

Manualtherapie bei Kindern

von Dr. med. Heiner Biedermann, Köln

Das KiSS- Konzept hat sich im letzten Jahrzehnt weitgehend durchgesetzt als Hilfsmittel bei der Diagnostik und Behandlung vieler funktioneller (früh-) kindlicher Probleme, die vordem entweder als Rätsel (z. B. Säuglingskoliken, vgl. (18)) oder als unbehandelbar und spontan verschwindend (Säuglingsskoliosen, vgl. (14)) angesehen wurden. Auch wenn heute immer noch Begriffe wie ‚Modekrankheit‘ oder ‚künstlich krank geredet‘ verwandt werden (z. B. (30)), hat doch die positive Resonanz bei den nach erfolgreicher Therapie erleichterten Eltern dafür gesorgt, dass sich der Trend kehrte. Jetzt ist eher ein Problem darin zu sehen, dass allzu inflationär und unpräzise mit diesem Begriff hantiert wird. Das geschieht mit allen neuen Konzepten, und man kann nur bis zu einem gewissen Punkt dadurch gegenhalten, dass man die vorhandene Information bestmöglich zusammenstellt. Ende März wird im Elsevier-Verlag die deutsche Ausgabe von Dr. Biedermanns Fachbuch „Manualtherapie bei Kindern“ erscheinen. Wir haben dem Autor Gelegenheit gegeben, dieses Buch vorzustellen. Insbesondere können unsere Leser bereits das Kapitel 26 „Die Erbmasse und der Weg zur Welt: Bei KiSS kooperieren Trauma und Gene“ kennen lernen.

Als die englische Ausgabe unserer Monographie zu diesem Thema im Jahr 2004 erschien, wurde bei etlichen Kommentaren die Frage gestellt, warum wir nicht erst eine Version auf deutsch präsentiert hätten. Ein Grund war die Tatsache, dass ja hier schon eine Zusammenfassung von Kongressbeiträgen vorlag (7) – die auch bis heute nichts an Relevanz eingebüßt hat. Trotzdem ist natürlich klar, dass eine solche Kompilation nicht mit einer konsequent strukturierten Monographie vergleichbar ist. So war es schon vor dem Erscheinungstermin der englischen Ausgabe klar, dass möglichst bald diese eingeforderte deutsche Version folgen sollte.

Das Manuskript der englische Version stammt aus dem Jahr 2002, da das Endlektorat und die Produktion doch sehr viel mehr Zeit in Anspruch genommen hatten als anfangs erwartet. Grund mehr, es nicht bei einer reinen Übersetzung der Texte zu belassen, sondern die in der Zwischenzeit gewonnenen Erfahrungen mit einfließen zu lassen.

Grob geschätzt ist ein gutes Drittel der deutschen Ausgabe neu geschrieben, natürlich auf der Basis der praxisbewährten Konzepte, aber eben doch aktueller und teils auch mit ‚deutschem‘ Schwerpunkt, will sagen: eingehend auf die spezifischen Bedingungen, unter denen hier-

zulande gelitten und behandelt wird. Die länder- und kulturspezifische Perzeption von Krankheit ja ein sehr interessante Problematik; verwiesen sei auf (27).

Gerade in der deutschen Version der Manualtherapie bei Kindern war es mir zudem ein Anliegen, eben kein Kochbuch von Therapietechniken zu schreiben, sondern die Konzeption und deren wissenschaftliche Grundlagen in den Mittelpunkt zu stellen. Schon deshalb konzentriert sich das Buch nicht auf eine spezifische Behandlungsmethode – was ja zwangsläufig eine Abwertung anderer Therapiemodalitäten zur Folge hätte – sondern stellt die klinischen Muster in den Vordergrund. Die Diagnostik zu Beginn jeder Behandlung setzt einen ‚passenden‘ Blickwinkel voraus und ein wichtiges Moment bei der Untersuchung unserer kleinen Patienten ist eben, sich von überkommenen Denkmustern freizumachen. Nur dann kann man Neues finden und zum Wohle der Patienten umsetzen.

Man denke nur als kleines Beispiel an die Diagnose „muskulärer Schiefhals“, die jahrzehntelang das Denken bei diesen Fällen bestimmte. Unter diesem Konzept wurden dann Dehnungsbehandlungen und Redressionstherapien empfohlen (z. B. ▶▶

Anzeige



Zu sehen in unserem Ausstellungszentrum. 7 Tage die Woche.

Erlenbachstraße 2, 77781 Biberach / Baden, Postfach 1267, Tel. 07835/6393-0, Fax: 6393-20, E-Mail: info@oezpinar.de, Internet: http://www.oezpinar.de

Einfach gute Sachen...



ISO
9001



Gm. Richtlinien
93/42 EWG



Produkt
geprüft

Qualitätsmanagement by Özpinar

Geräte für die physikalische Therapie

Alle unsere elektrischen Behandlungsliegen sind gemäß Medizinproduktgesetz mit einer Sperrbox gegen unbefugtes Benutzen ausgerüstet.



ÖZPINAR Therapiegeräte GmbH

(2, 25)). Die auch bei diesen Konzepten zu beobachtenden Behandlungserfolge waren wohl darauf zurückzuführen, dass sozusagen nebenher ganz intensiv auch die occipito-cervicale Übergangsregion stimuliert wurde.

Womit man bei einem der großen Paradoxe jedweder manueller Therapie angekommen wäre: auch eine recht ungezielte manuelle Behandlung nützt meist. Dies ist relativ tolerant für Ort, Kraft und Frequenz, d.h. wenn man ungefähr in der richtigen Gegend und ungefähr mit der passenden Kraft behandelt ist oft ein Fortschritt zu erkennen – und dann schadet auch zu häufiges Behandeln meist nicht. Man hat nicht so viel und so anhaltend Erfolg wie mit optimaler Vorgehensweise, aber man hat Erfolg.

Dies ist der Fluch der Manualmedizin und er verleitet manche dazu, die an etlichen Methoden hängenden, teils recht wolkgigen Erklärungsmuster als praxiserprobt zu betrachten. Und dann hat man sein therapeutisches Handeln noch nicht gegen das Argument Schlegels immunisiert, dass das aggressive Abwarten eine der wichtigsten konservativ-orthopädischen Therapieansätze ist.

Vieles ist gut, aber manches ist besser. So sind positive Kasuistiken noch kein Nachweis, dass eine propagierte Methode auch optimal ist, und für mich der Grund, sich hier große Zurückhaltung aufzuerlegen. Jedwedes ‚Be-Handeln‘ ist Einzelfall, Kunst-Handwerk und nicht generalisierbar. Wie viel unserer Arbeit ist technische Perfektion, wie viel Empathie, wie viel Glück? – Man sollte sehr bescheiden sein, wenn man seine Erfolge betrachtet und sich dessen bewusst, dass eben mehr dazu gehört als nur das Absolvieren einer Fortbildung.

Deshalb beschäftigen sich mehrere Kapitel des Buches mit Fragen, die weit über die Problematik der Behandlungs- und Untersuchungstechnik hinausreichen. Erst wenn man das Umfeld mit im Blick behält kann man das konkrete Problem unserer kleinen Patienten erfassen und ist dann durchaus frei in der Wahl der eigentlichen Behandlungstechnik. Es ist weiß Gott nicht damit getan, eine optimale Grifftechnik zu de-

monstrieren, ein gut Teil des Erfolges wird durch eine gute und umfassende Kommunikation ermöglicht, und diese setzt eben voraus, dass man das Konzept funktioneller Pathologie erst einmal selber begriffen hat. Das klingt erst einmal nicht sehr nett, ist aber durchaus nicht böse gemeint, da es im Trubel des Alltags oft vergessen wird. Dann wird oft zu kurz gegriffen, was durch die Konzentration auf das Wort ‚Therapie‘ gefördert wird. Manuelle Therapie ist weit mehr als nur diese Behandlung. Es wäre sicher besser gewesen, das Buch: „Funktionelle vertebrale Pathologien bei Kleinkindern“ zu nennen – aber das hätten die wenigsten verstanden.

Zu Beginn des Buches fasst eine Gruppe von 5 Kapiteln einiges an aktueller Forschung zusammen, was für das Verständnis der Embryologie, Anatomie und Sensomotorik grundlegend ist und auch hilft, die Differentialdiagnosen nicht aus dem Auge zu verlieren.

In der zweiten Abteilung kommen klinische Beobachtungen aus Geburtshilfe und (Neuro-) Pädiatrie ebenso zu Wort wie Forschungsergebnisse der vegetativen Reaktion auf die manuelle Therapie der Kopfgelenke. Schließlich stellen wir im Folgenden die Behandlungsindikationen und –prinzipien der einzelnen Wirbelsäulenregionen kapitelweise dar. Auch den bildgebenden Verfahren wurde ein breiter Raum zur Verfügung gestellt, das Röntgen ist in 3 Kapiteln abgehandelt – und dies bei Weitem nicht erschöpfend. Gerade auch für Physiotherapeuten, die ja nicht immer einen direkten Zugang zur radiologischen Diagnostik haben scheint es mir wichtig zu sein, dass der Reichtum an Detailinformationen dargestellt wird, der hier zu finden ist.

Ein solches Buch ist eine ausgezeichnete Möglichkeit, aktuelle Forschungsergebnisse – eigene und die der Literatur-Recherche – kompakt und nachlesbar für das tägliche Arbeiten zur Verfügung zu stellen. Dabei reicht der Ansatz über die Therapie bei Kindern weit hinaus. Wenn wir davon ausgehen – und dafür gibt es inzwischen überwältigend viele Hinweise – dass es bestimmte Personengruppen gibt, die an KiSS und davon mitbedingten Funktionsstö-

rungen leiden, dann hat eine gute Frühanamnese auch bei der Untersuchung und Behandlung von Erwachsenen ihren Sinn. Sie schärft unser Bewusstsein für die Möglichkeit, bei polyfaktoriellen Beschwerden – von der Migräne bis zum Schwindel – diesen meist leicht behandelbaren Aspekt abzuarbeiten, um dann meist effektiver mit anderen Therapien vollends zum Ziel zu kommen. Gerade in der Frühförderung wird dieser Ansatz zunehmend zur Indikationsstellung für manualmedizinische Untersuchung und Behandlung verwandt. Auch ein epidemiologischer Aspekt steckt im KiSS-Konzept: Wir wissen inzwischen, dass es eine familiäre Disposition dafür gibt, die meist auch geschlechtsspezifisch ist. Aus der Vorgeschichte der Verwandtschaft kann so die individuelle Diagnose präzisiert werden.

Neben diesen Hauptinhalten ist aber auch versucht worden, ein lesbares und vor allem gut lesbares Buch zu schreiben, ein Buch, das nicht sperrig nur seitenweise konsultiert werden will, sondern wie ein Roman durchgeschmökert werden kann. Ich fand es immer schon schade, dass die meisten Fachbücher nur durchgeblättert und dann vom Index her auf ganz bestimmte Fragestellungen hin angeschaut wurden. Sowohl die Grundlagen-Kapitel des ersten Abschnitts als auch der letzte Abschnitt bestehen aus Texten, die durchaus ‚Nachtisch-fähig‘ sind – und hoffentlich den eigenen Gedanken etwas Flügel machen...

Die fast täglich neuen Erkenntnisse der kognitiven Psychologie und der frühkindlichen Entwicklung sind faszinierend und gingen an vielen Stellen in das Manuskript ein. Hier kann man gar nicht so schnell lesen, wie Neues präsentiert wird. Man muss auch die trockenen Statistiken präsentieren, um seinen Argumenten Nachdruck zu verleihen – und das ist an vielen Stellen des Buchs geschehen, aber das Anstiften zum Weiterdenken ist wohl die wichtigste und schönste Motivation, solch ein Werk zu verfassen. Vielleicht ist deshalb das Kapitel über „die Erbmasse und der Weg zur Welt“ ein gutes Beispiel dafür, was den Leser unseres Buches erwartet...

Die Erbmasse und der Weg zur Welt: Bei KiSS kooperieren Trauma und Gene.

Leseprobe aus Manuelle Therapie bei Kindern (Kapitel 26):

In den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts schien noch alles klar bei der Ätiologie des KiSS-Syndroms. Das ganze Problem war vom Geburtstrauma verursacht und die „usual suspects“ waren alle anwesend: verlängerte Geburtsdauer, Querlagen, Extraktionshilfen und Mehrlingsschwangerschaften (5). Immer wieder kam es bei der Auswertung unserer Daten zu ähnlichen Ergebnissen (3, 4, 6). Aber in der Zwischenzeit machten wir eine verblüffende Entdeckung: Wir sahen mehr und mehr Geschwister der Kinder, die wir wegen KiSS behandelt hatten – und diese Kinder hatten durchaus vergleichbare Probleme. Zu Anfang nahmen wir an, dass diese Häufung einfach daran lag, dass die betroffenen Eltern durch die Erlebnisse mit dem ersten Kind sensibilisiert waren und so schneller an eine verteilte Ursache bei dem nächsten Kind dachten.

Dies spielt sicher eine Rolle bei dieser Häufung; andererseits fiel aber auf, dass es sich ganz überzufällig um gleichgeschlechtliche Geschwister handelte. Dieser starke Einfluss (84% gleichgeschlechtliche im Vergleich zu 16%) wäre bei einer erhöhten Aufmerksamkeit als einzigem Faktor nicht möglich gewesen. Ein weiterer Aspekt kam hinzu: Fast stereotyp werden wir mit der Frage konfrontiert „Behandeln Sie auch Erwachsene?“ – und bekommen dann die ganze Bandbreite der Beschwerden Erwachsener präsentiert (Abb. 26.1). Aber auch hier war ein Trend sichtbar, wenngleich nicht so ausgeprägt wie bei den Geschwistern, aber das gleichgeschlechtliche Elternteil war doch mit 2 / 3 deutlich häufiger vertreten, wie es eine Zufallsverteilung 50:50 erwarten ließe.



Abb. 26.1: Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm ... Ein relativ typisches Beispiel aus unserer täglichen Arbeit: Als wir mit den Kopfschmerzen der Tochter fertig waren, präsentierte die Mutter ihre Migräne. Die ähnliche Kopfhaltung ist auffällig.

Wir berichten hier über Trends und Eindrücke. Es dürfte unmöglich sein, diese Beobachtungen je mit einer „passenden“ Datenbank zu überprüfen. In der praktischen Arbeit spielt das aber keine große Rolle, da wir aus dem Gesagten schlicht die Konsequenz gezogen haben, bei der Familienanamnese diese geschlechtsspezifische Komponente besonders zu berücksichtigen – weshalb unsere neueren Daten aus ersichtlichen Gründen noch mehr in die oben beschriebene Richtung gehen.

Da wir beim ersten Besuch darum bitten, dass das Kind von zwei Erwachsenen begleitet wird, sehen wir relativ oft beide Eltern oder ein „Elter“ mit einem „Großelter“. In beiden Fällen kann man nicht selten einen recht präzisen Eindruck der Familienanamnese bekommen und der

Frage nachgehen, ob z. B. der Vater eines vorgestellten Jungen ähnliche Auffälligkeiten bei seiner Entwicklung zeigte wie das Baby.

Es gibt ganze Klans, aus denen zum Beispiel bekannt ist, dass viele Kinder das Krabbeln überspringen oder spät zu sprechen anfangen. Das sind natürlich wichtige Indizien für die Beurteilung der Entwicklung. Wenn wir wissen, dass Skoliose oder Hüftdysplasie in einer Familie gehäuft vorkommen, werden wir Kinder darauf besonders sorgfältig untersuchen – Ähnliches gilt für KiSS.

Sich und die primären Bezugspersonen für diese Problematik zu sensibilisieren, hilft bei anderen Geschwistern an KiSS als Ursache von Problemen zu denken, wo dies für die Umgebung des Kindes primär nicht evident

Anzeige

VEREINIGUNG DER BOBATH-THERAPEUTEN DEUTSCHLANDS e.V.



Tagungsankündigung

Vom 25.-27. Mai 2006 findet in Berchtesgaden die 30. Fortbildungstagung der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. statt

Als Thema haben wir „Therapieprozesse im Bobath-Konzept und Evidenzbasierte Medizin--- ein Widerspruch?“ gewählt.

Wir möchten in den drei Tagen durch Vorträge und Seminare die aktuelle Bobath-Arbeit, die Therapieprozesse, darstellen, Evidenzbasierte Medizin in ihren unterschiedlichen Facetten näher kennen lernen und eine Verbindung zur Bobath-Arbeit herstellen.

Wir denken, dass die von uns angefragten Referenten einen wesentlichen Beitrag zu dieser Diskussion geben können. Außerdem werden wir zu dem Tagungsthema eine Podiumsdiskussion veranstalten.

Vorgeschaltet vor die Tagung, am 24.05.06, veranstalten wir einen ganztägigen Workshop zur constraint-induced movement therapy bei Kindern. Ann Christine Eliasson und Karin Shaw, beide aus Stockholm, werden diesen Tag gestalten.

Ein ausführliches Programm für die Tagung und den Workshop erscheint im Februar 2006 und kann bei Barbara Pohl, Jierweg 12, 27619 Schiffdorf angefordert werden.

Hille Viebrock
1. Vorsitzende

war. Jede sehbehinderte Person wird berichten, wie schwierig es sein kann, manche Familienmitglieder an ihrem Gang zu unterscheiden „da die sich so ähnlich bewegen“. Radiologen berichten Ähnliches: Blockwirbel sind zum Beispiel familiär gehäuft und dies geschlechtsspezifisch (31, 32).

Nach all diesen Feststellungen revidierten wir also die anfängliche Beobachtung und würden heute sagen: Um KiSS auszulösen, muss eine familiäre Disposition und ein individuelles Geburtstrauma zusammenkommen. Diese Beobachtung half uns, unsere diagnostische Basis zu erweitern und sicherer zu machen.

26.1 Das liegt in der Familie ...

Nach dem eben Gesagten muss man aber noch eine andere Einflussdimension im Auge behalten, über die die Familie und das Umfeld auf die Ontogenese wirken. Wolf und Bruhn widmeten eine ganze Monografie den Abhängigkeiten zwischen Familie, sozialer Umwelt und der Gesundheit des Individuums (34), Wilkinson benutzte epidemiologische Methoden, um dies auf dem gesamtgesellschaftlichen Niveau zu untersuchen (33). Diese Studien zeigten mit überzeugender Detailgenauigkeit, wie sehr Gesundheit und Wohlbefinden des einzelnen (Kindes) von der Stabilität, Wärme und Unterstützung des nahen und weiteren Umfeldes abhängen.

Jeden Tag begegnet man Familien, bei denen auch ein Außenstehender die internen Spannungen fühlen kann, die solch eine kleine Gruppe fast zerreißen können. Wie viel Hibbeligkeit und Konzentrationschwäche, wie viel Migräne eines Schulkindes ist auf diese Faktoren zurückzuführen – und damit weit jenseits unseres Einflussvermögens? Die ganz großen und die ganz kleinen Bezugssysteme – Gesellschaft und familiäres Umfeld – spielen beide eine sehr große Rolle für das Wohlergehen des Kindes und bestimmen ebenso unsere Therapiemöglichkeiten.

Nun kann man einige dieser Einflüsse zumindest modifizieren: Ein Einzelkind braucht den Kontakt in der Kinderkrippe oder Krabbelgruppe mehr, als wenn zu Hause mehrere Geschwister zusammen sind. In der Stadt – und sicher in Hoch-

häusern – ist der Platz zum freien Spielen rarer als beim Leben in einem Dorf. Oft muss man Müttern helfen, ihre gut gemeinten Schutzinstinkte etwas zurückzustellen – ganz ohne Schrammen kann man nicht groß werden. Zumindest ab der Grundschulzeit motivieren wir die Familien ganz stark, ihre Kinder an Sport und Musik heranzuführen – am besten mit den Eltern zusammen. Es ist für einen Sechsjährigen eine viel positivere Erfahrung, sportlich zu sein und zum Judo, Schwimmen oder zur Leichtathletik zu gehen als andauernd behandelt zu werden. Natürlich ist eine gezielte Physio- oder Ergotherapie effektiver, aber dieses psychologische Moment sollte nicht vergessen werden. Wenn man Krankengymnastik nicht vermeiden kann, sollte man sie zumindest in einer „athletischen Verpackung“ anbieten ...

Manchen Eltern – und sicher etlichen Müttern – sieht man auf den ersten Blick an, dass sie unter ihrer Sammlung von Verantwortlichkeiten fast zusammenbrechen. Man sollte sich dann Mühe geben, nicht noch mehr auf ihre Schultern zu packen. Wenn man zu diesen Eltern sagt „Lasst doch eure Kinder etwas los!“ vergrößert man nur die Unsicherheit und

Versagensangst – ohne für die Kinder das Mindeste zu erreichen. Man muss also Wege finden, die Familien bei der Problemlösung zu integrieren. Gemeinsames Tun ist ein Schritt in diese Richtung, vom Sport bis zur Musik und auch ganz einfach das gemeinsame Essen. Es hat sich inzwischen herumgesprochen, dass gerade bei hyperaktiven Kindern ein Regellaß des täglichen Ablaufs hilft. Es ist auch immer wieder verblüffend, welche „starke“ Reaktionen man auslöst, wenn man über die Rolle des Fernsehens spricht – in Anlehnung an das alte Aperçu „Der Fernseher macht aus dem Kreis der Familie einen Halbkreis“. Aber dieses weite Feld überlassen wir gerne den Familientherapeuten (auch wenn wir manchmal darin etwas wildern ...).

26.2 KiSS und der Genpool

Wenn man bis hierher gekommen ist und der Schluss nahe liegt, dass KiSS auch eine genetische Komponente hat, muss natürlich gefragt werden „Warum hat sich dieser Defekt nicht schon lange ausgemerzt?“. Bei vielen anderen Erbkrankheiten hat man im Laufe der Zeit entdeckt, dass sie in speziellen Lebensumständen einen



Abb. 26.2: Polynesischer Tik. Dieses Foto aus einer Kunstauktion zeigt solch ein polynesisches Amulett: Es stellt eine totemistische Figur eines Neugeborenen mit Schiefhals dar und soll gegen böse Geister schützen.

evolutionären Vorteil mit sich bringen. Bekannt ist, dass das Gen der Sichelzellanämie der monozygoten Form gegen Malaria schützt. Ähnliches gilt für das zystische Fibrose auslösende Gen, hier ist Typhus der Gegenspieler. Wenn man also konsequent im darwinistischen Denkmodell bleibt, muss die Frage heißen: „Was ist das Positive an der KiSS-Veranlagung?“

Zu Anfang dachten wir, dass KiSS ein Problem unserer industriellen Gesellschaft und früher nicht aufgetreten sei. Es gibt eine ganze Menge Literatur zu dem Thema, erst das Auf-den-Rücken-Lagern der Neugeborenen zur SIDS-Prophylaxe habe die häufigen Schädelasymmetrien ausgelöst (22). Andererseits zeigt die Suche, dass von den Tikis Polynesiens (vgl. Abb. 26.2) bis hin zu den Berichten über indische Babymassage (18) es viele Hinweise darauf gibt, dass Asymmetrie auch

in präindustriellen Gesellschaften beobachtet wurde. KiSS-Probleme sind also weit älter als das 20. Jh.

Andry beschreibt in seinem Buch im Detail den Torticollis neonatorum, und allein schon der breite Raum, den er diesem Thema widmet, macht deutlich, als wie wichtig er dieses Problem schon vor 250 Jahren einstufte. Eigene Untersuchungen und die Literaturrecherche zeigten übereinstimmend, dass ungefähr ein Drittel der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt eine deutlich eingeschränkte HWS-Funktion haben (7, 14, 24). Diese Zahl geht auf ca. 10% zurück, wenn man sechs Wochen später wieder nachschaut. Werden dann einfache Anweisungen befolgt (Bett umstellen, von der „faulen“ Seite her füttern etc.) reduziert sich dieser Anteil nochmals um ungefähr die Hälfte, sodass

man schließlich mit ca. 5% der Neugeborenen rechnen muss, denen eine rechtzeitige Hilfe gut tut – ein durchaus großer Prozentsatz. Ob man dann die Leboyer'sche Babymassage oder Manualtherapie einsetzt, hängt natürlich vom soziokulturellen Kontext ab ...

Wenn ein Linkshänder über die Lateralisierungsphänomene des Gehirns berichtet, wird man sicher sein können, dass er neben den sattsam bekannten Problemen auch Positives zu sagen haben wird (12). Ähnliches gilt für die ge-KiSS-ten; wenn man in seinem eigenen Lebenslauf reichlich Anhaltspunkte dafür findet, dass man zu dieser Gruppe gehört hat, wird man versuchen, das Ganze unter einem positiven Licht zu sehen. In der Vorbereitung dieses Buches haben Ramirez (Kap. 5) und ich im Gespräch am fortgeschrittenen Abend

Anzeige

abrechnungsdvsnchnittstellen **privatliquidation** qualitätsmanagement marketing unternehmensberatung



Schon jetzt nutzen über 17.000 zufriedene Kunden unsere Externe Abrechnung. Profitieren Sie von gesicherter Liquidität durch planbare Zahlungseingänge. Und sparen Sie sich Verwaltungsaufwand, Personalkosten und Zeit. Denn die Routinearbeiten übernehmen wir für Sie. Die Abrechnung Ihrer Privatrezepte übernehmen wir genauso problemlos und wirtschaftlich wie Ihre Kassenabrechnung. Für Ihren Erfolg bieten wir vollständige Lösungen.

Lösungen, die verbinden.

opta data Abrechnungs GmbH · Tel.: 0800 / 67 82 32 82 · www.optadata-gruppe.de

opta
data



Abb. 26.3: Zappelphilipp aus dem Struwwelpeter (15). Dieses Buch enthält eine ganze Kollektion von Fallbeispielen, die man gut unter dem Blickwinkel KiDD betrachten kann ... Es wird oft vergessen, dass der Autor Hoffmann vor 150 Jahren hausärztlich und psychiatrisch tätig war. Von ADHD hatte er natürlich noch nichts gehört.

einiges zu Tage gefördert, was unsere frühen Jahre als sehr KiSS-lastig erscheinen ließ: Jugendjahre voller Unbeholfenheit, Höhenangst, viel Probleme bei Sport und anderen Koordinationsaufgaben – von den Dramen der Tanzstunde ganz zu schweigen. Trotzdem war es uns wohl gelungen, bisher einigermaßen erfolgreich die Klippen des Lebens zu meistern. KiSS hatte uns also nicht zum Versagen verurteilt.

Dass KiSS nicht per se zu Problemen führt, ist sicher einer der Gründe, warum es so lange dauerte, seinen Einfluss auf unsere sensomotorische Entwicklung zu dekodieren. Wie die beiden Mitglieder des Autorenteams stolz verkünden können, gibt es ein Leben nach KiSS, selbst ohne spezifische Therapie. Aber wenn ich auf meine eigenen Kindheitsdramen zurückblicke – die Tanzstunden-Dame, die sich weigerte mit mir ihre Schuhe zu ruinieren, das Lachen der Klassenkameraden, wenn sie einen mal wieder mit der Höhenangst ärgern konnten – dann bin ich froh um jeden kleinen Leidensgenossen, dem ich ein bisschen aus diesen Schwierigkeiten heraushelfen kann. Auch mein eigener Sohn (s. „Erbmasse“!) hatte eine Asymmetrie der motorischen Entwicklung; nicht viel, nicht dramatisch, aber beim Krabbeln zog er das eine Bein nach, rutschte dann

gerne mit dem Po und begann erst dann zu laufen, nachdem ich ihm den Hals behandelt hatte. Es hat meinem therapeutischen Engagement sicher nicht geschadet, dass ich diese Probleme „von innen“ kenne ...

Das meiste dessen, was hier folgt, ist spekulativ. Wir haben tausende von Kasuistiken, aber – der Natur einer Arztpraxis entsprechend – keine prospektiven und vergleichenden Untersuchungen; diese Arbeit muss noch an geeigneter Stelle geleistet werden.

Die KiSS begünstigende genetische Situation scheint auch andere Schwächen zu implizieren, z. B. Schwierigkeiten beim Auswendiglernen und beim Verinnerlichen von Automatismen (stricken, tippen, etc.). Der Nachteil dieser Situation ist, dass diese Muster immer mithilfe bewusster Anstrengung aktiviert werden müssen, was Kraft und Zeit kostet. Auf der anderen Seite setzt einen dieser Umstand in die Lage, diese Automatismen immer wieder in Frage zu stellen und dadurch an ihrer Optimierung zu arbeiten. Es ist eine Art „Wilma-Rudolph-Effekt“: Diese weltberühmte Läuferin hatte in ihrer Jugend Polio, doch sie überwand die damit verbundenen Handikaps, um schließlich Olympiasiegerin zu werden. Manche KiSS-Kinder beißen sich durch ihre Probleme

durch und überwinden die sensomotorischen Schwächen. Wem das glückt, der hat wohl danach eine um so bessere Kontrolle seiner Motorik.

Dieses Phänomen ist auch von Schauspielern und Musikern bekannt und – last not least – von Politikern. Wie Demokrit, der sein Stottern mit einem Kieselstein im Mund „weg-übte“, kann man an solch einer Herausforderung wachsen – wenn man sie zu meistern versteht. Aber diese optimistische Sichtweise setzt einige günstige Rahmenbedingungen voraus: Familie und schulische Umgebung müssen positiv und hilfreich sein, sonst droht ein betroffenes Kind an solch einer Aufgabe zu scheitern.

Wie auch bei Dyslexie wäre schon viel gewonnen, wenn man das Etikett KiDD nicht mit einer negativen Konnotation ver sähe. Es stimmt, dass diese Kinder häufig „schwierig“ sind, aber es ist genauso richtig, dass sie spezielle Talente haben, die man nicht übersehen sollte.

Wenn man sich vor Augen hält, wie unterschiedlich der Prozentsatz der ADS-Kinder in Bevölkerungsgruppen ist, die von ihrem Genpool her eng verwandt sind, kann eine genetische Ursache höchstens ein Teilfaktor von ADS sein. Auch die Tatsache, dass die Inzidenz in den letzten Jahren steil gestiegen ist, spricht gegen eine monokausal genetische Ursache. Selbst eine extreme Dunkelzifferrate könnte nicht erklären, warum allein in den USA der Ritalin-Verbrauch sich fast ver Hundertfachte. Außerdem käme dann wieder die Frage auf, welcher ‚Vorteil‘ von ADS verhinderte, dass es nicht schon lange aus dem genetischen Repertoire des homo sapiens verschwunden ist? Wo wäre dieser positive Aspekt zu suchen? Wenn man sich darüber keine Gedanken macht, kann man auch nicht abschätzen, welche Effekte die langjährige Medikation auf die in diesem Alter ablaufende Ausreifung des präfrontalen Gehirns haben könnte.

Aber zurück zum Phänomen der Linkshänder. Interessant ist auch, dass das Verhältnis der Linkshändigen heute anscheinend geringer ist als im Mittelalter (19). Jungen sind bei unseren KiSS-Kindern mit ungefähr 60% deutlich überrepräsentiert, Linkshänder mit ca. 25% ebenso und es ist manchmal illustrativ

nachzuschauen, welche anderen Probleme ein vergleichbares Profil aufweisen. Man kommt dann auf all die Probleme, die im Schulalter auch eine ähnliche Häufigkeitsverteilung aufweisen (1) und ist schnell im Minenfeld der ADS-Diskussion angelangt (2). Ist es wirklich so, dass ADS – wenn wir überhaupt die Diagnose als valide anerkennen (vgl. (10)) – überwiegend bei Knaben und noch mehr bei linkshändigen Jungen zu finden ist (12)?

Viele Publikationen zum Thema ADS betonen immer wieder, dass diese Kinder Probleme mit Propriozeption und Bewegungssteuerung haben (10, 25, 26). Und, wie bei KiSS, kommt auch ADS familiär gehäuft vor, d. h. ein prädisponierender Faktor ist sehr wahrscheinlich (11, 23).

Die meisten Schulkinder, die wir sehen, haben als Anfangsdiagnose ADS, meist in Kombination mit anderen sensomotorischen Auffälligkeiten. In einem beträchtlichen Teil dieser Fälle genügt die Verbesserung der Kopfgelenkfunktion, um den Kindern zu einem Schub in ihrer Entwicklung zu verhelfen. Es dürfte fruchtlos sein, in diesen Fällen die Relevanz der initialen Diagnose zu diskutieren, wir ziehen aus diesen Erfahrungen die Konsequenz, bei Vorliegen passender, auf verteilte Störungen hinweisender Symptome dringend zur Überprüfung der Wirbelsäule zu raten, um so unnötigen Aufwand und vor allem unnötige Langzeitmedikation zu vermeiden. Für uns ist dabei die Frühanamnese eines der wichtigsten Kriterien. Wenn sich hier die klassischen KiSS-Zeichen gehäuft hatten, lohnt es sich einfach, manualmedizinisch nachzuschauen – nicht mehr und nicht weniger.

Wir maßen uns nicht an, die Diagnose ADS an sich zur Disposition zu stellen, aber wir können wohl sagen, dass sie aus manualmedizinischer Sichtweise viel zu viel benutzt wird.

In all den Jahren haben wir nicht das diagnostische Detail gefunden, das uns den langfristigen Effekt der Therapie hätte vorhersagen lassen. Wir sahen Kinder, die perfekt ins Schema passten, Zeichen fixierter Haltung während des ersten Lebensjahres in der Anamnese hatten, an 3-Monats-Kolikien litten und auch zu guter Letzt noch den passenden Befund an der HWS hatten – aber nach der Manualtherapie passierte

nichts Besonderes. Man konnte wohl nachweisen, dass die ursprünglichen Bewegungsstörungen der HWS nicht mehr nachweisbar waren, aber das Verhalten (und deshalb war die Familie ja ursprünglich gekommen) änderte sich nicht nennenswert. Die zervikogene Funktionsstörung war also klar vorhanden, aber nicht relevant im Gesamtbild.

Auf der anderen Seite kennen wir Kinder, die wir eher zufällig behandelt haben, weil etwa ein Geschwisterkind in Therapie war und die Eltern baten, „doch auch mal da nachzuschauen“, und trotz eines eher wenig beeindruckenden Befundes reagierten diese Kinder zum Teil dramatisch. Hier genügte ein kleiner positiver Beitrag zur Homöostase, um das Steuer herumzureißen (vgl. Kap. 22). Die Kenntnis dieser paradoxen Kasuistiken ist ein Grund dafür, die Behandlungsindikation großzügig zu handhaben, die Effekte dieser Therapie aber nur sehr vorsichtig zu kommentieren. Im Gegensatz zur Pharmakotherapie bei ADS, die langfristig keine signifikanten Verbesserungen der Schulergebnisse erzielt (20), zeigen Schüler, die positiv auf Manualtherapie reagieren, Besserungen ihrer Schulnoten, und diese Besserungen halten oft an (vgl. Kap. 10).

Zusammengefasst: Nein, wir können kein Wundermittel für ADS anbieten, aber ein umfangreicher Teil dieser Kinder spricht positiv auf Manualtherapie an (vgl. Kap. 12) und bei diesen Jugendlichen sehen wir immer wieder, dass dieses erreichte Gleichgewicht (vgl. Kap. 22) ihnen die Chance auf einen neuen Anfang geben kann.

26.3 Wachstum und Entwicklung

Wenn man die ersten Lebensmonate untersucht, wird man sich der speziellen Situation, die wir in dieser Zeit durchlaufen, bewusst. Solange wir leben, entwickeln wir uns – aber im ersten Lebensjahr so schnell, dass dies eine andere Qualität hat als später im Leben. Nimmt man nur die rapide Gewichtszunahme in dieser Phase (zugegeben, ein grober Maßstab), so stellt sich mit aller Macht die Frage, wie denn diese rasante Entwicklung organisiert ist. Es macht dabei Sinn, zwischen Entwicklung und Reifung zu unterscheiden. Während Reifung genetisch determi-

niert ist und höchstens durch äußere Einflüsse gestört werden kann, ist die Entwicklung als adaptiver individueller Prozess auf die Interaktion mit der engeren und weiteren Umwelt angewiesen: „Entwicklung ist mehr als Wachstum – es ist auch mehr als Reifung und erfordert konstante Auseinandersetzung mit der Umwelt“ (16). Sowie wir uns dieser Tatsache bewusst werden, kommt der Untersuchung dieser beeinflussenden Umweltfaktoren große Bedeutung zu. Schon ab der ersten Zellteilung wirken sie auf die Reifung und Entwicklung ein. Je weiter diese fortschreitet, desto mehr verschiebt sich das Schwergewicht vom reinen Dekodieren eines genetischen Programms zur Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die simplistische Idee eines abzuspulenden genetischen Programms war von J.-P. Changeux (8) elegant widerlegt worden, der anmerkte, dass es wohl schwierig sei, die Struktur von 10^{11} Zellen im ZNS mit ihren 10^{15} Verbindungen durch die 30 000 Gene des menschlichen Genoms steuern zu wollen.

Ein Großteil dieser Komplexität bleibt der umweltgetriggerten Entwicklung überlassen und selbst eineiige Zwillinge entwickeln schon lange vor ihrer Geburt unterschiedliche neuronale Strukturen. Winzige Unterschiede der äußeren Einflüsse werden durch die extreme Sensitivität des sich entwickelnden Organismus verstärkt und führen so zu relativ großen interindividuellen Unterschieden – oder werden durch die internen Korrekturvorgänge konterkariert. Wenn man akzeptiert hat, dass die Umwelteinflüsse eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des Neugeborenen spielen, steht die Frage im Vordergrund, wie diese externen Faktoren wirksam werden. Während der intrauterinen Periode sind es chemische Stoffe, die über den Plazentakreislauf zum Fötus kommen, Bewegungsinformationen der Mutter und die eigenen motorischen Erfahrungen. Jede Schwangere kennt den Einfluss gewisser Speisen auf ihr Ungeborenes, genauso wie ihr Stressniveau und ihre Gemütslage sich dem Kind mitteilen. Schon in dieser Phase können externe Faktoren auf das Ungeborene Einfluss nehmen. Diese Faktoren gewinnen einen ungleich direkteren Zugang zum Kind nach der Geburt.



Sensorische Stimuli gewinnen nach der Geburt einen ungleich größeren Einfluss. Es leuchtet noch ein, dass ein Neugeborenes auf Geräusche und Licht reagiert, aber viel überraschender für den Nichtfachmann ist die Tatsache, dass Neugeborene spezifisch auf den komplexen Stimulus eines lächelnden Gesichts reagieren und schon wenige Stunden nach der Geburt in der Lage sind, dessen Gesten nachzuahmen (17). Augenkontakt mit der Bezugsperson ist ein essenzieller Teil dieser Kommunikation und die Qualität und Dauer dieses Blickkontaktes hilft zum Beispiel die beruhigenden Laute der Mutter zu verstärken (30).

Diese „fest verdrahteten“ Fähigkeiten des Neugeborenen, Gesichter zu erkennen, helfen den Babys, diese als etwas (Lebens)wichtiges wahrzunehmen. Diese Basiskennnisse, auch von der Bedeutung von Gesichtsausdrücken, bilden den Sockel, auf dem dann das später Gelernte aufbaut. Ein Hinweis darauf, dass die Fähigkeit Neugeborener Gesichter zu erkennen zum Repertoire dessen gehört, was wir von den Primaten geerbt haben, zeigt sich daran, dass Neugeborene auch Affengesichter viel besser differenzieren können als ältere Kinder dies tun (21). Man kann also annehmen, dass die gene-

relle Fähigkeit des Gesichtererkennens durch die selektive Nutzung auf das Differenzieren der menschlichen Gesichter zugespielt wird. Ähnliches gilt im Übrigen für die Reaktion auf Musik (29).

Neben der Hautsensibilität und dem Urgefühl des Geschütztseins durch engen Körperkontakt sind es vor allem die akustischen und optischen Inputkanäle, die großen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Nervensystems des Babys haben. Hierbei spielt die gute Funktion der oberen Halswirbelsäule eine große Rolle. Sie hilft, den Kopf zu einer Geräusch- oder Lichtquelle hinzudrehen und ihn in einer bestimmten Haltung zu stabilisieren. Man kann sich unschwer ausmalen, was es bedeutet, wenn diese Aufgabe nicht oder nur unvollkommen erfüllt wird; sowohl die primäre sensomotorische Entwicklung als auch das soziale Lernen leiden unter solch einer Störung. Ein Kind, dessen Kopf in fixierter Rückbeuge gehalten wird, kann sich nicht bei der Mutter anschmiegen. Diese hat dann auf einer ganz viszeralen Ebene das Gefühl, ihr Kind stoße sie ab. Wir haben das wieder und wieder zu hören bekommen, vor allem hinterher, wenn die Mütter uns strahlend berichteten, dass sie nach der Behandlung endlich das Gefühl hatten, ihr Kind nehme sie an.

Wir wissen, wie sehr das Feedback der mütterlichen Ermunterung den Erwerb komplexer Fähigkeiten vom ersten Lebenstag an erleichtert (9, 13, 27, 28) – die Kehrseite dieser Medaille ist natürlich, dass eine Störung dieses Kommunikationskanals ebenso starke negative Auswirkungen zu haben droht. Wenn wir dann zum Beispiel durch Verbesserung des Muskeltonus das Kuschneln mit dem Kind erleichtern (was uns viele Mütter nach erfolgreicher Behandlung von KiSS II berichten) haben wir einen kleinen Teil dazu beigetragen, die Mutter-Kind-Bindung zu stärken. Und wir sprechen dann noch gar nicht davon, welche „Harmonisierung“ der Beziehung zwischen Baby und Eltern erreicht wird, wenn der kleine Mensch nicht mehr dauernd weint ...



Dr. med. Heiner Biedermann ist Manualmediziner und Chirurg. Er hat im Mai 2005 den CMD-Kongress an der Ruhr-Universität Bochum geleitet, über den wir in der Ausgabe 4/2005 berichtet haben.

Literatur:

1. **Abu-Arefeh I, Russell G**, Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMI*, 1994. 309: 765–769.
2. **Altemeier WA, Horwitz E**, The role of the school in the management of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Ann*, 1997. 26 (12): 737–744.
3. **Biedermann H**, KiSS-Kinder: eine katamnestiche Untersuchung. In: Biedermann H (Hrsg.), *Manualtherapie bei Kindern*. Enke, Stuttgart, 1999. S. 27–42.
4. **Biedermann H**, KiSS-Kinder. 1. Auflage. Enke, Stuttgart, 1996..
5. **Biedermann H**, Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörungen bei Kleinkindern. *Kinderarzt*, 1991. 22: 1475–1482.
6. **Biedermann H**, Manuelle Therapie bei Kleinkindern. *Orthop Praxis*, 1992. 28: 380–385.
7. **Buchmann J, Bülow B**, Funktionelle Kopfgelenksstörungen bei Neugeborenen im Zusammenhang mit Lagereaktionsverhalten und Tonusasymmetrie. *Man Med*, 1983. 21: 59–62.
8. **Changeux JP**, *L'homme neuronal*. Fayard, Paris, 1984..
9. **Cleary GM, Spinner SS, Gibson E et al.**, Skin-to-skin parental contact with fragile preterm infants. *J Am Osteopath Assoc*, 1997. 97 (8): 457–460.
10. **DeGrandpre R**, *Ritalin Nation*. W.W. Norton, New York, 1999.
11. **Faraone SV, Biederman J, Chen WJ et al.**, Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *J Abnorm Psychol*, 1995. 104 (2): 334–345.
12. **Goldberg E**, *The executive brain*. Oxford University Press, Oxford, 2001.
13. **Goldstein M, King A, West M**, Social interaction shapes babbling: Testing parallels between bird-song and speech. *Proc Nat Acad Sci USA*, 2003. Adresse: www.pnas.org.
14. **Güntürkün O**, Human behaviour: adult persistence of head-turning asymmetry. *Nature*, 2003. 421 (6924): 711.
15. **Hoffmann H**, *Der Struwwelpeter*. Literarische Anstalt, Frankfurt / M, 1846.
16. **Konner M**, Weaving life's Pattern. *Nature*, 2002. 418: 279.
17. **Kugiumutzakis G**, Neonatal imitation in the intersubjective companion space. In: Braten S (Hrsg.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge University Press, Cambridge, 1988. 63–88.
18. **Leboyer F, Shantala**, *un art traditionnel: le massage des enfants*. Seuil, Paris, 1976.
19. **Lewis ME**, Impact of industrialization: comparative study of child health in four sites from medieval and postmedieval England (A.D. 850–1859). *Am J Phys Anthropol*, 2002. 119 (3): 211–223.
20. **Lufi D, Parish-Plass J, Gai E**, The effect of methylphenidate on the cognitive and personality functioning of ADHD children. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 1997. 34 (3): 200–209.
21. **Pascalis O, de Haan M, Nelson CA**, Is face processing species-specific during the first year of life? *Science*, 2002. 296 (5571): 1321–1323.
22. **Perks J**, Plagiocephaly – what is the cause? *Aust Fam Physician*, 1998. 27 (6): 461.
23. **Schweitzer JB, Sulzer Azaroff B**, Self-control in boys with attention deficit hyperactivity disorder: effects of added stimulation and time. *J Child Psychol Psychiatry*, 1995. 36 (4): 671–686.
24. **Seifert I**, *Kopfgelenksblockierung bei Neugeborenen*. Rehabilitacia, Prag (Supp.), 1975. 10: 53–57.
25. **Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE**, Attention-deficit / hyperactivity disorder. *Adv Pediatr*, 1997. 44: 331–367.
26. **Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE**, Defining and classifying learning disabilities and attention-deficit / hyperactivity disorder. *J Child Neurol*, 1995. 10 Suppl 1: S50–57.
27. **Tessier R, Cristo M, Velez S et al.**, Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 1998. 102 (2): e17.
28. **Teuchert-Noodd G, Dawirs R**, Malfunctional reorganization in the developing limbo-frontal system in animals: Implications for human psychoses? *Z Neuropsychologie*, 2001. 12: 8–14.
29. **Trainor LJ, Wu L, Tsang CD**, Long-term memory for music: infants remember tempo and timbre. *Dev Sci*, 2004. 7 (3): 289–296.
30. **Trevarthen C**, Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: Bullowa M (Hrsg.), *Before speech*. Cambridge University Press, Cambridge, 1979. S. 321–372.
31. **von Lanz T, Wachsmuth W**, *Praktische Anatomie 1 / 2: Der Hals*. Springer, Berlin, 1955.
32. **Wackenheim A**, *Roentgen diagnosis of the cranio-vertebral region*. Springer, Berlin, 1975.
33. **Wilkinson RG**, *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge, London, 1996.
34. **Wolf S, Bruhn JG**, *The power of clan: The influence of human relationships on heart disease*. Transaction, New Brunswick, 1993.