

Anpassungsprobleme des anfallskranken Vorschulkindes

Von

K.-D. WAGNER und J. KÜLZ

Universitäts-Kinderklinik Rostock, DDR

(Eingegangen am 15. Juli 1974)

In der Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Verhalten des anfallskranken Kindes ließen sich durch die verschiedenen Erziehungsträger und damit unabhängig von den Umweltbedingungen stets eine stärkere Hyperreagibilität, größere Zahl von Störungen der Ablaufordnung des Denkens und häufiger soziale Anpassungsschwierigkeiten erkennen. Störungen im Leistungsverhalten traten dabei ausgeprägter als im Sozialbezug in Erscheinung.

In den Urteilen der Fachpädagogen werden aber niemals negative Eigenschaften beschrieben, die mehr als die Hälfte dieser kranken Kinder betrafen (meist nur ein Drittel). Ganz anders dagegen lagen die Prozentzahlen negativer Bewertungen in den Schätzurteilen der Bevölkerung; denn bis auf einen Fall wurden stets bei zwei Dritteln und mehr der Patienten negative Eigenschaften erwartet. Durch Einstellungsfehler und Erziehungsfehlverhalten bedingt war die Zahl der Auffälligkeiten bei den Hauskindern oft doppelt so hoch als bei den Kindergartenkindern. Durch Abbau von Fehlmeinungen und Fehleinschätzungen muß das anfallskranke Kind befähigt werden, die zu erwartenden Umweltreaktionen auf sein Verhalten mit Hilfe seiner Eltern und Erzieher konstruktiv zu verarbeiten.

Die Haltung und Reaktionsweisen eines Kindes werden wesentlich geprägt von den Forderungen und Erwartungen, die durch die Umwelt an sein Verhalten und seine Leistungsfähigkeit gestellt werden. In der Sozialrolle eines Menschen kommt die Summe der Erwartungen, die eine Gruppe in den Träger einer bestimmten Gruppenposition setzt, zum Ausdruck, und es ergeben sich beim kranken Kind je nach Art seiner Erkrankung spezifische Aspekte einer Rollenzuweisung durch seine Umwelt.

Ist die Einstellung der Umwelt zum kranken Kind positiv, können bestimmte durch die Krankheit

bedingte Leistungseinschränkungen bzw. Verhaltensmuster kompensiert werden; verhält sich die Umwelt auf die gegenüber Gesunden geänderten Reaktionsweisen falsch, entstehen negative Verstärkungssysteme. So werden z. B. die Zukunftserwartungen der Eltern, die Maßstäbe der Verhaltensbeurteilung durch den Lehrer und die Einstellung der Öffentlichkeit beim anfallskranken Kind einerseits gemessen an der »Norm« des gesunden Kindes, sie unterliegen aber andererseits den traditionellen Vorurteilen, die mit dem Begriff der epileptischen Erkrankung verbunden sind. Beide Verhaltensmuster bedingen eine Diskrepanz zwischen

der erwarteten und wahrgenommenen Rolle; im ersten Fall fehlt oft genügend Verständnis für die krankheitsbedingten geänderten Reaktionsweisen, im zweiten Fall wird die Einstellung zum Kind durch die verbreitete Annahme einer erheblichen Wesensveränderung bzw. eines deutlichen Intelligenzabbaus bei allen kindlichen Epilepsien geprägt. Der Epileptiker erlebt seine Krankheit im Spiegel seiner Umwelt und gerade dadurch ist sein Verhalten stark vom Einfluß exogener milieubedingter Faktoren geprägt.

Einstellungen zum Mitmenschen werden nicht nur durch Nachahmung, Identifikation und Belehrung erworben, sondern oft verändern Vorurteile, Beeinflussung und Nichtwissen die Handlungen eines Menschen gegenüber anderen. So lassen sich in der Einschätzung Kranker oft bestimmte Stereotype erfassen, und es gehört zum Wesen dieser Stereotype, hinter der Realität, vor allem aber hinter den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen herzuhinken. Besonders stark belastet ist der Stereotyp des »Epileptikers«. Solche von traditionellen Vorurteilen belasteten Einstellungen führen zu unbewußten Rollenzuweisungen, die oft vom Mißtrauen geprägt sind und die Entwicklung einer Außenseiterposition von vornherein begünstigen. Viele Eltern verschweigen deshalb die Erkrankung der Kinder, um solchen Fehleinschätzungen und ungerechtfertigten negativen Erwartungen zu begegnen. Oft führen das bloße Wissen um eine psychiatrische Unter-

suchung oder der Makel, mit dem eine bestimmte Krankheit belegt ist, zu abwartender Distanz, übersteigerter Kritik und erwarteter Bestätigung von Verhaltensauffälligkeiten. Die Voreingenommenheit gegenüber einem Kind führt meist auch zu einer Rangverschlechterung seiner Position in der Gruppe, erschwert seine soziale Eingliederung und kann in bestimmten Fällen durch den erlebten sozialen Mißerfolg (Nicht-alles-mitmachen-dürfen; Verspottung) reaktive Verhaltensstörungen begünstigen, die oft gar nicht als Ausdruck der Krankheit zu werten sind.

Durch Befragung von Eltern und Kindergärtnerinnen, die direkten Umgang mit anfallskranken Vorschulkindern haben, sowie anderen Personenkreisen soll einerseits eine Analyse des Rollenbildes dieser Erkrankung gegeben, andererseits typische Verhaltensreaktionen erfaßt und auf Schwerpunkte in der Auseinandersetzung des Anfallskranken mit seiner Umwelt hingewiesen werden. Aus der Untersuchung ergeben sich notwendige gesundheitserzieherische Aspekte (Aufklärung der Bevölkerung, Befähigung der Erzieher, die besonderen Reaktionen zu verstehen), die zu einer Entschärfung der Beziehungen des anfallskranken Kindes zu seiner Umwelt führen sollen.

1. Das anfallskranke Kind in der Einschätzung durch die gesellschaftliche Umwelt

a) Freie Befragung von 116 Erwachsenen über angenommene Ei-

Eigenschaften und Verhaltensweisen anfallskranker Kinder

Die Erhebung bezieht sich auf 116 Personen, davon 72 Erwachsene und 44 Schülerinnen einer medizinischen Fachschule. Von den Befragten hatten etwa 1/3 der Berufstätigen und 1/6 der Schülerinnen (insgesamt 47%) Umgang mit anfallskranken Kindern bzw. kannten solche aus eigener Anschauung. Es wurde die Beantwortung der Frage nach angenommenen Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen beim anfallskranken Kind gestellt.

Von den 116 Befragten wurden hierzu 730 Angaben gemacht. Unerwartet hoch ist die Zahl der Antworten, in denen eine negative Einschätzung zum Ausdruck gebracht wird. Die quantitative Aufschlüsselung ergab nur bei 7,3% der Antworten positive Wertungen des Verhaltens und der Leistungsfähigkeit anfallskranker Kinder. Die quantitative Aufschlüsselung der Antworten und ihre Rückbeziehung auf die Zahl der Befragten lässt die besonderen Erwartungen bezüglich des Auftretens auffälliger Eigenschaften und Verhaltensweisen durch Personen erkennen, die in ihrer überwiegenden Zahl noch kein anfallskrankes Kind gesehen haben, aber in ihrer Einschätzung dem allgemeinen Trend einer bestimmten Rollenerwartung bei diesen Kindern unterliegen und entsprechen. Über die Hälfte aller Befragten machte Angaben über anzunehmende gesteigerte Aktivität, allgemeines Unruheverhalten, geminderte Leistungsfähigkeit und erwarten von diesen

Kindern außerdem eine Angsthaltung, Kontaktstörungen und Konzentrationsherabsetzung. Noch über ein Viertel verwiesen auf Erziehungs Schwierigkeiten, geminderte Schulleistungen sowie eine erhöhte Krankheitsdisposition und körperliche Entwicklungsretardation.

Nur 15% der Befragten machten in ihren Angaben den Versuch, nach der Stärke der Anfälle zu differenzieren. Für die überwiegende Mehrzahl war allein die Tatsache der diagnostizierten Krankheit gleichbedeutend mit erheblichen Störungen und Fehlverhaltensweisen. Es wird deutlich, daß emotionelle und moralische Maßstäbe in den Antworten eingeschlossen sind. Diese überwiegend negative Sicht des »Anderen« führt im direkten Umgang auch zu einem geänderten Verhalten gegenüber dem anfallskranken Kind, das oft nicht in Form einer notwendigen Hilfe zum Ausdruck kommt, sondern in der vorsichtigen zurückhaltenden Begegnung bis zur unbegründeten Ablehnung.

b) Standardisierte Befragung von 116 Erwachsenen (Vergleich von Ausprägungsgraden vorgegebener Verhaltenseigenschaften bei gesunden und anfallskranken Kindern)

In der Einstufung subjektiv erwarteter positiver bzw. negativer Verhaltenseigenschaften im Gruppenvergleich gesunder und anfallskranker Kinder kommen bestimmte Erwartungen der Umwelt zum Ausdruck. Nach den gegebenen Einschätzungen des Verhaltens anfallskranker Kinder

durch 116 Erwachsene sollen diese meist (d. h. über 50%) undiszipliniert, ungeschickt, wenig intelligent, geistig unbeweglich und unselbständige sein; sie erscheinen überwiegend (d. h. über 75%) kontaktschwach, langsam, unkonzentriert, erziehungsschwierig und ängstlich und es wird immer (d. h. über 90%) eine hohe Labilität und Störbarkeit erwartet. Bei gesunden Kindern werden demgegenüber eigentlich selten negative Eigenschaften oder Verhaltensweisen angenommen, da die Vergleichswerte der Einschätzungen in jedem Fall weniger als ein Fünftel betrugen. Gesunde Kinder gelten eben als »gute Kinder«, anfallskranke als »schlechte Kinder«, was sich natürlich entscheidend auf ihre sozialen Beziehungen auswirkt.

Mit Hilfe eines Polaritätsprofils wurden weitere assoziative Bezüge in der Einstellung zum anfallskranken Kind erfaßt (Einordnung der nach Ausprägungsgraden geschätzten Eigenschaften auf eine Reihe von Polaritäten). In der Auswertung von je 115 Einzelprofilen lassen sich diese Unterschiede zwischen dem Stereotyp des anfallskranken und gesunden Kindes deutlich erfassen. Der Gesamtcharakter des Typenbildes »anfallskrankes Kind« ist allgemein dadurch gekennzeichnet, daß in der Mehrzahl der beschriebenen Eigenschaften deutliche Störungen oder Auffälligkeiten erwartet und stets eine schlechtere Bewertung des Verhaltens dieser Kinder angegeben wird. Dem gesunden Kind werden in allen geschätzten Eigenschaften fast nur

positive Verhaltensmerkmale zugeordnet und es drückt sich in den errechneten Medianwerten bei ihnen ein hoher Ausprägungsgrad positiver Eigenschaften aus. In der beurteilten Dimension »Leistungsfähigkeit« weisen alle bei den anfallskranken Kindern errechneten Medianwerte auf die Annahme einer deutlichen Minderung, wobei die gestörten Funktionsabläufe des Denkens besonders häufig erwähnt werden (geringes Denktempo, ungenügende Flexibilität und geminderte Konzentrationsfähigkeit). Im Verhalten und in der Anpassung sind es jeweils drei der fünf erfragten Eigenschaften, in denen die erwartete Diskrepanz zwischen den kranken und gesunden Kindern als besonders stark vermutet wird. Kontaktschwäche, Ängstlichkeit und Unselbständigkeit in der Dimension der Anpassung sowie Störbarkeit, Erziehungsschwierigkeiten und Undiszipliniertheit in der Dimension des Verhaltens drücken dieses »Anderssein« des Anfallskranken in der Einschätzung der Befragten aus.

Die Unterschiede der zentralen Tendenz der Verteilung wurden mit Hilfe der χ^2 -Probe auf ihre Signifikanz überprüft. In 11 der 20 eingeschätzten Verhaltensvariablen ergaben sich hochsignifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen. In der Erwartung größerer Undiszipliniertheit, Nachlässigkeit und Streitsüchtigkeit beim anfallskranken Kind konnte die Signifikanz der Unterschiede ebenfalls gesichert werden. Nur bei fünf der eingeschätzten

Eigenschaften und Verhaltensweisen ergab sich keine Signifikanz, es wurde aber das gesunde Kind immer besser beurteilt.

c) Schlußfolgerungen

Die Modellvorstellung vom anfallskranken Kind ist im wesentlichen von negativen Zügen geprägt. Das Bild dieser Krankheit wird noch immer deutlich von altersher übernommenen, instinktiv empfundenen Vorstellungen und vor allem von Vorurteilen geprägt. Die überwiegend negative Sicht des anfallskranken Kindes in der Umwelt führt nicht zur notwendigen Hilfe, sondern zur zurückhaltenden Begegnung bis zur unbegründeten Ablehnung. Dadurch werden diese Kinder im sozialen Anpassungsprozeß erheblich zusätzlich belastet.

2. Das anfallskranke Kind in der Familie

a) Standardisierte Befragung von 100 Eltern anfallskranker Kinder nach ihren Reaktionen auf die Krankheit

Aus der Beantwortung durch die Eltern des Fragebogens, der sich mit ihren Reaktionen gegenüber dem kranken Kind befaßte, gehen bestimmte Erwartungen, Einstellungsänderungen und erzieherische Konsequenzen hervor.

In fast allen Fällen wird die Gesundheit der Patienten stärker überwacht und in drei Viertel der Fami-

lien besteht Angst vor einem erneuten Krampfanfall. Überwiegend kommt diese Angst aber bei den Hauskindern zum Ausdruck, bei denen fast jede Mutter hierzu neigte, dagegen eine wesentlich geringere Zahl von Eltern der Kindergartenkinder. Diese unterschiedliche Einstellung drückt sich auch deutlich darin aus, daß bei der Hälfte der Hauskinder die Eltern jetzt mehr Zeit für die Patienten aufbringen als für die Geschwister; bei den Kindergartenkindern dagegen nur 14 %. Ein ähnlich starker Unterschied, der auf die Überbesorgnis der Eltern der Hauskinder zurückzuführen ist, ergibt sich aus dem doppelt so oft geäußerten Wunsch, ihre Kinder noch ein Jahr vom Schulbesuch zurückzustellen zu wollen.

Einige der Konsequenzen des Verhaltens der Eltern zum kranken Kind zeugen von einer nur wenig geänderten Erziehungshaltung nach der Erkrankung, andere Reaktionen wieder lassen auf eine übersteigerte Rücksichtnahme schließen. Wenn nur 15 % der Eltern angeben, ihr Kind jetzt weniger zu bestrafen und nur 9 % es stärker verwöhnen, so scheint sich an der bisherigen Einstellung der befragten Eltern nichts Entscheidendes geändert zu haben. Die Mehrzahl der Mütter hat auch keine übersteigerte Angsthaltung entwickelt; denn in etwa nur einem Fünftel der Fälle schränken sie jetzt das außerhäusliche Spiel einschließlich des Rollersfahrens ihrer Kinder ein. Eine gewisse Sonderstellung der Patienten besteht durch die stark vertretene Neigung, ihre Ungezogenheit allein

mit der Krankheit zu entschuldigen. Somit kann insgesamt bei etwa durchschnittlich einem Viertel der Eltern eine geänderte Haltung im Sinne einer Überbehütung bzw. ein inadäquates Erziehungsverhalten erwartet werden.

b) Standardisierte Befragung von 100 Eltern anfallskranker Kinder nach beobachteten Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu gesunden Kindern

Die folgenden Ergebnisse der Befragung nach Besonderheiten des Verhaltens in der Familie geben Auskunft über den Ausprägungsgrad von Schwierigkeiten im Sozialbezug sowie über Unterschiede im Verhalten gegenüber den Geschwistern. Die deutlichsten Unterschiede in den Reaktionen unserer Patienten gegenüber den gesunden Vergleichskindern ließen sich in ihrer stärkeren Empfindlichkeit, Weinerlichkeit, Aufgeregtheit und motorischen Unruhe nachweisen (etwa die Hälfte). Die bei etwa einem Drittel der Kinder gefundene Ermüdbarkeit, stärkere Ablenkbarkeit und geringere Belastbarkeit ergibt auch Hinweise auf eine Einschränkung des Leistungsverhaltens durch diese allgemeine Hyperreagibilität. Von besonderem Interesse in der Einschätzung der Eltern ist aber der erkennbare Unterschied zwischen den Kindergarten- und Hauskindern, da die genannten Symptome bei den in der Gemeinschaft Erzogenen wesentlich weniger in Erscheinung treten. Hauskinder wiesen immer eine höhere

Zahl an auffälligen Reaktionen auf, ihr Anteil an stärkerer Aufgeregtheit, Ängstlichkeit, allgemeiner Erregbarkeit und Kontaktchwierigkeiten war stets doppelt so hoch. Daraus läßt sich mit einiger Vorsicht schließen, daß die häusliche Situation, sei es in Form der Überbehütung, sei es als Fehlverhalten auf übersteigerte Reaktionen oder als erhöhter Anspruch des Kindes an die Umwelt, das Entstehen der psychischen Auffälligkeiten deutlich begünstigt.

c) Schlußfolgerungen

Die Schwierigkeiten des anfallskranken Kindes in der Familie sind zwar durch die allgemeine Erregbarkeitssteigerung begünstigt, oft aber nicht als primäre Krankheitsfolge aufzufassen. Sie erklären sich aus dem vielschichtigen Wechselverhältnis der Reaktionen der Umwelt auf das geänderte Verhalten des Patienten, da die Erziehungshaltung meist am Bild des »normalen« Kindes orientiert ist. Die Sonderstellung des kranken Kindes ist in der Familie dadurch immer stärker ausgeprägt als in der Gemeinschaft, wovon die Behandlungsunterschiede gegenüber den Geschwistern, die größere Überbesorgtheit der Eltern und vor allem die deutlich höhere Zahl auffälliger Reaktionen Auskunft geben.

3. Das anfallskranke Kind im Kindergarten

a) Standardisierte Befragung von 100 Kindergärtnerinnen als Vergleich der Ausprägungsgrade vorgegebener

Verhaltenseigenschaften (50 anfallskranke und 50 gesunde Vorschulkinder; Polaritätsprofile)

Die Schwierigkeiten anfallskranker Kinder in der Anpassung an die Bedingungen der Gemeinschaft kommen nach Angaben der Kindergärtnerinnen vor allem im Leistungswillen und in der Aufmerksamkeitshaltung zum Ausdruck, da etwa die Hälfte der Patienten als antriebsbedürftig und konzentrationsschwach bezeichnet wurde; genau die gleichen Ergebnisse fanden wir in einer früheren Untersuchung auch bei Schulkindern (42 bzw. 52%), so daß diese Merkmale nicht erst nach längerer Krankheitsdauer, sondern schon früh in Erscheinung treten. Die schwächeren Leistungsergebnisse der Patienten beruhen oft auf dem verminder-ten Arbeitstempo (nur 2 Kinder standen über dem Durchschnitt), der verlangsamten Auffassung und einer geringen Flexibilität des Denkens. Es gelingt vielen anfallskranken Kindern nicht, ihren Auffassungsumfang den Erfordernissen der Situation entsprechend anzupassen (Denktempo, Flexibilität des Denkens, Auffassung) und den Grad ihrer psychischen Anspannung zu aktivieren (Anstrengungsbereitschaft, Mitarbeit), so daß insgesamt gesehen auch schon im Vorschulalter eine Anpassungsschwäche an die jeweilige Leistungssituation charakteristisch erscheint. Ganz anders ist in dieser Hinsicht das vergleichbare Verhalten des gesunden Kindes einzustufen; denn gerade in diesen Verhaltensvariablen werden

mit Ausnahme des Arbeitstemplos über dem Durchschnitt liegende Fähigkeiten mit einem Anteil von jeweils drei Viertel bemerkenswert hoch registriert. Die Prüfung der Nullhypothese in allen der genannten Eigenschaften ergab hochsignifikante Unterschiede. Dagegen treten die Auffälligkeiten des anfallskranken Kindes im Sozialbezug nicht so stark in Erscheinung wie ihre Besonderheiten im Leistungsverhalten, obwohl sich auch hier Unterschiede zu den gesunden erkennen ließen. Zwar wurde die Hälfte der Patienten als fröhlich (ausgeglichen bzw. kontaktfreudig) aufgeschlossen charakterisiert, aber die gesunden Vergleichskinder zu etwa 80%. Nur in der Disziplin gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

b) Standardisierte Befragung von 100 Kindergärtnerinnen in Form von Alternativfragen zum Verhalten (Vergleich 50 anfallskranker und 50 gesunder Vorschulkinder)

Die Vorschulerzieherinnen hatten einzuschätzen, ob die anfallskranken Kinder in bestimmten Eigenschaften gegenüber den gesunden Vorschulkindern deutliche Unterschiede oder stärkere Auffälligkeiten erkennen ließen. Bei über der Hälfte der anfallskranken Kinder ergaben sich, wie auch beim Verhalten in der Familie, Hinweise auf ihre besondere Reaktionslage im Sinne einer neurovegetativen Hyperreagibilität. Während nur wenige (unter 15%) Kontrollkinder sich hierin eindeutig von ihren

Altersgefährten unterschieden, wurde bei den Patienten in jedem zweiten Fall eine schnellere Ermüdbarkeit, geringere Belastbarkeit und gesteigerte Erregbarkeit bemerkt; etwa ein Drittel von ihnen war unruhig, erziehungsschwierig, ängstlich und aggressiv. In allen genannten Eigenarten ergab der Gruppenvergleich signifikante Unterschiede, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau.

Über die standardisierten Fragebögen hinaus hatten die Vorschulerzieherinnen die Möglichkeit, auch Angaben zu Besonderheiten des Verhaltens (Störungen oder Auffälligkeiten) zu machen. Solche Feststellungen wurden bei zwei Dritteln der anfallskranken Kinder (33 Patienten) und bei einem Drittel der gesunden getroffen. Auch hierbei fanden wir wieder eine doppelt so hohe Belastung der Patienten vor, deren Ausmaß noch verstärkt wird, da bei ihnen 79 Einzelangaben (\varnothing 2,4) nur 22 bei den Kontrollkindern (\varnothing 1,3) gegenüberstehen. Aufgegliedert auf verschiedene Untersuchungsbereiche ergaben sich im psychosozialen Bereich und auf dem Leistungssektor die größten Unterschiede, sie blieben aber auch im somatischen Bereich statistisch bedeutungsvoll. Anfallskrankte Kinder zeigten deutlich mehr Eßstörungen, Miktionssstörungen und Schlafstörungen. Sie fielen durch Weinerlichkeit, inadäquate Reaktio-

nen, überformten Trotz und Streitlust auf und ließen im Leistungsbe- reich eine deutliche Antriebsherab- setzung, Sprunghaftigkeit und Er- müdung erkennen. Wenn auch sicher keine Vollständigkeit in der Aufzäh- lung vorliegt, so sind diese erwähnten Auffälligkeiten als dauernd in Er- scheinung tretend durchaus reprä- sentativ anzusehen.

c) Schlußfolgerungen

Unterschiede des Verhaltens an- fallskranker und gesunder Vorschul- kinder in der Gemeinschaft kommen vor allem in ihrer Hyperreagibilität, in Störungen der Ablaufordnung des Denkens und — wenn auch nicht so ausgeprägt — in ihrer geminderten sozialen Anpassungsfähigkeit zum Ausdruck. Die Besonderheiten in der Ablaufordnung des Denkens weisen auf eine Diskrepanz zwischen An- spruchsniveau und Verwirklichungs- möglichkeiten sowie auf einen Zu- sammenhang zu antriebsdynamischen Verläufen. Die mangelnde Anpas- sung an die Sozialsituation wird durch inadäquate Reaktionen und übersteigertes Verhalten begünstigt, und es sind in der besonders auffal- lenden geringeren Anstrengungsbe- reitschaft und den Aufmerksamkeits- störungen auch schon im frühen Alter Ursachen und Bedingungen späterer Schulschwierigkeiten und Lernstö- rungen erkennbar.

Doz. Dr. päd. habil. K. D. WAGNER
Universitäts-Kinderklinik
Rembrandtstr. 16/17
25 Rostock 1, DDR