

MCD und Phobie und Neurose bei Intelligenz-Defekten im Kindesalter Überlegungen zu differenzierterer Diagnostik

von Kurt-Wilhelm Laufs, ©, 19.2.2010

1. MCD ist keine offizielle psychologisch-psychiatrische Diagnose nach WHO ICD 10.

Signifikante Differenzen zwischen Verbal- und Handlungs-IQ und EEG Ableitungen können unterscheiden zwischen MCD und Intelligenz/Begabungs-Ausfällen, wenn z.B. ein Ausländerkind im Verbalteil von Intelligenztests schlechter abschneidet als im Handlungsteil und im EEG normal erscheint, während ein anderer Junge wohl legasthen, aber ohne signifikanten Differenzen in IQ-Untertests zwischen Verbal- und Handlungsteil zeigt.

2. Berger, E. (Hrg.) et al., 1977, berichten von der Geschichte der Diagnose, die bereits Ende des 19. Jh. in USA eingeführt worden war und von psychologischer Untherapierbarkeit.

3. Besonders bei Heimkindern ist MCD häufig anzutreffen. Die Ätiologie ist aus der Aktenlage der einweisenden Jugendämter und deren Sozial-Arbeiter selten erklärbar; mündliche Mitteilungen über Kindes-Misshandlungen wie, „der ist von seinem Vater mit dem Kopf gegen die Wand geklatscht worden“, sind eher selten.

4. Bei MCD-Kindern, besonders mit Borderline-Intelligenz zur Oligophrenie hin (IQ < 85) finden sich häufig neurotische und besonders phobische Symptomatiken, sowohl testpsychologisch (nach Persönlichkeitstests für Kinder) als auch in der Verhaltens-Beobachtung.

5. Ein vielleicht zukünftiger Forschungs-Ansatz zur Differential-Diagnostik zwischen Phobie und MCD könnte sein, phobische Auslöser zu eruieren und im

ätiologisch explorativen Zusammenhänge systematisch zu erfassen.

Eine oberflächliche Phobie vor z.B. Weisskittelträgern oder weiss Gekleideten eines MCD und IQ-Borderline Knaben, dessen „Vater ihn mit dem Kopf gegen die Wand geklatscht“ haben soll, liesse sich erklären, wenn der Vater Maurer oder Anstreicher war, ähnlich wie die „Phobie“ einer 14-jährigen MCD IQ-Borderlinerin (IQ 80, Enuresis, Enkopresis), deren Vater Maurer war und die fürchterliche Angst vor Baugerüsten und Weisskitteln hatte (und der mögl. ein Baustein vom Maurer-Gerüst auf den Kopf gefallen war beim Besuch ihres Vaters an einer Baustelle).

Nimmt man für die MCD als ätiologische Erklärung eine durch Familienangehörige, Eltern oder Erzieher (psychopathisch, PP) willkürlich und gewalttätig verursachte Commotio Cerebri, dann gilt der Umkehrschluss nicht, dass akzidentelle (A) Gehirnerschütterung liebevoll erzogener Kinder nach Unfall oder rauhem Kinderspiel (z.B. des Einander-Bewerfens-mit-Steinen) als MCD zu diagnostizieren wäre (s. Attachment), auch psychologisch gesehen im Zusammenhänge mit der Vertrauens- und Geborgenheits-Frage des Unterschiedes zwischen gewalttätigen und liebevollen Eltern und Erziehern.

Eine psychologische Unterscheidung könnte man unter Beibehaltung der MCD-Feststellung zwischen willkürlicher (PP) und akzidenteller (A) minimaler zerebraler Dysfunktion (MCD) treffen.

Ergo: Plädoyer für eine Unterscheidung zwischen MCD-PP und MCD-A, auch entsprechend der phobischen Auslöser stünde längst an, ggf. für die Aufnahme der Diagnose in die WHO-Klassifikatorik.

Literatur: Berger, E. et al., 1977: Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern. Huber, Bern.

Laufs, K.-W., 1989: Paraplexis. Verlag Dietmar Klotz, Eschborn/Ts.

WEB-Site Kurt-Wilhelm Laufs, seit 2008

WHO ICD-10. Huber, Bern.

Verfasser & Copyright: Kurt-Wilhelm Laufs, Dipl.-Psych. ©, Zum Resthof 2, D-23996 Bobitz, den 2010-02-19, 2012-03-03, 2013-05-22©

No e-mails, please! Bitte keine e-mails!