

Inhaltsverzeichnis

1. Psychische Entwicklung von Kindern.....	1
2. Entwicklungsaufgaben und allgemeine Störungen der Entwicklung in den Altersstufen.....	2
2.1. Einteilung nach Lebensalter.....	3
2.2. Einteilung nach Funktionen.....	5
3. Intelligenzminderung.....	9
4. Lern- und Leistungsstörungen.....	11
4.1. Legasthenie.....	12
4.2. Rechenschwäche.....	13
4.3. Emotionale Störungen.....	13
4.3.1. Schulphobie.....	13
4.3.2. Schulangst.....	13
4.3.3. Schulschwänzen.....	14
5. Autistische Syndrome.....	14
5.1. Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom).....	15
5.2. Asperger-Syndrom (Autistische Psychopathie).....	17
6. Psychosomatische Störungen.....	19
6.1. Nichtorganische Enuresis.....	19
6.2. Nichtorganische Enkopresis.....	21
7. Psychologie chronischer Erkrankungen im Kindesalter.....	22
8. Deprivation und Mißhandlung.....	27
8.1. Trennung von Kindern und Bezugspersonen.....	27
8.2. Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch.....	28

1. Psychische Entwicklung von Kindern

- Entwicklung als Reifung
 - Faktoren:
 - > endogen, exogen, autogen und Wechselwirkungen dieser oder auch
 - biologische Anlage
 - Umgebung des Organismus
 - Zusammenspiel beider
 - von der Anlage gesteuerte Prozesse: Reifung, Reifungsprozesse im ersten Lebensjahr:
 - > Krabbeln
 - > Stehen
 - > Laufenlernen
 - > Lallen
- Entwicklung als Lernen
 - Lernen: (Wahrscheinlichkeit einer) Verhaltensänderung aufgrund von Erfahrung
 - > Habituation (Gewöhnung an Reize - Ausschalten von Überflüssigem)
 - > Klassische Konditionierung
 - > Verstärkungslernen / operante Konditionierung
 - positive Verstärkung: Positives beginnt
 - negative Verstärkung: Negatives endet
 - Bestrafung 1: Negatives beginnt
 - Bestrafung 2: Positives endet (Privilegienentzug)
 - Ignorieren
 - > Beobachtungslernen

- > Lernen durch Einsicht / Planung
- > Lernen durch Abstraktion
 - gebunden an Sprache und Denkopoperationen
 - Begriffsbestimmungen, Rechenvorgänge, Grammatik, Gesetze
 - deduktiv: Allgemeines -> Spezielles
 - induktiv: Spezielles verallgemeinern
- Entwicklung als Interaktion von Subjekt und Objekt
 - Kind ist nicht nur passiver Empfänger, sondern »aktiver Erkunder«
 - wirkt aktiv auf seine Umgebung ein, verändert sie, um sie zu erkennen.
 - Unterscheidung von zwei Strukturen:
 - > Umgebungsstruktur: Ordnung und Gesetzmäßigkeit der Umwelt
 - > subjektive Struktur: subjektives Bild von objektiver Umgebungsstruktur
 - Umgebungsstruktur und subjektive Struktur können verschieden stark voneinander abweichen
 - Erwachsener: recht reales Bild hysikalischer Umgebung
 - Kind: kaum, glaubt etwa, daß die Sonne weinen und lachen kann, Menschenzeichnungen aller Kulturen als erstes den »Kopffüßler«, später einzelne Teile herausdifferenziert; Kind bemüht sich deshalb auch weiter, die subjektive Struktur der Umgebungsstruktur anzunähern = strukturierendes Lernen, bei jedem Menschen permanent
 - Inkongruenzprinzip: Kind sucht Situationen, die von der vertrauten Umgebung etwas abweichen, auf und erlebt sie als lustvoll

2. **Entwicklungsaufgaben und allgemeine Störungen der Entwicklung in den Altersstufen**

- Modelle => Ansätze für Entwicklungsstörungen
 - zwei Einteilungsmöglichkeiten
 - > Einteilung nach dem Lebensalter
 - kaum noch wissenschaftliche Bedeutung
 - für die Abschätzung des Entwicklungsstandes in der Praxis wichtig
 - > Einteilung nach einzelnen Funktionen
 - entwicklungspsychologische Forschung
- Störungen
 - biologischer Reifungsprozeß gestört: Erbinformationsstörung / frühkindliche Schädigungen
 - psychosoziale Entwicklung gestört durch:
 - > ungünstige Konditionierung (z.B. einer erhöhten Schreckreaktion)
 - > durch falsch angesetzte Verstärkungen (z.B. von Hemmung oder Antriebsüberschuß)
 - > normabweichende Vorbilder (z.B. aggressive Eltern)
 - > entscheidende Störung: Einengung des strukturierenden Lernens

- > zu reizarme Umgebung (z.B. Hospitalisierung)
- > fehlende Befriedigung biologischer Bedürfnisse
- > Behinderung der kindlichen Aktivität
- > Überforderung seiner Fähigkeiten

2.1. Einteilung nach Lebensalter

- Säuglingsalter (Zeitraum zwischen Geburt und Ende des ersten Lebensjahres)
 - Im 1. Monat:
 - > Sehen und Hören von untergeordneter Bedeutung
 - > Umwelt wird vorwiegend durch Tast- und Temperatursinn wahrgenommen
 - > Emotionen undifferenziert
 - 4 Monate:
 - > optischer Kontakt wird zielgerichtet
 - > erkennt nun auch die Mutter an der Stimme
 - > in vieler Hinsicht eine Steuerung des Verhaltens durch Gewohnheiten.
 - 6. Monat
 - > Variationen des Spiels mit dem eigenen Körper und Gegenständen
 - 10. Monat:
 - > alles anzufassen, zu betasten und zu begreifen
 - > bemerkt emotionale Nuancierungen in der Sprache der Eltern
 - > starkes Bedürfnis nach Nachahmung
 - 1 Jahr
 - > Neigung zu rhythmischen Wiederholungen (Einübung von Verhaltensweisen)
 - > Emotionen differenzierter: kann Freude und Leid, Abneigung und Zuneigung zeigen
- Kleinkindalter (Zeitraum vom 2.-6. Lebensjahr)
 - Spielen
 - > ist die Arbeit des Kindes
 - > ist eine Art Versuchslabor für Kinder, um zu ermitteln,
 - wie die Welt funktioniert
 - wer sie sind und wer sie sein könnten
 - was sie tun können und was nicht.
 - > Symbolische Spiele
 - Für ganz junge Kleinkinder ist ein Klötzchen ein Klötzchen. Stehen ihnen zwei oder mehr zur Verfügung, so stapeln sie sie übereinander oder zerlegen ihr Gebilde wieder.
 - Etwa im zweiten Lebensjahr: Klötzchen als Symbol für Auto u.a.
 - Spielzeuge werden zu Symbolen für andere Objekte: Füttern einer Puppe
 - Diese Übertragung auf Symbole zeigt Ihnen, wie weit Ihr Kind in seiner intellektuellen Entwicklung bereits gekommen ist.
 - Ein geschickter Ergotherapeut kann beispielsweise

- die Puppe in die Handlungen einbeziehen und so Ängste abbauen und vertraute Elemente einbringen
- > Arten von Spielen
 - "Parallelspiele"
 - Kleinkinder brauchen Spielkameraden
 - mit 18 Monaten zwei in einem Raum, ähnliches Spielzeug:
 - bei oberflächlicher Betrachtung nehmen sie kaum Notiz voneinander
 - ein Kind nimmt Bagger -> anderes auch, eines sagt dazu „Nein“, anderes auch, später Konversation: "Puppe Auto fahren" "Großer Bagger!" "Puppe Hunger?" "Mein Bagger. Brumm, brumm!"
 - Parallelspiele sind häufig erster Schritt zur Bildung starker sozialer Beziehungen außerhalb der Familie
 - Fantasiespiele
 - Fantasie und Realität wild durcheinander
 - älteres Kleinkind / Kind im Vorschulalter: im Kinderzimmer Kampf gegen Drachen, Flug zum Mond, Burgenbauen mit zwei Stühlen und einer Decke
 - ab dem dritten Lebensjahr imaginäre Spielkameraden. Diese eingebildeten Freunde können oft Dinge tun, die das Kind selbst nicht tun kann bzw. nicht zu tun wagt.
 - Gemeinsame Spiele
 - Vorschulalter: Übergang vom Einzel- und Parallelspielen zum gemeinsamen Spielen
 - Üben wichtiger sozialer Fähigkeiten
 - Teilen
 - Sich-Abwechseln
 - Einhalten von Regeln
 - Verhandeln
 - Entwicklung des Orientierungsvermögens
 - > Bewußtsein und die Kenntnis von Zeit, Ort und Situation in Bezug auf die Umwelt und die eigene Person.
 - > frühe Kindheit:
 - Kind erlebt »physiognomisch« (Gegenstände haben Ausdruckscharakter, sind ihm freundlich oder feindlich gesinnt, sie lachen oder sind traurig)
 - Wahrnehmung der Umwelt nicht auf Einzelheiten gerichtet, sondern auf den Gesamteindruck
 - eindrucksvolle, begehrlche oder auffällige Objekte besonders beachtet -> Förderung von Lernvorgängen
 - Schulalter (Zeitabschnitt zwischen 6./7. Lebensjahr und Pubertät)
 - Magisches Erleben:
 - > physiognomisches Erleben geht in eine magische Sicht der Welt über
 - > 4. bis 12. Lebensjahr (Reihe magischer Praktiken, die die

Erfüllung ihrer Wünsche fördern sollten »wenn ich die Pflastersteine zähle, passiert mir nichts«)

- Voraussetzungen Schulfähigkeit
 - > ausreichende Aufmerksamkeitsspanne
 - > in der Gruppe bildbar
 - > kann mit anderen Kindern gemeinsames Aufgabenbewußtsein entwickeln
- Denken und Handeln
 - > immer mehr an der Realität orientiert
 - > zunehmendes analytisches Denken
 - > im 6. Lebensjahr noch ganzheitliche Denkweise
 - > 10. Lebensjahr: fast alle Kinder analytisches Denken.
- Pubertät und Adoleszenz (13.-21./24. Lebensjahr)
 - sekundäre Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsreife
 - Reflexion über die körperlichen Veränderungen -> Verhaltens- und Einstellungsänderungen, Konflikte mit der Umgebung, Pubertätskrisen
 - Psychisch eingeleitet durch eine Phase erhöhter psychischer Labilität und Verstimbarkeit.
 - Entdeckung des Ichs, Streben nach Eigenständigkeit
 - Entstehung eines Lebensplanes
 - Hineinwachsen in die einzelnen Lebensgebiete.
 - erhebliche Verunsicherungen in sozialer Hinsicht

2.2. Einteilung nach Funktionen

- Entwicklung der Motivation
 - Motivation = Antrieb zu einer bestimmten Aktivität bzw. einer Handlung
 - Arten der Motivation
 - > zwei große Klassen:
 - biologische (Hunger, Durst, Schlaf oder der Wunsch nach Reizvariationen), dient dem Überleben; primär, muß vor der sekundären soziologischen befriedigt werden
 - soziologische Motivationen (Streben nach Prestige, Besitz, Kontakt, Leistung, Wissensdurst, Machtstreben, Aggression, Spiel, Unabhängigkeit und Hilfsbereitschaft), erlernt; sekundär
 - Einflußfaktoren auf die Motivation
 - > Erziehungsprozeß
 - Mittel: Lob und Tadel (Eltern, die Erfolg zwar loben, aber zugleich zu noch höheren Leistungen anspornen, erzeugen damit überdurchschnittliche Prüfungsangst)
 - > Aufforderungsgehalt der Umgebung (Vielfalt der Reize u.a.)
 - > deren Wechselwirkung
 - Ausdifferenzierung und Folgen
 - > Je jünger, desto stärker biologische Motivation (Ein Säugling zeigt z.B. überwiegend Hunger-, Durst- und Schlafverhalten, aber noch wenig Streben nach Besitz, Prestige oder Hilfeleistung.)

- > vom individuellen Temperament eines Menschen abhängig, drei Typen (schnelle, langsame, wenig anpassungsfähige Reaktion), Feststellung des Temperaments mit 10 Wochen möglich
- > Leistungsmotivation selten vor dem 4. Lebensjahr ausgeprägt, erst danach Gütemaßstäbe entwickelt
- > stärkere Ausprägung der Leistungsmotivation in frühen Jahren beeinflusst die weitere Intelligenzentwicklung positiv
- Störungen der Motivationsentwicklung
 - > [U]: organische und psychische Faktoren und/oder ihre Wechselwirkungen
 - Beispiel für die Störung der biologischen Motivation: Magersucht
 - Beispiel für die Störung der sozialen Motivation: Mißerfolgsängstlichkeit, aber auch Zusammenwirken von biologischen und psychologischen Faktoren: Temperament des Kindes und elterlicher Erziehungsstil passen nicht zusammen -> Grundlage für spätere Störungen sein (Wird die »übermäßige Abwendung gegenüber Neuem« gestützt, so kann das später zum Einzelgängertum führen)
- Entwicklung der Gefühle
 - Gefühle (Emotionen / Affekte): Lust, Unlust, Angst, Furcht, Trauer, Aggression, Ärger, Scham oder Neid u.a.
 - meist mit bestimmten Körperempfindungen verbunden wie Muskelanspannung oder -entspannung, Schwitzen, Erröten, Urindrang
 - z. T. an der Mimik, Gestik, Sprechweise usw. ablesbar.
 - Gefühlsintensität ist Indikator für die Bedeutsamkeit von Erlebnissen
 - Ausdifferenzierung der Gefühle
 - > Überblick über den zeitlichen Verlauf der Ausdifferenzierung der Gefühle

Gefühlsbezeichnung	Lebensmonat
Undifferenzierte Erregung	0
Unlust	1
Lust	2
Ärger	3
Abscheu, Furcht	4-6
Fröhlichkeit, Liebe	10-12
Eifersucht	15
Freude	20

- »Achtmonatsangst« bei fremden Gesichtern
- spätere Angstauslöser: 1.Lebensjahr z.B. laute Geräusche, Gleichgewichtsverlust oder fremde Personen; später Dunkelheit, Räuber-, Gespenstergeschichten.
- Einflußfaktoren auf die Gefühlsentwicklung
 - > Bezugsperson (meist die Mutter) lebenswichtig
 - ohne: keine normale Gefühlsentwicklung, Unfähigkeit zur Partnerschaft
 - Verbote / Erlaubnis bestimmen, ob positive oder mehr negative Gefühle vorherrschen und wie intensiv sie sind
 - > kognitive Einstellung (Mitansetzen einer blutigen Operationsszene im Film kann derjenige besser ertragen, der sich die einzelnen anatomischen und chirurgischen Fachbegriffe in Erinnerung rufen kann.)
- Störungen der Gefühlsentwicklung
 - > [U]: hirnorganische Störungen, störende Umgebungsreize
 - > je früher desto Wirkung:
 - Störungen der Gefühlsintensität (überschießend oder abgestumpft)
 - Gefühlsqualität (depressiv, euphorisch, dranghaft)
 - Gefühlsgerechtigkeit (z. B. phobisch)
 - > Beispiele:
 - aggressive Eltern -> aggressives Verhalten
 - qualitative Gefühlsstörung: depressive Reaktion: Ein Jugendlicher glaubt - fälschlicherweise - seine Familie hätte etwas gegen seine Freundin. Er leidet darunter, seine Stimmung verschlechtert sich. Ein Gespräch würde seinen falschen Verdacht schnell beseitigen können. Er vermeidet dieses Gespräch jedoch aus Furcht, damit alles nur noch zu verschlimmern. Das strukturierende Lernen ist auch hier emotionsgesteuert und damit eingeschränkt.
- Entwicklung des Denkens
 - Unterschiede im Denken zwischen Kindern und Erwachsenen
 - > Für Erwachsene schwer vorstellbar (Sachverhalte, die für ihn selbstverständlich sind, müssen vom Kind erst durch langjährige Erfahrung erworben werden)
 - > erst erlernt: Objektpermanenz, Identität, Alter und Größe korrelieren nicht unbedingt miteinander zusammen (Bsp.: ich), Mengeninvarianz (11 in Schale / Glas), Unabhängigkeit von Zahl und Raum (3 Stäbe bleiben 3 Stäbe - unabhängig davon, ob sie nahe beieinander oder weit voneinander entfernt liegen)
 - Denken als aktive Interaktion
 - > Piaget-Grundbegriffe
 - Schema: als nützlich gelernte Tätigkeit (Schalterdrehen in Stube -> Licht)
 - Assimilation: Übertragung auf andere Situationen

- (Schalterdrehen in Küche -> Licht)
 - Akkommodation: Anpassung an veränderte Situation (Kippschalter)
 - Struktur: Kombination von Schemata (Schalter erst eindrücken und dann drehen) -> Widerspruchsfreiheit der Umgebung
- Stufenmodell der kognitiven Entwicklung (Piaget)
 - > Stufe der sensomotorischen Intelligenz, 0-2 Jahre, handlungsgebunden, Kreisreaktion
 - > Stufe des symbolischen und vorbegrifflichen Denkens / Stufe des anschaulichen Denkens, 2-7 Jahre
 - > Stufe der konkreten Denkkoperation und, 7-11 Jahre
 - Kind kann jetzt mehrere Aspekte gleichzeitig erfassen
 - Denken ist unabhängig der Wahrnehmung des Kindes, aber an konkrete Sachverhalte gebunden
 - Egozentrisches Denken verschwindet
 - Historisches Denken und schlussfolgerndes Denken werden möglich
 - Kind ist fähig, Oberbegriffe zu bilden
 - Rechnerische Fähigkeiten: zunächst addieren dann multiplizieren (ca. ab dem 7. Lebensjahr), im Übergang an formale Operationen erwirbt das Kind die Fähigkeiten zu dividieren
 - > Stufe der formalen Denkkoperation, ab 11/12 Jahre
 - über vorgegebene Informationen hinausgehen
 - Hypothesen bilden
 - Über das Denken selbst nachdenken
 - Aus einer allgemeinen Regel auf einen konkreten Sachverhalt zu schließen
 - Hier ist nun auch die Fähigkeit zum abstrakten Zählen und damit zum algebraischen Rechnen gegeben
- Störungen der Denkkentwicklung
 - > [U]
 - Hemmung oder Ängstlichkeit verzögern die Denkkentwicklung
 - fehlende Hilfe -> vergrößert Rückstand.
 - mangelnde Erfolgserlebnisse
 - zu geringer Anregungsgehalt der Umgebung
 - Informationen nicht vielseitig genug: -> Denkeinengung (Nur bestimmte Fakten werden beachtet und im Vergleich zu anderen überbewertet; das kann von stärkeren religiösen oder politischen Einseitigkeiten bis hin zu Wahnsystemen gehen), Strukturstörung handeln, denn das Denken sorgt nicht mehr für eine Widerspruchsfreiheit der gesamten Umgebung. Es ist vielmehr eine politische, paranoide usw. Idee überwertig worden, und nur in ihrem Bereich wird eine weitgehende Widerspruchsfreiheit aufgebaut.
 - hirnorganische Störungen
- Entwicklung der Sprache
 - Vom Lallen zum Mehrwortsatz

- > sprachliche Verständigung ist Fortsetzung präverbaler Intention und Handlungsstrukturen
- > Faktoren
 - genetische Programmierung
 - Vorgänge der Hirnreifung
 - erste Lautäußerungen
 - soziale Kontakte
- > Wortschatz:
 - 1a 2-3
 - 2a um 50
 - 3a um 1000
- > Grammatik
 - 13 Mon Einwortsätze
 - 18 Mon Zweiwortsätze
 - 25 Mon Mehrwortsätze
- Arten des Lernens bei der Sprache
 - > Verstärkungslernen:
 - Mutter ahmt Kindeslaute nach -> Übung der Lautverwendung
 - klare Sätze besser verstanden -> positive Rückkopplung
 - Nachsprechen
 - > Nachahmungslernen
 - Sprache und Prosodie
 - > strukturierendes Lernen
 - Sprache des einzelnen auch von ihm selbst entwickelt
 - > Zusammenwirken von Verstärkungslernen (die Zuwendung als Verstärkung), Nachahmungslernen (die Laute der Mutter werden imitiert) und strukturierendem Lernen (Variation der mütterlichen Babylaute, Reizunterschiede)
- Störungen der Sprachentwicklung
 - > [U]
 - biologisch (genetisch, Hirnschädigung)
 - Hörstörungen
 - Störungen des Sprechapparates
 - zentrale Störungen
 - psychosozial
 - mangelnde Stimulation
 - Hörstörungen der Eltern
 - Leistungsdruck
 - > Folgen: Sprachentwicklungsverzögerung, Wortschatz- und Grammatikdefizite, Stottern, Poltern

3. **Intelligenzminderung**

- Intelligenz
 - Fähigkeit neue Probleme zu lösen
 - Formen
 - > flüssige Intelligenzleistungen: Geschwindigkeit der Informationsverarbeitungsprozesse, Fertigkeiten zur Aufnahme und Bearbeitung von Informationen; Speed-Tests; stärkere genetische Komponente

- > kristallisierte Komponente: in Abhängigkeit von der spezifischen Förderung erworbenen Leistungen
- standardisierte Testverfahren
 - heute: IQ: Abweichung des Ergebnisses aus der individuellen Intelligenzmessung einer Person vom Mittelwert (üblicherweise 100) der Altersgruppe / gleichen Schulleistungsstufe
 - früher: IQ: Verhältnis von Intelligenzalter zum Lebensalter (x 100)
- [E]
 - IQ < 70: 2 - 3 %
 - IQ < 50: 0,3% (West-Australien 0,8%)
 - m>w
 - bei schwerer geistiger Behinderung oft begleitende körperliche und neurologische Erkrankungen => Lebenserwartung verkürzt (=> Anteil an der Gesamtbevölkerung nimmt altersabhängig ab, wird aber von erworbenen Intelligenzminderungen ausgeglichen)
 - Ungünstige soziale Bedingungen => Verschlechterung der Leistungen
- Formen
 - »Oligophrenie« / Intelligenzminderung / Intellektuelle Minderbegabungen / »Schwachsinnzustände«, wenn
 - > ererbt oder
 - > frühkindlich (prä-/peri-/postnatal erworben)
 - Demenz:
 - > Intelligenzabbau / Verlust von im frühen Leben erworbenen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen.
 - Pseudodemenz / Pseudodebilität: scheinbare Störung der Intelligenz durch emotionale Faktoren
- Klassifikation

Intelligenzminderung	IQ-Bereich	ICD-10
Leichte	50-69	F70
Mittelgradige	35-49	F71
Schwere	20-34	F72
Schwerste	<20	F73

- alte Begriffe der Einteilung von Intelligenzminderungen (nicht mehr verwenden)
 - > Debilität (leichte Intelligenzminderung),
 - > Imbezillität (mittelschwere Intelligenzminderung) und
 - > Idiotie (schwerste Intelligenzminderung).
- [Ä/P]
 - Pränatal entstandene Formen geistiger Behinderung:
 - > Genmutationen
 - > polygen multifaktoriell
 - > Chromosomenanomalien:

- > Fehlbildungen des Nervensystems:
- > Exogen verursachte pränatale Entwicklungsstörungen
 - Infektionen
 - Alkohol
 - teratogene Wirkung von Medikamenten, Strahlen, Umweltbelastung
- > Idiopathische geistige Behinderung
- Perinatale Komplikationen
 - > Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
 - > Frühgeburt
 - > Erkrankungen des Neugeborenen
- Postnatale Ursachen geistiger Behinderung:
 - > Entzündliche Erkrankungen
 - > Schädel-Hirn-Trauma
 - > Hirntumoren
 - > Intoxikationen
 - > Hypoxie, Stoffwechselkrisen
 - > Psychiatrische Störungen
- Beispiel: Trisomie 21
 - [Ä/P]
 - > autosomale Chromosomenaberration (in etwa 92% der Fälle eine freie Trisomie 21, 5 % Translokationen, 3 % Mosaik mit meist milderem Krankheitsbild)
 - > zunehmende Häufigkeit mit mütterlichem Alter
 - [S]
 - > Kopf- / Gesichtsfehlbildungen
 - kleiner, runder Schädel mit flachem Okziput; kurzen, breiten Hals mit überschüssiger Haut; rundes Gesicht mit flachem Profil; vorgewölbte Stirn
 - schräg nach außen oben verlaufende Lidachsen
 - Epikanthus
 - weiße Irisflecken (Brushfieldspots)
 - kurze Nase
 - dicke, evertierte Lippen
 - große, vorstehende, stark gefurchte Zunge
 - > Hände sind patschenartig, Finger kurz
 - > 5. Finger Brachymesopthalgie und Klinodaktylie
 - > Vierfingerfurche
 - > Abstand zwischen der 1. und 2. Zehe vergrößert (Sandalenlücke)
 - > Überstreckbarkeit der Gelenke
 - > 40 % bestehen Herzfehler
 - > Neugeborene hypoton
 - > IQ 5 J.: 50, 15 J.: 38, aber auch 70-80 oder extrem niedrig möglich; abstraktes Denken am stärksten betroffen, während Gefühlsleben und Sozialverhalten meist ausgeprägt und förderbar

4. Lern- und Leistungsstörungen

- Allgemeines
 - natürliches Bedürfnis und Motivation, zu lernen; Säuglinge

- bis Schulalter
- auf jeder Altersstufe seine individuellen und generellen Grenzen
 - > individuelle: intellektuelle Ausstattung, Stimulation, Lernerfahrung
 - > Generelle: Entwicklungsstand gemäß Entwicklungsalter (Nichtbeachtung -> Überforderung, Beispiel Frühlesemethoden)
- Lernprozesse entwickeln sich aus dem Spiel
 - > kein ausdauerndes und phantasievolles Spiel -> später Schwierigkeiten beim Lernen
- neurophysiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen
 - > Aufmerksamkeit
 - > Aktivierungsverhalten
 - > Motivation
 - > Bedürfnislage
 - > Persönlichkeit
- Lern- und Leistungsstörungen bei Kindern mit »minimaler zerebraler Dysfunktion«
 - siehe PÄDNE

4.1. Legasthenie

- Def: besondere Schwierigkeit beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens bei ausreichender Intelligenz, adäquater schulischer Betreuung und normalen Sinnesfunktionen
- [U]
 - polygen-multifaktoriell
 - tw. AD
- [E]
 - 6-7% aller Schüler im 2. Schuljahr, m=2x w
- [S]
 - Leseschwäche: Schwierigkeit zur Synthese der Buchstaben zum Wort
 - Rechtschreibschwäche: Schwierigkeiten beim Buchstabieren
 - Zahlenschreiben nicht gestört
 - keine neurologischen Auffälligkeiten
 - sekundär: seelische Fehlentwicklungen bzw. massive neurotische Störungen
 - > nur 20% psychisch unauffällig
 - > 65% Angstzustände, Großteil Neigungen zu kleinkindhaften Verhaltensweisen
 - > alle sehr geringe Lernbereitschaft
 - Großteil auch andere umschriebene Begabungsmängel
 - > Unfähigkeit, Lauteinheiten präzise zu unterscheiden (phonematische Differenzierungsschwäche)
 - > Sprachschwierigkeiten,
 - > herabgesetzte sprachliche Intelligenz
 - > Artikulationsstörungen.
- [Th]

- Übungsbehandlung
- Gesamtbehandlungsplan, Leistungssituation, emotionale Situation des Kindes, Familie mit einbeziehen

4.2. **Rechenschwäche**

- [Def]
 - ausgeprägte Beeinträchtigung der Entwicklung der Rechenfähigkeit bei ausreichender Intelligenz und adäquater schulischer Betreuung, keine hirnrnorganischen Störungen
- [S]
 - Schwierigkeiten im räumlichen Vorstellen und Denken sowie im abstrakten Denken
 - teilweise auch Lese-Rechtschreib-Schwäche
 - keine neurologischen Auffälligkeiten
 - > ! Unfähigkeit zu rechnen mit hirnrnorganischer Ursache: Akalkulie
 - kann meist behoben werden
- [Th]
 - Übungsbehandlung
 - zugleich räumliches Denken und Vorstellungsvermögen schulen
 - Beratung der Lehrer und der Eltern: Kinder sind nicht dumm oder faul, sondern umschriebener Leistungsausfall handelt

4.3. **Emotionale Störungen**

- Sammelbezeichnung Schulverweigerung
 - Schulphobie
 - Schulangst
 - Schulschwänzen

4.3.1. **Schulphobie**

- Bezeichnung ist irreführend
- [Ä/P]
 - Trennungsangst
 - meist sehr enge Bindung an die Mutter
 - häusliche Situation oft überprotektiv
 - Kinder häufig furchtsam und sensitiv
- [S]
 - Kinder gut angepaßt bis überangepaßt
 - Keine Disziplinprobleme
 - Maskierung ihrer Angst durch körperliche Beschwerden (Bauchschmerzen, Erbrechen usw.)
 - Intelligenz oft besonders gut
- [Th]
 - Psychotherapie
 - Eltern einbeziehen

4.3.2. **Schulangst**

- [Ä/P]
 - verschiedene Ursachen:

- > Begabungsmängel
- > Legasthenie / Rechenstörung
- Schulversagen oder
- kränkende oder demütigende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Schule allgemein oder mit bestimmten Personen
- [S]
 - Angst bezieht sich auf die Schulsituation und ist eine Art Erwartungsangst vor dem Schulversagen oder vor Demütigungen oder Herabsetzungen
 - Schule wird gemieden
 - Ausweichhandlungen, z.B. psychosomatische Beschwerden
 - keine Trennungsangst
 - keine speziellen Persönlichkeitszüge
- [Th]
 - Klärung der individuellen Voraussetzungen
 - Erlebnisse in der Schule oder im Elternhaus?
 - spezifische Ausfälle (z.B. Legasthenie oder Rechenschwäche): Übungsbehandlung
 - bei Überforderung Schulwechsel

4.3.3. Schulschwänzen

- [Ä/P]
 - nicht aus Angst vor der Schule
 - Schulbesuch ist negativ besetzt
 - Vernachlässigung bzw. mangelnde pädagogische Führung
 - durchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Begabung
- [S]
 - andere Auffälligkeiten
 - > aggressives und dissoziales Verhalten
 - > Disziplinprobleme
 - > verheimlichen Abwesenheit von der Schule
 - > selten psychosomatische Symptome
 - > Identitätsprobleme
 - > mangelhafte Über-Ich-Struktur
- [Th]
 - straffe pädagogische Führung
 - ähnlich wie verwahrloste Kinder und Jugendliche

5. Autistische Syndrome

- Nosologie (ICD-10)
 - F80-F89 Entwicklungsstörungen
 - F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen
 - F84.0 Frühkindlicher Autismus
 - F84.5 Asperger-Syndrom
- [G]
 - frühkindlicher Autismus durch amerikanischen Kinderpsychiater Kanner 1943 beschrieben
 - autistische Psychopathie durch österreichischen Pädiater Asperger 1944 beschrieben
- Begriff „Autismus“
 - Nach Bleuler ist »Autismus« Grundsymptom der Schizo-

phrenie

- > Rückzug von der Wirklichkeit auf ein Binnenleben eigener Willkür
- > auch beim Gesunden (beim (Tag-)Träumer), beim spielenden Kind und beim Künstler
- "autistische" Kinder ziehen sich aber, zumindest primär, nicht aktiv und auch nicht in eine Phantasiewelt zurück
- sind von Anfang an unfähig bzw. begrenzt fähig, ihre Umgebung adäquat wahrzunehmen und insbesondere soziale Kontakte aufzunehmen
- => Bezeichnung »autistisch« ist unzutreffend, wird aber beibehalten, weil gebräuchlich
- [E]:
 - frühkindlicher Autismus 4-5 Kinder (5-15 Jahre) / 10000
 - autistische Psychopathie: keine Häufigkeitsangaben.

5.1. Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)

- ICD-10-GM-2016: 84.0

Info.:

Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert. Sie ist außerdem gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression.

Inkl.:

Autistische Störung
Frühkindliche Psychose
Infantiler Autismus
Kanner-Syndrom

Exkl.:

Autistische Psychopathie (F84.5)

- [Ä/P]
 - erblicher Faktor (Zwillingsuntersuchungen)
 - hirnorganisch verursacht, wahrscheinlichgemacht durch
 - > polyätiologischer Hirnschäden (bei >50% nachgewiesen)
 - > Art der Wahrnehmungs-, Sprach- und Intelligenzprobleme
 - > Häufigkeit von epileptischen Anfällen im Jugendalter (nach Angaben in der Literatur bis zu 29%)
 - Kannersche Syndrom zusammen mit vielerlei ätiologisch unterschiedlichen Hirnschäden
 - > Rötelnembryopathie, tuberöse Sklerose, die Epilepsie mit BNS-Krämpfen, die Phenylketonurie und das Marker-X-Syndrom

- Umwelteinflüsse sind für den Verlauf von Bedeutung
- erste beide Lebensjahre wohl entscheidend (systematische Untersuchungen fehlen, Diagnose meist später)
- vermutlich frühe visuell-perzeptuelle Störungen
 - > Zentrale Verarbeitungsstörungen wirken sich vermutlich intensiver (verzerrender) aus als ein peripherer Totalausfall eines Sinnesbereiches (Blindgeborene entwickeln keinen Kanner-Autismus)
- verschiedene Defekte zentraler Art zu vermuten
- [S]
 - Kriterien lt. ICD-10
 - > Vor dem dritten Lebensjahr beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem Bereich:
 - kommunikative Sprache
 - soziale Zuwendung / Interaktion
 - funktionales oder symbolisches Spielen.
 - > mindestens sechs Symptome, mindestens zwei von 1) und mindestens je eins von 2) und 3), Störungen in:
 - 1) soziale Interaktion
 - Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik
 - Beziehungen zu Gleichaltrigen
 - sozio-emotionale Gegenseitigkeit
 - Teilen von Freude, Interessen oder Tätigkeiten
 - 2) Kommunikation
 - gesprochene Sprache
 - sprachlicher Kontakt
 - stereotype und repetitive Sprache
 - Als-ob-Spielen oder sozialen Imitationsspielen.
 - 3) Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
 - mehreren stereotype und begrenzte Interessen
 - zwanghafte Anhänglichkeit an nicht funktionale Handlungen oder Rituale
 - stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers
 - Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials
 - Ängste vor fremden Räumen, neuen Spazierwegen, neuen Speisen, neuer Kleidung
 - meist Intelligenzminderung (mit Inseln besserer Leistungen)
 - > nur bei ca. 3% IQ im durchschnittlichen Bereich oder darüber
- [Th]
 - Frühtherapie
 - > Sensomotorisches Training
 - > verhaltens-modifikatorische Techniken
 - > Förderung der Eigenaktivität
 - > Akzeptieren des Kindes als einmalige Persönlichkeit
 - > Sprachförderung, Erlernen gestützter Kommunikation
 - Eltern miteinbeziehen

- **Prognose:**
 - bis zum 6. Lebensjahr kommunikative Sprache => relativ günstige Prognose
 - 50% der Erwachsenen ohne gesprochene Sprache
 - größter Teil besucht Sonderschulen
 - später in Werkstätten für Behinderte
 - 17% selbständige Berufsausübung

5.2. Asperger-Syndrom (Autistische Psychopathie)

- ICD-10-GM-2016: F84.5

Info.:

Diese Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung. Die Störung geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher. Die Abweichungen tendieren stark dazu, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf.

Inkl.:

Autistische Psychopathie
Schizoide Störung des Kindesalters

- [Ä/P]
 - hauptsächlich beim männlichen Geschlecht
 - erbliche Faktoren
 - Umwelttoxinen und frühe hirnorganische Schädigungen
 - Desintegration der intellektuellen und emotionalen Bereiche der Persönlichkeit oder Störung der intuitiven Fähigkeiten
- [S]
 - Diagnosekriterien lt. ICD-10
 - > keine Entwicklungsverzögerung einschließlich Sprachentwicklung
 - > motorische Meilensteine können etwas verzögert sein
 - > Ungeschicklichkeit (kein notwendiges Merkmal)
 - > häufig einzelne spezielle Fertigkeiten (kein notwendiges Merkmal)
 - > Mindestens zwei Störungen der Interaktion von:
 - fehlender Blickkontakt, Mängel in Mimik, Körperhaltung und Gestik
 - Beziehungen zu Gleichaltrigen; Teilen von Interessen, Aktivitäten und Emotionen
 - sozio-emotionale Gegenseitigkeit, abweichende Reaktion auf die Emotionen Anderer
 - Teilen von Vergnügen, Interessen und Errungenschaften
 - starkes, sehr spezielles Interesse oder begrenzte, repe-

- titive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
 - stereotype und begrenzte Interessenmuster, in Inhalt oder Gebiet abnorm oder abnorme Intensität und spezielle Natur
 - zwanghafte spezifische, nonfunktionale Routinen oder Rituale
 - stereotype und repetitive motorische Manierismen (Flattern oder Drehen mit Händen oder Fingern oder komplexe Ganzkörperbewegungen)
 - Beschäftigungen mit Teil-Objekten oder nonfunktionalen Elementen oder Spielmaterialien
- Beziehungsstörung geringer als bei frühkindlichem Autismus
- nicht selten gute bis überdurchschnittliche Intelligenz
- später auffällig als Kanner
 - > bei besonderen Anforderungen an ihre soziale Eingliederungsfähigkeit
 - > Eintritt in Kindergarten, spätestens Schule
- Ausprägungsgrad sehr unterschiedlich
- Sprachentwicklung frühzeitig, sprechen häufig noch vor Laufen
- wandlungsfähige Sprache mit großem Wortschatz und originellen Wortschöpfungen
- Sprache gestört: Spontanrede, Selbstgespräche
- originelles Denken, Fähigkeiten der Logik und Abstraktion
- häufig übermäßig intensive, eng umgrenzte und praxisferne Sonderinteressen
- Manche haben auf bestimmten Wissensgebieten lexikales Wissen
 - > reine Wissensspeicherung, meist ohne Einordnung
- oft schlechte Schüler
 - > ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung
 - > nicht von außen, sondern von innen abgelenkt
- motorische Ungeschicklichkeit
 - > häufig dyspraktische Störungen
- können sich nur begrenzt auf Mitmenschen oder auf soziale Situationen einstellen
- rücksichtslos bei der Durchsetzung ihrer Wünsche
- Emotionalität
 - > dysharmonisch
 - > überraschende Widersprüche (z.B. negativistisch und hochgradig suggestibel)
 - > tiefer Gefühlsbindungen fähig
- oft verspottet, unangepaßte Reaktion, gelegentlich mit überschießenden aggressiven Handlungen
- wünschen sich sozialen Kontakt, sind aber in Gefahr- wie auch die Kannerschen Autisten -, in einen Teufelskreis zu geraten: Durch das absonderliche Verhalten kommt es zu sozialer Selbstisolation und damit zu immer unwirksameren Bemühungen um Kommunikation

- [Th]
 - frühzeitig
 - Beratung der wichtigsten Beziehungspersonen
 - bei sekundären psychischen Störungen: Psychotherapie unter Einbeziehung der Eltern
 - sensomotorische Übungsbehandlung der motorischen Störungen
- Prognose
 - meist günstig
 - soziale Eingliederung je älter desto besser
 - > zunehmende Reife ihres Intellekts
 - > Lernerfolge bei der verstandesmäßigen Einstellung auf Menschen und Situationen
 - > Verständigung auf rationaler Ebene unter Erwachsenen
 - > Einige: soziale Nachreife
 - Erwachsene meist gute berufliche Eingliederung
 - > nicht selten anspruchsvolle Berufe, überdurchschnittliche Leistungen
 - menschliche Beziehungen weiterhin schwierig
 - > besonders für nächste Angehörige
 - > Manche bleiben einzelgängerische Sonderlinge
 - > Außenseiterberufe, häufiger Wechsel.

		Frühkindlicher Autismus	Autistische Psychopathie
erste Auffälligkeiten		erste Monate	ab 3. Lebensjahr
Sprache	Beginn	spät oder (50%) nicht	früh
	Entwicklung	stark verzögert	schnell, grammatisch und stilistisch hochstehende Sprache
	Kommunikative Funktion	mindestens anfangs nicht	immer kommunikativ, gestört (Spontanrede)
Intelligenz		meist erheblich gemindert, charakteristische Intelligenzstruktur	gut bis überdurchschnittlich
Blickkontakt		erst oft fehlend, später selten, flüchtig, ausweichend	selten, flüchtig
Motorik		keine autismusbedingten Auffälligkeiten	Ungeschicklichkeit, Koordinationsstörungen

6. Psychosomatische Störungen

- Anorexia nervosa siehe PGP

6.1. Nichtorganische Enuresis

- ICD-10-GM-2016: F98.0

Info.:
 Diese Störung ist charakterisiert durch unwillkürlichen Harnabgang am Tag und in der Nacht, untypisch für das Entwicklungsalter. Sie ist nicht Folge einer mangelnden Blasenkontrolle aufgrund einer neurologischen Krankheit, epileptischer Anfälle oder einer strukturellen Anomalie der ableitenden Harnwege. Die Enuresis kann von Geburt an bestehen oder

nach einer Periode bereits erworbener Blasenkontrolle aufgetreten sein. Die Enuresis kann von einer schweren emotionalen oder Verhaltensstörung begleitet werden.

Inkl.:

- Funktionelle Enuresis
- Nichtorganische primäre oder sekundäre Enuresis
- Nichtorganische Harninkontinenz
- Psychogene Enuresis

- Erklärung
 - am Tage oder in der Nacht auftretende unwillkürliche Urinausscheidung nach Vollendung des 4. Lebensjahres
 - ohne faßbare organische Ursache
 - mehrfach pro Monat
- Formen
 - die primäre Enuresis: Kind war noch nie trocken
 - die sekundäre Enuresis (Enuresis acquisita): für einen bestimmten Zeitraum (1/2 Jahr bis 1 Jahr) die Blasenkontrolle bereits beherrscht, später aber wieder einnässen
- Epidemiologie. Jungen nässen in allen Altersgruppen häufiger ein als Mädchen. Bei 5jährigen Kindern (Jungen und Mädchen zusammengenommen) findet man eine Einnäßfrequenz von etwa 14%, bei 7jährigen von etwa 7% und bei 14jährigen von etwa 2%. Im Erwachsenenalter liegt die Frequenz zwischen 0,5 und 1%.
- [Ä/P]
 - psychogenetische Ansätze,
 - > unbewußter emotionaler Konflikt oder aufgrund traumatischer Erlebnisse
 - > eher bei sekundärer Enuresis
 - z.B. Trennung oder Scheidung der Eltern
 - Tod eines Elternteils
 - Trennung des Kindes von der Mutter
 - Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes
 - zu frühe, zu strenge oder inkonsequente Sauberkeitserziehung
 - Ansätze, die eine mangelnde Funktionsreife bzw. ein Lerndefizit annehmen
 - > familiäres Auftreten der Enuresis gibt, d.h., es gibt klare Hinweise für eine genetische Disposition
 - eineiige Zwillinge doppelt so häufig konkordant wie zweieiige
 - > enorme Schlaftiefe
 - > Reinlichkeitserziehung nicht adäquat
 - > mangelhafte Ausreife der Blasenfunktion
 - > allgemeiner körperlich-seelischer Entwicklungsrückstand
 - Enuresis als Folge umschriebener körperlicher Störungen
 - > bei Enuresis nocturna et diurna
 - > anatomische Abweichungen der ableitenden Harnwege
 - > reduzierte »funktionelle Blasenkapazität«,
 - > gehäufte Harnwegsinfekte
 - Enuresis in 30% der Fälle durch Therapie des Harn-

wegsinfektes zu beseitigen

- [Therapie und Prognose]
 - je nach Ursachen vier Gruppen
 - > 1. Medikamentöse Therapie
 - trizy-klische Antidepressiva vom Typ des Imipramin
 - > 2. Verhaltenstherapie (Konditionierungsbehandlung)
 - Klingelmatte oder Klingelapparat
 - verschiedene andere verhaltenstherapeutische Methoden
 - systematische Belohnung der Kinder nach trockenen Nächten
 - > 3. Übungsbehandlung. bei gestörter Blasenkontrolle
 - z.B. lernen die Kinder, den Miktionsvorgang zu unterbreche
 - -> Miktionsvorgang direkt beeinflussen
 - kombiniert, insbesondere mit der operanten Konditionierung (Belohnung trockener Nächte).
 - > 4. Spieltherapie bei schwerwiegenden Konflikten
 - Konfliktaufdeckung; kleine Kinder durch Soieltherapie
 - bei Jugendlichen Gesprächstherapie.

6.2. Nichtorganische Enkopresis

- ICD-10-GM-2016: F98.1

Info.:

Wiederholtes willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Faeces normaler oder fast normaler Konsistenz an Stellen, die im soziokulturellen Umfeld des Betroffenen nicht dafür vorgesehen sind. Die Störung kann eine abnorme Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz darstellen oder einen Kontinenzverlust nach bereits vorhandener Darmkontrolle, oder es kann sich um ein absichtliches Absetzen von Stuhl an dafür nicht vorgesehenen Stellen trotz normaler physiologischer Darmkontrolle handeln. Das Zustandsbild kann als monosymptomatische Störung auftreten oder als Teil einer umfassenderen Störung, besonders einer emotionalen Störung (F93.-) oder einer Störung des Sozialverhaltens (F91.-).

Inkl.:

Funktionelle Enkopresis
Nichtorganische Stuhlinkontinenz
Psychogene Enkopresis

- Formen
 - primäre (persistierende) Enkopresis: waren über 4. Lebensjahr hinaus noch nie sauber
 - eine sekundäre Enkopresis: erneuten Einkoten nach abgeschlossener Sauberkeitserziehung
- [E]
 - altersabhängig
 - 7- bis 8jährige: 1,5% (Jungen 2,3%, Mädchen 0,7%)
 - 10- bis 12jährige: 1,3% Jungen, 0,3% Mädchen.
- [Ä/P]
 - primäre Enkopresis:
 - > allgemeine Entwicklungsverzögerung

- > Einschränkung der intellektuellen Funktionen
- > Behinderungen verschiedener Art
- > häufig eine inkonsistente, zu frühe und zu strenge Reinlichkeitserziehung
- > seelische Belastungen
- sekundäre Enkopresis
 - > belastende Erlebnisse oder akute bzw. chronische Konflikte
 - > Kind »regrediert«

Nach psychoanalytischer Auffassung hat Kot für das Kind etwas mit Besitz zu tun, den es nicht hergeben möchte. Wenn die Reinlichkeitserziehung besonders hart, unnachgiebig und forciert erfolgt, so kann das Kind gewissermaßen in aggressiver Form das Gebot der Mutter erfüllen, indem es den Kot zwar hergibt (also einkotet), aber nicht in der von der Mutter geforderten Weise. Äußerlich sind die Kinder dabei häufig überangepaßt. eher passiv und keineswegs aggressiv. In ihrem Symptom drückt sich aber die Aggressivität aus.

- [S]
 - Enkopresis ist häufig mit Enuresis vergesellschaftet.
 - Einkoten geschieht meistens tagsüber, manchmal auch nachts. Vielfach verstecken die Kinder ihre beschmutzte Unterwäsche.
 - Einkoten ist oft wahllos über den Tag verteilt
 - manche Kinder koten auch nach unangenehmen Anlässen ein
 - In der Regel merkwürdige Indolenz
 - > geben die Kinder vielfach an, daß sie den Stuhlgang nicht spüren
 - > Häufig wegen des Geruches gemieden, aber auch dies scheint manche von ihnen gar nicht zu stören
- [Therapie und Prognose]
 - Übungsbehandlung
 - Konflikt: Spieltherapie,
 - Elternberatung ist immer erforderlich.
- Sofern keine zusätzlichen Belastungsfaktoren vorliegen und das Kind ansonsten altersentsprechend entwickelt ist, ist die Prognose günstig.

7. Psychologie chronischer Erkrankungen im Kindesalter

- Fallbeispiel:

Tatjana, ein 7-jähriges Mädchen, ist mit schwerer kraniofazialer Fehlbildung zur Welt gekommen (Apert-Syndrom). Das Behandlungskonzept erfordert eine Schädeloperation im 1. Lebensjahr, um einer vorzeitigen Verknöcherung der Schädelnähte und dem Entstehen einer Himndrucksymptomatik vorzubeugen, eine 2. Operation im Vorschulalter zur Modulation des Mittelgesichts, um die Atmungs- und Sprechfunktionen zu erleichtern, sowie eine Serie von Handoperationen, um die Fusion der Finger zu trennen und eine möglichst wenig beeinträchtigte Handfunktion zu erreichen. Krankengymnastische sowie logopädische Funktionsbehandlungen und häufige Arztbesuche bzw. Klinikaufenthalte sind zu bewältigen.

Die kognitive Entwicklung Tatjanas ist weitgehend normal verlaufen (McCarthy Scales of Child-ren's Abilities, GCI 96), die sozial-emotionale Entwicklung ist dagegen gefährdet

durch die Gefahr einer kompensatorisch-überfürsorglichen Erziehungshaltung der Eltern und mögliche negative soziale Erfahrungen in der Gruppe der Gleichaltrigen als Reaktion auf das veränderte Erscheinungsbild von Gesicht und Händen. Gegenwärtig liegen allerdings noch keine sozial-emotionalen Störungen vor (CBCL, T-Wert 54).

In der aktuellen Anamnese äußern die Eltern die Sorge, wie T. die nächste anstehende Handoperation bewältigen werde und ob sie immer die richtigen Wege im Alltag zwischen Über- und Unterforderung finden. Zudem befürchten sie, dass T. mit Schuleintritt häufiger als bisher belastende soziale Erfahrungen machen wird, z. B. auf dem Schulhof gehänselt oder ausgeschlossen wird. T. selbst schildert ihre Alltagssituation als zufriedenstellend, kann über 2 Freundschaftsbeziehungen berichten. Vor der nächsten Operation ist ihr unwohl, weil sie nicht weiß, wie lange sie die Hand nicht gebrauchen können und wie schmerzhaft der Heilungsprozess sein wird.

Die begleitende psychologische Beratung umfasst die Beratung der Eltern in angemessenen erzieherischen Vorgehensweisen, die Vorbereitung Tatjanas auf die anstehende Operation und die Stärkung ihrer sozialen Kompetenz im Umgang mit kritischen sozialen Situationen. Wir erarbeiten miteinander Möglichkeiten, wie sie sich entspannende Selbstinstruktionen vorsagen kann, wenn sie an die Behandlung denkt und sich abzulenken vermag. Wir besprechen eine Kassetten mit einer „Bewältigungsgeschichte“, indem sich ihr Fernsehheld (Käptn Blaubär) den Arm bricht, gehandikapt ist, aber dennoch alles das zu tun schafft, was er möchte. Mit den Eltern besprechen wir einzelne Situationen, in denen sie sich unsicher sind, was sie von T. erwarten können, um ihnen zu helfen, Prioritäten in den Erziehungszielen zu setzen. Darüber hinaus besprechen wir, wie sie zu Hause mit T. im Rollenspiel Möglichkeiten einüben können, wie sie sich gegen kränkende Erfahrungen schützen kann (z.B. die Lehrerin um Hilfe bitten, sich einen „symbolischen Schutzschild“ anschaffen, mit einem „schlagfertigen“ Satz zum anderen Kind Distanz schaffen).

- Chronische Erkrankungen
 - lang anhaltende
 - funktionelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und der sozialen Rollen
 - Kinder sind angewiesen auf
 - > Medikamente
 - > spezielle Diät
 - > medizinische Hilfsmittel
 - > persönliche Anleitung
 - > wiederholte medizinisch-pflegerische oder psychologisch-pädagogische Unterstützung, die über das altersübliche Maß hinausgeht
- Prävalenz chron. Krankheiten im Kindesalter 7-10%; häufige:

Erkrankung	Häufigkeit/1000
Asthma bronchiale	29,3
Arthritis	3,4
Epilepsie	3,0
fehlende Gliedmaßen (z. B. als Unfallfolge)	2,1
gastrointestinale Krankheiten(z. B. Colitis ulcerosa)	1,6

Erkrankung	Häufigkeit/1000
Diabetes mellitus	1,0
Zerebralparese	0,9
Sichelzellenanämie	0,9
kardiale Erkrankungen (z. B. angeborene Herzfehler)	0,7

- Probleme bei
 - Alltagsbewältigung
 - > Strukturierung des Tagesablaufs nach Krankheitsanfordernissen
 - > Sonderrolle in der Familie: Erhöhte Abhängigkeitsbeziehung und erschwerte Selbständigkeitsentwicklung
 - > Konfliktbehaftete soziale Vergleichsprozesse mit den Geschwistern (Rivalität, Eifersucht, Neid, Schuldgefühle, Erleben von Bevorzugung und Benachteiligung)
 - > schulische Leistungseinschränkungen
 - > Integrationsprobleme im Klassenverband
 - > Konfrontation mit Vorurteilen in der Bevölkerung
 - > Einschränkungen sportlicher Aktivitäten
 - > Einschränkungen bei der Urlaubsgestaltung
 - > Trennung von Bezugspersonen und gewohnter Umgebung bei Klinikaufenthalten
 - Entwicklung von Selbstbild, sozialer Kompetenz und Zukunftsperspektiven
 - > Beeinträchtigung des Körperbildes als „defekt“
 - > soziale Verunsicherung bei sichtbarer Behinderung
 - > Angst vor Kontrollverlust in der Öffentlichkeit (z. B. bei einem Asthmaanfall)
 - > Bedürfnis nach altersgemäßer Normalität versus Bedürfnis nach Rücksichtnahme auf Erfordernisse, die sich aus Krankheit und Behandlungsnotwendigkeit ergeben
 - > Ungewissheit über den künftigen Krankheitsverlauf
 - > Antizipation späterer schulischer, beruflicher und partnerschaftlicher Probleme
 - > existenzielle Konfrontation mit Krankheit und Sterben
- psychische Auffälligkeiten bei chronischer Krankheit Hinweise auf die Häufigkeit des Misslingens dieser psychosozialen Anpassungsprozesse
- Formen

	chronisch Krankem mit Behinderung	chronisch Kranke	Gesunde
emotionale Störungen	21,6	13,1	8,7
Störungen des Sozialverhaltens	11,6	8,8	4,2
soziale Isolierung	13,9	4,9	3,9
Beziehungsschwierigkeiten	11,8	7,7	6,3

keiten mit Gleichaltri- gen			
geringe Beteiligung bei Aktivitäten	35,6	22,5	25,7
geringe Kompetenz	28,7	8,2	5,9

- Einzelne Krankheitsbilder
 - Angegebene psychische Störungen betreffen meist nur geringeren Teil
 - Asthma bronchiale
 - > mangelhafte Krankheitsanpassung:
 - geringe Compliance (Eigenverantwortlichkeit), (Missachtung von ärztlichen Anweisungen, Unregelmäßigkeit der Inhalationen, fortgesetzte Exposition für auslösende Stoffe oder Situationen)
 - übertriebene krankheitsbezogenen Ängste
 - sozialer Rückzug
 - Angeborene Herzfehler
 - > Grenzen für die körperliche Belastbarkeit
 - > allgemeiner Entwicklungsrückstand
 - > dauerhafte Einschränkungen der motorischen Geschicklichkeit
 - > kognitive Leistungsschwäche
 - > Verhaltensprobleme
 - > überbehütende und verwöhnende Erziehung
 - > weniger selbstsicher und sozial unsicherer
 - Spina bifida
 - > sichtbare Behinderung mit Einschränkung der Mobilität
 - > intellektuelle Entwicklung manchmal verlangsamt
 - > fortwährende krankengymnastische Behandlung, die Anpassung orthopädischer Hilfsmittel (z.B. Orthesen) sowie das Erlernen von Techniken der Blasenentleerung (Blasentraining, Selbstkatheterisierung)
 - > psychische Anpassungsstörungen bei 24% der 3- bis 8-jährigen
 - Kinder mit schweren kraniofazialen Fehlbildungen
 - > beeinträchtigen das äußere Erscheinungsbild des Gesichts
 - > oft Hör- und Sprachstörungen
 - > intellektuelle Entwicklung meist normal
 - > sozialemotionale Entwicklung gefährdet
 - mitleidige oder neugierige Äußerungen
 - soziale Ausgrenzung
 - > Folgen:
 - Ängstlichkeit
 - geringes Selbstwertgefühl
 - > oft positives Selbstwertgefühl, selbstsicheres Auftreten, Behauptung in kritischen Situationen
- Krankheitsbewältigung in der Familie
 - gelingt sehr unterschiedlich

- psychische Anpassung der Kinder hängt von Anpassung der Eltern ab
- häufig psychische Probleme bei Eltern
- nicht von Art und Schwere der Behinderung abhängig, sondern von subjektiver Wahrnehmung
- Spezifische erzieherische Probleme
 - Eltern müssen Traum vom gesunden Kind aufgeben
 - Aufbau einer Bindung zum Kind erschwert
 - Eltern fühlen sich häufig persönlich verantwortlich, Zorn gegen Familienmitglieder und Fachleute
 - keine starr reglementierenden Erziehungsverhaltensweisen / Abnahme der Lösung sozialer Konflikte (verhindern Selbstständigkeit, führen zu Selbstzweifel und Überforderungsgefühl)
 - besonderes Problem: Haltung gegenüber Jugendlichen
 - > Für Eltern: Kränkung durch Zurückweisung ihrer Bindungs- und Versorgungswünsche
 - > unterstellen Undankbarkeit
- Interventionen zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung
 - angstreduzierende Hilfen
 - > Bewältigung schmerzhafter Eingriffe
 - operante und kognitive Methoden (Selbstinstruktion, Gedankenstopp, Aufmerksamkeitsumlenkung)
 - Entspannungsverfahren (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Imaginationsverfahren, Hypnose und Suggestionsverfahren)
 - Hilfen zur Aufrechterhaltung der Mitarbeit bei Behandlungen (Compliance)
 - Patientenschulung und verhaltenspsychologisch orientierte sowie emotional unterstützende Familienberatung

- > Mangelnde Mitarbeit: ist Ausdruck des Widerspruchs zwischen den täglichen Belastungen und dem Wunsch des Kindes nach spontaner Tagesgestaltung und sozialer Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen
 - > Patientenschulungen vor allem bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen -> Behandlungseinsicht und Eigenverantwortlichkeit
 - > **Familienberatung:** Förderung eines offenen kommunikativen Austausches über das individuelle Belastungserleben und die Erwartungen an die wechselseitige Unterstützung
- Zusammenfassung

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen liegt bei 7-10%. Das Gelingen der Anpassungsprozesse hängt z.T. vom Schweregrad der Erkrankung und spezifischen Aspekten wie Lebensbedrohlichkeit, Sichtbarkeit der Behinderung, Mobilitätseinschränkung, intellektuelle Beteiligung, Pflegebedürftigkeit und Behandlungsanforderungen ab. Die Auswirkungen werden sehr unterschiedlich erlebt und hängen vom Ausmaß weiterer lebensgeschichtlicher Belastungen und Risiko- bzw. Schutzfaktoren in der kindlichen Persönlichkeit, seinen Familienbeziehungen und der verfügbaren sozialen Unterstützung ab. Es werden krankheitsbezogene Belastungen und Anforderungen in der Alltagsbewältigung und

bei der Entwicklung von Selbstbild, sozialer Kompetenz, Zukunftsperspektiven u. a. am Beispiel des Asthma bronchiale, angeborener Herzfehler und kraniofazialer Fehlbildungen geschildert. Auch die Eltern weisen eine höhere Rate psychischer Probleme auf und müssen spezifische erzieherische Herausforderungen (angemessene Anforderungen an Eigenverantwortlichkeit, Vermeidung von Überfürsorglichkeit) bewältigen. Psychologische Interventionen zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung umfassen angstreduzierende Hilfen zur Bewältigung schmerzhafter medizinischer Eingriffe, Hilfen zur Aufrechterhaltung der Mitarbeit mit Behandlungsanforderungen, Maßnahmen der Patientenschulung und verhaltenspsychologisch orientierte, sozial-emotional unterstützende Familienberatung.

8. Deprivation und Mißhandlung

8.1. Trennung von Kindern und Bezugspersonen

- Hospitalismus (psychische Deprivation)

- [G]

- Kaiser Friedrich II: hervor. Es wird erzählt, er habe Säuglingswaisen von Pflegerinnen aufziehen lassen, die sich lediglich um deren leibliches Wohl kümmerten, ohne mit ihnen zu sprechen, geschweige denn Zuwendung zu geben. Er wollte dadurch die heilige bzw. Ursprache (hebräisch, griechisch oder lateinisch) herausfinden, wenn die Kinder zu sprechen begännen. Durch die psychosozialen Entbehrungen starben angeblich alle Kinder.
- Um 1800 ist noch in Berichten über ein Waisenhaus (in Wien) zu lesen, daß in guten Zeiten 70%, in schlechten 100% der Säuglinge starben.

- [E]

- BRD: 25000 Säuglinge pro Jahr in Säuglingsheime
- Hauptaufgabe »Ernähren und Behüten«
- Säuglingssterblichkeit 2 - 6%

- Def:

- psychische Deprivation
 - > Zustand des Organismus als Folge von Lebenssituationen mit zu wenig Umfang und Zeit zur Befriedigung seiner grundlegenden psychischen Bedürfnisse (nach ausreichenden und variablen Reizen, nach Lernerfahrungen und Interaktionen)

- [Ä/P]

- abhängig von Alter, Geschlecht und Konstitution
 - > jedes Kind reagiert anders (Geschwister im gleichen Mangelmilieu: einige Hospitalismus, andere nicht, nicht bei allen Heimkindern)
- Verhaltenstheoretische Sicht
 - > »angeborene, instinktive Reaktionssysteme (Schreien, Anklammern)« die Bindung zur Mutter ausmachen, werden durch diese ständig in Gang gehalten
 - > ohne Mutter: massive Ängste
 - erst: Schreien und Toben (Protestphase)
 - Trauer-, Verzweiflungs- bzw. Erschöpfungsphase

- Verlust des Kontakts zur Umwelt
- Lernpsychologisch:
 - > mangelnde Lernerfahrungen,
 - > Fehlen operanter Konditionierungen
- Weitere Ansätze: mangelnde sensorische Stimulierung durch die Mutter (sensorische Deprivation).
- [S]
 - hängen von Zeitpunkt und Ausmaß der Deprivation ab
 - schwer hospitalisierte Kinder: passiv, initiativ- und teilnahmslos, kontaktgestört, zurückgezogen, neigen zu stereotypen Bewegungen (Jaktationen), vermögen keine Gefühle auszudrücken und zeigen insgesamt einen intellektuellen, emotionalen, motorischen und Sprachentwicklungsrückstand
 - anamnestische Daten (Trennungen von Mutter, Familie, Heimaufenthalte, soziokulturelle Stufe der Eltern),
 - körperliche Untersuchung (Dystrophien, statomotorische Entwicklung, Feinmotorik und Sprachentwicklung)
 - Entwicklungsrückstand und Intelligenzminderung
 - psychiatrische Störungen (Neurosen, Charakter, Verhaltensstörungen).
- [Th]
 - schädigenden Einflüsse beseitigen
 - Unterbringung in geordneten Familien
- [Pr]
 - günstiger, je früher positive Milieugestaltung

8.2. **Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch**

- Definitionen
 - Kindesmißhandlung: nicht unfallbedingte körperliche oder seelische Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen durch ein Elternteil oder eine Betreuungsperson
 - Kindesvernachlässigung: Mangel eines Minimums an Pflege oder Beaufsichtigung eines Kindes.
 - sexueller Mißbrauch gehört in diesen Zusammenhang.
- [E]
 - keine genauen Zahlen
 - sehr hohe Dunkelziffer
 - rund 5% aller Mißhandlungsfälle werden strafrechtlich belangt
 - BRD: 150000 bis 200000 mißhandelter bzw. schwer vernachlässigter Kinder.
 - ähnlich hohe Dunkelziffer: sexueller Mißbrauch
 - Schwerpunkt Kinder unter zwei Jahren
- [Ä]
 - psychologische, soziologische und psychosoziale Einflüsse
 - multifaktoriell: Kind, Eltern, Familie
 - Risikofaktoren
 - > Kind
 - niedriges Geburtsgewicht / Unreife
 - Fehlbildungen und Deformationen

- Unerwünschtheit
- Entwicklungsstörungen
- normabweichendes und unerwartetes Verhalten des Kindes.
- > Eltern
 - eigene Mißhandlungen
 - Meinung, körperliche Züchtigung sei Erziehungsmittel
 - Mangel an erzieherischer Kompetenz
 - aggressives Verhalten
 - relativ niedriger Ausbildungsstand
 - psychiatrische Erkrankungen wie Alkoholismus, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen sowie
 - Persönlichkeitszüge wie mangelnde Impulssteuerung, Sensitivität, Isolationstendenz, hoher Angstpegel.
- > Familie
 - niedriges Einkommen
 - Arbeitslosigkeit
 - Kinderreichtum
 - Isolation von der Gemeinschaft
 - sowie Streit und eheliche Auseinandersetzungen.
- interaktionelles Modell
 - > 1. inadäquates erzieherisches Verhalten der Eltern
 - > 2. bestimmte Merkmale mißhandelter Kinder
 - > 3. besondere Form der Interaktion: Neigung der Eltern zur Gewaltanwendung
 - > 4. Umgebungseinflüsse / Belastungen: niedriges Einkommen, Isolation, Arbeitslosigkeit usw.
- [S]
 - nichterklärbare körperliche Befunde
 - Folgen früherer Verletzungen
 - Elternverhalten
 - > Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund und den Schilderungen der Eltern
 - > Eltern nichtkooperativ bis feindselig
 - > Verzögerung der ärztlichen Untersuchung
 - > inadäquate Reaktion gegenüber der Verletzung des Kindes
 - sichtbare Verletzungen
 - > Frakturen der Extremitäten
 - > Kopfverletzungen
 - > Prellmarken
 - > großflächige Hämatome
 - > Prügelmarken und Striemen
 - > Verbrennungen und Verbrühungen
 - Verletzungen der inneren Organe mit entsprechenden Blutungen (Leber-, Nieren-Milzverletzungen)
 - irreversiblen Schädigungen der Sinnesorgane
 - > Beeinträchtigung des Visus
 - > Verletzungen des Gehörs
 - dauerhafte Hirnverletzungen mit neurologischen Spätschä-

- den
- chronisch mißhandelte Kinder:
 - > Gedeih- und Wachstumsstörungen
 - > Verhaltensauffälligkeiten
 - unmotiviertes Schreien
 - motorische Unruhe
 - Störungen des Schlaf -Wach-Rhythmus
 - > Bei manchen Kindern intellektuelle Schäden durch
 - Mangel- und Fehlernährung
 - emotionale Deprivation
 - hirotraumatische Folgen
 - schwerwiegende emotionale Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten
 - > Beeinträchtigung der natürlichen Lebensfreude
 - > gestörtes spontanes Spielverhalten
 - > freudlos und antriebsarm
 - > Einnässen und Einkoten
 - > aggressive Verhaltensauffälligkeiten
 - > Schlafstörungen
 - > Hyperaktivität
 - > dissoziales und delinquentes Verhalten
 - > Lern- und Leistungsprobleme
 - > gestörtes Selbstwertgefühl
 - [Th]
 - Frage klären: Verbleib in der Familie / sofortige Herausnahme
 - entscheidend: Beziehung zwischen Eltern und Kind
 - > Herausnahme, wenn Mißhandlung
 - so schwerwiegend ist, daß sie lebensbedrohend erscheint, und
 - wenn die Mißhandlung deutlich sadistische Motive trägt.
 - Behandlung der Eltern
 - Gesetzliche Regelungen: BGB § 1666, Absatz 1.

Quellen:

Helmut Remschmidt (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: eine praktische Einführung. 2. Aufl., Stuttgart; New York: Thieme, 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“. URL: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=e05f658900490094770014ef64d9643e> [Stand: 12.04.2016}

MEDIZINFO: „Entwicklungsprobleme“. URL: <http://www.medizinfo.de/kinder/probleme/start.htm> [Stand: 12.04.2016]