit ihrem Mund auf das Baby sprüht. Kräuter und Rauch können Insekten und andere Schädlinge abwehren. Wenn dagegen der kindliche Kopf durch Manipulation und Bandagen in eine gewünschte Form gebracht wird, wie bei den Mangbetus im Kongo oder auch bei einigen Turkvölkern, läßt sich das für uns nicht rational erklären. Funde weisen jedoch darauf hin, dass es solche Praktiken schon in der Steinzeit gab.

Der unterschiedliche Umgang mit weiblichen und männlichen Säuglingen, der sich in den allermeisten Kulturen findet, könnte zum Nachdenken in der Gender-Debatte anregen.

Dass die europäischen Riten nicht dargestellt werden, führte dazu, dass der Rezensent selbst nach Ähnlichkeiten und Unterschieden suchte. So weiß der Rezensent nicht nur durch mittelalterliche Darstellungen, dass auch hierzu-

lande Kinder gewickelt wurden. Das „Steckkissen“ war bis ins 20. Jahrhundert durchaus üblich. Sein erstes Kind trug er in einem Tragetuch, wie es in Oberschlesien gebräuchlich war, allerdings in früheren Zeiten nur von den Müttern. Derzeit scheint es eine Renaissance des Wickelns zu geben, jetzt unter dem Begriff „Pucken“.

Die verschiedenen Arten der Säuglingspflege zeigen, auf welcher mannigfaltigen Weise die Menschen im Lauf der Entwicklung sich darum bemüht haben, das Leben über sich selbst hinaus weiterzugeben. Obwohl, oder vielleicht gerade, weil menschliches Leben, Leben überhaupt, in vielen Regionen gefährdet ist, verstanden und verstehen diese Menschen sich nicht als „letzte Generation“ sondern als ein Glied in einer Kette, die sich fortsetzen soll.

Gefehlt haben dem Rezensenten ein Inhalts- und ein Stichwortverzeichnis. Wenn man etwas sucht, bleibt nur das Blättern, was durch die Bilderpracht zum Abschweifen verführt.

Die Aufzählung der vielen Themen des Buches kann den Genuss des Anschauens und Lesens in keiner Weise ersetzen. Deshalb will der Rezensent dies erst gar nicht versuchen. Wer Freude an andern Kulturen, an anderen Lebensweisen, an eindrucksvollen Bildern und an der Schönheit und Vielfalt menschlichen Lebens hat, sollte dieses wunderbare Werk zur Hand nehmen, es bestaunen, darin schmökern und es guten Freundinnen und Freunden schenken, ganz gleich ob diese Mütter, Väter, Großmütter, Großväter, Tanten oder Onkel oder einfach nur liebenswerte Menschen sind!

Auf dem letzten Bild steht eine Himba-Mutter mit ihrem Baby auf dem Rücken vor dem Regal eines Supermarktes. Bleibt zu hoffen, dass das Baby in 20 Jahren noch seine Traditionen bewahrt.

Und es ist eine Bereicherung in der Praxis- und PatientInnenbibliothek!

### **Babys in den Kulturen der Welt**

Béatrice Fontanel und Claire d'Harcourt

Aus dem Französischen von Cornelia Panzacchi und Andrea Unseld  
Gerstenberg Verlag, 6. Auflage 2016, 280 Seiten, gebunden, 36,00 €  
ISBN 978-3-8369-2957-8

#### **Autor:**

Christian K. D. Moik

Lütticher Str. 512 a , 52074 Aachen

Email: ckdmoik@t-online.de

## *Kolumne*

# **Forum-BKJPP vor 25 Jahren**

*Christian K. D. Moik*

Der Mitgliederrundbrief / Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1998-II, damals noch ein gemeinsames Heft, beginnt mit der Einladung zur Ordentlichen Mitgliederversammlung 1998 des BKJPP und zur Mitgliederversammlung des „Solidaritätsfonds zur Förderung der rechtlichen Vertretung berufspolitischer Ziele in der vertragsärztlichen Versorgung“.

Im berufspolitischen Teil wurde der bereits bis ins Detail entwickelte Vorschlag für das Kapitel XIII „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ des geplanten „EBM 2000+X“, der den EBM von 1996 ablösen sollte, vorgestellt.

Außerdem war gemeinsam mit dem Vorstand der DGKJP, vertreten durch Prof. Dr. Andreas Warnke, das Kapitel G, Unterkapitel III „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ samt Bewertung entwickelt und im „Arbeitskreis Weiterentwicklung der GOÄ“ der BÄK mit den benachbarten Fachdisziplinen abgestimmt worden.

Mitgeteilt wurde auch, dass die „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter – Christian Karl Dieter Moik Stiftung“ am 17.06.1998 durch die Bezirksregierung Köln genehmigt und als gemeinnützig anerkannt wurde. Die ersten 7 Mitglieder des Kuratoriums waren die Ehrenmitglieder des BKJPP, Stellvertretende Vorsitzende war Dr. Christa Schaff.

Reinhard Schydlo erläuterte den umfassenden Vorschlag der UEMS, Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie zur „Ständigen medizinischen Fortbildung / Continuing Medical Education“ mit der 12 Artikel umfassenden „Charta über die Visitation von Weiterbildungsstätten“.

Im Wissenschaftsteil erklärte **Christa Schaff**, Weil der Stadt, den „*Neuen gesetzlichen Rahmen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und seine Auswirkungen auf die vertragsärztliche ambulante psychotherapeutische Versorgung*“.

**Johannes Wilkes**, Erlangen, porträtierte in einem historischen, aber auch zeitgemäßem Rahmen „*Friedrich Hölderlin als Erzieher und Therapeut*“.

Ebenfalls von **Johannes Wilkes** bewegte sich das Referat „*Legastheniediagnostik und Rechtschreibreform*“ ganz im aktuellen Bezug.

All diese Beiträge sind auch heute noch erhältlich und lesenswert!

Was berufspolitisch im Sommer 1998 wichtig war und was alles im Forum III/IV/1998 stand, das erfahren Sie im „*forum 3/4-2023*“.

**Bleiben Sie neugierig!**

Ihr Christian K. D. Moik



## **25 Jahre Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter**

*Christian K.D. Moik*

*„Es gibt nichts Gutes. Außer man tut es!“*

*Erich Kästner*

Am 17. Juni 1998 wurde durch die Bezirksregierung Köln die „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie – Christian Karl Dieter Moik Stiftung“ als selbstständige Stiftung bürgerlichen Rechts genehmigt. Das Stiftungsgeschäft war bereits am 21. November 1997 errichtet und vom Notar Dr. H.-D. Vaasen beurkundet worden. Die Genehmigung der Satzung erfolgte am 26. Mai 1998.

Zum Zweck der Stiftung heißt es in § 2 der Satzung: „Die Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke...Zweck der Stiftung ist die Förderung von Projekten der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Der Stiftungszweck wird insbesondere verwirklicht durch die Ausschreibung und Verleihung eines diesbezüglichen Förderpreises. ...“

Vorstand der Stiftung waren der Stiftungsgründer und Dr. Christa Schaff als Stellvertreterin. Das Gründungskuratorium bildeten die Ehrenmitglieder des BKJPP: Dr. Helmut Eller, Prof. Dr. Reinhart Lempp, Prof. Dr. Manfred Müller-Küppers, Prof. Dr. Gerhardt Nissen, Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, Dr. Reinhard Schydlo und Prof. Dr. Friedrich Specht.

Die Überlegung zu dieser Stiftung hatte sich aus den berufspolitischen Erfahrungen des Stifters entwickelt. 1998 bestand das Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ seit 30 Jahren, der Berufsverband BKJPP seit 20 Jahren.

Zwar hatte sich in diesen und den davor liegenden Jahrzehnten das Fachgebiet Kinder und Jugendpsychiatrie aus den Wurzeln von Kinderheilkunde, Nervenheilkunde und Heil-Pädagogik zu einer selbstständigen und anerkannten Disziplin entwickelt, deren Grundlagen beruhten jedoch vor allem auf Erfahrungswissen, weniger auf evidenzbasiertem, zeitgemäßen Forschungsergebnissen. Es gab bereits mehrere umfassende Fachbücher. Leitlinien wurde jedoch erst ab 1995 erarbeitet, nachdem der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ die „AWMF“ gebeten hatte, die Entwicklung von Standards, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen der Wissenschaftlichen Medizinischen Gesellschaften voranzutreiben.

Wie wichtig die wissenschaftliche Fundierung unseres Fachgebietes vor allem auch für die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist, zeigte sich beispielhaft bei den durch den EBM-96 verursachten Leistungsänderungen. Ohne jede Begründung war die Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche entfallen. Vielleicht war es nur ein redaktioneller Fehler. Die Wiederaufnahme in den Leistungskatalog des EBM erforderte jedoch einen formellen Beschluß des „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“, der Vorgängerorganisation des heutigen „G-BA“. Zwar erreichte die DGKJP, vertreten durch Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, und der BKJPP, dass die Gruppenpsychotherapie für Jugendliche wieder in den EBM aufgenommen wurde. Für die Altersgruppe der Kinder wurde dies jedoch abgelehnt, da es zu dem damaligen Zeitpunkt nicht genügend wissenschaftliche Arbeiten gab, die die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gruppenpsychotherapie bei Kindern belegten.

In Umsetzung der satzungsgemäßen Aufgaben der Stiftung-KJPP wurde der „Förderpreis“ von 1999 bis 2022 achtmal vergeben. Die erste Verleihung erfolgte an Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, damals in Rostock, für seine Arbeit „Designerdrogen-Sprechstunde“. Der Förderpreis 2022 ging an M. Sc. Marlene Finkbeiner, Tübingen, und die Projektgruppe „**DigiPuR – Digital unterstützte Psychotherapie und Reintegration von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen nach einem teil- oder vollstationären Klinikaufenthalt**“.

Für 2024 ist der Förderpreis ausgeschrieben zum Thema „Transition – ambulant – stationär – ambulant – Jugendpsychiatrie – Erwachsenenpsychiatrie“ und erneut mit 10.000 € dotiert.

Um die ärztliche und allgemeine Öffentlichkeit auf Themen hinzuweisen, die in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

von Kindern Jugendlichen, Adoleszenten und deren Familien besondere Bedeutung haben bzw. besonders förderungsbedürftig sind, hat die Stiftung zwischen 2004 und 2019 sechs Symposien durchgeführt, erstmals 2004 das Eurregionale Symposion „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, Jugendhilfe und Schule“, zuletzt 2019 mit dem Schwerpunkt „Familie und Gesellschaft“. Einmal konnte die Stiftung auch ein Arbeitstreffen der jungen Wissenschaftler von YouCAP fördern.

Leider sind die finanziellen Mittel der Stiftung eng begrenzt, so dass manche wünschenswerten und förderungswürdigen Projekte bisher nicht unterstützt werden können. Von daher sind ideelle und wirtschaftliche Unterstützung der Stiftung sehr willkommen. Die Stiftung-KJPP ist als gemeinnützig anerkannt, von der Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer befreit und berechtigt, Spendenquittungen auszustellen.

Weitere Informationen, die Satzung der Stiftung, Angaben zum Vorstand, dem Kuratorium, den Förderpreisen und den Symposien finden Interessierte auf der Homepage [www.stiftung-kjpp.de](http://www.stiftung-kjpp.de). Gern geben auch der Gründungsvorsitzende, Christian K. D. Moik, und die übrigen Vorstands- und Kuratoriumsmitgliedern Auskunft. Sprechen Sie uns an!

Neben der inhaltlichen Arbeit der Stiftung versteht diese sich auch als ein weiteres Bindeglied zwischen dem BKJPP und der DGKJP. Sie ist aus der gemeinsamen Arbeit zum Wohle der Kinder, Jugendlichen und Familien aber auch der in der Versorgung Tätigen entstanden. Und diese Gemeinsamkeit zeigt sich auch in der Arbeit von Vorstand und Kuratorium für die solidarisch angestrebten Ziele.

### **Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter / Christian Karl Dieter Moik Stiftung**

Vorsitzender: Christian K. D. Moik

Lütticher Str. 512 a

52074 Aachen

[www.stiftung-kjpp.de](http://www.stiftung-kjpp.de)

Stiftungskonto: IBAN: 11 3006 0601 0004 7907 90

Finanzamt Aachen-Stadt, St.Nr. 201/5916/3716, Bescheid vom 09.05.2023

## Hinweise für Autor\*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)
2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:  
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 entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.  
Der/die Autor:in räumt - und zwar auch zur Verwertung seines/ihres 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. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.
3. Interessenkonflikte:  
Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.
4. Manuskriptgestaltung:
  - ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: 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.
  - ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
  - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
  - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
  - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
  - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
  - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
  - ✓ 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: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), 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) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
  - ✓ Beispiele:  
Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49, 377-385  
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79  
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

**BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

Name / Titel, Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_ Fortbildungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja:  nein:   
 Kinder- und Jugendmedizin:  Psychiatrie und Psychotherapie:  Neurologie:  Psychotherapeutische/Psychosomatische  
 Medizin:  Nervenheilkunde:  Andere:  SPV-Praxis:

### Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

\*\* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_ Praxis:  Klinik:  Angestellt:   
 Institution: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Privatanschrift ab: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an:  Dienstanschrift  Privatanschrift Bundesland: \_\_\_\_\_  
 Ich wünsche die Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter [www.bkjpp.de](http://www.bkjpp.de)

Funktion :  Klinik  Praxis  Angestellt  MVZ  Facharzt  Chefarzt  Oberarzt  
 Weiterbildungsassistent im \_\_\_\_\_WB-Jahr)  Andere: \_\_\_\_\_

ermächtigt zur Weiterbildung:  ja  nein

Zust. Landesärztekammer: \_\_\_\_\_ Landes-KV: \_\_\_\_\_

### Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages\*\*  
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

### Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut : \_\_\_\_\_  
 IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.



## ABONNEMENT forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.  
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

Name / Titel / Vorname: \_\_\_\_\_  
 Institution: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

- Ich abonniere das *forum* der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum  
 Jahresabonnementspreis von € 60,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnement  
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

### Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC.: \_\_\_\_\_

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.  
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie**  
**Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles  
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.**  
Forum Verlag – Aachen  
ISSN 1866-6677

### Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
in Deutschland e. V. (BKJPP)

### Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold*  
*Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,*  
*Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*  
Alle Beiträge bitte an: [redaktion-forum@bkjpp.de](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

### Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

*Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic*  
Alle Beiträge bitte an: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

### Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank  
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

### Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de)

### Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin  
e-mail: [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de), Tel.: 030 / 61 70 21 47

---

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief/Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „*forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.

