

Das „Frühkindliche psycho-organische Syndrom“ POS – ein Auslaufmodell (von Dr.med. Th.Girsberger, 4410 Liestal)

Einleitung

Seit Beginn seiner kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeit, d.h. seit ca. 25 Jahren, befasste sich der Autor schwerpunktmässig mit der Diagnose und Therapie von POS-Kindern. Auf Grundlage dieser langjährigen klinischen Erfahrung wurde die Diagnostik immer mehr zu einer Routine-Angelegenheit und die Verdachtsdiagnose wurde anhand von Anamnese und klinischem Erstinterview im Familien-Kontext gestellt. Kognitive Tests (insbesondere der HAWIK-III) sowie eine klinische Beurteilung von neurologischer Reife und Motorik lieferten die für eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV) als Geburtsgebrechen zusätzlich benötigten Fakten.

Die Grundpfeiler der POS-Diagnose sind gemäss Invalidenversicherung Störungen in folgenden 5 Bereichen:

- ❖ Verhalten (emotionale und Verhaltensstörungen)
- ❖ Antrieb (Hyperaktivität oder Hypoaktivität)
- ❖ Erfassen (Wahrnehmungsstörungen bzw. umschriebene kognitive Defizite)
- ❖ Konzentration
- ❖ Merkfähigkeit

Die eigene klinische Untersuchung erbrachte auch noch andere Befunde, die oft beobachtet werden konnten, und die in der Symptomliste der IV nicht vorkommen:

- ❖ Auffälligkeiten in Grob-, Fein- oder Visuomotorik
- ❖ Auffälligkeiten im kommunikativen bzw. Beziehungsbereich:
 - ausweichendes Verhalten bei Begrüssung und Abschied, ausweichender Blickkontakt
 - distanzloses Verhalten
 - Einwegkommunikation: schlechtes Zuhören und Tendenz zu langfädigem Monologisieren
 - Vorliegen von Interessengebieten, die mit ungewöhnlicher Intensität verfolgt werden und mit einer Vernachlässigung von Schule und anderen Pflichten einhergehen
- ❖ Viele der untersuchten Kinder wiesen keine typische Hyperaktivität auf, es wurde sogar oft geschildert, dass sie sich über längere Zeit ausgesprochen in etwas vertiefen können, vorausgesetzt, dass es ihren Interessen entspricht.

Vom POS zum ADHS

Das POS ist eine Diagnose, welche in der Schweiz vor ca. 50 etabliert wurde. Im internationalen – englischsprachigen – Kontext sprach man von „Minimal brain dysfunction“. Diese Konzepte beruhten lange auf der Annahme, dass dem Störungsbild eine minimale Hirnschädigung zugrunde liegt. Die klinische Erfahrung wie auch wissenschaftliche Studien zeigten aber je länger je mehr, dass dieses Konzept nicht aufrechterhalten werden konnte. Bei einer Mehrzahl von POS-Kindern konnten in der Anamnese keine Hinweise für eine prä-, peri- oder postpartale Hirnschädigung gefunden werden. Vielmehr einigte man sich schliesslich darauf, dass genetische Ursachen in der Ätiologie des POS die Hauptrolle spielten.

Als sich in neuerer Zeit auch im Bereich der Psychiatrie und Kinderpsychiatrie internationale Diagnosesysteme durchzusetzen begannen (DSM-IV bzw. Kapitel V des ICD-10), wurde in der Schweiz der Begriff POS schleichend durch den Begriff ADHS ersetzt. Bei genauerem Hinsehen erweist sich dieses Vorgehen als höchst fragwürdig:

Der Diagnose-Katalog des POS umfasst 5 verschiedene Symptomgruppen und es werden zur Erhebung der Diagnose neben Störungen von Antrieb, Konzentration und Merkfähigkeit auch Störungen im kognitiven und emotionalen Bereich gefordert. Dies entspricht in der Begrifflichkeit des ICD-10 einer *tiefgreifenden Entwicklungsstörung*.

Das ADHS hingegen ist eine rein beschreibende Diagnose und bezieht sich lediglich auf die Symptomgruppen Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität, wobei, je nach Subtypus, nur 2 dieser Kategorien erfüllt sein müssen. Manfred Döpfner, einer der führenden Experten auf diesem Gebiet, nennt denn auch in einer seiner neuesten Publikationen das ADHS eine *umschriebene Entwicklungsstörung* !
(1)

Analyse des POS-Standardwerks von L. Ruf-Bächtiger

Die Basler Kinderärztin L. Ruf hat wohl den Begriff des POS in der jüngsten Vergangenheit mit Ihrem Standardwerk (2) massgeblich geprägt. Sie vertritt klar das Konzept einer leichten Hirnschädigung, die sich dann in der kindlichen Entwicklung so auswirkt, dass gewisse Hirnfunktionen langsamer reifen. Diese unreifen Hirnfunktionen sind dann ihrerseits die Erklärung für eine Vielzahl von Symptomen in den Bereichen Sprache, Motorik, Kognition, Emotionen, Sozialverhalten, usw.

L. Ruf ist unbestritten eine Klinikerin mit immenser Erfahrung und viele ihrer Beschreibungen sind sehr präzise und plausibel und ihre vielfältigen therapeutischen Ratschläge sehr hilfreich.

Dennoch krankt ihr Konzept der Hirnschädigung und der unreifen Hirnfunktionen an einer ganz wesentlichen Schwäche: ihre Ausführungen sind überwiegend Postulate und Hypothesen und beruhen nicht auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen.

Zudem bringt L. Ruf ihr eigenes Konzept in Widersprüche, wenn sie – von einem klinischen Standpunkt aus zu Recht – darauf hinweist, dass POS-Kinder auch viele positive Eigenschaften haben. Nach Meinung des Autors ist es nämlich beim besten Willen nicht plausibel, warum eine Hirnschädigung auch positive Fähigkeiten hervorbringen soll. Vielmehr ist das Nebeneinander von Teil-Defiziten und Teil-Fähigkeiten gerade eines der Hauptmerkmale von Autismus-Spektrum-Störungen. Wobei hier ätiologisch nicht von einer Hirnschädigung sondern von einer genetischen Variante ausgegangen wird. Autistische Menschen sind nicht krank, sie sind und denken v.a. *anders*. Und dieses Anderssein ist sowohl mit Defiziten wie oft auch mit besonderen Fähigkeiten verbunden.

Im folgenden werden nun selektiv jene Symptome und Eigenschaften des POS aus der Schrift von L. Ruf zitiert, die nach neuester Forschung als ganz typisch für Kinder aus dem Autismus-Spektrum gelten:

- Dyspraxie (S.42)
- Schwierigkeiten mit Raumerfassung und Entwicklung des Körperschemas (S.44)
- Vegetative Störungen (S.53)

- Unreife Affektsteuerung (S.59)
- Fehlende Bereitschaft, Erlebnisse mitzuteilen: „weil es ihm uninteressant erscheint, etwas mitzuteilen, das er schon weiss.“ (S.59)
- Nicht-erkennen von sozialen Regeln, Egozentrismus: „weil sie sich nicht in die Rolle des anderen versetzen können.“ (S.60)
- Sonderinteressen: „bei Hobbys können sie sich bestens konzentrieren, nicht aber bei Schulaufgaben.“ (S.62)
- Kleinkindliche Essgewohnheiten (S.62)
- Geringe Stresstoleranz (S.63)

Positive Eigenschaften:

- Ausserordentliche Sensibilität (S.63)
- Grosse Begeisterungsfähigkeit (S.63)
- Eigene Ziele unbeirrt verfolgen: „sie haben deshalb nicht selten Hobbys, in denen sie kleine Meister sind.“ (S.63)
- Originelle Problemlöser (S.63)
- Trotz psychischer Unreife erstaunlich reife seelische Einsichten (S.63)

Auszüge aus einer Symptomliste des ADS (ohne Hyperaktivität)

In einer der neuesten Ausgaben der Elpost (Publikationsorgan der Organisation ELPOS) wird ausführlich auf das ADS ohne Hyperaktivität eingegangen. Zwei Autoren (Ryffel, Simchen) beschreiben darin aus ihrer Sicht die Besonderheiten, die gerade Kinder mit ADS ohne Hyperaktivität auszeichnen. (3) Dies ist deshalb aufschlussreich, weil Kinder mit ADS schlecht in die herkömmlichen Konzepte von POS und ADHS passen. Es werden nun wiederum selektiv jene Symptome und Eigenschaften zitiert, die als charakteristisch für Kinder aus dem Autismus-Spektrum gelten:

- Eigenwillige Trink- und Essgewohnheiten
- Zeichen von Selbststimulation (Nägelkauen, Haare drehen)
- Dickköpfigkeit, kein Lernen aus Erfahrungen
- Schreien bei Überreizung / Überforderung
- Immer wieder die gleiche Kassette hören wollen
- Automatismen müssen viele Male eingeübt werden
- Spielen der immer wieder gleichen Rollenspiele
- Überforderung und Rückzug in Spielgruppe / Kindergarten
- Sich stundenlang in etwas vertiefen können
- Fein- und grobmotorische Schwierigkeiten
- Grosse Probleme im Umgang mit Kritik
- Reaktive Bauch- und Kopfschmerzen
- Wenig Kontakt mit anderen Kindern, alleine spielen
- Emotionale Steuerungsschwäche
- Probleme bei der Trennung von Bezugspersonen

Vom POS zu den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

Nach Meinung des Autors wurden insbesondere in der Schweiz neuere Erkenntnisse in Zusammenhang mit dem Autismus-Spektrum (bzw. den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen) lange ignoriert. Da mit dem POS vertraute Fachleute sehr

gute klinische Beobachter waren und sind, haben sie viele der von ihnen festgestellten Symptome, die nicht zur traditionellen Liste des POS gehören, einfach „vereinnahmt“ und die Symptomliste des POS sukzessive erweitert. Das Autismus-Spektrum wurde so vom POS bzw. vom ADS einfach „geschluckt“. Dies ist aus verschiedenen Gründen fragwürdig und für die Betroffenen schädlich.

Die Lösung des Problems besteht vielmehr darin, dass:

1. der Begriff POS, der ja in keiner Weise mit dem ICD-10 oder dem DSM-IV kompatibel ist, als historisch überholt bezeichnet wird und verlassen werden muss.
2. die Diagnose AD(H)S auf das beschränkt wird, was sie sinngemäss ist: eine *umschriebene* Entwicklungsstörung.
3. alle jene Kinder, die Defizite in verschiedenen Entwicklungsbereichen aufweisen, den *tiefgreifenden* Entwicklungsstörungen bzw. dem Autismus-Spektrum zugewiesen werden. Nach neuesten Studien beträgt die Prävalenz dieser Störungen immerhin ca. 1%. (4)

Es handelt sich bei dieser Umbenennung von diagnostischen Kategorien keineswegs um eine rein akademisch-wissenschaftliche Frage. Die Verwendung des Begriffs POS ist deshalb zunehmend schädlich, weil er einseitig zu medizinisch geprägten Behandlungskonzepten (Medikamente, funktionelle Therapien) führt. Solche medizinischen Massnahmen (Terminologie der IV) können im Einzelfall durchaus sinnvoll sein. Bei all den Kindern aus dem Autismus-Spektrum bleiben aber andere zentrale Massnahmen auf der Strecke: Behandlung und Unterstützung im Bereich der sozialen und emotionalen Defizite, spezifische individuelle und integrative Programme im Bereich der Schule.

Literaturliste:

- (1) Döpfner M. in: Pressemappe zur Pressekonferenz des zentralen adhs-Netztes zum Thema „ADHS und Schule“ vom 09.06.2009
- (2) Ruf-Bächtiger L., Das frühkindliche psycho-organische Syndrom. Minimale zerebrale Dysfunktion. Diagnostik und Therapie. Thieme 1987
- (3) Ryffel, Simchen, in elpost Nr. 37/2009
- (4) Baird, G., et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215