

Nowak-Vogl, M.

## **Die „Pseudodemenz“**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31 (1982) 7, S. 266-271

urn:nbn:de:bsz-psydok-29345

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		<b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b>	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . .	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . .	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . .	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei früh-kindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

# Die „Pseudodemenz“

Von M. Nowak-Vogl

## Zusammenfassung

Da meist das erste Symptom eines cerebralen Abbaus im Kindesalter ein schwerer schulischer Leistungsknick ist, darf er erst nach neurologischer Abklärung als kinderpsychiatrisches Problem oder, nicht glücklich bezeichnet, als „Pseudodemenz“ aufgefaßt werden. Er hat zwei Verlaufsformen:

- a) Das Überforderungssyndrom: Es wird zuerst in seinen sehr vielfältigen Ursachen besprochen, auf die das Kind häufig mit Regression reagiert, die ihrerseits bei entsprechender Schwere den Ausschluß einer Demenz notwendig machen kann. Abschließend werden der Verlauf und die therapeutischen Konsequenzen angeführt.
- b) Akuter Leistungszusammenbruch: Er besteht darin, daß das erreichte Schulwissen ohne erkennbaren Anlaß in solchem Ausmaß erlischt, daß auch längst beherrschte Kenntnisse völlig untersinken. Wegen der Dramatik des Geschehens wird hier die klinische Untersuchung auf ein cerebrales Geschehen wohl kaum unterbleiben.

Beide Formen der Pseudodemenz sind therapiebedürftig, da man nicht unbedingt mit Spontanremissionen rechnen darf und das Abgleiten in eine sekundäre Neurotisierung oder die Flucht in einen Krankheitsgewinn die Chancen einer späteren Lebensbewährung entscheidend einengen können.

---

Wenn ein Kind ein Leistungsniveau aufweist, das sich mit nachweisbaren oder wenigstens glaubhaft gemachten früheren intellektuellen Leistungen als unvereinbar erweist, muß an Dreierlei gedacht werden: An eine Simulation, an einen echten cerebralen Abbauprozess oder an ein Zustandsbild, das griffig, aber nicht ganz glücklich als „Pseudodemenz“ bezeichnet wird.

Da die Simulation im allgemeinen nicht einmal von einem Erwachsenen über längere Zeit erfolgreich durchgehalten werden kann, liegt das Schwergewicht der Differentialdiagnose nur zwischen einem echten und einem durch ein kinderpsychiatrisches Zustandsbild vorgetäuschten Abbauprozess.

Ausgelöst werden solche Überlegungen meistens anhand der Schulleistungen, da diese im Unterricht einer beständigen Beobachtung und Beurteilung unterliegen und dadurch für einen Vergleich sozusagen harte Daten zu liefern vermögen. Dabei spielte bis vor kurzem die weitgehend affektfrei und nach sachlichen Kriterien ausgerichtete Benotung eine relativ brauchbare Grundlage.

Heute hat sich das entscheidend geändert. Es gibt oft in der gleichen Schule sowohl Lehrkräfte, die die Klassifizierung, solange sie noch besteht, als realistische Beurteilung auffassen, als auch solche, die grundsätzlich keine negative Note mehr geben, so daß das Kind also regelmäßig aufsteigt. Problematisch wird die Situation, wenn sich dazu der Wechsel einer Lehrkraft, des Schultyps oder der Schule addiert

und weder Eltern, noch Kinder, noch die jetzigen Lehrkräfte auf das plötzlich offenkundig zutage liegende und katastrophale Leistungsdefizit gefaßt sind und es sich also überhaupt nicht zu erklären vermögen.

So kommt es etwa vor, daß ein Volksschulkind, dessen Lehrer ihm „keine Chance verpatzen“ wollte und es mit guten Noten weitergab, im Gymnasium total danebensteht. Kommt es zu einer Rücksprache mit den bisherigen Lehrkräften, ist das Rätsel natürlich sofort gelöst. Ähnliche Schwierigkeiten treten bei der Einschulung auf. Es gibt Kindergärtnerinnen, die sich ihres Urteils und der damit verbundenen Verantwortung entschlagen und für sich behalten, daß das Kind aufgrund seiner schwachen Begabung für eine Regelschule nicht in Frage kommt. Die Eltern aber beschuldigen, wenn die Schwierigkeiten beginnen, das kinderfeindliche Schulumilieu oder die wie immer geartete Lehrkraft oder weisen eben, einem heutigen Trend folgend, auf die Möglichkeit einer Erkrankung hin, wobei dann anamnesticke Hinweise hochgespielt werden und sich der Arzt Angaben gegenüber sieht, die tatsächlich an eine cerebrale Erkrankung denken lassen. In solchen Fällen sind dann die schriftlichen Unterlagen, also bei älteren Schülern frühere Hefte, oft der einzig sichere und reale Hinweis auf einen Leistungsabfall.

Da es aber nur wenige und überaus seltene cerebrale Abbauprozesse gibt, möchte man meinen, daß die Differentialdiagnose zwischen einem echten und einem nur vorgeäuschten cerebralen Abbau trotz allem nicht schwerfallen dürfte. Tatsächlich erwachsen aber immer wieder quälende Schwierigkeiten.

Denn es gibt weder eine routinemäßige Untersuchungsmethode, mit der man ein beginnendes hirnanorganisches Geschehen schnell und einfach ausschließen könnte, noch eine „typische“ Anamnese, da es neben eminent chronischen auch relativ akut verlaufende Erkrankungen gibt, die Abbauprozesse auslösen. Wir müssen in Rechnung stellen, daß selbst besorgteste Eltern bei einem schleichenden Beginn weder spontan noch auf gezielte Befragung hin irgendwelche Angaben machen, die auch nur irgendwie alarmierend sind. Und wir müssen darauf gefaßt sein, daß bei Kindern mit häufigem Pflegewechsel selbst wichtige Erkrankungen wie Encephalitiden einfach unerwähnt bleiben. Und schließlich werden wir es wahrscheinlich immer häufiger erleben, daß Eltern beim Schulversagen so sicher an eine rein psychische Verursachung denken, daß sie selbst an einer Kinderpsychiatrie im Rahmen einer Klinik von körperlichen Symptomen überhaupt nicht spontan zu berichten beginnen.

Da es also weder einen verlässlichen Frühbefund noch eine tragfähige Anamnese gibt, darf man bei keinem Kind mit einem glaubhaften Leistungsknick die Möglichkeit eines somatischen Geschehens kurzerhand zur Seite schieben.

Erst wenn man diesbezüglich beruhigt ist, wird man ausschließlich an ein psychisches Geschehen denken dürfen, das einen Abbauprozess bloß vortäuscht. Ich möchte dabei

nicht auf die sehr seltene kindliche Schizophrenie mit ihrer ganz anders gelagerten Problematik eingehen, wohl aber auf die zunehmend häufige Überforderung, die sowohl ohne als auch mit neurotischer Verarbeitung auftreten kann und auf ein Zustandsbild, das man am ehesten als plötzlichen Zusammenbruch der intellektuellen Leistungsfähigkeit charakterisieren könnte.

### A) Das Überforderungssyndrom

Obwohl das Pochen auf Überforderung im Alltag zu einem erfolgreichen Schlagwort geworden ist, hinter dem sich meist nicht mehr als höchstens eine subjektive Überlastung verbirgt, muß man beim Kind, obwohl es seine Situation meist überhaupt nicht artikulieren kann, bei der heute allseits strapazierten schulischen Überforderung mit heftigen Dekompensationserscheinungen rechnen. Dabei erweist es sich als nötig, den Pauschalbegriff einer Überforderung genauer zu hinterfragen.

#### 1. Ursachen der Überforderung

a) Es gibt Kinder, die sogar in dem Schultyp, der ihnen gemäß ist, erheblich überfordert sind, z. B. wegen einer wie immer gearteten anderweitigen Überlastung. Diese kann in einer fehlenden häuslichen Betreuung bestehen, in besonders strapaziösen Fahrschülerbedingungen, nach interkurrenten Erkrankungen, die Lernlücken hinterließen und natürlich auch in chronischen Erkrankungen, wie Anämien und dergleichen. Auch hat man bei berufstätigen Müttern mit einer Überlastung im Hinblick auf die häusliche Mithilfe zu rechnen. Solche Überforderungen wird es immer geben – wichtig ist nur, auch solche relativ einfache und leicht durchschaubare Zusammenhänge nicht zu übersehen.

b) Eine weitere Gruppe von Überforderungen wächst aus einer unglücklichen Wahl des Schultyps. Nicht wenige Eltern wollen ihren Kindern eine bessere Ausbildung zukommen lassen, als sie sie selber hatten, wobei der Wunsch sie dazu verführt, die geistige Leistungsfähigkeit ihrer Kinder zu überschätzen. Auch haben sie meist keinen wirklichen Einblick in die Anforderungen der von ihnen gewählten Schulart. Wahrscheinlich werden wir mit dieser Gruppe von Überforderungen immer häufiger zu tun haben, wenn die Tendenz zur Gesamtschule und zur Integration weiterhin anwächst.

c) Eine weitere Gruppe überforderter Schüler resultiert aus der Tatsache, daß Teilleistungsschwächen verschiedener Art eine wirklich gemäße schulische Eingliederung erheblich verzögern oder erschweren. Um die umstrittene Legasthenie nicht wieder zu strapazieren und einmal von einer Leistungsstärke zu sprechen, ist zu bedenken, daß sehr schwach begabte Kinder, falls sie ein gutes Gedächtnis und eine gute Arbeitshaltung haben, eine erste Volksschulklasse mit ausgezeichneten Noten abschließen können, trotzdem aber bereits ab der zweiten oder dritten Klasse dem Unterricht in der Regelschule einfach nicht mehr zu folgen vermögen, weil das Verstehen des Gelernten im Gegensatz zum Festhalten des Gebotenen von Schuljahr zu Schuljahr mehr Raum einnimmt. Bis aber sowohl die Eltern als auch die Lehrer diese

gänzlich unerwartete Wendung in der Leistungsfähigkeit des Kindes erfassen, sieht es sich selbst einer hoffnungslosen Überforderung ausgeliefert.

d) Als vierte Gruppe sind die in der Vorschulzeit überschätzten Kinder anzuführen. Bei ihnen vereinen sich oft Altklugheit, rasche Auffassungsgabe, schnelle Reaktionsweise und instinktsichere Einführung in den Partner zu einer Mischung, die zwar von erfahrenen Kindergärtnerinnen meist durchschaut wird, aber in den Eltern und in der Umgebung des Kindes die Hoffnung auf großartige Schulleistungen weckt. Haben diese Kinder dann, wie es häufig der Fall ist, weder Arbeitshaltung noch Frustrationstoleranz, so werden die sachlichen Anforderungen eines Schulbetriebs für sie rasch zu einer unerträglichen Überforderung.

e) Man sollte auch nicht jene Kinder vergessen, die, meist als Einzelkinder aufgewachsen, die Einpassung in ein sachliches Milieu vor dem Einschulen nicht zu erlernen vermochten. Sie benötigen die ersten Schulmonate, um hierin Erfahrungen zu machen und zu verarbeiten und sind von diesem sozialen Lernprozeß derart okkupiert, daß ihnen zum Erwerb des Schulstoffs kaum noch Kraft bleibt. Sie sind dann oft trotz ausreichender Intelligenz durch diese doppelte Anforderung überlastet. In diesem Zusammenhang ist auch der Sprung von der Volksschule in die AHS zu sehen, weil es nicht wenige Kinder gibt, die in den ersten Monaten allein durch die Umstellung auf die neuen Verhältnisse, den Lehrerwechsel, die erwartete Selbständigkeit usw. derart beansprucht sind, daß der Unterrichtsstoff daneben im Schatten steht. Wenn sie sich dann nach einigen Monaten zurecht gefunden haben, sehen sie sich bereits einem solchen Wissensrückstand gegenüber, daß sie in ihrer Entmutigung auch nicht auf ihr gediegenes Volksschulwissen zurückzugreifen vermögen.

f) Weiters gibt es Kinder, die sich selbst aus Angst vor Klassenwiederholungen oder Rückversetzungen in einen anderen Schultyp in einen erheblichen Schulstreß hineinmanövrieren. Daß diese Entwicklung bei an sich vorhandenem Ehrgeiz leichter in Gang kommt, liegt auf der Hand. Zudem gibt es Kinder, die die Erwartungshaltung der Eltern internalisieren, also deren Ehrgeiz in ihr eigenes Lebenskonzept derart einbauen, daß sie sich wie durch ihren eigenen Ehrgeiz selbst überfordern, übrigens eine Konstellation, die therapeutisch besonders große Probleme aufwirft.

g) Schließlich ist noch an Kinder mit Depressionen zu erinnern. Wie man weiß, sind sie kaum imstande, ihre Befindlichkeit auszudrücken, so daß die Diagnose, wenn überhaupt, oft über minimale psychische oder psychosomatische Klagen aufgerollt werden muß. Wenn sie aber nicht gestellt und dem Kind dementsprechend nicht geholfen wird, sieht es sich einem ihm selbst ganz rätselhaften Leistungsabfall ausgeliefert, in dem es tatsächlich den Anforderungen nicht zu genügen vermag. So gerät es in die subjektiv ja richtige Meinung, einfach überfordert zu sein.

h) Schließlich sind die in der Literatur häufig genug beschriebenen Kinder zu erwähnen, die in die Problematik ihrer primären Neurose so verstrickt sind, daß sie den Schulstoff nicht aufzunehmen vermögen, was natürlich ebenso wie bei der Depression zu einer sekundären Überforderung führen muß.

## 2. Abwehrmechanismen bei Überforderung

Alle diese Überforderungen erwecken natürlich primär keineswegs den Verdacht auf einen cerebralen Abbau. Wohl aber lösen sie im Kind Abwehrmechanismen aus, die ihrerseits zu relativ wenigen, in ihrer typischen Ausprägung recht gut bekannten Erscheinungsbildern führen. So kennt man das Ausweichen in Clownerien und in Überkompensationen, die Verschiebung der Geltungsansprüche und dergleichen. Jedoch ist für unsere Blickrichtung nur derjenige Abwehrmechanismus von Bedeutung, der psychoanalytisch als Regression bezeichnet wird und deshalb in seiner Symptomatik Parallelen aufweisen muß zu dem differentialdiagnostisch so schwer ausschließbaren Bild einer Demenz.

Daß von allen Abwehrmechanismen der der Regression relativ häufig eintritt, dürfte mehrere Gründe haben.

a) Jede Anforderung, vor die sich ein Kind gestellt sieht, bedeutet, daß es die transitorische Geborgenheit seiner augenblicklichen Situation verlassen sollte, um das Neue zu wagen. An sich ängstliche oder bereits überforderte Kinder scheuen nicht selten instinktiv davor zurück, möchten auf ihrer Entwicklungsstufe beharren oder gar sicherheitshalber auf eine frühere zurückkehren, die sich als ungefährlich anbietet.

b) Daß die Stellung in der Geschwisterreihe Regressionen geradezu nahelegt, hängt damit zusammen, daß dem älteren Kind die Vorteile einer früheren Entwicklungsstufe beim jüngeren Geschwister vordemonstriert werden, so daß es in Versuchung gerät, sich mit ihm zu identifizieren.

c) Und schließlich mag die Regression ihre Wechselbeziehungen zum Totstellreflex haben, der als eine den tierischen Reaktionsmustern angehörige Verhaltensweise – übrigens ebenso wie der Bewegungsturm – gerade Kindern noch sehr häufig zur Verfügung steht. Daß sich von hier aus dann der Blick auf die in der früheren Literatur als Hysterie benannten Verhaltensweisen öffnet und damit zum telephrenen, also zweckgerichteten Verhalten, paßt dann durchaus in das Bild der Pseudodemenz: denn gerade damit, daß man durch die Einstellung aller Aktivitäten die Diskrepanz zur überfordernden Leistung demonstriert, erstrebt und erreicht man ja den Zweck, künftig mehr geschont zu werden.

d) Daß aber bei der Wahl regressiver Verhaltensweisen oder des Totstellreflexes neben konstitutionellen Gegebenheiten auch entwicklungsbedingte Strebungen eine Rolle spielen, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

## 3. Erscheinungsbild der Regression

Wie sieht nun eine solche Regression auf schulischem Gebiet, also eine solche „Pseudodemenz“, aus?

Obwohl anfänglich meist partiell, ist mit der Ausbreitung auf größere Wissensgebiete zu rechnen. In der Praxis heißt das, daß zwar zuerst ein Versagen nur in bestimmten Fächern auftritt, wobei man natürlich die sich anbietenden Fakten je nach Gegebenheit dafür verantwortlich macht: Einen didaktisch unbefriedigenden Unterricht, affektive Diskrepanzen mit der Lehrkraft, das veraltete Schulsystem mit lebensfremden, nicht entwicklungsgemäßen Anforderungen, aber auch spezielle Begabungsmängel bis hinunter

zur vielstrapazierten Teilleistungsstörung. Aber noch immer wird niemand einen cerebralen Abbau ins Kalkül ziehen.

Jedoch kommt es oft rasch zu einer Ausweitung des Leistungsabfalls, und zwar meist zuerst in jenen Fächern, in denen die gleiche Lehrkraft unterrichtet, und das kann für Volks- und Sonderschüler bereits die überwiegende Mehrheit der Unterrichtsstunden sein. Schließlich aber dehnt sich der Leistungsabfall dann auf die ganze Lernsituation aus. Die wenigen Wochen bis Monate, in denen das geschieht, sind dann die Zeitspanne, die sich durchaus mit einem cerebralen Abbauprozess in Einklang bringen ließe. Und daß anfänglich nur ein Teilgebiet gestört schien, spricht ebenfalls nicht gegen eine Demenz, weil sich erfahrungsgemäß auch beim Erwachsenen die ersten Anzeichen auf bestimmte Lebensbereiche zu beschränken pflegen.

Relativ einheitlich ist auch das Bild, das sich bei genauerer Differenzierung zeigt: Das Wissen, das noch abrufbar ist, besteht im allgemeinen aus vollständigen Kenntnissen, die allerdings weit unter dem bereits erreichten Niveau liegen. So erlebt man etwa in Mathematik, wo sich der Stoff griffig abgrenzen läßt, daß bei einem dreizehnjährigen Schüler die Gleichungen, das Bruchrechnen und Flächen- und Körperberechnungen vollkommen untergesunken erscheinen, als hätte er nie etwas davon gehört, während z. B. Multiplikationen und Divisionen noch voll präsent sein können. Nur sehr selten begegnet man einem gänzlichen Vorbeireden am Lernstoff, das dann in etwa an einen Ganser erinnern mag und damit den Verdacht einer Demenz eher vermindert.

## 4. Ablauf des Überforderungssyndroms

Ob nun ein Kind früher als die Eltern spürt, daß seine Leistungsfähigkeit erschöpft ist, oder ob es das erst durch ihm relativ unerwartete Noten erfährt, ändert wenig.

a) Zuerst kommt es zur Entmutigung, die sich in Unlustgefühlen und Ausweichphänomenen darstellt. Das Kind schiebt die entsprechenden Aufgaben stets zur Seite, bis die Zeit fehlt, sie noch sachgemäß zu erledigen, klagt über seine mangelnde Begabung dafür, über den schlechten Unterricht oder über andere Störfaktoren – immer aber ist sich das Kind seiner Schwierigkeiten bewußt. In diesem Stadium kommt es dann im allgemeinen zu vermehrtem Druck von seiten der Eltern und der Schule, und natürlich haben diese Maßnahmen ihren guten Sinn, weil dadurch eben doch gelegentlich erzwungen wird, daß ein Lerndefizit abgebaut wird und nach dessen Beseitigung auch die Überforderung behoben ist. Weil sich solche Abläufe meist gegen Schuljahresende hin dramatisieren und die nachfolgenden Ferien sowieso die nötige Entlastung bringen, wird dieses Vorgehen wegen der Chancen, die tatsächlich darin enthalten sind, wohl weiterhin im Schulalltag der Kinder eine vielleicht sogar nötige Rolle beibehalten. Dabei spielt wohl auch die persönliche Erfahrung der Eltern eine Rolle, die im nachhinein dankbar sind, daß ihre eigenen Eltern ihnen gelegentlich beigestanden haben, solche Krisen zu überwinden und ihnen dadurch zu einem ihnen heute sehr wertvoll gewordenen Schulabschluß verhalfen.

b) Im zweiten Stadium reagiert das Kind dann auf sein eigenes Versagen mit einer isolierten neurotischen Reaktion.

Es verdrängt den Zusammenhang zwischen seinem mangelnden Einsatz und den schlechten Leistungen, macht sich und andern mit an den Haaren herbeigezogenen Begründungen etwas vor, weicht innerlich und äußerlich auf andere Lebensbereiche aus und verschreibt sich nicht selten nur deshalb irgendwelchen, ihm im Grunde belanglosen Lebensplänen, um der Schulsituation zu entinnen. In diesem Stadium werden Nachhilfe und Förderungsmaßnahmen meist als unnötige Schikane abgelehnt und erweisen sich dementsprechend auch als wirkungslos. Die in der Pflichtschulzeit dann oft unumgängliche Klassenwiederholung führt meist keineswegs mehr zum Aufholen des Versäumten, so daß die Noten im entsprechenden Bereich negativ bleiben.

c) Nach der isolierten Neurotisierung folgt meist dann eine Generalisierung der Fehlentwicklung. Die Schule wird in ihrer Gesamtheit abgelehnt, die Leistungen sinken in jedem Fach und weisen bei näherem Zusehen dann so katastrophale Mängel auf, daß sie sich durch Schulunwilligkeit allein kaum mehr erklären lassen. Das ist dann das Stadium, in dem die Eltern unsicher werden und einen Arzt aufsuchen und nun ihrerseits bemüht sind, ihren Beobachtungen im somatischen Bereich des Kindes möglichst viel Gewicht zu geben. So sieht sich der Arzt dann gelegentlich einer aus dem Kausalitätsbedürfnis der Eltern entstandenen Symptomkette gegenüber, die besonders dann, wenn der Ablauf relativ kurz ist, ein cerebrales Geschehen durchaus in den Kreis der Überlegungen zwingt. Sobald dies geschieht, steigt die besorgte Zuwendung der Eltern zum bisher gescholtenen Kind, die Leistungsanforderungen werden gründlich zurückgeschraubt und das Kind wegen seines Versagens getröstet und beruhigt. Damit ist der Weg zum vierten Stadium des Überforderungssyndroms geöffnet.

d) Das Kind wird geradezu in den Krankheitsgewinn hineingedrängt, den es sich nun zunutze zu machen pflegt. Die ärztliche Befragung führt zur vermehrten Beobachtung somatischer Abläufe, die dann in Beschwerden umgemünzt werden, wobei Kopfschmerzen, Schwindelzustände, Schlaf- und Eßstörungen im Vordergrund zu stehen pflegen. Je mehr das Interesse an solchen körperlichen Vorgängen steigt, nähert sich das Kind der Grenze der aufgedrängten Simulation, mit der es die Befürchtungen des Arztes bestärkt und bei den Eltern erreicht, daß der gewählte Schultyp nun doch plötzlich als möglicherweise zu hoch bezeichnet wird und die späteren Lebenschancen in einem andern und neuen Licht gesehen werden, und zwar im Hinblick auf die vage Hoffnung, daß das Kind eben doch nicht ernstlich krank sei, aber eben doch aus Krankheitsgründen hinter den bisher gehegten Erwartungen zurückbleibt. Das erleichtert das Ertragen der narzißtischen Kränkungen, die den Eltern in solchen Zeiten das Leben schwer machen. Die sich daran anschließenden Erleichterungen für das Kind können dann zu einer heute wahrscheinlich immer noch sehr häufigen Spontanheilung führen, so daß diese Abläufe selten klinisch in ihrem Zusammenhang durchsichtig werden. Damit ist klar, warum solche Entwicklungen in Lehrbüchern nicht annähernd denjenigen Platz einnehmen, der ihnen im Hinblick auf ihre Häufigkeit und ihre sozialen Folgen zukommen würde.

e) Nun folgt das Stadium der Therapieversuche und ihrer Probleme. Kommt es zu keiner Spontanheilung, so kann der telephrene Überbau die Diagnose einer neurotischen Entwicklung erschweren und auch in der Therapie zu einem beträchtlichen Widerstand führen. Daß selbst eine geglückte Behandlung schwerwiegende Folgen nach sich zieht, geht aus der Tatsache hervor, daß der mittlerweile versäumte Unterricht ebenso wie das verlorengegangene Lerntraining und der inzwischen in Vergessenheit geratene bereits erworbene Wissensstand neuerliche Frustrationserlebnisse auslösen und die Entwicklung nun durchaus begreiflicher Regressionen anregt. Von diesem Gesichtspunkt aus dürfte man solche Therapien nur durchführen, wenn ein gleichzeitiges, mit der Therapie kombiniertes Lern- und Nachholtraining möglich ist, so daß der geheilte Patient eine reale Chance sieht, sich wieder ins Unterrichtsgeschehen einfügen zu können.

Andernfalls kann eine Therapie nicht mehr leisten als die Heilung der Neurose, aber ohne neuerliche Integration in das Schulgeschehen. Nun ist das allein auch schon ein wesentlicher Gewinn gegenüber einer neurotischen Dauerhaltung, aber dennoch verbunden mit einem Knick im schulischen Ausbildungsgang. Der Trost, daß es heute für Erwachsene nachholende Bildungswege gibt, mag dann Eltern und Kind für den Augenblick hilfreich sein, jedoch erweisen sich diese Bildungswege als derart schwierig, daß ein Rückfall in die während der Regelschule aufgetretene Symptomatik nur allzu häufig eintritt, wodurch es zu der erschreckenden Reduktion der Schülerzahl vor der Erreichung des Abschlusses kommt.

## B. Der akute Leistungszusammenbruch

Dieses Zustandsbild scheint in der Fachliteratur noch weitgehend zu fehlen. Möglicherweise könnte seine Darstellung eine Diskussion in Gang bringen, die seine Erfassung konkretisiert.

Wir selbst stießen erstmals auf einen solchen Leistungszusammenbruch, als uns ein sehr gut bekanntes Heim einen zehnjährigen Buben brachte, der im Gesamtspekt keineswegs unterbegabt wirkte, sich aber in der Schule immer schon als erheblich leistungsbehindert erwiesen hatte. Nun versicherte uns derselbe Lehrer, der das Kind bereits jahrelang kannte und förderte, durchaus glaubwürdig, daß der Bub am Ende des vergangenen Schuljahres wirklich den Rechenanfordernissen einer zweiten Volksschule so entsprach, daß er eine mindestens durchschnittliche Note verdient hatte.

Solange zu Beginn der dritten Klasse die bisherigen Rechnungen wiederholt wurden, schien alles gut zu gehen. Als dann aber der eigentliche Lehrstoff begann, zeigte sich etwas Merkwürdiges. Natürlich hatte der Lehrer damit gerechnet, daß dieses Kind einer speziellen Betreuung bedürfen würde und auch damit, daß etwa zwei Schuljahre nötig sein könnten, um den neuen Stoff wirklich zu beherrschen. Er hatte aber nicht damit gerechnet, daß das Kind plötzlich nicht nur den Stoff der zweiten Klasse, sondern auch den der ersten Klasse völlig verloren zu haben schien. Wir bekamen es in einem Zustand, in dem nicht einmal mehr Rechnungen im

Zahlenraum 5 gelöst werden konnten. Nach Ausschluß einer Simulation und eines Totstellreflexes und dem in diesem Alter sowieso kaum anzutreffenden Bild eines Gansers begannen wir uns ernsthaft mit der Frage nach einem cerebralen Abbauprozess zu beschäftigen, da uns das Bild für eine Regression viel zu dramatisch erschien. Bedenklich stimmte in diesem Fall noch ein im vergangenen Sommer im Elternhaus durchgemachter Virusinfekt, über den trotz aller Bemühungen nichts Griffbares zu eruieren war.

Abgesehen davon, daß alle auf einen organischen Abbauprozess gezielten Untersuchungen negative Ergebnisse brachten, schien uns der Gesamtverlauf auch dagegen zu sprechen. Schließlich blieb kein Zweifel, daß das möglicherweise im rechnerischen Denken besonders gestörte Kind durch den besonders liebevollen und geduldigen Unterricht und durch seine eigene ehrgeizig-bemühte Arbeitshaltung das Lernziel der zweiten Klasse gerade noch zu erreichen vermochte, allerdings aufgebaut wie ein Kartenhaus, das eben noch hielt.

Als nun im weiterführenden Unterricht sozusagen eine weitere Karte aufgelegt wurde, brach trotz aller Vorsicht des mit dem Kind völlig vertrauten Lehrers das Kartenhaus einfach zusammen, wobei alles, aber auch wirklich alles bisherige Wissen zerbrach. Der Therapie erwuchs damit die Aufgabe, den Rechenstoff von Grund auf neu aufzubauen, diesmal aber *vor* Überschreitung der äußersten Belastbarkeit aufzuhören, um nur mehr das bereits Erreichte zu festigen – eine Vorgangsweise, die sich dann auch tatsächlich bewährte.

Natürlich mußte man sich hüten, aufgrund einer solchen Schilderung sozusagen ein neues Krankheitsbild zu kreieren, wenn sich nicht unwillkürlich Erfahrungen hinzufügen würden, die uns allen aus der Praxis durchaus geläufig sind, nämlich die Probleme, vor die uns die Legasthenie stellt. Gerade die Ganzheitsmethode, die meines Erachtens zu Recht in die Überlegungen über dieses Zustandsbild einzu beziehen ist, hat zu dem bei Schulerfahrenen durchaus bekannten Ergebnis geführt, daß manche Schüler, etwa solche mit einer Schwäche der optischen Gestaltauffassung, die ersten Wörter zwar willig mitlernten und, solange sie wirklich genügend geübt wurden, auch leidlich behielten, aber dann plötzlich nicht mehr mitkamen. Je mehr die optischen Bilder der neuen Wörter ähnlich zu werden begannen, um so aussichtsloser wurde sowohl die Chance, sie zu unterscheiden wie auch die Hoffnung, sie dennoch zu erraten. Und schließlich brach das Gelernte ganz zusammen: auch die bereits erlernten Wörter wurden nicht mehr erkannt. Am damaligen Pädagogium wurde deshalb im didaktischen Unterricht auf die Gefahr des zu raschen Vorgehens mit besonderem Nachdruck hingewiesen. Das Zustandsbild, das wir als akuten Leistungszusammenbruch bezeichnen, ist also dem Schulpädagogen durchaus längst bekannt, wenn er auch damals keinen Grund sah, Ärzte oder Psychologen beizuziehen, weil er sich selbst dafür verantwortlich wußte.

Wahrscheinlich liegt einer der Gründe, warum man sich doch endlich von der isolierten Bevorzugung der Ganzheitsmethode abgewandt hat, gerade in dieser Erfahrung, da eine solche Krise beim synthetischen Lesenlernen unbekannt war.

Bei dieser Unterrichtsmethode hat sich das Kind ja nur 24 Zeichen einzuprägen, mit denen es dann alle Wörter lesen kann und bei der das Nachtrainieren einzelner schwierigerer Buchstaben keinerlei häusliche Probleme aufwirft. Derzeit wird eine Kombination beider Methoden bevorzugt, ein Vorgehen, das anfänglich aufs schärfste abgelehnt worden war. Dies scheint sich insofern zu bewähren, als solche Leistungszusammenbrüche jetzt aus dem Unterrichtsgeschehen wieder weitgehend verschwunden sind.

Trotzdem sehen wir alljährlich das eine oder andere Kind im zweiten oder dritten Schulbesuchsjahr, das trotz früherer positiver Lesenote überhaupt nicht mehr lesen kann, weder Buchstaben noch Wörter. Das Hauptproblem im nachholenden, fast nur an einer Krankenhausschule durchführbaren Unterricht besteht meist darin, daß das Kind seit dem Zusammenbruch des so mühsam Erlernten derart entmutigt ist, daß es sich aus Furcht vor neuerlichem Versagen von vorne herein gegen den Unterricht stemmt. Deshalb ist es günstig, daß man ein ganz anderes didaktisches Vorgehen wählt, um zum Ziel zu kommen, also etwa bei einem Kind, das mit der Ganzheitsmethode und Schreibschrift begann, mit einer Blockbuchstabenfibel auf rein synthetischem Weg. In der Regel kommt es dann in zwei bis drei Monaten zu solchen Fortschritten, daß sich die immer bereits schon erwogene, wenn nicht mittlerweile durchgeführte Überstellung in die Sonderschule erübrigt.

Natürlich kann man dann im nachhinein leicht die Sicherheit gewinnen, daß keinerlei organische Verursachungen am Leistungszusammenbruch beteiligt waren. Jedoch wäre es leichtfertig, sich bei einem so dramatisch beginnenden Zustandsbild, das unmittelbar an eine Demenz denken läßt, auf eine langwierige Behandlung einzulassen, ohne vorher eine strikte neurologische Abklärung durchzuführen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es nicht vertretbar ist, einen nachweislich schweren Leistungsdruck eines Kindes kurzschlüssig als heute übliches Schulproblem zu deklarieren und den entsprechenden Auffangstellen, also dem Betreuungslehrer, dem Schulpsychologischen Dienst oder einer nichtärztlichen Erziehungsberatungsstelle zu überlassen. Denn erst nach Ausschluß einer cerebralen Erkrankung, einer beginnenden Schizophrenie, einer Depression oder einer primären, in die Dekompensation rutschenden Neurose, sind psychotherapeutische oder sonstige Maßnahmen an der Reihe.

Dann aber sind sie auch ernsthaft zu erwägen, statt leichtfertig auf Spontanremissionen zu vertrauen. Denn wenn sie nicht oder nicht bald eintreten, liegt die besondere Gefahr weniger darin, daß die Zeit und die Möglichkeit einer geordneten Schul- und Berufsausbildung vertan wird, weil es ja immer noch in den späteren Jahren den wenn auch viel schwierigeren zweiten und dritten Bildungsweg gibt und überdies auch die Chance, die jedem Tüchtigen selbst ohne Schulzeugnisse winkt. Vielmehr geht es darum, daß die Schule neben der Vermittlung von Kenntnissen die Arbeitshaltung zu entfalten hat. Wenn dieses Training durch ein verfrühtes Zurückweichen vor Anforderungen und Anstrengungen unterbleibt, gleichgültig, ob dies im einzelnen durch eine Entmutigung oder die Spekulation auf Krankheitsge-



winn geschieht, ist ganz allgemein die spätere Lebensbewältigung in Gefahr.

Von diesem Gesichtspunkt aus wäre die vermehrte Zuwendung des Kinderpsychiaters zu diesem Fragenkomplex dringend zu wünschen.

### Summary

#### *The "Pseudodementia"*

Since a marked decline in school performance is only the first symptom of a decrease in cerebral functions in children, it should not be considered a case of so-called pseudodementia or a problem that has to be dealt with by the child psychiatrist before it has been proved by neurological examination.

The course of the syndrome may be twofold:

##### a) Overstrain syndrome:

First its multiple causes are discussed. To these children often react with regression, which, if severe enough, necessi-

tates the exclusion of dementia. Finally the course and therapeutic management of the syndrome are described.

##### b) Acute mental collapse:

This course is characterized by a spontaneous loss of the knowledge acquired at school to such an extent that even deep-seated knowledge cannot be reproduced any longer. In view of these striking signs a clinical examination is generally ordered as a matter of course.

Both forms of pseudodementia require therapy, since spontaneous remissions are not likely to occur. There is also the danger of a secondary neurosis or an attempt at a gain from illness, which may considerably reduce the chances of becoming a capable individual in adult life.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. M.N. Nowak-Vogl, Facharzt für Neuropsychiatrie des Kindesalters, A-6020 Innsbruck, Anichstr. 35.