

Verhaltensauffällige Schulkinder in der Hausarztpraxis

Sinnvolle Sozialprophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten und Problemen in der Schule

Die Raten genetisch bedingter psychischer Störungen bei Kindern können nicht zugenommen haben. Warum werden uns dann immer mehr Kinder mit AD(H)S, Teilleistungsstörungen, Intelligenzminderung und Autismus als therapiebedürftig vorgestellt?

Die Rücksprache mit erfahrenen ErzieherInnen und LehrerInnen ist hier hilfreich: „Ja diese Krankheitsbilder hat es früher ebenso häufig gegeben, aber heute haben wir in jeder Kindertagesgruppe, in jeder Schulklasse eine nicht geringe, ja zunehmende Anzahl von Kindern mit Verhaltensproblemen, die unsere Kräfte binden, so dass wir schon rein zeitlich nur reduzierte Möglichkeiten haben, uns dieser „genetischen“ Problemkinder anzunehmen.“

Uns Hausärzten sind diese zunehmend auftretenden Störungsbilder als „new epidemics“ bekannt: Soziogene Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Adipositas; schlicht Störungen der seelischen Gesundheit. Die Tatsache, dass deren Ursache zentral in einer belasteten Interaktion zwischen Kindern und ihren (vor allem primären) Bezugspersonen (BZP) zu finden ist, mag erstaunen, sollte nachdenklich machen vor dem Hintergrund, dass wir in einer Wohlstandsgesellschaft leben. Doch ebendiese klar definierbare Ätiologie ermöglicht uns die Einleitung effizienter Prophylaxe-Massnahmen, denn die Risiken einer solchen frühen Interaktionsstörung lassen sich sicher erfassen.

Risikosituationen frühzeitig erkennen

Da sind zum einen anamnestiche Daten, welche klare Hinweise auf eine drohende Risiken-Entwicklung geben (Tabelle 1). Das Risiko zur Entwicklung einer soziogenen Störung steigt bei mehreren solcher Belastungen stark an: auf 30,7 % bei 3 Risiken, auf 47.7%, wenn 4 solcher vorliegen.

TAB. 1	Gravierende Risiken für eine Entwicklungsgefährdung
	Unerwünschte Schwangerschaft
	Soziale Belastungen vor und während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt
	Fehlende „Feinfühligkeit“ der Eltern
	Psychische Erkrankungen bei einem/beiden Elternteil(en)
	Unbewältigte Paar-/Familienkonflikte (auch mit älteren Geschwistern!)
	Kritische Lebensereignisse (wie Trennung, Krankheit, Tod naher Angehöriger)
	Ökonomische Probleme (wie Arbeitslosigkeit)

Zum anderen hilft uns ein aufmerksames Beobachten der Interaktion zwischen den Bezugspersonen und ihren Kindern bei Vorstellungen in unseren Praxen. Auch unser Personal sollte zu gezielter Aufmerksamkeit geschult werden und darauf achten, ob das Kind



Dr. med. Ulrich Enzel
Schwaigern

Blickkontakt sucht, spontan lächelt und ob die Bezugsperson sprachlich und nichtsprachlich einfühlsam auf die Signale des Kindes reagiert, entwicklungsangemessene Erwartungen an das Verhalten des Kindes stellt und ob sie das Füttern und Wickeln rein funktional erledigt oder zu echtem interaktiven Kontakt nutzt.

Sichere Hinweise auf eine Entwicklungsgefährdung liefert auch der Sozioökonomische Status (SES), ein semiquantitativer Score aus schulischer/beruflicher Bildung der Eltern und dem Familieneinkommen (Tabelle 2), der als weitaus wichtigste Einflussgröße aller biologischen und psychosozialen Einflussfaktoren gilt. Ein niedriger SES erhöht statistisch gesichert lebenslang das Risiko für psychische Problemlagen, reduzierte Stresstoleranz und Depressionen und Lernschwierigkeiten und wirkt sich bei gefährdeten Kindern bis in das künftige eigene Erziehungsverhalten und Familienklima aus. Selbst die Entwicklung der Gehirnarchitektur des Frontal- und Temporallappens wird negativ beeinflusst.

Ein Blick auf die psychisch-seelischen Grundbedürfnisse eines Kindes erklärt die schweren Folgen solcher Belastungen. Denn um ihr individuell gegebenes Entwicklungspotential ausschöpfen zu können, um ihre Entwicklungsaufgaben altersgerecht zu bewältigen, ja selbst zur neurobiologischen Entwicklung des Gehirns müssen zwingend Neugierverhalten, Explorations- und Lernbereitschaft ermöglicht und unterstützt werden, müssen Kinder positive Bindungsbereitschaft erleben dürfen und wahrscheinlich vor allem zu neuronaler Interaktion bereite Bezugspersonen.

Wirksame Therapiemöglichkeiten

Konkrete Unterstützung benötigen junge Familien: 1. Bei psychosozialen Belastungen, welche die Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen (z.B. durch Institutionen der Familienberatung), 2. Bei Regulationsstörungen des Säuglings (vermittels einer Beratung durch den Hausarzt, gegebenenfalls auch anderer qualifizierter Therapeuten), 3. Bei einer Postpartalen Depression (die Mutter zur fachärztlich-psychiatrischen Konsultation motivieren). Ein leicht abzuarbeitender Fragenkatalog kann hilfreich sein bei der Ermittlung solchen Hilfsbedarfs (Tabelle 3)

Eine basisbildende stabile Bindung kann sich am besten entwickeln, wenn ein Kind lebendig reagierende, intensive, Aufmerksamkeit schenkende Interaktion erfährt, konstant ein zuverlässiges,

berechenbares Reagieren auf seine Bedürfnisse, mit stimmend verlässlichen Mitteilungen – ganz wie bei einem „Geschäftspartner“ – und ein positiv bestärkendes Antwort-Reagieren auf seine Angebote zur Kontaktaufnahme. Je nach Temperament des Kindes sollte weiter eine Reduktion der Zahl an Bezugspersonen überdacht und diese BZP mit eindeutigen, konstanten Rollenzuweisungen charakterisiert werden, dies vor allem im „alles entscheidenden“ ersten Lebensjahr.

Und wenn solches von den Eltern, den primären BZP (und den Geschwistern!) nicht geboten werden kann, dann sollten spätestens ab dem 3. Lebensjahr höchstqualifizierte Frühstärkpädagogen dieses geregelte Strukturieren, Anregen, Ansprechen übernehmen, am besten ergänzt durch (Eltern-) Kinder-Gruppen in denen z. B. gesungen und getanzt, musiziert, gespielt und vorgelesen wird.

Denn gerade im Kleinkindesalter hemmt eine „anregungsarme Familie“ die Entfaltung der Entwicklungspotentiale. Charakterisierend ist eine aufs Notwendigste beschränkte, spracharme Kommunikation mit geringer kognitiver und sprachlicher Anregung, weiter ein kaum strukturierter Tagesablauf mit „grasendem“ Konsumieren, oft ungesunder Fertig-Lebensmittel unabhängig von „Mahlzeiten“, schliesslich stundenlanges Ruhigstellen durch mediale Angebote, die zwar Zeit unterhaltsam ausfüllen, aber mangels echter Interaktion nie wirklich anregen können.

Medienabusus und mangelnde Sprachfähigkeit

Und wie wahr ist dies leider: „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“. Untersuchungen haben ergeben, dass Kinder, die in solch anregungsarmer Umgebung aufwachsen müssen, bis zum Alter von 4 Jahren viele Millionen Wörter weniger gehört haben, aber weit mehr Äusserungen des Tadels, der Einschränkungen, als motivierende, unterstützende, fördernde. Eine solche mangelhafte sprachliche Förderung wirkt sich besonders gravierend aus bei Mehrsprachigkeit. Wenn schon die „Muttersprache“ nur rudimentär erworben wird (nein, das muttersprachliche TV hemmt die Sprachentwicklung eher, als dass es diese fördert, gerade wenn 24h täglich fast nur der Breitbildschirm spricht) sind Probleme beim Erlernen der Schulsprache vorprogrammiert, vor allem, wenn hier nicht die Vorschulzeit allerspätestens ab dem 4. Lebensjahr intensiv zu kompetenter gezielter Förderung genutzt wird.

Viele Länder setzen solches durch eine Vorschulpflicht ab diesem Alter um – gewiss eine der lohnendsten Investitionen, denn mit keiner anderen Grösse ist ein nicht gelingender Schulabschluss stärker korreliert als mit mangelnder Schulsprach-Fähigkeit bei der Einschulung. Und der fehlende Schulabschluss führt gar zu oft direkt an den Rand der Gesellschaft. Psychische Auffälligkeiten sind in dieser Gruppe um 100%, Adipositas um 500% erhöht, auch Rauchen und Medienabusus. Ja sogar zur Jugendkriminalität, zu späterer eigener Misshandlungsbereitschaft bestehen direkte Korrelationen.

Emotionale Stabilität und positives Selbstbild

Basisbildend für eine gelingende schulische Integration ist weiter eine gesicherte emotionale Stabilität, deren Gefährdung leicht erkannt werden kann (Tabelle 4):

Hilfreich ist auch ein Eruiieren von früher gewesenen/jetzt noch bestehenden Regulationsstörungen – bezogen auf Alter und Entwicklungsstand aussergewöhnlicher Schwierigkeiten, das Verhalten des Kindes (und der BZP) im interaktiven Kontext zu steuern bei: Füttern/Ernährung, Selbsterberuhigung, Schreien, Schlafen, Zwiege-

TAB. 2	Parameter des SES (schwere Risikobelastung, wenn >2 dieser Risikofaktoren)
Niedriges Bildungsniveau einer/beider BZP (z. B. keine abgeschlossene Berufsausbildung)	
Beengte Wohnverhältnisse (>1 Person/Raum u./od. <50 m ² Gesamtwohnfläche)	
Psychische Störung eines/beider BZP	
Kriminalität od. Herkunft der BZP(en) aus zerrütteten familiären Verhältnissen	
Eheliche Disharmonie (anhaltend Streit, Trennung, emotionale Kühle)	
Frühe Elternschaft (Alter <18 J./Partnerschaft <6 Mon. bei Konzeption)	
Ein-Eltern-Familie bei der Geburt des Kindes	
Unerwünschte Schwangerschaft	
Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	
Ausgeprägte chronische Probleme (z. B. Gesundheit, ökonomisch)	
Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit Lebenskrisen	

TAB. 3	Fragen zur Feststellung eines familiären Hilfsbedarfes
1. Psychosoziale Belastungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es etwas, das ihnen Sorgen bereitet? • Wünschen Sie hierbei Unterstützung? • Haben Sie Kontakt zu anderen Eltern mit kleinen Kindern? 	
2. Regulationsstörungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sehr häufig schreit oder unruhig ist? • Wie klappt es mit dem Füttern, mit dem Schlafen? • Finden Sie (beide BZP) ausreichend Schlaf und Ruhe? 	
3. Postpartale Depression	
<ul style="list-style-type: none"> • Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufiger niedergeschlagen oder bedrückt? • Bereiten Ihnen Dinge/Aktivitäten weniger Freude, die Sie sonst gerne hatten? 	

TAB. 4	Das Ausreifen einer emotionalen Stabilität ist bedroht bei
Fehlen von Geborgenheit und Zuwendung	
Anhaltend ausbleibender positiver Bestätigung	
Vernachlässigung	
Unangemessener sozialer und/oder kognitiver Förderung (Forderung)	
Gefühlsmässig kühler Beziehungsgestaltung der BZP	
Unangemessener Sicherung materieller/körperlicher Bedürfnisse	
Unzureichender Ernährung und/oder Pflege	

sprach, Spiel, (kurzer) Trennung, Grenzsetzung usw., die mindestens einen Monat angedauert haben.

Und so leicht lässt sich ein positives Selbstbild entwickeln (Tabelle 5).

Bei Kindern, die solche Resilienz-bildende Förderung und Unterstützung nur in geringem Masse erfahren haben, besteht fast regelhaft eine Gefährdung der (vor)schulischen Integration und Partizipation, die wiederum Lern- und Entwicklungsprozesse in der Schule erst möglich machen. Eine hohe Partizipation ist am wich-

TAB. 5 Förderung eines positiven Selbstbildes

Ungeschuldete, bedingungslose Liebe
Wertschätzung als gleichrangiger Partner
Echtheit und ehrliches Interesse der BZP
Autonomie versus ständige Kontrolle („Hubschrauber-BZP“)
Vertrauen in dieses einzigartige Kind
Anregung und Unterstützung geben, zur freien Entfaltung einer eigenen, originellen Persönlichkeit
Verlässlich Sicherheit und Geborgenheit spenden
Zulassen von Gefühlen (der eigenen wie der des Kindes)

tigsten für Kinder denen droht, durch Leistungsprobleme, niedrigen sozialen Status oder andere unvorteilhafte Merkmale/Voraussetzungen an den Rand gedrängt zu werden. Fast regelhaft entwickelt sich dann ein negativer Teufelskreis. Und Partizipation kann nur bei Anwesenheit gelingen.

Daher gilt es, alle Formen des Schulabsentismus besonders ernst zu nehmen! Jedes schulmeidende Verhalten sollte als Ausdruck einer ernsthaften Lage verstanden werden, die in der Regel ohne äussere Hilfe nicht zu bewältigen ist. Eine Tabuisierung ist ebenso wenig hilfreich, wie die so häufige Bagatellisierung, denn immer drohen Gewöhnungsprozesse, die sich mit der Länge der Fehlzeiten zu verselbständigen pflegen. Der Hausarzt ist prädestiniert, hier das einzig erfolgversprechende Therapie-Modell einer Kooperation zwischen Eltern/Kindern, Schule und Arzt zu initiieren und vital aktiv zu halten. Optimal wäre es natürlich, wenn durch präventive Schritte – z. B. durch gezielte Lernunterstützung und eine Stärkung sozialer Integration und Bindungen (spätestens in der Primarstufe, besser bereits im Vorschulbereich) ein Schulabsentismus verhindert werden könnte. Dies gilt für alle drei wesentlichen Formen solcher Schulmeidung.

Schulabsentismus vermeiden

Bei der Schulphobie liegt das Problem nicht in der Schule, sondern in Belastungen des familiären Umfeldes (s. o.). Ein hieraus sich entwickelndes Schutz- und Schonverhalten der BZP – oft von hoher Empathie und Zuneigung geprägt, aber auch vom „Nichtloslassenkönnen“ – induziert Trennungsgängste. Diese Kinder werden uns zumeist mit typischen somatischen Beschwerden wie Kopf-, Bauchschmerzen, Schwindel vorgestellt. Bei den oft sozial unsicheren, schüchternen, gewissenhaften, eher übertrieben angepassten Kindern imponiert ein hoher Leidensdruck und der dringende Wunsch, die Schule zu besuchen. Oft hatten massive Trennungsprobleme bereits im Kindergartenalter bestanden. Die BZP fallen auf durch Hyperprotektion, manchmal auch einer ambivalenten Einstellung zur Schule. Bei einer (v. a. wiederholten) „Krankschreibung“ des Kindes droht der oben beschriebene, sich ständig verstärkende Teufelskreis.

Bei der zweiten Form, der Schulangst ist die Ursache in der Schule zu finden. Überforderungssituationen (z. B. durch den falschen Schultyp), Mobbing-Erfahrungen, gefühlte oder echt erlebte Misserfolge induzieren auf den Schulunterricht bezogene angstbesetzte Situationen. Präsentiert werden uns auch diese Kinder mit somatischen Beschwerden, die oft täglich vor dem Schulbesuch einsetzen und die fast stets am Wochenende, während der Freizeit, in den

Ferien verschwinden. Es besteht in der Regel ein massiver Leidensdruck. Die Motivation zum Schulbesuch ist deutlich.

Ein besonders gravierendes Problem stellt das Dissoziale Schulmeiden dar, das „Schulschwänzen“ im umgangssprachlichen Sinn. Im Mittelpunkt steht die fehlende Motivation zum Schulbesuch. Man trifft sich lieber mit Freunden, stromert mit diesen oder allein durch die Gegend – und das eher mit Lustgewinn, niemals mit Leidensdruck. Fatal ist, dass oft auch bei den BZP kein solcher existiert, was den Erfolg von Interventionen massiv behindert, oft sogar die Einleitung solcher. Eine ebenso problematische Form des Schulmeidens kann ein exzessiver, „suchthafter“ Mediengebrauch induzieren, verbunden mit mehr oder weniger ausgeprägter sozialer Isolierung, mit einem sich mehr und mehr von Realem entfernenden Alltagsleben, in dem auch die Schule keinen Platz mehr findet. Als hilfreich können sich therapeutische Kooperationen erweisen: bei einem schulfernen Status zumeist des gesamten Lebensumfelds, oft verstärkt durch ein dissoziales Spektrum – mit der Schulleitung, dem Klassenlehrer, aber auch der Jugendhilfe. Bei einer primär emotionalen z. B. angstbesetzten Problematik, kann die Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologen hilfreich sein oder das Einschalten eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Dessen Intervention ist unumgänglich, wenn sich eine zwanghafte Unfähigkeit zum Schulbesuch fixiert hat.

Es gibt keine Massnahme, die sich effizienter, auch auf Dauer kostengünstiger auswirkt, als eine möglichst frühzeitige Prävention solcher Verhaltensstörungen, aller Formen der „new epidemics“. Hier können die beschriebenen Risiko-Parameter dem praktisch tätigen Allgemeinarzt und Internisten eine Hilfe sein, drohende Gefährdungen zu erkennen und gegen fatale Entwicklungen effiziente Gegenmassnahmen einzuleiten. Gerade wenn keine, nach jeder Geburt sicher realisierte, aufsuchende Sozialhilfe stattfindet durch kompetente, mit klaren Befugnissen versehene MitarbeiterInnen von Behörden und/oder Institutionen, die unschwer solche Risiken erkennen könnten, stehen wir Hausärzte hier in der Pflicht, vor der Aufgabe, trotz aller Einschränkungen aufgrund der Freiwilligkeit des Besuchs in unseren Praxen im weitestmöglichen Masse Sozialprophylaxe zu betreiben.

Dr. med. Ulrich Enzel

Im Eselsberg 70
D-74193 Schwaigern
dr.enzel@gmx.de

+ **Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Verhaltensstörungen bei Kindern stellen auch für die (vor-)schulische Integration ein zunehmendes Problem dar
- ◆ Eine gezielte Prävention ist die bei weitem effizienteste Massnahme zur Verhinderung solcher Störungen
- ◆ Studiengesicherte Risikoparameter erleichtern das Ermitteln diesbezüglich gefährdeter Kinder. Diese lassen sich während regulärer Praxisbesuche eruieren

Literatur:

1. Von Gontard A. (2010) Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
2. AWMF (2015) Leitlinien zur psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (52k), AWMF Nr.: 028/041
3. Papousek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg.) (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Verlag Hans Huber, Bern
4. Schlack HG, Thyen U, von Kries R (Hrsg.) (2009) Sozialpädiatrie. Springer, Heidelberg
5. Wiegand-Grefe S, Mattejat F, Lenz A (Hrsg.) (2011) Kinder mit psychisch kranken Eltern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
6. Cierpka M (Hrsg.) (2012) Frühe Kindheit 0-3. Springer, Heidelberg
7. Kißgen R, Heinen N (Hrsg.) (2010) Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Klett-Cotta, Stuttgart
8. Schlack HG (2013) Pädiatrische Primärprävention durch vorausschauende Beratung. Kinderärztliche Praxis 84: 86-90
9. Schlack HG (2013) Sozialer Status, Gesundheit und Entwicklung von Kindern. Kinderärztliche Praxis 84: 79-85
10. Korinthenberg R, Pantheliadis C, Hagel C (Hrsg) (2014) Neuropädiatrie – Evidenzbasierte Therapie. Elsevier Urban & Fischer, München