

Praxis der Diagnostik und Ergotherapie emotional gestörter Kinder und Jugendlicher

J. Junglas

Viele Kinder und Jugendliche, die wegen Schulleistungsproblemen oder mit somatischen Beschwerden in die Praxis kommen, sind im Grunde »gemütskrank«. Spätestens, wenn sie immer wieder mit verschiedenen Beschwerden erscheinen oder kein Ratschlag, keine Therapie richtig zu überzeugen vermag, ist eine weitergehende Diagnostik der gefühlsmäßigen Gegebenheiten eines Kindes oder Jugendlichen angezeigt.

Um in der großen Fülle emotionaler Phänomene den Überblick zu behalten, brauchen wir ein Raster, mit dem wir überprüfen, *welche* emotionalen Qualitäten *wie* gestört sind. Die psychopathologischen Befunderhebung durch den Facharzt ist sicher die beste Methode, um festzustellen, ob ein Kind emotional krank ist. Für die klinische Routine verfügen wir aber über eine Reihe von Fragebögen, die schon recht gut die Abschätzung der Belastung oder die mangelnde Reife eines Kindes in seinen emotionalen Fähigkeiten erlaubt, wenn sie auch der fachlichen Interpretation bedürfen.

Eigen- und Fremdeinschätzung heranziehen

Üblicherweise werden für die Beurteilung der psychischen Gegebenheiten eines Kindes oder Jugendlichen Eigeneinschätzungen und Fremdeinschätzungen durch die Eltern und andere Bezugspersonen, zum Beispiel Erzieher und Lehrer, herangezogen. Dabei gilt es immer, mehrere Ebenen der Betrachtung zu unterscheiden:

1. Die Verhaltensbeurteilung
2. Die Psychopathologie

3. Die Persönlichkeits-/Vulnerabilitätsstruktur
4. Die globale psychosoziale Anpassung und
5. Krankheitserleben, Beziehungs- und (innerpsychische) Konfliktstrukturen.

Verhaltensbeurteilung

Zur Einschätzung des Verhaltens eines Kindes oder Jugendlichen liegen der Elternfragebogen für Kinder von 4–18 Jahren (CBCL – Child Behavior Check List), der Jugendlichenfragebogen für 11–18jährige (YSR – Youth Self Report) und der Lehrerfragebogen (TRF – Teacher Report Form) vor (1).

Die Fragebögen sind parallel konstruiert und erlauben so einen Vergleich der Eigen- und Fremdeinschätzung eines Kindes. Das Verhalten eines Kindes in folgenden acht Skalen kann so schnell überblickt werden: Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depression, soziale Probleme, Denkprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, delinquentes Verhalten und aggressives Verhalten. Es liegen Normwerte vor, bei deren Überschreiten gesagt werden kann, daß das betreffende Kind ein in diesem Bereich »auffälliges Verhalten« zeigt, also ein vom Durchschnitt deutlich abweichendes Verhalten.

Im allgemeinen schätzen Eltern die Probleme schwerwiegender ein, als die Kinder. Lediglich in der Skala »Angst/Depression« ist dies meist umgekehrt; diese typisch »internalen« Probleme werden von der Umgebung weniger bemerkt und erschließen sich erst durch die Mitteilung des Kindes selbst.

Diese drei Fragebögen werden weltweit als Screeninginstrument eingesetzt und sind für eine Basiseinschätzung sehr

geeignet. Unterschiedliche Einschätzungen zwischen Kind, Eltern oder Lehrer erlauben Annahmen über unterschiedlich angepaßtes Verhalten beziehungsweise unterschiedliche Erwartungen daran, wie sich ein »normales Kind« verhalten sollte.

Psychopathologische Einschätzung

Um eine Entscheidungsgrundlage zu haben, ob bei dem Kind eine Abweichung vorliegt, die Krankheitswert hat, und entsprechend eine Behandlung angezeigt ist, ist eine Einschätzung durch die Verhaltensfragebögen nicht ausreichend. Der Facharzt ist hierzu speziell trainiert. Es liegen halbstandardisierte Interviewleitfäden vor, die dem Arzt helfen sollen, nichts wesentliches zu übersehen (2).

Für die klinische Routine haben wir einen Fragebogen entwickelt, der für Kinder ab dem Alter von 11–12 Jahren eingesetzt werden kann. Der Fragebogen liegt als Selbsteinschätzungsbogen (SAPa,cs – Self Assessment Psychopathology Adolescents, cardinal symptoms) und Fremdeinschätzungsbogen (PAPa,cs – Parents Assessment Psychopathology Adolescents, cardinal symptoms) (3) vor.

Die insgesamt 191 Fragen erfassen den gesamten Bereich möglicher psychopathologischer Veränderungen, so daß nur sehr seltene Störungen, die der Einschätzung des Spezialisten verbleiben, nicht angesprochen werden. Die insgesamt 19 Skalen, auf denen die Ausprägungen festgehalten werden können belegen Abweichungen, die den Verdacht auf behandlungsbedürftige psychische Abweichungen untermauern. Starke Ausprägungen auf den Skalen

Bewußtsein, Gedächtnis, Entwicklung, Motorik, Sprache und Aktivität und Aufmerksamkeit weisen auf Störungen hin, die im Kern hirnnorganisch bedingt sind, also auch einer neurologischen Abklärung bedürfen. Die Skalen Mißempfindungen, Essen und Verdauung und Ausscheidungen und Schlafen erfassen Befindlichkeitsstörungen, die häufig sowohl bei psychosomatischen Störungen als auch bei schweren psychischen Störungen wie zum Beispiel Psychosen vorliegen können.

Die Skalen Wahrnehmung, formales Denken, inhaltliches Denken und Ich-Funktionen (Meinhaftigkeit) erfassen schwerwiegende psychische Veränderungen, die den Verdacht auf eine Psychose begründen und genauerer Abklärung bedürfen. Die Skalen Angst, Zwang und Depression erfassen emotionale Qualitäten, bei deren gehäuftem Vorliegen die entsprechenden Störungsbilder vorliegen. Nicht selten werden diese Störungen übersehen oder als »normal« abgetan.

Die Skalen Affeksteuerung, Antrieb, Kontaktverhalten, Aggression, Sozialverhalten (Über-Ich) und Sexualität erfassen Bereiche, die im Kindes- und Jugendalter häufig problematisch sind. Ob die Ausprägung dieser Störungen Krankheitswert hat, sollte überprüft werden. Handelt es sich um stabile Muster, so liegt der Verdacht auf eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung vor. Zeitlich umschriebenes Auftreten dieser Abweichungen kommt unter anderem im Zusammenhang mit affektiven Störungen (z.B. Depression) vor.

Persönlichkeitsstruktur beziehungsweise Vulnerabilität

Die Einschätzung der Psychopathologie ist wichtig, um entscheiden zu können, ob die Abweichungen bei dem Kind/Jugendlichen Krankheitswert haben und eine Behandlung angeboten werden sollte oder nicht. Ob eine Therapie bei einem Kind/Jugendlichen Aussicht auf Erfolg hat und welche the-

rapeutische Strategien sinnvoll sind, entscheidet sich nach unserer Einschätzung wesentlicher anhand seiner Persönlichkeit als seiner aktuellen psychischen Abweichung. Die Einschätzung der Belastungsfähigkeit beziehungsweise Verletzlichkeit eines Kindes/Jugendlichen ist notwendig, um den Patienten nicht durch die Therapie zu überfordern.

Die Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES, KJ) (4) erlaubt die Einschätzung von »Neurotizismus« im Sinne einer emotionalen Labilität sowie »Extraversion« im Sinne von Wunsch nach Geselligkeit und Aktivität.

Der Angstfragebogen für Schüler (AFS) (5) erlaubt die Einschätzung typischer Schülerängste. Die vier Skalen (aufgrund von Selbsteinschätzungen) heißen: Manifeste Angst, Prüfungsangst, Schulunlust und soziale Erwünschtheit. Unter »sensation seeking« (6) (etwa: Reizgier) wird ein Persönlichkeitszug verstanden, der sich in die Unterskalen Angstlust und Abenteuersuche, Nonkonformismus (immer etwas Ungewöhnliches machen), Hemmungslosigkeit und Langeweileintoleranz aufgliedert.

In vielen Untersuchungen wurde belegt, daß Kinder, die hier starke Ausprägungen zeigen, also einen ungesund riskanten Lebensstil pflegen, ein deutlich erhöhtes Risiko für dauerhafte Drogenprobleme zeigen.

Menschen unterscheiden sich darin, ob sie glauben, sie gestalten ihr Leben selbst oder ihr Leben wird vom Schicksal oder von anderen Personen bestimmt. Eine externe Kontrollüberzeugung (»locus of control«) wandelt sich häufig im Verlauf einer erfolgreichen Psychotherapie in eine interne Kontrollüberzeugung. Mit dem Fragebogen Kontrollüberzeugung für Beschwerden und Probleme (KBP) (7) kann die Kontrollüberzeugung eines Kindes/Jugendlichen ermittelt und im Therapieverlauf kontrolliert werden.

Einschätzung der sozialen Schwierigkeiten

Ein Kind/Jugendlicher kann eine eindeutige psychische Störung haben, ohne daß er selbst oder seine Umgebung eine Einschränkung seiner Beteiligung am sozialen Leben sehen.

Krankenbehandlung ist in der Regel aber nur angezeigt, wenn die Behandlung hilft, nicht nur individuelles Leiden zu mildern, sondern auch die Wahrnehmung sozialer Aufgaben (Schule, Familie) wiederherzustellen.

Die Einschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung durch Psychiater und Ergotherapeuten bleibt oft grob und vom Patienten nicht unwidersprochen. Wir haben hierzu einen kurzen Fragebogen vorgelegt (»Globale psychosoziale Anpassung«) (8) der als Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen vorliegt.

Damit kann die psychosoziale Anpassungsproblematik in vier wesentlichen Bereichen eingeschätzt werden: Soziale Kompetenz, Selbstverwirklichung, Beziehung zu Erwachsenen und Beziehung zu Gleichaltrigen. So können soziale Problemkreise eingegrenzt und gezielt angegangen werden.

Einschätzung von Therapiebedingungen

Für die Gestaltung längerfristiger Behandlungen ist die Beurteilung spezifischer Faktoren, die den Therapieverlauf beeinflussen unerlässlich: Fühlt sich der Patient krank? Wie schwer? Erlebt er einen Leidensdruck? Worunter leidet er?

Welche Beziehungserfahrungen hat er? Wie erlebt er sich selbst und seine Beziehungspartner typischerweise? In welche Konflikte gerät er häufig mit seiner Umgebung oder mit sich? Welche Konfliktlösungsstrategien bevorzugt er? Inwieweit hat er ein Gefühl für seine eigene Persönlichkeitsstruktur? Welche Persönlichkeitszüge glaubt er selbst bestimmen zu können?

Die frühzeitige Reflexion dieser Fragen können den Therapeuten vor überhöhten Erwartungen und Enttäuschungen schützen und so die therapeutische Geduld fördern.

Ist die emotionale Problematik eine Folge anderer Probleme?

Emotionale Störungen können Folge anderer Probleme sein. Wenn dies vorliegt ist zunächst die andere Problematik zu behandeln, bevor eine Therapie der emotionalen Problematik intensiv begonnen wird. Die Sichtung der Schulnoten und die Durchführung eines Intelligenztests (HAWIK-III, K-ABC) (9, 10) führen zur Klärung, ob das Kind sich in der Schule über- oder unterfordert. Beide Gegebenheiten führen fast unausweichlich auch zu emotionalen Verwerfungen. Ein Intelligenztestergebnis gehört daher immer zur Diagnostik.

Spezielle Test der motorischen Entwicklung (KTK, FEW) (11, 12) sowie der Aufmerksamkeitsleistung (d2, FAIR) (13, 14) erlauben den Ausschluß einer motorischen Entwicklungsstörung beziehungsweise Aufmerksamkeitsstörung, die nicht selten vom Betroffenen selbst nicht gewußt wird und deren Aufdeckung das Kind deutlich entlasten kann. Ein vollständiger interner und neurologischer Befund, gegebenenfalls die Durchführung eines EEG ist häufig sinnvoll.

In der Praxis noch nicht routinemäßig angewandt, aber oft sinnvoll, sind Hormonspiegelbestimmungen. So wirken Veränderungen in der Schilddrüsenhormonsekretion auf Antrieb und innere Anspannung, die Sexualhormone auf gesteigerte Aggressivität (Testosteron) und depressive Verstimmungen (Östrogene).

Therapeutische Leitlinien

Ist die emotionale Problematik eines Kindes/Jugendlichen klarer, kann man die Hilfe besser auf die Bedürfnisse des

Kindes/Jugendlichen abstimmen. Im folgenden gebe ich einige Grundannahmen wieder, die sich in der Praxis als wesentlich herausgestellt haben. Selbstverständlich müssen diese dem Einzelfall angepaßt werden.

Form wichtiger als Inhalt

Es ist nicht so wichtig, was Sie mit dem Kind machen, ob Sie mit ihm spielen, mit ihm singen, mit ihm malen, oder mit ihm sprechen; viel wichtiger ist die Art und Weise wie Sie dies tun. Drängen Sie sich auf? Wollen Sie das Kind dominieren? Schwingen Sie mit dem Kind oder muß das Kind mit Ihnen schwingen?

Tun Sie es laut oder leise? Machen Sie es langsam oder schnell? Verschiedene Kinder brauchen Verschiedenes. Die Art und Weise, wie Sie sich auf das Kind einstimmen ist entscheidend.

Raumgestaltung wesentlich

Wenn ein Kind in Ihren Raum kommt, wird es sich gegebenenfalls mehr für den Raum als für Sie interessieren. Denn wie ein Mensch haust, wie er sich in der Welt einrichtet, wie es ihm gefällt, so wird auch das Kind entscheiden, ob es in diesem Raum (wenn auch nur zeitweise) sein will.

Eine klare, ruhige, warme Gestaltung ist hilfreich. Ein überladener Raum mit vielfältigen Ablenkungsmöglichkeiten erschwert den Therapieverlauf.

Handeln wichtiger als Reden

Die Bewegung führt direkt zur E-Motion, das Gerede führt davon weg und aktiviert die Hirnrinde, die emotionales Lernen beeinträchtigen kann. Tun kann weniger lügen als Worte. Kontrollieren Sie nicht zu viel! Eine angedeutete Geste kann besser verstanden werden als eine Grundsatzrede.

Überlegen Sie sich am Ende oder außerhalb der Stunde, was Sie beide getan haben. Lassen Sie Raum für stille Aktion.

Rhythmisierung der Stunde

Gefühle sind rhythmisch. Achten Sie auf eine natürliche Rhythmisierung der therapeutischen Stunde: Lassen Sie sich beide ankommen – dasein und wieder gehen.

*Alle Affekte sind erlaubt –
aber nicht alle Handlungen!*

Der gesunde Mensch entwickelt eine breite Affektivität – alle menschlichen Affekte sind ihm möglich. Leicht kann eine starke affektive Erregung in eine unmittelbare Handlung, ohne Beteiligung des Verstandes umschlagen: die Affekttat. Ein Mensch, der seine Affekte unmittelbar ausleben muß ist unfrei. Ihm fehlt die Möglichkeit, zu entscheiden, ob ein bestimmter Affekt (z.B. Wut) zu einer bestimmten Handlung führt oder nicht.

Daher freuen wir uns über jeden Affekt, den uns unsere Patienten zeigen, auch wenn sie unangenehm sind. Wir tadeln aber unüberlegte schädigende Handlungen, die fälschlicherweise mit dem Affekt begründet werden in dem Sinn: Ich mußte das tun!

*Was lustig ist wird oft gemacht,
was blöd ist machen wir nicht mehr*

Im Zustand angenehmer Lust lernen wir im Alltag am besten. Wenn wir einem Kind/Jugendlichen helfen wollen, ein Verhaltensmuster zu ändern, gelingt dies deutlich besser, wenn das neue Verhaltensmuster lustvoller erlebt wird als das alte. Vertraute Verhaltensmuster sind jedoch mit einem Gefühl angenehmer, sicherer Bekanntheit verbunden, während neue Verhaltensmuster Ängste erwecken.

Die Gestaltung der Begegnung als angenehm-lustvoll ist daher sinnvoll an sich, da dies die Voraussetzung für Veränderungen von Verhalten und Einstellungen grundsätzlich unterstützen. Lob für Anstrengungen ermöglichen manchem Kind erst die Anstrengungen für die Veränderung auf sich zu nehmen. Wird der Kontakt als unange-

nehm erlebt (egal ob vom Patient oder Therapeut) lohnt es sich nicht, einfach weiter zu machen.

Der Weg ergibt das Ziel

Ein zu sehr auf ein Ziel geplantes und durchgeführtes Handeln widerspricht der emotionalen Welt. Wichtiger als das Ziel ist das Hier und Jetzt, das freie Spiel. Die Funktionalität der Affekte ist das Ziel in sich. Nicht das wir lachen können über oder zu etwas, sondern das Lachen ist der Behandlungserfolg.

Wenn Affekte fehlen ...

... sollten wir dies bemerken und gestört bedauern. Emotional gestörte Kinder/Jugendliche haben ihre Affekte kontrollieren gelernt. Nicht selten so stark, daß sie bestimmte Affekte bei sich gar nicht mehr kennen oder die Stimmigkeit der Affekten im Alltagsfluß nicht mehr erspüren können. Hier müssen wir Ihnen helfen. Wenn ein Kind zum Beispiel eine sehr traurige Geschichte ohne Anzeichen von Trauer erzählt, dürfen wir das bedauern. Denn schlimmer noch als die Geschichten sind die Schäden im Affektsystem der Patienten – auch wenn wir deren Haltung im Einzelfall gut nachempfinden können.

Auf emotionale Reizbedingungen achten

Kaum etwas ist emotional neutral; alles entwickelt daher Wirkung im therapeutischen Prozeß, die wir kennen sollten.

Neben dem Raum begegnen wir uns mit unserem Outfit (Kleidung und Körperpflege). Mitbringsel von Patienten sind wesentliche Bedeutungsträger. Gesten (reich oder arm) und Mimik (stereotyp oder passend) enthalten das Alphabet emotionaler Kontaktnahme.

Elternarbeit

Die Arbeit mit den Eltern ist um so unerlässlicher, je jünger das Kind/der Jugendliche ist. Die Eltern sind die

ersten, die auf die emotionalen Signale der Kinder reagieren und diese auch bewerten. Reagieren die Eltern nicht auf die emotionalen Signale der Kinder, so wird deren emotionales System verunsichert. Ob der Wutausbruch angemessen war oder nicht, ob das Lachen hämisch oder wohlwollend war, erfährt das Kind zunächst von den Eltern.

Die spezifische Abstimmung zwischen Mutter und Kind führt bei Kindern, die in den emotionalen Fähigkeiten eingeschränkt sind, zu einer »Interaktionspersönlichkeit«. Das heißt Mutter und Kind verstehen sich ohne Worte, aber sonst versteht keiner das Kind. Eine solche Konstellation ist quasi eine emotionale Behinderung des Kindes; die therapeutische Erweiterung der emotionalen Fähigkeiten des Kindes kann hier sehr hilfreich sein.

Gute Eltern, die dem Kind bei seiner Entwicklung helfen, sind ausgeglichen und zufrieden. Wenn wir wollen, daß die Entwicklung des Kindes von den Eltern unterstützt werden soll, dann sollten wir uns überlegen, wie wir den Eltern helfen können, daß sie sich nicht überfordern und sich selbst gegenüber gnädig in der Bewertung bleiben, ob sie gute oder schlechte Eltern sind.

Nicht selten fühlen sich Eltern für ihr Kind im Sinne eines »Erziehungsproduktes« voll verantwortlich. Hier ist es hilfreich, wenn man den Eltern vermittelt, daß jedes Kind eine eigene angeborene Persönlichkeitsanlage hat, die im Zweifel die weitere Entwicklung des Kindes wesentlich bestimmt als ein »richtiges« oder »falsches« Erziehungsverhalten der Eltern.

In ihrem Bemühen, ihrem Kind zu helfen, können Eltern sich selbst vergessen. Eltern die zu Therapeuten mutieren sind nach meiner Einschätzung immer »schlechte Eltern«. Kinder brauchen von sich selbst überzeugte, subjektiv richtig handelnde Eltern, um sich an diesen zu strukturieren. Eltern, die zu sehr die Meinung von Experten übernehmen oder Zuhause das fortsetzen wollen, was in den Therapiestun-

den ihnen gezeigt wurde, werden sich bald überfordern und geraten in die Gefahr den Kindern als Leitfiguren verloren zu gehen.

Anforderung an Therapeuten

Die Arbeit mit emotional gestörten Kindern und Jugendlichen stellt spezifische Anforderungen an den Therapeuten: Wesentliche Grundregel ist die Vermeidung von »expressed emotion«. Darunter verstehen wir eine kritisch-bewertende Haltung, die den Patienten immer wieder auf seine Fehler hinweist. »Expressed Emotion« ist als wesentlich schädigender sozialer Einfluß bei einigen psychischen Störungen identifiziert worden. Der Verzicht auf »expressed emotions« ist nicht leicht und muß geübt werden. Eine entsprechende Supervision ist hilfreich.

Alle affektiven Äußerungen des Therapeuten sollten dosiert erfolgen. Wildes Ausleben von Affekten zerstört die Möglichkeit im Patienten sein eigenes Affektsystem in Ruhe zu ordnen und einer affektiv funktionierenden Persönlichkeit (dem Therapeuten) anzugleichen. Als Therapeuten müssen wir peinlich darauf achten, keine aufkommende Erregung zu forcieren! Erregungssteuerung ist für die meisten emotional gestörten Kinder und Jugendliche ein zentrales Problem. Um die Affektivität differenziert zu entwickeln, muß das Kind sich sicher fühlen, die mit den Affekten einhergehenden Erregungen beherrschen zu können. Dazu braucht es Geduld mit sich selbst und ein »sich beherrschendes Vorbild«, das der Therapeut darstellen kann. Die Aufmerksamkeit liegt ständig auf dem fließenden Interaktionsprozeß. Die unserem westlichen Denken übliche Zielorientierung muß zeitweise suspendiert werden. Sie wird erst wieder bei der Rahmendiskussion (wann, wie oft, wo, wozu) eingeführt.

Der voll funktionierende Therapeut hat keine Angst vor seinen eigenen Affekten. Er muß nicht immer »lieb« zum

Patienten sein. Er darf »sauer« auf ihn sein, aber er ist dies dosiert und lässt sich nicht von positiven oder negativen Affekten überwältigen. Die Vermeidung von einzelnen Affekten oder ganzen Affektbereichen begrenzt die Möglichkeiten des therapeutischen Erfolges.

Literatur

1. Achenbach TM (1991) und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist; Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen und Familiendiagnostik. Geschäftsstelle: c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln
2. Döpfner M, Berner W, Flechtner H, Lehmkuhl G, Steinhausen HC (1999): Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Hogrefe, Göttingen
3. Junglas J (1999): Patientenfragebogen (SAPa, cs) und Angehörigenfragebogen (PAPa, cs). Bezug (ebenso wie 6, 7 und 8): Büro Dr. J. Junglas, Rheinische Kliniken, Kaiser-Karl-Ring 20, D-53111 Bonn
4. Buggle F, Baumgärtel F (1975, 2.): Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ). Hogrefe, Göttingen
5. Wiczerkowski W, Nickel H, Janowski A, Fittkau B, Rauer W (1981, 6.): Angstfragebogen für Schüler (AFS). G. Westermann, Braunschweig
6. Junglas J (1999): Vorlieben und Interessen (VIJ-S).
7. Junglas J (1999): Kontrollüberzeugung für Beschwerden und Probleme (KBP).
8. Junglas J (1999): Globale Psychosoziale Anpassung.
9. Tewes U, Schallberger U, Rossmann K (1999): Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK-III). Huber, Bern
10. Kaufman AS, Kaufman NL, dt. Melchers U, Preuß U (1994, 3.): Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC). Deutsche Version
11. Kiphard EJ, Schilling F (1974): Körper-Koordinationstest für Kinder (KTK).
12. Frostig M, dt. Lockowandt O (2000, 9.): Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW).
13. Brickenkamp R (1994, 8.): Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen
14. Moosbrugger H, Oehlschlägel J (1996): Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar (FAIR). Huber, Göttingen

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Dipl.-Psych. Jürgen Junglas
Rheinische Kliniken
Kinder-, Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn*

päd

ACC® und Sinuc®

HEXAL
Arzneimittel
Ihres Vertrauens

...bärenstark für kleine Zwerge!

BIOCUR
NATÜRLICH