

■ SEIT 1998
ERFOLGREICH IN DER
AUSBILDUNG VON
HEILPRAKTIKERN



Ausbildung zum/r Psychologischen Berater/in
und zum/r Psychotherapeutischen Heilpraktiker/in

Entwicklungspsychologie und Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Arbeits- und Lernskript für das Selbststudium



INHALT

1. Einleitung und didaktische Empfehlungen	6
2. Literaturempfehlung	8
Teil A – Entwicklungspsychologie	9
3. Allg. Entwicklungsstufen	9
4. Geschichte	10
5. Vererbung und Umwelt in der Entwicklung des Menschen	11
6. Soziale Entwicklung	12
6.1 Die Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach Freud	12
6.2 Psychosoziale Entwicklung nach Erik Erikson	19
6.3 Soziales Lernen nach Bandura	22
6.4 Moralische Entwicklung nach Kohlberg	23
6.5 Entwicklungsaufgaben nach Havighurst	25
6.6 Kognitive und intellektuelle Entwicklung nach Piage	26
7. Grundlagen der Bindungstheorie	31
7.1 Phasen der Bindungsentwicklung	32
7.2 Der Fremde-Situations-Test	33
7.3 Störungen der Bindungsentwicklung	36
7.4 Emotionale Entwicklung	38
8. Resilienz	40
8.1 Was ist Resilienz	40
8.2 Vulnerabilität	41
8.3 Risikofaktoren	41
8.4 Schutzfaktoren	42
8.5 Resilienzfaktoren	43
9. Gerontopsychologie	45
9.1 Psychische Störungen im Alter	45
9.2 Besonderheiten in der Psychotherapie von Senioren	46

Teil B – Störungen im Kindes- und Jugendalter	47
1. Therapeutische Haltung in der Therapie mit Kindern	47
2. Ätiologie	48
3. Intelligenzminderung (F7)	49
3.1 Diagnostik	49
3.2 Epidemiologie	49
3.3 Ätiologie	50
3.4 Klassifikation im ICD-10	51
3.5 Therapie	53
4. Entwicklungsstörungen (F8)	54
4.1 Ätiologie	54
4.2 Entwicklungsstörungen des Sprechens/Sprache (F80)	54
4.3 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	57
4.4 Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (F82)	58
4.5 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	59
5. Verhaltens- u. emotionale Stör. Beginn Kindheit u. Jugend (F9)	66
5.1 Hyperkinetische Störungen (F90)	66
5.2 Störungen des Sozialverhaltens (F91)	71
5.3 Kombinierte Stör. des Sozialverhaltens/der Emotionen (F92)	72
5.4 Emotionale Stör. des Kindesalters (F93)	72
5.5 Stör. soz. Funktionen mit Beginn in der Kindheit & Jugend (F94)	74
5.6 Ticstörungen (F95)	75
5.7 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	78
6. Schlafstörungen in der Kindheit	82
6.1 Schlafwandeln (Somnambulismus) (F51.3)	82
6.2 Pavor nocturnus (F51.4)	83
6.3 Alpträume (F.51.5)	83
7. Kurzer Überblick über die Schemapädagogik	84
7.1 Beispiel für ein maladaptives Schema, Bewältigungsreaktionen und schemapädagogische Interventionen	84
7.2 Schemapädagogik in der Praxis	85
8. Selbststudienaufgaben	87
9. Literaturliste	89
10. Impressum	90

1. Einleitung und didaktische Empfehlungen

Sehr geehrte Studierende,

dieses Lernskript wird Sie bei Ihrem Selbststudium für die Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie unterstützen. In zusammengefasster Form führt es durch die Fülle psychiatrischen und psychotherapeutischen Wissens.

Innerhalb der Skripte werden Ihnen verschiedene Symbole angeboten, die für einen schnellen Überblick sorgen:

Alle Aufgaben sind auf hellgrünem Untergrund im Text markiert.

Diese Aufgaben dienen der **Selbstüberprüfung**. Eine Zusammenfassung aller Aufgaben erhalten Sie im letzten Kapitel „Selbststudienaufgaben“, damit Sie den Überblick behalten.



MERKE



LITERATURSTUDIUM



SELBSTEXPLORATION



ROLLENSPIEL



MERKE: Wichtige Merksätze haben wir mit einem orangenen Rahmen markiert. Dieses Symbol verweist auf Wissen und Informationen, die Sie kennen und beherrschen sollten.

- **Literaturstudium**
Studieren Sie die angegebene Fachliteratur, um Ihr Wissen zu vertiefen.
- **Selbstexploration**
Setzen Sie sich mit Ihren eigenen Empfindungen, Haltungen und Bedürfnissen auseinander und erkunden Sie Ihren persönlichen Zugang zum Thema.
- **Rollenspiele / Fallbeispiele**
Hier werden Ihnen Rollenspiele angeboten, die Sie zu Hause mit Freunden, Familie oder in der Lerngruppe üben können.
- **QR-Codes**
Hier haben wir Ihnen interessante Links zu Internetseiten oder Dokumenten mit vertiefenden Informationen zum Thema zusammengestellt. Alternativ finden Sie diese Weiterleitungen auch im Online-Campus. QR-Codes können ins Leere führen, wenn der Ziel-Link geändert wurde – worauf die Deutsche Heilpraktikerschule® keinen Einfluss hat. Das bedeutet, dass der Zugriff auf die gewünschten Informationen nicht mehr möglich ist – wenn das der Fall ist, bitte eine kurze E-Mail an:

- psyskript@deutsche-heilpraktikerschule.de
- mit Info in welchem Skript der fehlerhafte QR-Code zu finden ist, mit Angabe des Themas und der entsprechenden Seitenzahl

Falls wir eine gute Alternative finden, lassen wir sie Ihnen natürlich direkt zukommen.

Zudem gibt es Videos, die zwar „veraltet“ erscheinen, jedoch inhaltlich nach wie vor top aktuell und gut dargestellt sind. Es lohnt sich also, auch ältere Videos anzuschauen, da sie wertvolle und relevante Infos bieten können.

• Online-Campus

Nutzen Sie Ihren Zugang zum Online-Campus, um z. B. die Abschnittsfragen zur Selbstüberprüfung zu lösen oder die von uns zusammengestellten weiteren Lernmöglichkeiten zu nutzen.



ONLINE-CAMPUS

• Mind-Maps

Um einen Überblick auch über komplexe Zusammenhänge zu bekommen, empfehlen wir das Anfertigen von Mind-Maps. Das Gehirn speichert Wissen in Beziehungen oder Assoziationen, so lässt sich der Inhalt des Mind-Maps auch nach Monaten noch einfach rekonstruieren.



MIND-MAP

Positive Auswirkung bei regelmäßiger Anwendung

- Sie können die Inhalte schneller erfassen.
- Sie erstellen Verknüpfungen und entwickeln kreative Ideen.
- Sie entwickeln Freude daran, Ihre Gedanken aufzuschreiben.
- Sie entwickeln für sich zur Prüfungsvorbereitung die Lerninhalte in einer übersichtlichen zusammengefassten Version.
- Sie können sich besser erinnern.

• Pause

Sie werden in sinnvollen Abständen zu Pausen angehalten. Gönnen Sie sich eine Auszeit und lassen Sie das Gelernte auf sich wirken.



ZUR INFO: Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir in den Texten oftmals die männliche Form gewählt. Natürlich beziehen sich alle Angaben auf Angehörige aller Geschlechter. Wir tun unser Möglichstes, damit unsere Skripte immer auf dem neuesten Stand sind. Trotzdem kann sich mal ein kleiner Fehler einschleichen. Wenn Ihnen etwas auffällt, freuen wir uns sehr über einen kurzen Hinweis per Mail an psyskript@deutsche-heilpraktikerschule.de. So helfen Sie mit, die Unterlagen für alle ein Stück besser zu machen. Danke!

Wir wünschen Ihnen nun viel Erfolg und Spaß beim Lernen sowie bei der Prüfungsvorbereitung.

Ihr Team der Deutschen Heilpraktikerschule®

2. Literaturempfehlung

Auflistung der benötigten Fachliteratur:

- Handbuch der therapeutischen Beziehung. Hermer, R. und Röhrle B., Dgvt Verlag.

Empfohlene, vertiefende Fachliteratur:

Bindungstheorie

- Brisch: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie, Verlag Klett-Cotta
- Brisch: Bindung und seelische Entwicklungswege: Grundlagen, Prävention und klinische Praxis, Verlag Klett-Cotta

Beratende Arbeit mit Kindern

- Marcus Damm: Schemapädagogik: Möglichkeiten und Methoden der Schematherapie im Praxisfeld Erziehung, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Insoo Kim Berg u. Therese Steiner: Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern, Carl Auer Verlag
- Caby & Caby: Die kleine psychotherapeutische Schatzkiste, Bd. 1 und 2, Borgmann Media
- Borg-Laufs, Gahleitner, Hungerige: Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen, Beltz Verlag

Zur Selbstreflexion

- Mathias Jung: Der Kleine Prinz in uns (Kap.: Das Kind in mir) (Neuausgabe 2099!)
- Erika J. Chopich und Margaret Paul: Aussöhnung mit dem inneren Kind, Ullstein Taschenbuch
- John Bradshaw: Das Kind in uns – Wie finde ich zu mir selbst, Verlag Droemer Knaur

Psychotherapie bei Kindern

- Schulte-Markwort (Hrsg.) u. Franz Resch: Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Einführung, Beltz Verlag Teil A – Entwicklungspsychologie
- Steinhausen: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Elsevier Verlag

Teil A – Entwicklungspsychologie

Die Entwicklungspsychologie befasst sich mit der Beschreibung, Erklärung und Beeinflussung intraindividuelle Veränderungen während der gesamten Lebensspanne eines Menschen sowie mit interindividuellen Ähnlichkeiten bzw. Unterschieden, was diese Veränderungen angeht.

Sie umfasst die Teilgebiete:

- pränatale Psychologie
- Kinderpsychologie
- Gerontopsychologie

3. Allg. Entwicklungsstufen

Allgemein werden die folg. postnatalen Entwicklungsstufen unterschieden:

bis 1 Jahr	Säugling
bis 2 Jahre	Kleinkind
bis 6 Jahre	Kind
bis 14 Jahre	Schulkind
bis 18 Jahre	Jugendlicher
18 – 25 Jahre	Adoleszenz
25 – 45 Jahre	Junges Erwachsenenalter
45 – 65 Jahre	Mittleres Erwachsenenalter
ab 65 Jahre	Hohes Alter

Die Altersangaben bilden Ungefährwerte ab, die je nach Fachliteratur voneinander abweichen können.

4. Geschichte

Die Entwicklung der Kinderpsychologie geht auf verschiedene Personen und deren Einflüsse zurück. Die wichtigsten seien hier genannt:

- John Watson (1878-1958) – Behaviorismus
Amerikanischer Psychologe. Er wurde bekannt als Begründer und führender Vertreter der psychologischen Schule des Behaviorismus, die den Forschungsbereich der Psychologie auf das objektiv beobachtbare Verhalten beschränkt und Verhalten mit Reiz-Reaktions-Schema erklärt.
- Sigmund Freud (1856-1939) – psychodynamische Theorie der Persönlichkeitsentwicklung
Österreichischer Arzt, Neurologe und Begründer der Psychoanalyse. Bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts herrschte noch die Ansicht, dass Kinder zunächst asexuelle Wesen seien und sich der Geschlechtstrieb erst mit Beginn der Pubertät entwickle. Freud revidierte dieses Denkmodell gründlich.
- Erik Erikson (1902-1994) – psychosoziale Entwicklungstheorie
Deutschamerikanischer Psychoanalytiker, der mit seinen Arbeiten über die kindliche Entwicklung und Identität erheblich zur Weiterentwicklung der Psychologie beitrug.
- Jean Piaget (1896-1980) – kognitives Modell (Entw. der Intelligenz)
Schweizer Psychologe. Er wurde vor allem wegen seiner Pionierarbeit in der Forschung über die Entwicklung der Intelligenz bei Kindern bekannt. Seine Studien hatten großen Einfluss in den Bereichen Kinderpsychologie und Erziehung.
- Alfred Binet (1857-1911) – psychometrischer Ansatz (Intelligenztests)
Französischer Psychologe. Er wurde bekannt als Schöpfer des standardisierten Intelligenztestes. Binet arbeitete an der Entwicklung experimenteller Methoden zur Messung von Intelligenz und logischer Denkfähigkeit.
- Lawrence Kohlberg (1927-1987) – Moralische Entwicklungstheorie
Amerikanischer Psychologe und Professor für Erziehungswissenschaften. Kohlberg begründete eine Theorie, die die moralische Entwicklung von Menschen in Stufen einteilt.
- Albert Bandura (*1925) – Soziales Lernen
Kanadischer Psychologe. Er forschte besonders zum sozialen Lernen. Seine wohl bekannteste Theorie ist die des Lernens am Modell (Beobachtungslernen), die nicht nur die Pädagogik und Entwicklungspsychologie maßgeblich beeinflusste.

Es gibt eine große Zahl unterschiedlicher Theorien zur psychischen und sozialen Entwicklung. Aufgrund der Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven sind sie alle sowohl richtig als auch kritisierbar.

Dörner/Plog/Bock/Brieger/Heinz/Wendt: Irren ist menschlich, Kapitel 3
"Der sich und Andere entwickelnde Mensch"
Worauf kommt es bei der inneren therapeutischen Haltung in der Arbeit mit Kindern an? Gibt es aus Ihrer persönlichen Sicht Ergänzungen?



5. Vererbung und Umwelt in der Entwicklung des Menschen

Man ist sich einig, dass der individuelle Verlauf der kindlichen Entwicklung sowohl durch die Vererbung, als auch durch die Umwelt (Sozialisation etc.) bedingt wird. Meinungsverschiedenheiten bestehen allerdings bei der Frage, wie wichtig die Rolle der genetischen Prädisposition (Veranlagung) eines Individuums im Verhältnis zu seiner Umwelt ist.

Wissenschaftliche Untersuchungen dazu umfassen u.a. die Beobachtung getrennt aufgewachsener eineiiger Zwillinge, deren Verhaltensweisen auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht werden. Diese werden bspw. verglichen mit Studienergebnissen über Verhaltensmerkmale von gemeinsam aufgewachsenen Zwillingen.

Wären die Gene der entscheidende Faktor, müssten sich die getrennt aufgewachsenen Zwillinge in kaum einer Hinsicht von den gemeinsam aufgewachsenen Zwillingen unterscheiden, was aber so nicht der Fall ist.

Untersuchungen haben ergeben, dass sowohl genetische als auch Umweltvariablen die kognitive Entwicklung beeinflussen. Eine genetische Komponente existiert auch bei Persönlichkeitsmerkmalen wie Introvertiertheit und Extrovertiertheit, dem Grad der Aktivität und der Veranlagung für Psychosen.

6. Soziale Entwicklung

6.1 Die Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach Freud

Nach Freud vollzieht sich die Triebentwicklung des Kindes in charakteristischen Phasen. Dabei wird die Bezeichnung der Entwicklungsphase von der vorrangigen Triebquelle (Mund, After, Genitalien) bzw. dem Triebobjekt, das für diese Phase charakteristisch ist, bestimmt.

Störungen in der psychosexuellen Entwicklung entstehen immer dann:

- wenn dem Kind von Anfang an keine richtige Bezugsperson zur Verfügung steht (Elternteil ist nicht verfügbar; vernachlässigende Erziehung, Gefühlskälte).
- wenn ein Kind von den Bezugspersonen emotional abgewiesen wird
- wenn Eltern ihr Kind zu stark an sich binden und das Kind nicht freigeben können.
- wenn Eltern in ihrem Erziehungsverhalten zu autoritär sind und mit Angst und Schuldgefühlen arbeiten.

6.1.1 Orale Phase: 1. Lebenshalbjahr

Bedeutung

In dieser Phase bildet ein Kind das Urvertrauen aus. Der Mund ist das primäre Bezugsorgan und die wichtigste Quelle des Lustgewinns und der Kontaktaufnahme. Das Kind verbringt viel Zeit damit, an Daumen oder Zehen zu lutschen. Durch den normalen Gebrauch des Mundes (Essen, Trinken) oder künstliche Reizung kommt es zu einer Spannungsreduktion (Verminderung der libidinösen Triebspannung) und zu einem Auftreten von Lustgefühlen. Das Kind erlebt Nähe, Wärme, Geborgenheit und entwickelt Urvertrauen. Urvertrauen wird im besonderen Maße zur Mutter aufgebaut. Frühestes Erleben von Bindung, Liebe und liebevoller Abhängigkeit.

Ursachen für mögliche Störungen:

- mangelnde Verfügbarkeit einer Bezugsperson
- ein ständig schwankendes Zuwendungsverhalten der Mutter bzw. beider Elternteile
- eine geringe Sensitivität für Belastungen des Kindes
- die fehlerhafte Wahrnehmung und Interpretation der kindlichen Signale
- eine gefühlskalte Familienatmosphäre
- chronischer Stress

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung:

- Misstrauen des Kindes gegenüber der Eltern oder eines Elternteils und später auch gegenüber allen Bezugspersonen

- mangelndes Durchhaltevermögen
- Schwierigkeiten einen Befriedigungsaufschub zu ertragen
- eine gestörte Nähe-Distanz-Regulation
- mangelndes Vertrauen
- einen gewissen Lebenspessimismus u. eine niedrige Frustrationstoleranz.
- es kann zu Angststörungen bzw. Angstneurosen, Bindungsschwäche, bis hin zu schweren, emotional bedingten Grundstörungen kommen
- Störungen in den ersten vier Wochen dieser Phase (intentionale Phase) können auch zu einer schizoiden Persönlichkeitsstörung führen. Typisch dafür sind der soziale Rückzug und demzufolge eine soziale Isolation infolge eines Mangels an emotionaler Ausdrucksfähigkeit
- Störungen nach der intentionalen Phase (nach den ersten 4 Lebenswochen) können zu einer abhängigen Persönlichkeitsstörung führen. Die abhängige Persönlichkeit zeigt sich in einem abhängigem, unterwürfigem Beziehungsverhalten mit Gefühlen der eigenen Inkompetenz und starken Verlassenheitsängsten

Weitere mögliche Störungen:

- neurotische Depression
- Borderlinestörung
- psychosomatische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- somatoforme Sexualstörungen
- Kontaktstörungen

6.1.2 Narzisstische Phase: 2. Lebenshalbjahr

Bedeutung

Das Kind entdeckt den eigenen Körper und entwickelt dabei Lustgefühle (Autoerotismus). Dieses Verhalten ist die Urform der Selbstliebe (primärer Narzissmus). Mit Urvertrauen und Geborgenheit kann sich hier der gesunde Narzissmus entwickeln.

Wenn die primäre Bezugsperson dem Kind zu wenig oder keine Emotionen zurückspiegelt, können spätere Störungen entstehen. Ist das Kind z.B. aufgrund von Hunger oder Schmerz traurig bzw. wütend, braucht es die Bezugsperson, die diese affektiven Zustände des Kindes aufnimmt, akzeptiert und dem Kind widerspiegelt.

Diese empathische Rückmeldung der Bezugsperson zeigt dem Kind, dass es so akzeptiert wird, wie es ist. Fehlt dieses akzeptierende Feedback bzw. werden bestimmte Emotionen des Kindes abgelehnt und andere besonders gelobt, so spaltet das Kind die abgelehnten Zustände vom eigenen Selbst ab. Es entwickelt damit ein Selbst (-konzept), das vom Wohlwollen der Bezugsperson abhängig ist, auch „falsches Selbst“ genannt. So kommt es zur Ausbildung einer narzisstischen Störung.

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung

- Selbstwertprobleme
- Verminderung des Selbstvertrauens und der Selbstachtung (narzisstische Persönlichkeitsstörung)
- Depressionen
- fehlendes Eigen- und Fremdvertrauen

6.1.3 Anale Phase: 2. - 3. Lebensjahr

Bedeutung

Lust und Befriedigung wird durch den Vorgang der Defäkation (Ausscheidung) erzielt, später auch durch das Zurückhalten der Exkremente. Es werden Kontrollmechanismen eingeübt und die ersten Anpassungen an die Umwelt vollzogen.

Je nach den vorherrschenden Normen können die Anforderungen der Umwelt im Konflikt zu den Bedürfnissen des Kindes stehen, wodurch die Freude, die das Kind an dieser Stimulationszone empfindet, reguliert bzw. unterdrückt wird. Diese Phase trägt zur Reinlichkeitserziehung, zum Erlernen des sozialen Miteinanders, zur Konfliktfähigkeit und zur späteren Über-Ich-Entwicklung bei.

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung

- pedantische und zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, übertriebene Höflichkeit
- starke Unterdrückung von Aggressionen
- Überkontrolliertheit, Pedanterie, Perfektionismus
- Geiz, ein überzogenes Verhältnis zum Besitz
- ein unbedingtes Bedachtsein auf Erfüllung eigener Ansprüche
- überzogene Selbstbehauptungsansprüche
- extreme Reinlichkeit

6.1.4 Ödipale/Phallische Phase: 3. - 6. Lebensjahr

Bedeutung

Die Aufmerksamkeit richtet sich auf die Erforschung des eigenen Körpers, sowie das Anfassen und Stimulieren der Geschlechtsteile. Die Genitalien werden zu erogenen Zonen. Da das Geschlechtsteil des Jungen sichtbar ist und jenes des Mädchens nicht, kann das Kind zu der Meinung kommen, das Mädchen habe das Seinige verloren oder es sei ihm geraubt worden.

Die Psychoanalyse spricht in diesem Zusammenhang von einer Kastrationsangst beim Jungen, der Angst davor hat, dass auch ihm sein Penis abhandeln könnte. Das Mädchen hingegen, das seine Penislosigkeit erkennt, kann glauben, dass es nun selber unvollständig und daher minderwertiger als ein Junge sei. Die mit dieser Vorstellung assoziierte Enttäuschung bezeichnete Freud als Penisneid.

Die Triebwünsche in dieser Phase äußern sich in der Regel im Begehren des gegengeschlechtlichen Elternteils. Daraus ergibt sich ein Konflikt, den Freud

als „Ödipuskonflikt“ bezeichnet hat. Das Kind identifiziert sich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, was zum Erwerb der jeweiligen Geschlechterrolle führt. Es treten Rivalitätsgefühle mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil auf, der andersgeschlechtliche wird geliebt. Auf der anderen Seite fürchtet das Kind den Verlust der Liebe des gleichgeschlechtlichen Elternteils. Dieser Konflikt wird durch die Unterdrückung der sexuellen Wünsche beigelegt. In der phallischen Phase kommt es zur Übernahme geschlechtlicher Moralbegriffe und zur Entwicklung des Über-Ich.

Bei einem ungünstigen Verlauf der Entwicklung kann dieser Konflikt bestehen bleiben, was als Ödipus-Komplex (bzw. bei Mädchen als Elektrakomplex) bezeichnet wird. Dieser Komplex kann durch die Abwendung vom gegengeschlechtlichen Elternteil und Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil überwunden werden. Durch die Anerkennung des gleichgeschlechtlichen Elternteils sieht das Kind dieses als Vorbild eigener Männlichkeit bzw. eigener Weiblichkeit und lernt die Überlegenheit des Elternteils zu akzeptieren. Durch diese ödipale Identifizierung kommt es zur Übernahme geschlechtlicher Moralbegriffe und zur Entwicklung des Über-Ich. Mögliche Folgen eines nicht überwundenen Ödipus-Konfliktes können im Sinne Freuds die Nichtbejahung der eigenen Geschlechterrolle, Identifizierung mit dem anderen Geschlecht oder Liebesunfähigkeit sein.

Wird der Junge z.B. in dieser Phase zu deutlich von der Mutter verwöhnt oder kümmert sich der Vater zu ausgeprägt um seine um ihn werbende Tochter, so kann diese ödipale Situation nicht befriedigend vom Kind ausgelöst werden. Der Ödipuskomplex wird dann unter Umständen zur Grundlage einer neurotischen Entwicklung, weil die libidinösen Strebungen nicht auf andere Personen gelenkt werden.

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung

- neurotische Partnerschaftsstörungen
- neurotische Sexualstörungen
- Phobien
- dissoziative Störungen
- histrionische (früher hysterische) Persönlichkeitsstruktur, Sexualisierung der Kontakte

Die histrionische (früher hysterische) Persönlichkeitsstruktur ist gekennzeichnet durch ein auffälliges sexuelles Gebaren, das aber im Widerspruch zur ängstlichen, passiven Grundstruktur steht, die sexuelle Kontakte zu meiden versucht. Histrionische Persönlichkeitstypen haben ein starkes Kontaktbedürfnis mit gleichzeitiger Bindungsschwäche und zeigen ein unstetes, egozentrisches und selbstbezogenes Verhalten. Sie erscheinen nach außen meist recht selbstbewusst und haben ein ständiges Verlangen nach Aufmerksamkeit, Aktivitäten und Anerkennung durch andere.

Bei intakten Familienverhältnissen löst sich der ödipale Konflikt dadurch, dass beispielsweise der Sohn durch Identifikation mit dem Vater und dessen Vorstellungen einer „drohenden Bestrafung“ entgeht. Durch die Versöhnung mit dem Vater werden zukünftig die libidinösen Wünsche auf ein reales Liebesobjekt gerichtet. Das Kind hat sich dann mittlerweile meist mit den Anschauungen und Erziehungsmaßnahmen der Eltern identifiziert. Die frei werdende Energie aus den „inzestuösen Bindungen“ wird nun zur Verstärkung dieser Identifizierung verwendet.

Pädagogische Vorschläge zur Störungsvermeidung

- Wenig moralisierende Tendenzen in der Erziehung.
- Vermeidung von Tabus.
- Körperliche Berührungen und sexuelle Bedürfnisse ohne Bestrafung gewähren lassen (Aufarbeitung im Gespräch jedoch notwendig).
- Beachtung einer schrittweisen sexuellen Aufklärung ohne Überforderung.
- Stabilisierung der weiblichen Persönlichkeit durch Unterstützung und Verstärkung (z.B. Vermeidung von Schuldgefühlen durch Erklärung unterschiedlicher Funktionen des weiblichen und männlichen Organismus).
- Keine schroffen Abweisungen des Kindes bei dessen Annäherungen (Zärtlichkeitsbedürfnis unterstützen).
- Keine Strafandrohungen für Ablehnungsreaktionen.
- Kein einseitig dominantes Erziehungsverhalten.
- Beachtung positiver familiärer Konfliktlösungstechniken (aus Gründen einer positiven Identifikation).
- Kinder aus Trennungskonflikten heraushalten (den Kindern keine Verantwortung zusprechen).
- Ausgleich im Falle von Bezugspersonenverlusten.

6.1.5 Latenzphase: 6. - 11. Lebensjahr

Bedeutung

Diese Phase äußert sich als scheinbare Unterbrechung der sexuellen Entwicklung. Sexuelle Regungen werden abgewehrt und verdrängt. Spielkameraden werden vor allem beim gleichen Geschlecht gesucht. Hier erfolgt die Befriedigung durch das Erlangen von Fähigkeiten und der Erkundung der Umwelt. Das Kind wird fähig, auf Lustbefriedigung zu verzichten, sie auf einen anderen Zeitpunkt zu verschieben oder in andere Energie, wie zum Beispiel in sachliches Interesse, umzusetzen (Sublimierung). Kulturelle Werte werden von Vorbildern übernommen (Lehrer, Nachbarn, Bekannte) und kognitive Fähigkeiten erworben. Die Schule und das Spielen mit Freunden nimmt an Bedeutung zu, während die Sexualität verdrängt wird. Sexuelle Energie wird zwar produziert, jedoch in soziale Beziehungen und in den Aufbau einer Abwehr gegen die Sexualität kanalisiert. Es bildet sich in dieser Zeit auch das Verhalten in Gruppen aus.

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung

- autoaggressive Störungen
- Konzentrations- und Leistungsschwäche
- Aggressivität
- Bindungsprobleme
- Kontaktstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Selbstwertprobleme

Durch sozialen Rückzug, Isolation, gestörtes Selbstbewusstsein, Schulängsten sowie Schulphobien können sich emotionale Probleme und entsprechende Störungen ergeben.

Depressive Reaktionen können ebenfalls beobachtet werden, die jedoch im Vergleich zu den Störungen der früheren Phasen deutlich labiler und kürzer sind und auch eher durch körperliche Reaktionen (psychosomatische Reaktionen) maskiert auftreten, besonders bei Belastungen und Konflikten.

Zwangsstörungen und Tic-Störungen können in Folge von Angst auftreten. Die meisten Zwangshandlungen sind jedoch vorübergehend und besitzen eher spielerischen Wert.

Lern- und Leistungsstörungen sind ebenfalls häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anzutreffen.

6.1.6 Genitale Phase: 12. - 16. Lebensjahr

Bedeutung:

Unter dem Einfluss der Geschlechtshormone kommt es zu einem Wiederaufleben der Sexualität und des Ödipuskomplexes sowie zu einer Hinwendung zum anderen Geschlecht. War das Interesse des Kindes in den frühkindlichen Phasen noch mehr oder weniger selbstbezogen und das Sexualobjekt in der Familie zu suchen, so werden jetzt Sexualpartner außerhalb der Familie gewählt. Sexualität tritt in den Dienst der zwischenmenschlichen Partnerschaft. Der beschleunigten körperlichen und intellektuellen Reifung steht eine verzögerte emotionale Reifung gegenüber. Die Pubertät ist eine stark konfliktgeladene Phase voller motorischer und innerer Unruhe.

Folgen für die aktuelle und weitere Entwicklung:

- Sexualstörungen (wie z.B. Potenzstörungen, Vaginismus, Orgasmusstörungen)
- Sexualängste
- Selbstwertprobleme
- Isolierungstendenzen,
- Scham und Schuldgefühle
- Störungen der Ich-Identität (Ich-Identität meint das Gefühl für eine innere Einheit, ein Wissen um die eigene Unverwechselbarkeit u. deren Bejahung)



Bei Störungen der Ich-Identität kommt es zur Unsicherheit über das Selbstsein, was sich durch Gefühle von Ferne, Distanz, Fremdheit und Unvertrautheit sich selbst gegenüber manifestiert. Schwere Formen der Ich-Identitäts-Störungen können bis hin zu psychotischem Erleben (schizophrene Psychosen) führen.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Psychosexuellen Entwicklungsphasen nach Freud".

Sammeln Sie pädagogische Vorschläge zur Störungsvermeidung für die einzelnen Entwicklungsphasen, nach dem Beispiel der Vorschläge für die ödipale Phase.

Gönnen Sie sich eine Pause!

6.2 Psychosoziale Entwicklung nach Erik Erikson

Die menschliche Entwicklung entfaltet sich im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen und Wünschen des Kindes und den Anforderungen der sozialen Umwelt. Aufgrund von klinischen Betrachtungen unterscheidet Erikson acht Phasen bzw. Stufen der psychosozialen Entwicklung von der Geburt bis ins Seniorenalter. Danach durchläuft der Mensch im Rahmen seiner Entwicklung phasenspezifische Konflikte, welche durch die Konfrontation mit den gegensätzlichen Anforderungen und Bedürfnissen ausgelöst werden und deren Bewältigung Erikson als Entwicklungsaufgabe bezeichnet.

MERKE: Jede der acht Stufen stellt einen Konflikt dar. Für die Entwicklung ist es notwendig, dass er hinreichend bearbeitet wird, um die nächste Stufe erfolgreich bewältigen zu können.



Die ersten vier Phasen gelten der Sozialisierung des Kindes, die letzten vier Phasen der Sozialisierung des Erwachsenen.

Übersicht über die acht Stufen:

Stufe 1	1. Lebensjahr	Urvertrauen vs. Urmisstrauen
Stufe 2	2. bis 3. Lj.	Autonomie vs. Scham und Zweifel
Stufe 3	3. bis 6. Lj.	Initiative vs. Schuldgefühl
Stufe 4	6. Lj. bis Pubertät	Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl
Stufe 5	Jugendalter	Identität vs. Identitätsdiffusion
Stufe 6	Frühes Erwachsenenalter	Intimität vs. Isolierung
Stufe 7	Mittl. Erwachsenenalter	Generativität vs. Stagnation
Stufe 8	Hohes Erwachsenenalter	Ich-Integrität vs. Verzweiflung

Stufe 1: Urvertrauen vs. Urmisstrauen, ca. 1. Lebensjahr

Das Gefühl des Urvertrauens entsteht durch die Verlässlichkeit der Bezugspersonen des Kindes. Werden dem Kind seine Bedürfnisse nach körperlicher Nähe, Sicherheit und Geborgenheit verweigert, entwickelt es Bedrohungsgefühle und Ängste. Es entwickelt das Gefühl, seine Umwelt nicht beeinflussen zu können und ihr hilflos ausgeliefert zu sein, was zur Entwicklung von Urmisstrauen führt.

Stufe 2: Autonomie vs. Scham und Zweifel, 2. bis 3. Lebensjahr

Hier geht es um die zunehmende Autonomieentwicklung des Kindes und deren Bedeutung für das Selbstkonzept. Die Voraussetzungen für Autonomie sind Vertrauen in wichtige Bezugspersonen und sich selbst, setzt also die Bewältigung der Phase „Vertrauen versus Misstrauen“ voraus.

Das Kind muss das Gefühl haben, seine Umwelt explorieren und seinen Willen durchsetzen zu können, ohne dass dadurch das Gefühl des Vertrauens und der Geborgenheit verloren geht. Wird dieser Drang des Kindes unterdrückt oder eingeschränkt, wird es seine Bedürfnisse und Wünsche als schmutzig und nicht akzeptabel wahrnehmen. Es entstehen Scham und der Zweifel an der Richtigkeit der eigenen Wünsche und Bedürfnisse.

Stufe 3: Initiative vs. Schuldgefühl, 3. bis 6. Lebensjahr

Hier spielt die Bewältigung des Ödipuskomplexes eine wichtige Rolle. Die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind öffnet sich und im Leben des Kindes gewinnen auch andere Personen an Bedeutung. Des Weiteren geht es um eine gesunde Entwicklung der kindlichen Moral, was die Grundlage für die Entwicklung des Gewissens legt.

Stufe 4: Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl, 6. Lebensjahr bis Pubertät

Kinder in diesem Alter wollen zuschauen, mitmachen, beobachten und teilnehmen. Das Bedürfnis des Kindes, etwas Nützliches und Gutes zu machen, bezeichnet Erikson als Werksinn bzw. Kompetenz. Kinder wollen nicht mehr so tun als ob, sondern wollen an der Welt der Erwachsenen teilnehmen. Demgegenüber steht die Entwicklung eines Gefühls der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit. Dieses Gefühl kann sich immer dann etablieren, wenn der Werksinn des Kindes überstrapaziert wird. Überschätzung – ob vom Kind oder von seiner Umwelt ausgehend – führt zum Scheitern, zu Unterschätzung und zu Minderwertigkeitsgefühlen.

Stufe 5: Identität vs. Identitätsdiffusion, Jugendalter

Identität bedeutet, sich selbst zu kennen und in der Gesellschaft seine soziale Rolle finden zu können. Ist eine Rolle zu strikt, die Identität damit zu stark, kann das zu Intoleranz führen. Schafft der Jugendliche es nicht, seine Rolle in der Gesellschaft und seine Identität zu finden, führt das nach Erikson zu Zurückweisung. Menschen mit dieser Neigung ziehen sich von der Gesellschaft zurück und schließen sich unter Umständen Gruppen an, die ihnen eine gemeinsame Identität anbieten. Wird dieser Konflikt erfolgreich ausbalanciert, so mündet dies in die Fähigkeit der Treue.

Stufe 6: Intimität vs. Isolierung, frühes Erwachsenenalter

Aufgabe dieser Phase ist es, ein gewisses Maß an Intimität zu erreichen, anstatt isoliert zu bleiben. Es gibt viele Dinge im Leben, die dem Aufbau von Intimität entgegenstehen (z.B. Karriere, berufliche Flexibilitätsanforderungen).

Wird zu wenig Wert auf den Aufbau intimer Beziehungen gelegt (Partnerschaft und Freunde), kann das nach Erikson zur Exklusivität führen, im Sinne einer Isolation von Freundschaft, Liebe und Gemeinschaft. Wird diese Stufe erfolgreich gemeistert, ist der junge Erwachsene fähig zur Aufrechterhaltung einer Partnerschaft.

Stufe 7: Generativität vs. Stagnation, mittleres Erwachsenenalter

Generativität bedeutet, sich um Nachkommen zu kümmern und eigene Kinder großzuziehen. Erikson zählt dazu nicht nur das Zeugen von Kindern und die Fürsorge für sie, sondern auch das Unterrichten, die Künste, die Wissenschaften sowie soziales Engagement.

Ein Zuviel an Generativität bedeutet, dass man sich selbst vernachlässigt zum Wohle anderer. Wird diese Phase erfolgreich abgeschlossen, ist damit die Fähigkeit zur Fürsorge erlangt, ohne sich selbst dabei aus den Augen zu verlieren. Stagnation ist das Gegenteil von Generativität und meint eine überwertige Ich-Bezogenheit, die zu sozialer Ablehnung führt.

Stufe 8: Ich-Integrität vs. Verzweiflung, hohes Erwachsenenalter

Der letzte Lebensabschnitt stellt den Menschen vor die Aufgabe, auf sein Leben zurückzublicken, wohlwollend anzunehmen und den Tod als sein Ende zu akzeptieren. Übermäßige Angst vor dem Tod führt zur Verzweiflung. Setzt sich der Mensch in dieser Phase nicht mit Alter und Tod auseinander, kann das zur Verachtung dem Leben gegenüber führen. Wird diese Phase jedoch erfolgreich gemeistert, erlangt der Mensch das, was Erikson Weisheit nennt: dem Tod mit Fassung entgegenzusehen und sein Leben mit allen Facetten anzunehmen.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Psychosoziale Entwicklung nach Erikson".

Schauen Sie sich jetzt das Erklärvideo an und lesen Sie sich die vertieften Inhalte auf der Website durch. Machen Sie sich Notizen.



Video: 8 Stufen der
Entwicklung



Webseite: Phasen der
psycho-sozialen Entwicklung



6.3 Soziales Lernen nach Bandura

Albert Bandura entwickelte das Konzept des sozialen Lernens oder Modelllernens als ein Lernprinzip, das gleichbedeutend mit der klassischen und der operanten Konditionierung ist. Diese Lerntheorie beschreibt die Lernvorgänge, die durch Beobachtung von Vorbildern verursacht werden. Diese Vorgänge nehmen in der Entwicklungspsychologie des Menschen eine zentrale Stellung ein. Der Lernende (das Kind) wird als Beobachter und der Beobachtete (z. B. die Eltern) als Modell bezeichnet.

Ein Prozess des Modelllernens liegt vor, wenn sich ein Individuum durch die Verhaltensbeobachtung anderer sowie der daraus folgenden Konsequenzen neue Verhaltensweisen aneignet oder schon bestehende Verhaltensmuster verändert. Durch das Lernen am Modell ist der Mensch somit auch in der Lage, sich komplexe soziale Handlungen anzueignen. Dieser Lernprozess kann jedoch nur stattfinden, wenn eine weitgehende Identifikation des Beobachters mit dem Modell besteht.

Bandura beschreibt drei verschiedene Lerneffekte:

1. Modellierender Effekt

In einer bestimmten Situation wird eine neue Verhaltensweise erlernt, welche in einer ähnlichen Situation abgerufen werden kann.

2. Enthemmender/hemmender Effekt

Durch das beobachtete Verhalten des Modells sinkt bzw. steigt die Hemmschwelle, sich in einer ähnlichen Situation genauso zu verhalten. Wirkt eine Verhaltensweise des Modells positiv, so wird die Hemmschwelle, sich ebenso zu verhalten, sinken. Führt das Verhalten beim Modell nicht zum gewünschten Erfolg, so wird die Hemmschwelle beim Beobachter für dieses Verhalten steigen, vor allem dann, wenn das Modell für sein Verhalten bestraft wird.

3. Auslösender Effekt

Beim auslösenden Effekt wird beim Beobachter ein bereits bestehendes Verhalten aktiviert. Beispielsweise möchte sich der Fan einer Fußballmannschaft mit einer gegnerischen Fangruppe anlegen. Da er noch unschlüssig ist, beobachtet er, wie sich seine Freunde hier verhalten. Als diese damit beginnen, die gegnerische Gruppe laut zu beschimpfen, lässt sich der Fan mitreißen, ebenfalls lautstark Schmähworte zu schreien. Das beobachtete Verhalten löst somit das bei ihm bereits vorhandene Verhalten aus.

Video: Lernen am Modell



Schauen Sie sich jetzt das Erklärvideo "Lernen am Modell" an.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Soziales Lernen".

6.4 Moralische Entwicklung nach Kohlberg

Kohlbergs nicht unumstrittene „Stufentheorie des moralischen Verhaltens“ baut auf Piagets Entwicklungsmodell der kognitiven Entwicklung auf. Kohlberg teilte die Entwicklung der moralischen Urteilsbildung in drei Ebenen mit jeweils zwei Unterstufen ein. Nach Kohlberg ist es nicht möglich, Stufen zu überspringen oder auszulassen.

Um von einer Stufe des Moralbewusstseins zu einer anderen zu gelangen, muss der Mensch in drei Bereichen Fortschritte machen:

1. Die soziale Perspektive muss sich von der egozentrischen Perspektive hin zum Gewährsein der Ansprüche anderer Menschen erweitern.
2. Die moralische Selbstbestimmung muss sich verbessern. Der Mensch muss lernen, moralische Normen zu hinterfragen und zu begründen.
3. Die Begründung der Regeln seines Handelns muss sich verbessern.

Mit 16 Jahren sind die meisten Menschen heute auf Stufe 4 angelangt, etwa 25% erreichen im Laufe ihres Lebens die Stufe 5. Was höhere Stufen laut Kohlberg attraktiv macht, ist der Wunsch nach einer verbesserten Lösungskompetenz für komplexe ethische Probleme. Das höchste Ziel der Entwicklung besteht laut Kohlberg in universaler Gerechtigkeit und einem Gleichgewichtszustand.

Präkonventionelle Moral, Kinder unter 9 Jahre

Moralische Wertung beruht auf der Wertung von äußeren Geschehnissen, Handlungen oder Bedürfnissen statt auf Personen und Normen.

- 1. Stufe – heteronome Stufe
 - Egozentrismus und fremdbestimmte Moral
 - Orientierung an Bestrafung und Gehorsam
 - moralisches Handeln zur Bestrafungsvermeidung (Lust-Schmerz-Orientierung)

Ob eine Handlung gut oder böse ist, hängt demnach von ihren physischen Konsequenzen und nicht von der sozialen Bedeutung dieser Konsequenzen ab.

- 2. Stufe – Stufe des Individualismus
 - Individualismus
 - Naiver Hedonismus
 - Kosten-Nutzen-Orientierung

Zwischenmenschliche Beziehungen und Gegenseitigkeit erfolgt nach dem Prinzip „Eine Hand wäscht die andere“.

Konventionelle Moral, Jugendliche und Erwachsene

Moralische Wertung beruht auf der Übernahme „guter und richtiger“ Rollen, der Einhaltung konventioneller Ordnung und der Bezugnahme auf soziale Erwartungen.

- 3. Stufe – Stufe gegenseitiger interpersoneller Erwartungen
 - Anerkennung
 - Konformität mit anderen,
 - Braves-Kind-Orientierung
- 4. Stufe – Stufe des sozialen Systems und Gewissens
 - Orientierung an Recht und Ordnung
 - Befolgen von Regeln

Postkonventionelle Moral, Erwachsene

Die Moralische Wertung beruht auf Werten und Prinzipien.

- 5. Stufe – Stufe des Sozialvertrags
 - Sozialvertrags-Orientierung
 - Einsatz für die Gemeinschaft

Es besteht ein Gewahrsein der Relativität persönlicher Werte und Meinungen. Abgesehen von konstitutionellen und demokratischen Übereinkünften ist Recht eine Frage persönlicher Wertsetzungen und Meinungen. Hier legt man Wert auf Verfahrensregeln zur Konsensfindung.

- 6. Stufe – Stufe universelle ethische Prinzipien
Orientierung an allgemeingültigen, ethischen Prinzipien:
 - der Gerechtigkeit
 - der Gegenseitigkeit
 - der Gleichheit der Menschenrechte
 - des Respekts vor der Würde des Menschen als individuelle Person

Es geht um Gleichberechtigung aller Menschen. Hier trifft Kants kategorischer Imperativ zu: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.“

6.5 Entwicklungsaufgaben nach Havighurst

Jedes Individuum durchläuft in seiner Entwicklung verschiedene Aufgaben, die in angemessener Weise bewältigt werden müssen. Diese Entwicklungsaufgaben stellen Anforderungen an jedes Individuum, welche zu lösen sind. Die Bewältigung dieser Anforderungen kann unterschiedlich gut gelingen oder misslingen. Sollte die Bewältigung misslingen, kommt es zu einem Belastungserleben. Erfolgreiche Bewältigungserfahrungen führen zu einem systematischen Aufbau von Bewältigungsmechanismen.

Die Basis für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben bilden drei Säulen. Zum einen die physische Reifung, die gesellschaftlichen und kulturellen Erwartungen sowie die individuellen Zielsetzungen und Werte.

Im folgenden werden die typischen Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensabschnitten nach Havighurst beschrieben.

6.5.1 1. Frühe Kindheit, bis 6 Jahre

- gehen, sprechen, Nahrungsaufnahme
- Kontrolle von Körperrauscheidungen
- Begriffsbildung und Spracherwerb zur Beschreibung physikalischer und sozialer Realität
- lernen zu unterscheiden von Richtig und Falsch
- Beginn der Wissensbildung

6.5.2 2. Mittlere Kindheit, 6. bis 12. Lebensjahr

- erlernen körperlicher Geschicklichkeit für gewöhnliche Spiele
- Aufbau positiver Einstellung zu sich selbst
- Sozialkompetenz
- grundlegende Fertigkeiten Lesen, Schreiben und Rechnen
- Entwicklung von Wissen, Moral und Wertskala
- erreichen persönlicher Unabhängigkeit

6.5.3 3. Adoleszenz, 12. bis 18. Lebensjahr

- Aufbau reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts
- Übernahme weiblicher/männlicher Geschlechtsrollen
- Akzeptanz des eigenen Körpers
- Entwicklung zunehmender, emotionaler Unabhängigkeit von anderen
- Vorbereitung auf Ehe, Familienleben, Berufsleben
- Werte und ethisches System als Leitfaden für eigenes Verhalten
- Erstrebung sozial verantwortlichen Verhaltens

6.5.4 4. Frühes Erwachsenenalter, 18. bis 30. Lj.

- Partnerwahl, Zusammenleben, Familiengründung
- Kinderbetreuung
- Herstellung eines familiären Heims und Haushaltsorganisation
- Berufseinstieg
- Verantwortung als Staatsbürger
- Integration in eine angemessene soziale Gruppe

6.5.5 5. Mittleres Erwachsenenalter, 30. bis 60. Lj.

- heranwachsenden beistehen
- erreichen und Aufrechterhalten befriedigender Berufsausübung
- Entwicklung angemessener Freizeitbeschäftigung
- Bezug auf Ehepartner als Person
- innere Einstellung auf physische Veränderungen des mittleren Erwachsenenalters einstellen
- Einstellung auf alternde Eltern

6.5.6 6. Höheres Erwachsenenalter, ab dem 60. Lj.

- Anpassung an Abnahme physischer Kraft und Gesundheit
- Anpassung an Ruhestand und reduziertes Einkommen
- Anpassung an Tod des Ehepartners
- bewusste Zugehörigkeit zu seiner Altersgruppe erlangen
- flexible Übernahme und Anpassung sozialer Rollen
- Zufriedenstellende Einrichtung äußerer Lebensbedingungen

6.6 Kognitive und intellektuelle Entwicklung nach Piage

Nach Piages Theorie der kognitiven Entwicklung wird jeder Mensch mit zwei fundamentalen Tendenzen geboren:

1. Adaption: Anpassung an die Umwelt

2. Organisation: Integration eigener Prozesse in kohärente Systeme

Durch diese Tendenzen wird die psychologische Struktur verändert. Diese besteht aus Verhaltensschemata (z.B. Schemata zum Laufen) und kognitiven Schemata (z.B. Schemata über einen bestimmten Gegenstand). Diese Schemata sind untereinander vernetzt und entwickeln sich durch Differenzierung des Wissensrepertoires. Dabei wird auf bekannte und ähnliche Situationen zurückgegriffen, um nicht jede Situation neu zu erforschen.

Diese Tendenzen werden laut Piaget von vier Faktoren beeinflusst:

1. Reifung
2. Kontakt mit der Umgebung,
3. Sozialen Übertragung (Lernen von anderen)
4. Äquilibration (selbst regulierende Kräfte im Kind, durch die es immer wieder ein Gleichgewicht auf einem höheren Niveau zu erreichen versucht).

6.6.1 Adaption

Die Tendenz zur Adaption bezeichnet die Anpassung an die Umgebung. Sie umfasst zwei komplementäre Prozesse, die Assimilation und die Akkomodation.

Assimilation

Als Assimilation bezeichnet Piaget die Veränderung der Umwelt durch das Individuum, um diese den eigenen Bedürfnissen und Wünschen anzupassen. Dabei werden neue Erfahrungen und Reize aus der Umwelt in ein bereits bestehendes Denkschema (kognitive Strukturen oder Schemata) eingegliedert. Das schon vorhandene Wissen wird also genutzt, um eine ähnliche Situation einzuordnen.

Beispiel für Assimilation

Ein Kind will nach Wasser greifen, will es sich zu Eigen machen und in die Hand nehmen wie einen festen Gegenstand. Dieser Assimilationsversuch wird zuerst misslingen, weil das Kind noch nicht gelernt hat, die Hand so zu formen, dass das Wasser in der Hand verbleibt.

Akkomodation

Mit Akkomodation bezeichnet Piaget die Veränderung des eigenen Verhaltens, um sich selbst den Umweltbedingungen anzupassen. Akkomodation bedeutet also die Erweiterung bzw. Anpassung eines Denkschemas an eine Situation in der Umwelt, die mit den vorhandenen Schemata nicht bewältigt werden kann. Wichtig dabei ist, dass Akkomodation nur notwendig wird, wenn die Assimilation nicht ausreichend ist, um eine Situation zu bewältigen.

Beispiel für Akkomodation

Ein Kind will nach Wasser greifen, will es sich zu Eigen machen und in die Hand nehmen wie einen festen Gegenstand. Dieser Assimilationsversuch wird zuerst misslingen, weil das Kind noch nicht gelernt hat, die Hand so zu formen, dass das Wasser in der Hand verbleibt.

Die veränderte Haltung der Hände, um Wasser zu schöpfen ist eine erfolgreiche Akkomodation. Das Kind muss sein Greifschema also so akkomodieren (anpassen), dass es Flüssigkeiten schöpfen kann.

Auch die Nachahmung von Handlungen, z. B. wenn ein Kind seine Eltern imitiert, ist ein weiteres Beispiel für eine Akkomodation.

Gegenüberstellung: Assimilation – Akkomodation

Ein Kind hat bereits gelernt, wie es einen Apfel essen muss. Bekommt das Kind nun eine Birne, verfährt es nach den gleichen gelernten Mustern des Apfelessens, schließlich sehen Apfel und Birne ähnlich aus. Eine Akkomodation ist hier nicht nötig.

Ein Kind versucht mit einem Keks genauso umzugehen, wie es das bei einem Brot gewohnt ist. Eine Scheibe Brot kann man biegen, einen Keks nicht. Das Kind wird den Keks brechen beim Versuch, es wie eine Scheibe Brot zu biegen. Dieser Assimilationsversuch misslingt also. Daher muss es versuchen zu akkomodieren – d.h. auf einem höheren Niveau das Ungleichgewicht wieder auszugleichen (Äquilibrationsprinzip). Das Kind macht zwar die Erfahrung, dass es sich bei dem Keks hier auch um etwas Essbares handelt (wie das Brot), aber dieser unterschiedlich zu handhaben ist. Es erweitert sein vorhandenes Schema, da das vorhandene nicht ausreicht: ein Keks ist etwas anderes als eine Scheibe Brot. Es lernt damit, den Keks nicht zu biegen und ihn entsprechend (anders) zu verzehren.

6.6.2 Die Organisation

Die Tendenz zur Organisation bezieht sich auf die Integration der eigenen Prozesse in feste Systeme. Zum Beispiel kann ein Baby zunächst etwas entweder greifen oder anschauen. Wenn es dann die Augen-Hand-Koordination gelernt hat, kann es Beobachtung und Handlung in ein System integrieren. Jeder Mensch ist bestrebt, durch Assimilation und Akkomodation immer wieder ein Gleichgewichtszustand (Äquilibrium) herzustellen. Man möchte in Balance mit sich und seiner Umgebung leben. Beispielsweise verspüren Menschen eine gewisse Spannung, wenn sie etwas nicht verstehen oder nicht wissen und trachten dann danach, dieses Ungleichgewicht (Disäquilibrium) durch Lernen auszugleichen, zu kompensieren oder zu überwinden. Aus diesen Vorannahmen sowie den Ergebnissen seiner Studien leitete Piaget die Phasen kognitiver Entwicklung ab.

Phasen der kognitiven Entwicklung nach Piaget

Piaget unterscheidet vier Phasen der kognitiven Entwicklung bei Kindern, die zum Teil in Substadien unterteilt werden. Die Phasen müssen für eine ungestörte Entwicklung alle durchlaufen werden. Die Geschwindigkeit ist jedoch individuell.

1. Sensomotorische Phase, 0 bis 18/24 Monate – mit sechs Substadien

Das Kind ist damit beschäftigt, Kontrolle über seine motorischen Bewegungen zu erlangen und Erfahrungen mit physischen Objekten zu sammeln. Der Säugling verfügt zunächst nur über angeborene Reflexe. Es herrschen sensomotorische Schemata vor.

Der Begriff „sensomotorisch“ bezieht sich darauf, dass das Kind etwas über seine Sinne wahrnimmt (sensorisch), darauf handelnd reagiert (motorisch) und die Wirkung seines Verhaltens wahrnimmt (sensorisch). Bei diesen Schemata spielt das Denken noch keine nennenswerte Rolle. Das Baby lernt vor allem durch Beobachtung und Handeln (zunächst durch aktive Wiederholung und später durch Experimentieren). Mit etwa 12 Monaten erkennt das Baby, dass Dinge auch da sind, wenn es sie nicht sieht (Objektpermanenz). Es beginnt, zwischen sich selbst (Subjekt) und seiner Umwelt (Objekte) zu unterscheiden.

Substadien der sensomotorischen Phase

- 1. Monat – Reflexive Aktivität:
Die meisten Aktivitäten sind reflexartig und spontane Tätigkeiten des Organismus.
- 1. bis 4. Monat – Primäre Zirkulärreaktionen:
Handlungen sind auf den eigenen Körper beschränkt; angenehme oder faszinierende Handlungen bzw. Aktivitäten, die positive Konsequenzen haben, werden wiederholt.
- 4. bis 8. Monat – Sekundäre Zirkulärreaktionen:
Versuche, die Umwelt aktiv zu beeinflussen (Mittel zum Zweck), Differenzierung zwischen gewünschter Konsequenz und angewandtem Verhalten für diese Konsequenz/Ziel.
- 8. bis 12. Monat – Intentionales/zielgerichtetes Verhalten:
Zielgerichtetes Verhalten entwickelt sich, Koordination und Differenzierung von Handlungsschemata und deren Anwendung auf neue Situationen wird verbessert, Entwicklung der Objektpermanenz.
- 12. bis 18. Monat – Tertiäre Zirkulärreaktionen:
Aktives Experimentieren in der Umwelt, Erprobung von verschiedenen Mitteln zur Zielerfüllung, neue Handlungsschemata werden entwickelt.
- 18. bis 24. Monat – Übergang zur voroperationalen Phase:
Handlungen werden verinnerlicht und können vorgeplant werden, Übergang zum symbolischen Denken in inneren Bildern von Objekten und Handlungen.

2. Präoperationale Phase, 24 Monate bis 7 Jahre

Das kindliche Denken ist weiterhin voll von logischen Irrtümern, da das Denken an der Wahrnehmung orientiert ist. Das Kind konzentriert seine Aufmerksamkeit auf den Erwerb sprachlicher Fähigkeiten.

Zu diesem Zeitpunkt kann das Kind bereits Dinge benennen und intuitive Schlussfolgerungen ziehen. Es kann sich zunehmend komplette Handlungen gedanklich vorstellen. Das Kind ist weiterhin geprägt vom Egozentrismus. Diese Phase unterteilt sich in zwei Stufen, die Stufe des symbolischen oder vorbegrifflichen Denkens und die Stufe des anschaulichen Denkens.

Substadium des symbolisch-vorbegrifflichen Denkens (2-4 Jahre)

- Spracherwerb und Umgang mit Vorstellungen und Symbolen (Vorbegriffen)
- Erinnerung an bildhafte, lose Sinneseindrücke
- Entwicklung eigener Konzepte, die an der Realität überprüft werden

Substadium des anschaulichen Denkens (4 bis 7/8 Jahre)

- Denken erfolgt weiterhin in Vorstellungen bzw. inneren Bildern
- Entwicklung echter Begriffe
- Ordnung der Eindrücke und Ereignisse (Bildung von Zusammenhängen und Kausalbeziehungen)
- Zentrierung der Aufmerksamkeit auf ein Merkmal eines Objektes
- noch keine Fähigkeit zur Transformation

3. Konkretoperationale Phase, 7/8 bis 11/12 Jahre

Das Kind beginnt sich mit abstrakten Größen wie Zahlen und Beziehungen auseinanderzusetzen. Dabei ist das Denken weiterhin an anschaulich erfahrbare Inhalte gebunden, z.B. konkrete bekannte Objekte oder durchführbares Verhalten/Handlungen.

- Gleichzeitiges Erfassen und In-Beziehung-setzen verschiedener Merkmale eines Gegenstandes und Vorgangs.
- Regeln beziehen sich auf die Relation zwischen zwei und mehr Begriffen.
- Denken im Sinne verinnerlichteten Handelns.
- Vorausschauendes Denken und reflektierendes Steuern des Handelns.
- Logische Schlussfolgerungen über verschiedene Phänomene.

4. Formale operative Phase, ab 11/12 Jahre

Das Kind fängt an, logisch und systematisch zu denken. Kann nun mit abstrakten Inhalten sowie Hypothesen gedanklich umgehen, Probleme theoretisch analysieren und Fragestellungen systematisch durchdenken. Es hat die höchste Form des logischen Denkens erreicht.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Phasen der kognitiven Entwicklung".

Vertiefen Sie Ihr Wissen und schauen Sie sich jetzt das Erklärvideo an und lesen Sie sich den Artikel durch.

Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 1.



Video: Kognitive Entwicklung



Artikel: Kognitive Entwicklung von Kindern



Gönnen Sie sich eine Pause!

7. Grundlagen der Bindungstheorie: Zur Entwicklung von Beziehung und Bindung

Die Bindungsforschung setzt sich mit dem menschlichen Grundbedürfnis auseinander, emotionale Bindungen und Beziehungen zu anderen Mitmenschen einzugehen. Die Ursachen für Bindungsverhalten und dessen Entwicklung und Veränderungen im Laufe der Lebensspanne bilden somit den Hauptuntersuchungsgegenstand der Forschungsarbeit.

Die folgenden Punkte umreißen wichtige Erkenntnisse aus dieser Arbeit.

- Jedes Kind hat ein angeborenes Bestreben, sich an seine Bezugsperson zu binden.
- Das Kind wird grundsätzlich sein Verhalten und Denken so organisieren, dass diese Bindungsbeziehung aufrecht erhalten bleibt.
- Die Bindung (engl. attachment) an die Eltern ist für die Entwicklung des Kindes lebensnotwendig. Die Bindungsbeziehung ist daher der Schlüssel zum psychophysischen Überleben.
- Ziel des Kindes ist immer die Aufrechterhaltung der Bindung und der Nähe zur Bezugsperson.
- Das Kind erhält die Bindung auch um den Preis eigener Funktionsstörungen aufrecht.
- Die Störungen im Fühlen und Denken bei einer Bindungsstörung entstehen als Antwort des Kindes auf die Unfähigkeit der Eltern, die Bedürfnisse des Kindes nach Wohlbefinden, Sicherheit und Geborgenheit zu befriedigen.
- Besonders wichtige Stimulierungen sind körperliche Berührung und das Hören der Stimme der Bezugsperson. Tierversuche zeigen, dass durch die Berührung der Haut im Hirn von Jungtieren Botenstoffe ausgeschüttet werden, die das körperliche Wachstum unterstützen.
- Im Gegensatz zu früheren Meinungen hat man inzwischen herausgefunden, dass Kinder durchaus Bindungen zu verschiedenen Personen gleichzeitig aufbauen können.
- Bindung entwickelt sich auf der Grundlage von sozialen, wechselseitig aufeinander bezogenen und ineinandergreifenden Verhaltensweisen zwischen mindestens zwei Individuen. Der dazugehörige Fachbegriff lautet „Interaktion“. Dieser Begriff beschreibt in diesem Zusammenhang die Dialogstruktur der Eltern-Kind-Beziehung.
- In den ersten Lebenswochen drückt sich Beziehungsentwicklung in der Menge, der Dauer und der Qualität des kindlichen Blickverhaltens aus. Wenn das Sehsystem voll entwickelt ist (3. - 4. Monat), steht der Blickkontakt nicht mehr im Mittelpunkt der Interaktionen.

Artikel: Harlow-Versuche



Video: Harlow-Experimente



- Damit der Säugling die Interaktionen positiv erlebt und etwas lernt, müssen die Verhaltensweisen (der Eltern) in einem zeitlich erkennbaren Zusammenhang stehen (3-Sekunden-Einheit).
- Die Eltern-Kind-Interaktion ist auch wichtig für die Erfahrung von Kausalität im Handeln. Die Eltern reagieren auf das Verhalten des Kindes und zeigen diesem gleichzeitig, dass es selbst etwas bewirken kann. Es lernt so etwas über die Vorhersagbarkeit des Verhaltens anderer und erhält Rückmeldungen über die eigene Selbstwirksamkeit. Darin liegen auch die Wurzeln des Selbstkonzeptes. (Konzept der erlebten Kausalität nach Piaget)
- Die Eltern-Kind-Interaktion ist eine Modellsituation für Lernen (Modelllernen nach Bandura).
- Auf der Grundlage von angeborenen Verhaltensprogrammen entwickeln sich Beziehungen in der Familie.

Befassen Sie sich jetzt mit Harlows Experiment an Affen zur Bindungsentwicklung. Machen Sie sich eigene Notizen.

7.1 Phasen der Bindungsentwicklung

Die Bindungstheorie wurde maßgeblich durch den britischen Kinderpsychiater John Bowlby sowie die kanadische Psychologin Mary Ainsworth entwickelt. Sie differenzierten als ein wichtiges Ergebnis ihrer Forschungsarbeiten erstmals Entwicklungsphasen des kindlichen Bindungsverhaltens.

1. Vorbindungsphase, Geburt bis 6 Wochen

Das Kind reagiert allgemein auf Menschen, besonders auf das Gesicht, differenziert jedoch noch nicht nach spezifischen Personen. Die Bevorzugung des Gesichts ist angeboren. Angeborene Verhaltenssignale, wie Greifen oder Lächeln, bewirken Kontakt zu anderen Menschen. Die Mutter wird an Geruch und Stimme erkannt. Das Kind kann durchaus auf differenzierte Reize reagieren.

2. Entstehungsphase (Bindungsbeginn), 6 Wochen bis 6/8 Monate

Der Säugling reagiert auf die Bezugsperson anders als auf Fremde, protestiert jedoch noch nicht, wenn es von ihr getrennt wird. Das Kind unterscheidet Personen hinsichtlich ihrer Vertrautheit. Das Kind richtet Signale und Bindungsverhaltensweisen auch nur an spezifische Personen bzw. Bezugspersonen. Von einer rein sozial intendierten Bindung kann noch nicht ausgegangen werden, da das Kind noch kein aktives Bindungsverhalten zeigt.

3. Bindungsphase, 6/8 bis 18 Monate

Das Kind beginnt in dieser Phase, aktiv zwischen vertrauten und fremden Personen zu unterscheiden. Die Hauptbezugsperson wird zur sicheren Basis, von der aus es seine Umwelt exploriert. Gegenüber Fremden zeigt das Kind häufig Angst, Vorsicht oder Zurückhaltung. Eine wichtige kognitive Voraussetzung ist die Objektpermanenz – das Kind versteht nun, dass eine Person weiter existiert, auch wenn sie nicht sichtbar ist (z. B. hinter einer Tür). Zudem entwickelt sich die Fähigkeit zur Personenwiedererkennung, sodass vertraute Personen als dieselben identifiziert werden können. Das Bindungsverhalten des Kindes organisiert sich in dieser Phase zu einem zielkorrigierten und flexiblen Verhaltenssystem, das sich an die jeweilige Situation und die Verfügbarkeit der Bezugsperson anpasst.

4. Bildung einer „zielkorrigierten Partnerschaft“, 18 Monate bis 2 Jahre und darüber hinaus

Es entwickeln sich reziproke Beziehungen. Das Kleinkind beginnt, durch das Erlernen der Sprache und durch kognitive Weiterentwicklung, Einfluss auf Bezugspersonen zu nehmen. Das Kind kann nun die Bedürfnisse und Reaktionen der Bezugspersonen verstehen und von den eigenen unterscheiden. Dementsprechend wird die Beziehung komplexer, wechselseitige Ziele und Pläne werden berücksichtigt und verhandelt.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu „Phasen der Bindungsentwicklung“.



7.2 Der Fremde-Situations-Test

Der Fremde-Situations-Test wurde von Ainsworth und Wittig entwickelt. Dieser Test ist ein standardisiertes Testverfahren zur Beurteilung der Bindungsqualität u. wird bei 1 bis 2-jährigen Kindern angewendet. Er besteht aus acht 3-Minuten-Episoden, die einer Wartezimmer-Situation beim Arzt ähneln u. in denen das Kind zunehmend Fremdheit und Unvertrautheit erfährt. Der Testraum ist mit 2 Stühlen und Spielzeug ausgestattet. Die Stühle befinden sich an der Seite und das Spielzeug befindet sich in der Mitte des Raumes. Der ganze Testvorgang wird durch eine Einwegscheibe beobachtet. Für die Ermittlung der Bindungsqualität wird vor allem in den Trennungs- u. Wiedervereinigungsmomenten die Bewältigung des Trennungsstressors untersucht.

Die Kinder zeigen dabei vier Strategien der Nähe-Distanz- und Emotionsregulation:

- Nähe suchen
- Kontakt halten
- Widerstand gegen Körperkontakt
- Vermeidungsverhalten

Diese Verhaltensweisen werden anhand einer siebenstufigen Skala bewertet und zusammen mit dem Gesamteindruck der Testsituation in die vier verschiedenen Bindungssicherheits-Kategorien eingestuft.

7.2.1 Abfolge der Test- Episoden (jeweils 3 Min. Dauer)

1. Mutter und Kind betreten den Raum und die Mutter setzt ihr Kind auf den Boden.
2. Die Mutter setzt sich auf einen Stuhl und liest eine Zeitschrift, während das Kind das Spielzeug bzw. die Umgebung erkunden kann.
3. Eine fremde Frau kommt herein, setzt sich auf den verbleibenden Stuhl und schweigt eine Minute. Dann spricht sie eine Minute mit der Mutter und beschäftigt sich dann die restliche Zeit mit dem Kind.
4. Die Mutter verlässt den Raum, wobei sie ihre Handtasche zurücklässt. Die fremde Frau beschäftigt sich mit dem Kind und tröstet es, wenn notwendig.
5. Die Mutter kommt wieder und begrüßt ihr Kind. Die fremde Frau verlässt den Raum. Die Mutter beschäftigt sich mit dem Kind und versucht es zum Spielen zu animieren.
6. Die Mutter verabschiedet sich offiziell von ihrem Kind und lässt es für 3 Minuten allein, wobei sie ihre Handtasche zurücklässt.
7. Die fremde Frau kommt wieder herein und tröstet falls nötig das Kind.
8. Die Mutter kommt zurück und die fremde Frau verlässt den Raum.

7.2.2 Testergebnisse Typen der Bindungssicherheit bei Kindern

Die Bindungssicherheit bei einjährigen Kindern wurde von Ainsworth und Wittig entsprechend dem im Testverfahren gezeigten Verhalten in vier Typen eingeteilt (drei Arten von organisierter Bindung und eine desorganisierte Bindung).

Typen der Bindungssicherheit bei Kindern	
Sichere Bindung (Typ B): bei 60-70 % der Kinder	
Die Kinder stellen aktiv den körperlichen Kontakt zur Mutter her, wenn diese in den Raum zurückkehrt. Sie zeigen mindestens Freude aus der Entfernung. Diese Kinder nutzen die Mutter als sichere Basis für das Erkundungsverhalten.	Nähe suchen: hoch Kontakt halten: hoch Widerstand gegen Körperkontakt: niedrig Vermeidungsverhalten: niedrig
Unsicher-ambivalente (Typ C): bei 10-25 % der Kinder	
Die Kinder suchen zwar Kontakt zur Mutter, zeigen jedoch auch Zeichen der Ablehnung (z.B. durch Schlagen der Mutter). Sie lassen sich schwer von der Mutter loslösen und spielen kaum.	Nähe suchen: mittel bis hoch Kontakt halten: mittel bis hoch Widerstand gegen Körperkontakt: hoch Vermeidungsverhalten: niedrig
Unsicher-vermeidende (Typ A): bei 15-20 % der Kinder	
Die Kinder vermeiden den Kontakt zur Mutter nach deren Rückkehr in den Raum (durch Ignorieren der Mutter oder aktives Abwenden). Sie zeigen wenig Kummer und Angst wenn die Mutter weg ist. Diese Kinder wirken sehr selbstbewusst, unabhängig und sicher in ihrem Verhalten.	Nähe suchen: niedrig Kontakt halten: niedrig Widerstand gegen Körperkontakt: niedrig Vermeidungsverhalten: hoch
Desorganisierte Bindung (Typ D): bei 5-10 % der Kinder	
Kinder zeigen bizarre Verhaltensweisen. Sie zeigen desorganisiertes, nicht auf die Bezugsperson (Mutter) bezogenes Verhalten (durch die Unmöglichkeit Bindung aufzubauen).	

Schauen Sie den Fremde-Situations-Test und die 6-teilige Videoreihe zu den 4 Bindungstypen an.

Lesen Sie sich jetzt vertiefend das Kapitel "Grundlegende Konzepte der Bindungstheorie und klinische Bindungsforschung" (Hermer & Röhrle, Band 1, Kapitel 2.4.1) durch. Schreiben Sie sich die Charakteristika des Bindungsverhalten von Kindern und die Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen ab.

Video: Fremd-Situations-Test



Video: Die 4 Bindungstypen



7.3 Störungen der Bindungsentwicklung

7.3.1 Deprivationssyndrom (Hospitalismus)

Das Fehlen von Kontakt und Bindung an die Mutter oder an andere Bezugspersonen (Deprivation) oder Vernachlässigung, mangelnde Umsorgung und lieblose Behandlung führt zum sog. Deprivationssyndrom (Hospitalismus).

Symptome des Deprivationssyndroms (Hospitalismus) :

- intellektuelle und emotionale Retardierung
- Verlust bereits erworbener Fähigkeiten
- Abbau geistiger Fähigkeiten sowie kindisches Verhalten
- körperliche Retardierung, Abmagerung
- erhöhte Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit
- Störungen des Appetits
- Teilnahmslosigkeit, Apathie
- Kontaktstörungen bis hin zum Autismus
- mangelnde soziale Integration, keine Sozialisation
- depressive Stimmung, Weinerlichkeit und Jammern
- Wahrnehmungsstörungen, verminderte Wahrnehmung der Außenwelt
- Bewegungsunruhe
- Bewegungsstereotypen (z. B. Jaktationen: Herumwerfen, Schaukeln, Wippen)
- Störungen d. Aufmerksamkeit und Konzentration, schnelle Ermüdbarkeit
- geringe/fehlende Frustrationstoleranz
- aggressive Reaktionen und Autoaggressionen
- gestörtes Explorations- und Spielverhalten

Artikel:
Protokoll des Grauens



Lesen Sie sich jetzt den Artikel „Protokoll des Grauens“ durch.

7.3.2 Parentifizierung/Rollenumkehr

Durch problematisches Beziehungsverhalten der Bezugspersonen kann es zu Parentifizierung/Rollenumkehr kommen.

Dieses Phänomen ist dann zu beobachten, wenn Eltern ihre Aufgaben dem Kind gegenüber ungenügend erfüllen oder das Kind für die psychische und physische Gesundheit der Eltern verantwortlich gemacht wird. Dem Kind wird eine überfordernde und nicht kindgerechte „Eltern-Rolle“ zugeschrieben und muss damit verbundene Fürsorgeleistungen erbringen. Die Rollenumkehr kann auf Situationen oder Zeiträume begrenzt sein oder über längere Zeiträume wie der gesamten Kindheit, Jugend bis zum frühen Erwachsenenalter hinein bestehen. Für Kinder stellt dieses Phänomen ein hohes Maß an Überforderung dar.

Aus psychodynamischer Sicht stellt die Rollenumkehr eine Bindungsstörung dar, bei der die elterliche Bezugsperson erwartet, dass das Kind als Bindungsobjekt zur Verfügung steht. Auf der Grundlage einer Eigenproblematik der Mutter/des Vaters steht diese/r dem Kind nicht als sicheres Bindungsobjekt zur Verfügung. Sollten Geschwister in der Familie vorhanden sein, bezieht sich die Rollenumkehr meist auf das älteste oder sensibelste und empathischste Kind. Die Rollenumkehr kann auf Grund von Trennungen oder Scheidungen sowie schwierigen Lebenslagen entstehen und sogar generationsübergreifend wirken.

Kinder versuchen dieser Rollenerwartung gerecht zu werden. Es ist für sie eine Überlebensstrategie, hinter der andere Bedürfnisse hinten angestellt werden.

Folgen für das Kind und Auswirkungen auf die Kindheit:

- Gestörte Entwicklung von Autonomie und Individuation
- Verlorene Kindheit
- Entwicklung von massiven realitätsfernen Anforderungen an sich selbst:
 - Perfektionismus
 - Isolation
 - Einsamkeit
 - Emotionale Belastungen
 - Vermindertes Selbstwertgefühl
 - Verhaltensauffälligkeiten etc.

Längerfristige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung:

- Entwicklung psychischer Störungen (z.B. Depression, Essstörungen, Phobien, Angststörung usw.)
- Einschränkungen im Sozialverhalten (Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen, zwanghaftes Fürsorgeverhalten)
- Probleme beim Ablösungsprozess
- Weitergabe der Rollenumkehr auf nachfolgende Generationen

Interventionen:

Besonders wichtig sind in diesem Fall die Früherkennung und die Unterstützung des Kindes in Form der Stärkung von Selbstwert und Persönlichkeit. Des Weiteren sollte das soziale Netzwerk des Kindes aktiviert und die Großeltern als Beobachter mit einbezogen werden. Die Eltern müssen an der Veränderung ihres Verhaltens arbeiten. Dies kann in Form einer Psychotherapie erfolgen. Eine psychotherapeutische Unterstützung für Eltern und Kind ist vor allem indiziert, wenn es zum Parental Alienation (= Elternentfremdung nach einer Trennung, Kind als Partnerersatz) kommt.

Lesen Sie sich jetzt den Artikel „Parentifizierung: Sorge, Fürsorge, Liebe und Hass“ durch.

Artikel:
Parentifizierung



7.3.3 Eltern-Kind-Entfremdung

Im Zuge von Trennung oder Scheidung kann es vorkommen, dass Kinder von einem Elternteil bewusst oder unbewusst emotional beeinflusst oder instrumentalisiert werden. Dies äußert sich häufig in Form von der sogenannten "Eltern-Kind-Entfremdung", bei der das Kind eine unangemessen negative Haltung gegenüber dem anderen Elternteil entwickelt – nicht aufgrund eigener schlechter Erfahrungen, sondern durch subtile oder offene Beeinflussung, Schuldgefühle, Kontaktverhinderung oder die Abwertung des anderen Elternteils. Die Folgen für das Kind können gravierend sein: Verlust einer wichtigen Bindung, innere Zerrissenheit, Schuldgefühle, Vertrauensprobleme und spätere Schwierigkeiten in Beziehungen.

Der oft dafür verwendete Begriff des Parental Alienation Syndroms (PAS) ist jedoch wissenschaftlich nicht anerkannt und gilt als überholt. Er findet sich weder im DSM-5 noch in der ICD-11 und wird von Fachleuten kritisiert, da er komplexe Familiendynamiken vereinfacht und in Gerichtsverfahren missbraucht werden kann, um berechnete Ängste von Kindern oder Schutzmaßnahmen eines Elternteils in Frage zu stellen. Statt auf das Konzept eines „Syndroms“ zurückzugreifen, fordern Experten und Expertinnen eine differenzierte, kindzentrierte Betrachtung, die Loyalitätskonflikte, mögliche Manipulationen und tatsächliche Gefährdungen sorgfältig unterscheidet.

Im Mittelpunkt muss stets das Kindeswohl stehen: durch frühzeitige Unterstützung, neutrale Begutachtungen und Lösungen, die den Kontakt zu beiden Elternteilen – sofern dies dem Kind nicht schadet – fördern und das Kind nicht zum Spielball elterlicher Konflikte machen.



Erstellen Sie eine Mind-Map zu „Störungen der Bindungsentwicklung“. Beschäftigen Sie sich an dieser Stelle weiter mit dem Thema "Eltern-Kind-Entfremdung" und nutzen Sie dazu gerne das Video.

7.4 Emotionale Entwicklung

Beim Neugeborenen kann man zwei grundlegende und leicht abgrenzbare emotionale Zustände unterscheiden: Ruhe und Erregung.

Nach Watson haben Säuglinge drei grundlegende Emotionen: Furcht, Wut und Liebe. Andere Wissenschaftler beschreiben beim Menschen (auch beim Säugling) mehr als drei Primäremotionen (fünf bis acht). Heute geht man je nach Forscher bzw. Literaturquelle von folgenden Primäremotionen aus, die es bei allen Menschen gibt: Freude, Angst, Wut/Ärger, Trauer, Ekel, Überraschung, Neugier.

Alle weiteren Emotionen des Erwachsenen entwickeln sich aus diesen Grundemotionen durch Reifung und vor allem durch Lern- und Konditionierungsvorgänge. Diese Entwicklung geht recht schnell vonstatten. So verfügt ein Kind im Alter von einem Jahr schon fast über alle Primäremotionen, wenn auch nicht immer in so differenzierter Ausprägung.

Video: Sorgerecht



7.4.1 Emotionsentwicklung bis zum 6. Lebensjahr

Laut Petermann und Wiedebusch besteht eine zentrale Entwicklungsaufgabe der frühen Kindheit darin, emotionale Kompetenzen zu erwerben:

- Sich seiner eigenen Gefühle bewusst sein.
- Gefühle mimisch oder sprachlich zum Ausdruck zu bringen.
- Gefühle eigenständig zu regulieren.
- Die Gefühle anderer Personen zu erkennen und zu verstehen.

Dieser Kompetenzerwerb erfolgt in vier Prozessen, die teilweise parallel ablaufen.

1. Interpsychische Emotionsregulation (ca. 0-2 Jahre):

Das betrifft die Emotionsregulation zwischen Baby und Bezugsperson.

- ab ca. 6 Wochen: Reaktion auf Emotionsausdruck von Bezugsperson, Betrachtung von Gesichtern, Lächeln
- ab 6 Monaten: soz. Bezugnahme, soz. Lächeln als Antwort und Auslöser
- ab ca. 6 Monaten: Aufmerksamkeit an der Blickrichtung anderer
- zw. 9-12 Monaten: Aufmerksamkeitslenkung mit Zeigefinger

2. Emotionswissen (ab 0 Jahre)

Bis ca. 12 Monate erfolgt die Ausbildung der Primäremotionen wie z.B. Freude, Ärger, Überraschung etc.

3. Intrapsychische Emotionsregulation (ab ca. 2 Jahre)

Diese Emotionsregulation läuft im Säugling selbst ab.

- ca. ab 2,5 Jahren: Ausbildung sekundärer Emotionen, abhängig von kognitiven Prozessen

So setzt z.B. Verachtung die Fähigkeit zum sozialen Vergleich oder das Schuldgefühl ein inneres Wertesystem voraus. Erkennen des eigenen Spiegelbilds, Selbstreflexion, Selbstbezogenheit, Kenntnis von Verhaltensregeln.

- ab ca. 3,5 Jahren: Fähigkeit zur affektiven Perspektivendifferenzierung
- ab ca. 5 Jahren: Konzeptentwicklung „wie denken andere über mich“, Schlüsselrolle für das Auftreten sozialer Ängstlichkeit
- ab ca. 5,5 Jahren: Erleben von ambivalenten Emotionen

4. Emotionswortschatz (ab ca. 20 Monaten)

- ab ca. 20 Monaten: Sprechen über Emotionen
- ab ca. 2 Jahren: Unterscheidung von Emotionserleben und Emotionsausdruck, Feinheiten von verbaler und nonverbaler Kommunikation
- ab ca. 5,5 Jahren: Vortäuschen von Emotionen

Lesen Sie sich jetzt den Artikel „Das Gehirn – Die Wurzeln der Gefühle“ durch und machen Sie sich Notizen.

Zusätzlich finden Sie auf dem Online-Campus ein Rollenspiel zum Thema Gefühle/Arbeit mit dem Gefühlsstern.

Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 2.

Artikel: Das Gehirn –
Die Wurzeln der Gefühle



Gönnen Sie sich eine Pause!

8. Resilienz

8.1 Was ist Resilienz

Wustmann (2011) spricht von Resilienz als einer psychischen Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber Risiken während der Entwicklung.

Holtmann und Schmidt (2004, S. 196) beschreiben Resilienz als „einen dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen“.

Resilienz wird verstanden als eine spezielle Eigenschaft von Personen, die unter schwierigen Bedingungen ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten. Dieser Begriff bezeichnet auch die Fähigkeit, gleich einer inneren Elastizität nach Krisen in die alte Form zurückzufinden oder aus der Krise sogar gestärkt hervorzugehen.

Resilienz ist nicht in allen Kompetenz- und Lebensbereichen gleich, sondern situationsspezifisch und kontextabhängig. Der Mensch ist dabei aktiver Gestalter seiner Lebenslage. Es ist besonders wichtig, wie schwierige Situationen wahrgenommen, bewertet und sich mit ihnen auseinandergesetzt wird. Resilienz entwickelt sich in einem Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren.

Resiliente Kinder können sich trotz Risikofaktoren im sozialen Umfeld zu sozial angepassten Erwachsenen entwickeln. Sie können Entwicklungsrisiken weitestgehend vermindern oder kompensieren sowie negative Einflüsse ausgleichen und gesundheitsförderliche Fähigkeiten aufbauen. Solche Personen sind in der Lage, Chancen im Leben zu erkennen und aufzugreifen. Kinder brauchen jedoch von ihrem Lebensumfeld Unterstützung zur Entwicklung der eigenen Resilienz.

Nach dem Big-Five-Modell aus der Persönlichkeitspsychologie (beschreibt die Hauptdimensionen der Persönlichkeit) sind Menschen dann resilient, wenn sie einen niedrigen Neurotizismus-Wert (Verletzlichkeit, Emotionsregulation) und leicht überdurchschnittliche Werte auf allen vier anderen Dimensionen aufweisen (Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit).

8.1.1 Merkmale der Resilienz

- variable Größe
- Situationsspezifisch und kontextabhängig
- aktiver Gestalter der Lebenslage
- unterliegt dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozessen

Der Erwerb von Resilienz ist ein dynamischer transaktionaler Prozess, da Resilienz im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion über den Verlauf der Entwicklung erworben wird. Das Individuum übernimmt im Resilienzprozess die

aktive Rolle: der aktive Umgang mit Stress- und Risikosituationen. Dabei ist besonders wichtig, wie das Individuum schwierige Situationen wahrnimmt, diese bewertet und sich mit ihr auseinandersetzt. Resilienz entwickelt sich in einem Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren.

8.2 Vulnerabilität

Das negative Gegenstück zur Resilienz ist die Vulnerabilität, welche die Verwundbarkeit/Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit gegenüber äußeren Einflüssen beschreibt. Vulnerabilität kennzeichnet eine erhöhte Bereitschaft zur Ausprägung psychischer Störungen.

8.3 Risikofaktoren

Unter Risikofaktoren versteht man „Faktoren und Lebensbedingungen, die die kindliche Entwicklung gefährden, beeinträchtigen und zu seelischen Störungen und Erkrankungen führen können“ (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2011, S. 20). Risikofaktoren erhöhen das Risiko für die Ausprägung einer Störung, sind aber nicht determinierend. Das Konzept der Risikofaktoren ist ein Wahrscheinlichkeits- und kein Kausalitätskonzept.

Risikofaktoren:

- Kindsbezogene Risikofaktoren (Vulnerabilitäten)
 - prä-, peri- und postnatale Einflüsse (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen)
 - genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien)
 - chronische Erkrankungen
 - schwierige Temperamentsmerkmale
 - unsichere Bindungsorganisation
 - geringere kognitive Fähigkeiten
 - geringe Fähigkeit zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung
 - neuropsychologische Defizite
- Umweltbezogene Risikofaktoren
 - Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern
 - sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
 - alleinerziehende Elternteile
 - niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
 - psychische Erkrankungen einer bzw. beider Elternteile
 - niedriges Bildungsniveau der Eltern
 - aversives Wohnumfeld, häufige Umzüge, häufiger Schulwechsel
 - traumatische Erlebnisse

Die Risikofaktoren können in der Entwicklung eines Individuums kontinuierlich oder lediglich zu einem bestimmten Zeitpunkt wirken. Hierbei ist die Schwangerschaft, Geburt und die Säuglingszeit ein besonders anfälliger Zeitraum für Belastungen, da in dieser Zeit die Entwicklung rasch voranschreitet und das Individuum nur geringe Schutz- und Bewältigungsmöglichkeiten besitzt.

Ob diese Risikofaktoren jedoch die Entwicklung eines Kindes tatsächlich beeinträchtigen, hängt von den Vulnerabilitäten, der Häufung und Dauer/Kontinuität der Risikofaktoren, Intensität und der dessen eigener Bewertung ab. Entscheidend ist die entwicklungsorientierte und geschlechtsspezifische Betrachtung der Risikofaktoren, da Kinder in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien und Geschlechterrollen unterschiedlich anfällig sind.

8.4 Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind Merkmale, die „das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen“ (Rutter, 1990. Zit. n. Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2011, S. 27).

Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2011) betonen wiederholt: „Risiko- und Schutzfaktoren wirken in spezifischer Weise zusammen: protektive Faktoren moderieren die schädliche Wirkung eines Risikofaktors“ (S. 23).

Sie fördern die Anpassung an die Umwelt und Erschweren die Manifestation einer Störung. Es werden negative Effekte durch Schutzfaktoren abgeschwächt, kompensiert oder aufgehoben.

Zur Entwicklung von Resilienz sind sowohl die Schutzfaktoren als auch die Risikofaktoren zu betrachten.

Die Unterteilung erfolgt auf drei Ebenen: Kind, Familie und soziale Umwelt.

Schutzfaktoren – personale Ressourcen (Kind-Ebene)

- kognitive Fähigkeiten
- positives Temperament
- positive Selbstwahrnehmung
- Selbstwirksamkeitserwartung
- soziale Kompetenzen
- aktive Bewältigungsstrategien
- Kreativität & Phantasie

Schutzfaktoren – familiäre Ressourcen (Familien-Ebene)

- emotional warmes und klar strukturiertes Erziehungsverhalten
- stabile Bindung zu mindestens einer Bezugsperson
- positive Beziehung zu vorhandenen Geschwistern
- positive Merkmale der Eltern

Schutzfaktoren – soziale Ressourcen (soziale Umwelt)

- soziale Unterstützung
- Qualität der Bildungsinstitutionen
- soziale Modelle

Die verschiedenen Bereiche können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sondern sie stehen in Wechselwirkung zueinander. Je nach Lebenssituation und Anforderung ist es wichtig, die jeweiligen Schutzfaktoren zu stärken oder zu stabilisieren. Der Interventionsansatz kann hierbei auf den verschiedenen Ebenen ansetzen.

8.5 Resilienzfaktoren

„Resilienzfaktoren sind Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt, sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; die jeweiligen Faktoren haben bei der Bewältigung von Lebensaufgaben eine besondere Rolle.“ (Wustmann, 2004).

Faktoren für die Entwicklung von Resilienz

- Positive Selbstwahrnehmung
 - adäquate Wahrnehmung eigener Emotionen und Gedanken
 - gute Selbstreflexion
- Geeignete Selbststeuerungsfähigkeiten
 - emotionsregulation
 - Bewältigung innerer Anforderungen
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
 - Stärken und Fähigkeiten kennen und stolz auf diese sein
 - Erfolge internal attribuieren, d.h. auf eigenes Handeln beziehen
 - Anwendung erfolgsversprechender Strategien auf neue Situationen
- Soziale Kompetenzen
 - Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen
 - Empathiefähigkeit
 - Einschätzung sozialer Situationen
 - erfolgreiche Konfliktlösestrategien
 - Selbstbehauptung



Videos: Resilienz



- Geeigneter Umgang mit Stress
 - Einschätzung stressverursachender Situationen hinsichtlich Möglichkeiten der Bewältigung, Grenzen und verfügbaren Strategien
 - Nutzung soziale Unterstützung
 - Reflexion und Bewertung einer Situation
- Problemlösekompetenz
 - realistische Zielsetzung
 - proaktiver Umgang mit Problemen
 - Wahl der entsprechenden Problemlösestrategie
 - Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten

Erstellen Sie eine Mind-Map zu „Resilienz und Vulnerabilität“.

Schauen Sie sich das Videos zu dem Thema Resilienz an.

Studieren Sie bitte im Hoffmann & Hochapfel "Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin" Kapitel 1.4 "Psychische Entwicklung und Pathogenese Neurotischer Störungen".

- Befassen Sie sich mit den emotionalen Grundbedürfnissen.
- Befassen Sie sich mit den entwicklungspsychologischen Hauptkennzeichen sowie den Störungsmöglichkeiten der einzelnen Lebensphasen.

9. Gerontopsychologie

Da die Gerontopsychologie ein Teil der Entwicklungspsychologie ist, sei sie an dieser Stelle mit erwähnt. Auf das Alter wird jedoch im Skript Organisch bedingte psychische Störungen (z.B. Thema Demenz) intensiver eingegangen. Bei alten Menschen verringert sich die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und es treten vermehrt verschiedene Krankheiten auf (Multimorbidität). Durch den Tod von Bekannten, Angehörigen und Freunden verringert sich der soziale Resonanzraum.

Zu den sich im Alter verändernden psychischen Funktionen zählen:

1. Das subjektive Erleben:

Dieses wandelt sich durch die veränderten sozialen und körperlich-psychischen Veränderungen.

2. Das Bewältigungsverhalten:

Viele Senioren überlassen anstehende Aufgaben des Alltags gerne anderen. Das kann zu zunehmender psychischer, körperlicher und sozialer Unselbstständigkeit führen.

3. Kognitive Leistungen:

Gedächtnis und Lernen verändern/verschlechtern sich mit zunehmendem Alter.

9.1 Psychische Störungen im Alter

Demenz

Etwa 10 % der über 65-Jährigen leiden unter einer Demenzkrankheit.

Altersdepression

Ältere Menschen zeigen häufiger depressive Symptome als Reaktion auf die vielen Veränderungen des Alters (psychosoziale und körperliche). Diese Symptome erfüllen laut ICD-10 meist nicht die Diagnosekriterien einer echten Depression. Trotzdem besteht bei den Betroffenen ein signifikantes subjektives Leiden, das auch Altersdepression genannt wird.

Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen, also erlebnisreaktive Störungen, gehören im Alter ebenso zu den häufigsten Diagnosen. Etwa 10 % der über 65-Jährigen sind davon betroffen.

Somatisierungsstörungen

Körperliche Störungen überlagern sehr oft Somatisierungsstörungen (körperliche Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund). Es ist nicht immer klar erkennbar, ob es sich um eine organische Erkrankung oder eine psychische Störung handelt.

Sucht im Alter

Die Alkohol-Abhängigkeit ist im Alter die häufigste Suchterkrankung und führt meist zu hirnnorganischen Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen. Weiterhin folgt die Medikamentenabhängigkeit (vor allem Tranquilizer).

9.2 Besonderheiten in der Psychotherapie von Senioren

- Das Selbstbild und das Selbstwertgefühl sind häufig schlechter als in früheren Jahren und bedürfen des Aufbaus und der Stabilisierung.
- Die Konfrontation mit nicht erfüllten Wünschen oder Plänen sowie nie bearbeiteten Problemen können recht schmerzhaft sein und als ausweglos erscheinen.
- Ältere Menschen haben meist körperlich-organische Krankheitsvorstellungen und lehnen ab, was mit Psyche, Psychotherapie oder mit Psychiatrie zu tun hat.
- Zukunftsperspektiven, die Realisierung von Zielen sowie die verbleibende Lebensqualität sind aufgrund des näher rückenden Lebensendes einer zeitlichen Grenze gesetzt.
- Das Eingestehen und Ansprechen von Fehlern und Konflikten ist bei älteren Menschen aufgrund ihrer Erziehung schwer möglich.
- Abschied und Trennung sind besonders schmerzhaft für ältere Menschen.
- Therapeuten wissen oft wenig über die Besonderheiten der Therapie älterer Menschen, gerade weil auch die Therapiemöglichkeiten älterer Menschen wenig erforscht sind. Die anerkannten und wirksamen Therapiekonzepte beruhen vor allem auf Erfahrungen mit jüngeren Menschen.

Beschäftigen Sie sich vertiefend mit dem Thema Psychotherapie mit älteren Menschen.

Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 3.

Infomaterial:
Psychotherapie älterer
Menschen



Gönnen Sie sich eine Pause!

Teil B – Störungen im Kindes- und Jugendalter

Hinweis: Die in diesem und allen weiteren Skripten in Klammern angegebenen Ziffern hinter der Bezeichnung der Störungsbilder entsprechen dem ICD-10 Diagnoseschlüssel.

Nehmen Sie begleitend zum Thema Störungen im Kindes- und Jugendalter den Möller/Laux/Deister (Kapitel 18) und den ICD-10 (Kapitel F7, F8, F9) zur Hand.



1. Therapeutische Haltung in der Therapie mit Kindern

Im therapeutischen Umgang mit Kindern ist besonderes Fingerspitzengefühl gefragt. Die therapeutische Haltung sollte an erster Stelle von menschlicher Wärme, Verständnis und Hilfsbereitschaft geprägt sein. Daneben sind wie in jedem therapeutischen Prozess Authentizität und Empathie des Therapeuten von ausschlaggebender Bedeutung. Hierzu erleichtern spielerische Methoden bzw. Zugangsmöglichkeiten den Umgang mit Kindern.

Die psychischen Störungen von Kindern sind den Erkrankungen der Erwachsenen zwar in ihren Gesetzmäßigkeiten ähnlich, unterscheiden sich jedoch von denen des Erwachsenenalters in den kognitiven und emotionalen Parametern wie Denken, Fühlen, Verstehen und Wahrnehmung. Kinder sind außerdem hilfloser und schutzbedürftiger als Erwachsene und müssen sich ständig an neue Herausforderungen ihrer Innenwelt wie auch der Umwelt anpassen. Daher können viele Regeln und Gesetzmäßigkeiten, die für Erwachsene gelten, nicht auf Diagnostik und Beurteilung von Störungen im Kindes- und Jugendalter angewendet werden.

Folglich ist sowohl in der Medizin als auch in der Psychiatrie die Kinder- und Jugendheilkunde eine eigenständige Disziplin, in der Diagnostik und Therapie von besonders geschulten Spezialisten durchgeführt wird.

In die Diagnostik und Therapie bei Kindern müssen die Primärfamilie und wichtige Bezugspersonen (Eltern, Großeltern, Lehrer etc.) viel stärker mit einbezogen werden, als dies in der Diagnostik und der Therapie Erwachsener der Fall ist.

Video: Jugendliche
unter Druck



Interview:
Psychodynamische
Psychotherapie



Kinder können oft wenig detaillierte Angaben zu ihren Problemen bzw. zu ihrer Symptomatik machen. Deswegen spielen Fremdbeurteilung und Fremdanamnese in der Kinderpsychiatrie bzw. in der Kinderpsychologie eine wichtige Rolle in der Exploration. Desweiteren müssen oft viele Tests und weitere Informationsquellen genutzt werden, um die möglichen Ursachen und Wirkungen eines Störungsbildes richtig einordnen zu können.

Schauen Sie sich jetzt die Videos und das Infomaterial an und machen Sie sich Notizen zur Vorgehensweise in der Therapie.

2. Ätiologie

Störungen bei Kindern und Jugendlichen können unterschiedliche Ursachen haben:

- genetische Faktoren (angeborene Defekte und Anlagen)
- Lebensereignisse (psychische Traumata, prägende Erlebnisse)
- körperliche Faktoren (Krankheiten, Unfälle, Gehirnschäden)
- psychosoziales Umfeld (instabile Beziehungen, Vernachlässigung, geringer Bildungsgrad)

In der Regel haben Störungen der Kindheit und Jugend eine multifaktorielle Genese, d. h. die oben genannten Faktoren kommen in unterschiedlicher Ausprägung als Ursachen in Betracht.

Auf den folgenden Seiten werden die einzelnen Krankheitsbilder für Störungen in der Kindheit und Jugend kurz zusammengefasst. Zudem wird auf die Diagnostik, Ätiologie und Therapiemöglichkeiten eingegangen.

3. Intelligenzminderung (F7)

Intelligenz ist ein Sammelbegriff, dem eine Vielfalt spezieller Fähigkeiten und Fertigkeiten zugrunde liegt. Demnach handelt es sich um eine sehr komplexe Funktion unterschiedlicher kognitiver Leistungen wie die Fähigkeit zu verstehen, zu abstrahieren, Probleme zu lösen, zu lernen (abstraktes Lernen, Lernen durch Erfahrung), Sprache zu verwenden sowie motorische und soziale Fertigkeiten. Intelligenzminderung bezeichnet ein angeborenes oder früh erworbenes Defizit dieser intellektuellen Funktionen in unterschiedlicher Ausprägung. Im Erwachsenenalter erworbene kognitive Beeinträchtigungen werden andernorts klassifiziert (Demenz z. B. bei F0). Der synonym für Intelligenzminderung verwendete Begriff Oligophrenie wird auf Grund der Stigmatisierung nicht mehr verwendet. .

MERKE: Die normale Intelligenz entspricht etwa einem IQ von 100.

Beschäftigen Sie sich mit der Verteilung der IQ Werte. .

Webseite: IQ-Werte



3.1 Diagnostik

- Humangenetische Analysen (z. B. Chromosomenanalysen)
- bildgebende Verfahren
- ausführliche Anamnese (Familienanamnese, prä-, peri- und postnatale Anamnese)

Zur Bestimmung des Intelligenzquotienten bei Kindern gibt es spezielle IQ-Tests:

- WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition)
- TBGB (Binet-Simon-Testbatterie für geistig behinderte Kinder).

Beschäftigen Sie sich jetzt mit dem WISC-V Test.

Artikel: WISC-V Intelligenztest für Kinder



3.2 Epidemiologie

Etwa 2 – 5 % der Gesamtbevölkerung weisen eine Intelligenzminderung auf. Die leichte Intelligenzminderung macht etwa 3 % aus. Die schwereren Formen liegen bei unter 1 %. Jungen sind im Verhältnis 1,5 : 1 häufiger betroffen als Mädchen. Bei Kindern und Erwachsenen mit Intelligenzminderung ist die Häufigkeit anderer psychiatrischer Erkrankungen etwa drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

3.3 Ätiologie

Die häufigsten Ursachen liegen meist in der Schwangerschaft (pränatal) oder in einer Schädigung, die bei oder um die Geburt herum (perinatal) aufgetreten ist. In manchen Fällen tritt die Intelligenzminderung auch nach der Geburt (postnatal) auf. In 30-40 % der Fälle bleibt die Ursache der Intelligenzminderung jedoch unbekannt.

3.3.1 Endogene Ursachen

- Frühe Störungen der Embryonalentwicklung
- Stoffwechselstörungen
- Hirnblutungen
- Erbkrankheiten mit Chromosomenveränderungen, wie z. B. Klinefelter-Syndrom, Down-Syndrom, Turner-Syndrom u. a.
- Folge neurologischer Erkrankungen wie Epilepsie

3.3.2 Exogene Ursachen

- intrauterine Infektionen (Röteln, Toxoplasmose, Zytomegalie)
- postnatale Infektionen (Enzephalitis, Meningitis)
- Mangelernährung in der Schwangerschaft
- Abtreibungsversuche
- Radioaktive Strahlen
- Alkoholismus der Mutter in der Schwangerschaft (fetales Alkoholsyndrom), Drogenkonsum
- Geburtstraumata (z. B. Zangengeburt)
- Sauerstoffmangel in der Schwangerschaft oder perinatal
- Deprivation
- Mangelnde Förderung des Kindes/Vernachlässigung

3.3.3 Psychiatrische Erkrankungen

- Frühkindlicher Autismus
- Hospitalismus

3.3.4 Genetische Ursachen

- Erbkrankheiten mit Chromosomenveränderungen, wie z. B. Klinefelter-Syndrom, Down-Syndrom, Turner-Syndrom u. a.
- In 30 – 40 % der Fälle bleibt die Ursache der Intelligenzminderung unbekannt (idiopathische Intelligenzminderung).

EXKURS Infektionserkrankungen des Gehirns

Infektionserkrankungen des Gehirns sind häufig Auslöser für erworbene Intelligenzminderungen. Damit Sie die Fachbegriffe schon einmal gehört haben, befassen Sie sich bitte mit der folgenden Auflistung:

- Enzephalitis: Entzündung des Gehirns
- Meningitis: Entzündung der Hirnhäute
- Meningoenzephalitis: Gehirn und Hirnhäute betroffen
- Enzephalomyelitis: Gehirn und Rückenmark betroffen

Ursachen sind Viren, Bakterien oder (selten) Pilze.

3.4 Klassifikation im ICD-10

Diese Form der Intelligenzminderung hat ihre Ursachen meist in der Schwangerschaft oder in einer Schädigung, die bei oder um die Geburt herum (perinatal) aufgetreten ist.

Es werden folgende Schweregrade unterschieden:

1. Mangelnde Intelligenz/Lernbehinderung: IQ 70-84
2. F 70 – Leichte Intelligenzminderung (Debilität): IQ 50-69
(mentales Alter 9-12 Jahre)
3. F 71 – Mittelgradige Intelligenzminderung (Imbezilität): IQ 35-49
(mentales Alter 6-9 Jahre)
4. F 72 – Schwere Intelligenzminderung (schwere Imbezilität): IQ 20-34
(mentales Alter 3-6 Jahre)
5. F 73 – Schwerste Intelligenzminderung (Idiotie): IQ unter 20
(mentales Alter unter 3 Jahre)

MERKE: Die Einteilung der Intelligenzminderungen ist Prüfungswissen

Dissoziierte Intelligenzminderung

Eine dissoziierte Intelligenzminderung bezeichnet die unterschiedlich ausgeprägte Intelligenz auf verschiedenen Bereichen. Dabei treten Diskrepanzen von bis 15 IQ-Punkten auf. Beispiel niedriger Testwert in Bezug auf sprachliche Fähigkeiten und Fähigkeit zur Abstraktion (Sprach-IQ), hoher Testwert im Bereich Handlungsplanung und Geschicklichkeit (Handlungs-IQ).



1. Leichte Intelligenzminderung (F70)

- Hauptschwierigkeiten bei der Schulausbildung (Lesen und Schreiben).
- Verzögerter, aber für den alltägl. Gebrauch ausreichender Spracherwerb.
- Verlangsamte Entwicklung bis zur vollen Unabhängigkeit in der Selbstversorgung.
- Berufsausbildung gelingt selten.
- Begleiterkrankungen wie Autismus, andere Entwicklungsstörungen, Epilepsie.
- Oft Störungen des Sozialverhaltens, körperliche Behinderungen.

2. Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)

- Verzögerte und begrenzte Entwicklung auf allen Gebieten.
- Selten vollständige Unabhängigkeit im Erwachsenenalter.
- Verrichtung einfacher, praktischer Arbeiten.
- Voll beweglich und körperlich aktiv.
- Ansätze sozialer Entwicklung.
- Häufig mit organischer Ursache.
- Begleiterkrankungen, wie frühkindlicher Autismus, andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Epilepsie, neurologischer/körperliche Behinderungen.
- Gelegentlich Komorbidität anderer psychiatrischer Störungen.

3 Schwere Intelligenzminderung (F72)

- Entspricht dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen, geistigen Behinderung.
- Ausgeprägte motorische Schwäche oder andere Ausfälle, die auf Schädigung oder Fehlentwicklung des ZNS hinweisen.
- Brauchen Hilfe in allen Bereichen.

4. Schwerste Intelligenzminderung (F73)

- Nur Ansätze nonverbaler Kommunikation.
- Immobil oder in der Bewegungsfähigkeit sehr eingeschränkt.
- Kaum fähig, Anweisungen oder Aufforderungen zu verstehen.
- Müssen versorgt und beaufsichtigt werden.
- Die einfachsten visuell-räumlichen Fertigkeiten können erworben werden.
- Begleiterkrankungen wie neurologische oder körperliche Störungen wie Epilepsie, Beeinträchtigungen der Seh- und Hörfunktionen, atypischer Autismus.

Schauen Sie sich die Reportage über das Leben mit Down-Syndrom an.
Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Intelligenzminderung".

3.5 Therapie

Bei hirnorganisch irreversiblen Schäden ist eine Ursachentherapie nicht möglich. Umso mehr Bedarf es der symptomatischen Begleitung, Schaffung geeigneter Lebensentwürfe und sozialen Integration. Frühförderung und Therapien sind elementar um die Beeinträchtigungen zu mildern und die Anpassungsfähigkeit zu verbessern wie Ergotherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie und weitere heilpädagogische Angebote.

Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 4.

Gönnen Sie sich eine Pause!

Video: Leben mit dem
Down-Syndrom



4. Entwicklungsstörungen (F8)

Entwicklungsstörungen werden auch als Teilleistungsstörungen bezeichnet und sind durch folgende Kriterien gekennzeichnet:

- die Störung beginnt im Kleinkindalter oder in der Kindheit bei meist normaler Schwangerschaft und Geburt,
- die Entwicklung normaler geistiger, sozialer und motorischer Funktionen ist eingeschränkt und verzögert,
- einen kontinuierlichen oder stetigen Verlauf der Störung. Es gibt keine Phasen von Remissionen (Besserungen) oder Rezidiven (Rückfällen).

Betroffen sind meistens die Bewegungskoordination, die visuell-räumliche Wahrnehmung, die Sprache sowie die sozialen Fertigkeiten. Bei intensiver Förderung gehen die Beeinträchtigungen meist im Laufe der Kindheit bis auf Restsymptome zurück. Jungen sind wesentlich häufiger betroffen.

4.1 Ätiologie

Als Ursache sind sowohl genetische als auch äußerliche (exogene) Faktoren durch Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft, der Geburt und der frühkindlichen Entwicklung zu finden. Die exogenen Faktoren haben meist eine hirnorganische Schädigung zur Folge.

4.2 Entwicklungsstörungen des Sprechens/ Sprache (F80)

Das Hauptmerkmal der sprachlichen Entwicklung ist die Geschwindigkeit, mit der die Sprache erlernt wird. Die ersten Wörter werden in einem Alter zwischen 12 und 18 Monaten gesprochen. Mit zwei Jahren verfügen die meisten Kinder über einen Wortschatz von etwa 270 Wörtern, bei einem Alter von fünf Jahren über ca. 2000 Wörter.

Das Sprachverständnis (rezeptive Sprache) ist früher entwickelt als der sprachliche Ausdruck (expressive Sprache).

Man unterscheidet Sprachstörungen (Sprachverständnis und Sprachentwicklung sind beeinträchtigt) und Sprechstörungen (Sprechablauf bzw. Redefluss sind gestört, sog. Werkzeugstörungen wie Stottern, Poltern oder Stammeln).

4.2.1 Artikulationsstörung (F80.0)

Hier sind bei normalen Sprachfähigkeiten und normaler Intelligenz Lauterwerb und Lautbildung beeinträchtigt bzw. abweichend oder verzögert, meist zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr. Es treten Auslassungen, Verzerrungen

und Ersetzungen von Lauten auf. Die häufigste Form dieser Störung ist der „Sigmatismus“ (Lispeln). 2-3% der 6 bis 7-Jährigen zeigen eine Artikulationsstörung.

Typische Artikulationsstörungen sind:

- **Sigmatismus:** Lispeln – Artikulationsstörung (Buchstabe „S“)
- **Rotazismus:** Artikulationsstörung (Buchstaben „R“)
- **Gammazismus, Lamdaismus:** Artikulationsstörungen für die Buchstaben „G“ oder „L“
- **Dyslalie** (Stammeln = veraltete Form): Unfähigkeit, bestimmte Laute oder Lautverbindungen richtig auszusprechen.

4.2.2 Expressive Sprachstörung (F80.1)

Trotz normaler Intelligenz, normalen Sprachverständnisses und der altersgemäßen Fähigkeit des schriftlichen Ausdrucks ist die verbale Ausdrucksfähigkeit gestört. Als synonyme Begriff wird oft der entwicklungsbedingten expressiven Dysphasie verwendet. Ca. 3 – 5 % der Kinder zeigen eine expressive Sprachstörung.

4.2.3 Rezeptive Sprachstörung (F80.2)

Auch entwicklungsbedingte rezeptive Dysphasie genannt. Hier ist das Sprachverständnis des Kindes gestört bzw. vermindert (Kinder zeigen z.B. keine Reaktionen beim Rufen ihres Namens). Meist ist auch das expressive Sprachvermögen gestört.

Auditive Wahrnehmungsverarbeitungsstörung (AWVS) (F80.20)

Zentrale Hörwahrnehmungsstörung

- die gehörte Sprache kann nur verzögert oder gar nicht decodiert werden
- Diagnostik erfolgt durch anhand diverser Testverfahren durch einen Päd-audiologen (Fachrichtung der HNO)
- Typische Merkmale:
 - spät beginnende Sprachentwicklung
 - betroffene Kinder halten sich in lauten Situationen die Ohren zu
 - Probleme in der auditiven Merkspanne
 - Probleme beim Richtungshören
 - Schwierigkeiten Störgeräusche zu filtern
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Schwierigkeiten beim Auswendiglernen von Gedichten
 - Endungen werden weggelassen
 - gleich klingende Buchstaben (z. B. b/p) werden verwechselt

Differentialdiagnostische Abgrenzung (DD):

Störung der Konzentrationsfähigkeit, ADS/ADHS, Schwerhörigkeit.

Im aktuellen Konsensus-Papier der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie wird die AVWS so definiert:

„Eine Auditive Verarbeitungs- und/oder Wahrnehmungsstörung (AVWS) liegt vor, wenn bei normalem Tonaudiogramm zentrale Prozesse des Hörens gestört sind. Zentrale Prozesse des Hörens ermöglichen u. a. die vorbewusste und bewusste Analyse, Differenzierung und Identifikation von Zeit-, Frequenz- und Intensitätsveränderungen akustischer oder auditivsprachlicher Signale sowie Prozesse der binauralen Interaktion (z. B. zur Geräuschlokalisierung, Lateralisation, Störgeräuschbefreiung, Summation) und der dichotischen Verarbeitung.“

Artikel: AVWS



Videos: AVWS



Beschäftigen Sie sich jetzt mit der AVWS. Machen Sie sich Notizen, welche Auswirkungen dieser Störung in der Therapie eine Rolle spielen könnten.

4.2.4 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (F80.3) (Landau-Kleffner-Syndrom)

Eine seltene Sprachstörung. Die Kinder zeigen zunächst normale expressive sowie rezeptive Sprachfertigkeiten, die sie jedoch im Laufe der Erkrankung wieder verlieren, meist im Alter von 3 bis 7 Jahren. Das altersgemäße Intelligenzniveau bleibt dabei intakt. Die Betroffenen entwickeln zudem eine Sonderform der Epilepsie.

4.2.5 Therapie der Sprachstörungen

Das Haupttherapieverfahren bei Sprachstörungen ist die logopädische Therapie. Logopäden und Sprachheilpädagogen arbeiten auf ärztliche Verordnung sowohl in Krankenhäusern, in freien ärztlichen oder logopädischen Praxen sowie in Sondereinrichtungen für hör- und sprachbehinderte Kinder. Am Beginn einer jeden Behandlung steht ein Test, der die Störung genauer eingrenzt. Es werden die Artikulation, der Redefluss, der Wortschatz, die Grammatik und das Verstehen von Sprache getestet. Erst danach wird die Therapiemethode ausgewählt, mit der das Kind trainiert und lernt. Sehr wichtig ist dabei, die Eltern in die Förderung mit einzubeziehen.

Die logopädische Behandlung unterstützt:

- den Lauterwerb und die Lautanbahnung zur besseren Verständlichkeit, z.B. beim Nuscheln,
- die Wortschatzerweiterung und hilft beim Erwerb der grammatikalischen Strukturen
- die Verbesserung des Sprachverständnisses
- die Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Entwicklungsstörungen des Sprechens/ Sprache".

Beschäftigen Sie sich jetzt mit die TOMATIS® Methode, zur Verbesserung der motorischen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten – mit Musik und Sprache.



Webseite: TOMATIS®



4.3 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)

Dazu gehören folgende Störungen:

- Lese- und Rechtschreibstörung/ Umschriebene Lesestörung (F81.0)
- Isolierte Rechtschreibstörung (F81.1)
- Rechenstörung (F81.2)

4.3.1 Lese- und Rechtschreibstörung/Umschriebene Lesestörung (F81.0)

Als Legasthenie oder Dyslexie bekannt, ist sie die häufigste Entwicklungsstörung. Etwa 6 % aller Kinder leiden an einer Lese- und Rechtschreibstörung. Lesen und Schreiben sind hier beeinträchtigt aufgrund von Störungen der zerebralen Informationsverarbeitung und folglich Störungen in der Kognition sowie der Wahrnehmung und des Gedächtnisses. Eine weitere Ursache kann eine Veranlagung (genetische Disposition) sein. Laut Schulte-Körne und Galuschka (2019) entwickeln 50% der Kinder, die im frühen Kindesalter eine Sprachstörung aufweisen, später eine Lesestörung.

Es kommt zum Auslassen, Ersetzen, Hinzufügen oder Verdrehen von Wörtern oder Wortteilen. Fehler beim Vorlesen und starke Defizite beim Leseverständnis.

4.3.2 Isolierte Rechtschreibstörung (F81.1)

Sie ist eine reine Rechtschreibstörung. Die Betroffenen zeigen eine verzögerte Entwicklung der Rechtschreibfähigkeiten und können auch mündlich schlecht buchstabieren. Eine Lesestörung liegt nicht vor.

4.3.3 Rechenstörung (F81.2)

Diese wird auch als Dyskalkulie oder Akalkulie bezeichnet. Es handelt sich um eine deutliche Beeinträchtigung der Rechenfähigkeit. Die Durchführung grundlegender mathematischer Operationen wie Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division sind besonders häufig betroffen.

4.3.4 Therapie

Im Vordergrund der Behandlung steht die Beratung des Kindes und der Eltern wie auch spezifische Übungsbehandlungen des Lesens, des Rechtschreibens und des Rechnens. In Einzelfällen ist auch eine psychotherapeutische Unterstützung und/oder sozialrechtliche Hilfe notwendig. Diagnostisch ist die Legasthenie wie auch die Rechenstörung, etwa ab der zweiten und dritten Grundschulklasse feststellbar.



Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten".

4.4 Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (F82)

Auch als Entwicklungsdyspraxie bekannt.

Es handelt sich um eine schwere Störung der Entwicklung motorischer Koordination. Körperliche Ungeschicklichkeit ist hier meist kombiniert mit einer Beeinträchtigung visuell-räumlicher Funktionen. Die Betroffenen haben beispielsweise Schwierigkeiten, sich anzuziehen oder die Schuhe zu binden, auch zu zeichnen oder zu malen.

4.4.1 Ätiologie

Sowohl genetische Faktoren als auch erworbene Besonderheiten z.B. durch prä- und perinatale Komplikationen werden als Krankheitsursachen in Betracht gezogen.

4.4.2 Therapie

Wichtig ist eine frühe Förderung der motorischen Fertigkeiten. Dazu stehen die Ergotherapie, die Motopädie sowie die Krankengymnastik zur Verfügung. In deren Rahmen finden spezielle Übungsbehandlungen statt (sensorisch-integrative Therapie, Wahrnehmungstraining).



Gönnen Sie sich eine Pause!

4.5 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)

Dazu gehören folgende Störungen:

- Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom) (F84.0)
- Atypischer Autismus (F84.1)
- Rett-Syndrom (F84.2)
- Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)
- Asperger-Syndrom (F84.5)

4.5.1 Frühkindlicher Autismus (F84.0) (Kanner-Syndrom)

Es handelt sich um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die vor dem 3. Lebensjahr auftritt.

Folgende Bereiche sind dabei besonders auffällig:

- die soziale Interaktion (Mitmenschen wirken wie nicht anwesend)
- die Kommunikation (schwere Sprachentwicklungsstörung und Eigentümlichkeiten des Sprechverhaltens)
- stereotype Verhaltensweisen

Symptomatik

Die betroffenen Kinder zeigen eine gestörte Beziehungsaufnahme zu anderen Menschen, isolieren sich von ihrer Umwelt und reagieren nicht oder nur unangemessen auf Reize von außen. Sie sind zu einem sozial angemessenen Verhalten nicht in der Lage und können ihr Verhalten weder anpassen noch verändern. Der Kontakt zur Umwelt läuft, wenn überhaupt, nur über ritualisierte Verhaltensmuster ab. Dinge und Gegenstände wecken meist mehr das Interesse als anwesende Vertrauenspersonen. Auch die nonverbale soziale Interaktion ist gestört. Es findet kein Blickkontakt statt, da er aktiv vermieden wird und es fehlt die normale Mimik und Gestik zum Ausdruck von Gefühlen.

Es besteht eine panische Veränderungsangst gegenüber neuen Situationen, Orten oder Räumlichkeiten. Die Intelligenz ist meistens unterdurchschnittlich (70 % der Betroffenen zeigen eine Intelligenzminderung). Typisch für den frühkindlichen Autismus sind Verhaltensstereotypien (ständig wiederholte starre Verhaltensweisen).

Die Erkrankung zeigt einen chronischen Verlauf.

Epidemiologie

Seltene Erkrankung: 4 von 10.000 Kindern leiden am Kanner-Syndrom. Jungen sind dreimal häufiger betroffen als Mädchen.

Ätiologie

Die Ursachen sind noch nicht völlig geklärt. Genetisch bedingte neurobiologische (hirnorganische) Strukturen und Mechanismen bzw. Veränderungen werden vermutet. Dafür sprechen sowohl die Intelligenzminderung als auch das Auftreten von Epilepsien bei einem Drittel der Erkrankten.

Therapie

Eine frühzeitige ärztliche Versorgung, eine spezifische pädagogische Betreuung sowie verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind wichtig. Begleitstörungen wie autoaggressive Selbstverletzungen, Fremdaggressionen, Ess- und Ausscheidungsstörungen, Schlafstörungen, Erregungszustände und Angstsyndrome werden pharmakotherapeutisch mit Neuroleptika behandelt. Eine eigentliche medikamentöse Therapie dieser Erkrankung existiert nicht und effektive Erfolge in Form von schnellen und anhaltenden Verbesserungen in den psychotherapeutischen Ansätzen sind nicht zu erkennen, da sich die autistischen Kinder jeglicher Therapie widersetzen.

Schwerpunkte der Therapie sind:

- Unterstützung der normalen Entwicklung
- Förderung der Lernfähigkeit
- Verminderung von Stereotypen
- Verbesserung des Sozialverhaltens
- Familiäre Unterstützung

Video:

Frühkindlicher Autismus



Schauen Sie sich jetzt das Video über frühkindlichen Autismus an.

4.5.2 Atypischer Autismus (F84.1)

Diese Störung ähnelt dem Kanner-Syndrom, unterscheidet sich jedoch entweder durch den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns oder dadurch, dass nicht alle Kriterien eines Autismus erfüllt sind. So tritt die Störung entweder erst nach dem 3. Lebensjahr auf oder es sind nur ein oder zwei der drei Bereiche betroffen, die für die Diagnose des Autismus gefordert werden: soziale Interaktion, Kommunikation, Verhaltensstereotypen.

4.5.3 Rett-Syndrom (F84.2)

Diese Störung tritt ausschließlich bei Mädchen im Kleinkindalter auf, aufgrund des x-chromosomalen Erbgangs, der dieser Störung zugrunde liegt. Nach einer normalen Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit entwickelt sich das Rett-Syndrom zwischen dem 6. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr.

Symptomatik

- Autistische Züge.
- Verlust des erworbenen Sprachgebrauchs bis hin zur Sprachverarmung.
- Verlust der Feinmotorik und der Fähigkeit, die Hände gezielt zu gebrauchen. Das führt zu sich windenden oder knetenden Handbewegungen (sogenannte Waschbewegungen).
- Das Kopfwachstum ist eingeschränkt und es kommt zu demenziellen Prozessen (Abbauprozessen) im zentralen Nervensystem sowie zu epileptischen Anfällen.

Zurzeit gibt es keine zuverlässige Therapie.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch ist die Symptomatik des Rett-Syndroms vom Autismus und Angelman-Syndrom abzugrenzen. Stereotype Verhaltensmuster können hier recht ähnlich sein.

Schauen Sie sich jetzt das Video über das Rett-Syndrom an.

Video:
Rett-Syndrom



4.5.4 Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)

auch: Hellersche Demenz

Nach einer normalen frühen Entwicklung erfolgt Verlust der erworbenen Fähigkeiten sowie ein allgemeiner Interessenverlust an der Umgebung. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt. In einigen Fällen wurde diese Störung durch eine Enzephalitis ausgelöst.

Weiterhin:

- Stereotypen, motorische Manierismen
- Sozialverhalten ähnelt dem eines Autisten

4.5.5 Asperger-Syndrom (F84.5)

Diese Störung zeichnet sich vorwiegend durch das Vorliegen von Spezialinteressen, Spezialbegabungen und durch das stereotype Verhaltensrepertoire aus. Im Gegensatz zum Kanner-Syndrom sind Sprachfähigkeit und Intelligenz voll erhalten oder besonders ausgebildet. Als Begleitstörungen (komorbide Störungen) zeigen sich vorwiegend Zwänge, Tic-Störungen und hyperkinetische Störungen.

Epidemiologie

Die Erkrankung tritt fast nur bei Jungen auf (Jungen:Mädchen, 9:1).

Ätiologie

Auch hier sind die Ursachen noch nicht hinreichend geklärt. Es werden jedoch genetische Ursachen mit hirnorganischer Beteiligung vermutet.

Therapie

Allgemeine Therapiemöglichkeiten bei Autismus-Spektrum-Störungen:

Zu Beginn der Therapie steht die Psychoedukation mit den Eltern. Vor allem ist die Elternarbeit bzw. -beratung zur Beseitigung irrationaler Überzeugungen und entstandener Schuldgefühle. Des Weiteren ist es wichtig, die Eltern über die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten und die Unheilbarkeit der Störung zu informieren. Jedoch kann eine Verbesserung der Symptomatik verdeutlicht werden. Das Behandlungsziel ist die Verbesserung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen, orientiert an den individuellen Defiziten.

Moderne Therapie-Ansätze bei Autismus-Spektrum-Störungen:

- Lovaas-Therapie:
 - Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten über einen langen Zeitraum bei hoher Therapieintensität
 - Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden, z.B. operante Verstärkung, Beobachtungslernen und Imitation.
 - Therapeutenteam arbeitet 30h/Woche allein mit dem Kind
 - Ziele: Sprache, Verstehen, alterstypische Spielfähigkeiten, Aufbau abstrakter Konzepte, Lernen auf Interaktionen zu reagieren, diese zu initiieren und aufrecht zuhalten
- TEACHC-Programm:
 - gezielte Strukturierung Umgebung des Kindes
 - individuelle Lernangebote für kommunikative und soziale Kompetenzen zur Alltagsbewältigung
 - Übung zur Verbesserung der Umgebungswahrnehmung und Kontaktaufnahme
 - Eignung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

- **Theory of Mind Training:**
In dieser Methode, entwickelt von Howlin et al. 1999, sollen Fähigkeiten zur sozialen Wahrnehmung systematisch gefördert werden. Es ist für den High Functioning Autismus und das Asperger Syndrom geeignet. Dieses Training erfolgt in fünf Stufen, die unter anderem das Erkennen von Emotionen auf Fotografien und situativ gebundener Emotionen, Wünsche und Überzeugungen beinhalten. Es gibt in Orientierung an dieser Methode ein deutsches Programm, das „Training zur Emotionsregulation“ bzw. „Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt“, entwickelt von der Forschungsgruppe Autismus. Es handelt sich hierbei um eine computergestütztes Test- und Trainingsprogramm zum Prüfen und Trainieren des Erkennens von Basisemotionen. Dazu werden etwa 1000 Bilder von Gesichtern und Augenpaaren am Bildschirm dargeboten. Die Antworten werden akustisch und optisch verstärkt, wobei bei falschen Antworten ein Feedback angefordert werden kann, welches zur Erklärung der gesehenen Emotion dient.
- **Soziale Geschichten**
Dies sind kurze und klare Beschreibungen von bedeutsamen Situationen, Umständen oder Fähigkeiten für den Betroffenen, die von den Therapeuten oder Eltern verfasst werden und von persönlichen Schwierigkeiten des Patienten handeln. Diese Geschichten dienen der Problemanalyse, der Besprechung, Handhabung und Bewältigung.
Sie bestehen aus vier Grundtypen von Sätzen:
 - Deskriptive
 - Präskriptive
 - Direktive
 - Affirmative
 Jeder dieser Sätze hat eine verschiedene Funktion. Zur Verdeutlichung der Geschichte werden Illustrationen genutzt, die an die bestehenden Fähigkeiten des Autisten angepasst sein müssen.
- **Picture Exchange Communication System (PECS)**
Hierbei handelt es sich um ein alternatives Kommunikationssystem für Personen mit eingeschränkten, rudimentären oder nicht vorhandenen sprachlichen Fähigkeiten. Als nonverbales Medium werden Bildkarten genutzt. Im Verlauf der Therapie lernen die Betroffenen, die Bildkarten zu unterscheiden und mit den jeweiligen Karten Wünsche, Absichten und Zustände auszudrücken. Mit dieser Technik soll eine sprachliche Struktur entstehen. Idealerweise lernen Autisten, die Karten durch Sprache zu ersetzen. Auch diese Methode ist an die Verhaltenstherapie angelehnt.

- Unterstützende Verfahren
 - Logopädie
 - Ergotherapie
 - Physiotherapie
- Medikamentöse Therapie bei Autismus-Spektrum-Störungen:
Bei der medikamentösen Therapie zeigten sich keine Veränderungen der Kernsymptomatik. Es können lediglich komorbide Symptome positiv beeinflusst werden. Vor allem kommen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Neuroleptika, Stimmungsstabilisatoren und Stimulanzien zum Einsatz.

4.5.6 Unterschiede Kanner- und Asperger-Syndrom

Kriterien	Kanner-Syndrom	Asperger-Syndrom
Beginn	früh, vor dem 3. Lj.	i.d.R. ab dem 3. Lj.
Verlauf	mehr Entwicklungsdynamik	statische Wesenszüge
Geschlechterverhältnis Jungen zu Mädchen	3:1	9:1
Sprache	gestört, eigentümlich, oft unverständlich, später Sprechbeginn, oft keine Sprachentwicklung	Sprache gut entwickelt, wird aber nicht zur Kommunikation genutzt, Auffälligkeiten in Wortwahl und Modulation
Stereotypien	häufig	selten
Blickkontakt	fehlt oft, wenn dann sehr flüchtig oder ausweichend	flüchtig, aber vorhanden
Kontaktstörung	Mitmenschen existieren nicht	Mitmenschen wirken störend
Intelligenz	unterdurchschnittlich	durchschnittlich bis überdurchschnittlich, Spezialbegabungen

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Tiefgreifende Entwicklungsstörungen".

Schauen Sie sich jetzt die Videos über Autismus an.

MERKE: Entwicklungsstörungen werden von entsprechenden Spezialisten behandelt und sind kein Feld für den Psychotherapeutischen Heilpraktiker. Es sei denn, es besteht eine spezialisierende Vorbildung und Berufserfahrung.

Dennoch werden diese Störungsbilder in der Prüfung gefragt. Sie müssen therapeutische Konzepte und deren allgemeine Ziele benennen können.

Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 5.

Gönnen Sie sich eine Pause!

Videos:
Autismus



5. Verhaltens- u. emotionale Stör. mit Beginn in der Kindheit u. Jugend (F9)

5.1 Hyperkinetische Störungen (F90)

Diese Störungen werden als Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) oder auch als Hyperkinetische Störung (HKS) bezeichnet.

Es ist eine bereits im Kindesalter beginnende Störung, die sich primär durch leichte Ablenkbarkeit und geringes Durchhaltevermögen sowie ein leicht aufbrausendes Wesen mit der Neigung zum unüberlegten Handeln, häufig auch in Kombination mit Hyperaktivität auszeichnet.

Die Betroffenen leiden an einer Beeinträchtigung vieler sozialer Funktionen: das Beziehungsverhalten kann sich schwierig gestalten, Distanzlosigkeit kann andere Kinder abschrecken, sind dadurch oft isoliert und geraten in die Außenseiterrolle. Zudem fällt es schwer sich an soziale Regeln zu halten (Gefahr antisozialen Verhaltens).

Ein wichtiger Bestandteil der Krankheit ist die mangelnde Fähigkeit, einen angemessenen Belohnungs- und Bedürfnisaufschub zu akzeptieren. Es fehlt ihnen die Möglichkeit, sich in bestimmten, angemessenen Situationen selbst zu motivieren, vor allem dann, wenn eine längere Aufmerksamkeitsleistung erforderlich ist.

ADHS im Erwachsenenalter

Die Charakteristik ist im Alter nicht mehr so stark ausgeprägt wie in der Kindheit und Jugend. Erwachsene mit ADHS haben Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder die Arbeit zu organisieren. Die Überaktivität kann sich nach innen richten und zu einer inneren Unruhe führen oder es zeigt sich eine Unfähigkeit zu entspannen. Zudem sind affektive Auffälligkeiten typisch wie eine geringe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und Affektlabilität.

Klassifikation der hyperkinetischen Störungen (HKS) der ICD-10:

- einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ohne Störung des Sozialverhaltens) (F90.0)
- hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (HKS mit Störung des Sozialverhaltens) (F90.1)
- Es gibt auch eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS = Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom genannt). Diese Störung ist im ICD-10 unter „Sonstige näher bezeichnete Störungen des Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8) gelistet.

Epidemiologie

Zusammen mit den Störungen des Sozialverhaltens ist die hyperkinetische Störung die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter.

- Etwa 4 % der Schulkinder sind von ADHS betroffen.
- Jungen sind deutlich häufiger (dreimal häufiger) betroffen als Mädchen.
- Jungen werden im Gegensatz zu Mädchen häufiger diagnostiziert, weil wahrscheinlich Mädchen häufiger unter ADHS ohne Hyperaktivität leiden und dadurch seltener auffallen.
- Geschwister haben 3- bis 5-mal so häufig ADHS wie Nicht-Geschwister.

Ätiologie

Die Ursachen bleiben meistens ungewiss. Die Mehrzahl der heutigen Experten geht von einer multifaktoriellen Genese des ADHS aus, also dem Zusammenwirken psychischer, sozialer, neurobiologischer und genetischer Faktoren. Bei einem Teil der ADHS-Patienten wird von einigen Forschern eine genetisch bedingte Störung der neuronalen Signalverarbeitung im Gehirn vermutet. Von anderen wird diese Hypothese wiederum in Frage gestellt.

Bei einem besonders aversiven und kontrollierenden Erziehungsstil besteht ein erhöhtes Risiko, dass sich die Verhaltensprobleme des Kindes ausweiten und auch außerhalb der Familie auftreten. Dies kann zu einer Verschlimmerung der Symptomatik sowie Entstehung weiterer Symptome wie Leistungsdefizite, aggressives Verhalten und emotionale Störungen führen.

Symptomatik

- früher Beginn in den ersten fünf Jahren
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung (Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen, erhöhte Ablenkbarkeit, fehlender Lernerfolg)
- motorische Unruhe (expansives Verhalten, ungerichtete Hyperaktivität)
- Affektstörung (mangelnde Impulskontrolle, niedrige Frustrationsschwelle)
- Verhaltensauffälligkeiten, die situationsübergreifend sind (in Schule, Familie etc.)
- komplexe Störung der Wahrnehmungsverarbeitung mit Anfälligkeit für Reizüberflutung

Im ICD-10 werden folgende Kriterien zur Diagnose von ADHS angegeben:

A. Unaufmerksamkeit: min. 6 Symptome

- unaufmerksam bei Schularbeiten oder sonstigen Aktivitäten
- Aufmerksamkeit kann bei Aufgaben nicht aufrechterhalten bleiben
- scheinen oft nicht auf das zu hören, was zu Ihnen gesagt wird
- können ihre Pflichten nicht erfüllen und Erklärungen nicht folgen
- Schwierigkeiten Aufgaben zu organisieren
- Vermeidung von Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen fordern
- Gegenstände werden häufig verloren, die für Aufgaben wichtig sind (z. B. Stifte)
- häufiges Ablenken durch externe Stimuli
- sind im Alltäglichen häufig vergesslich

B. Überaktivität: min 3 Symptome

- häufiges Zappeln mit Händen und Füßen, winden auf dem Stuhl
- Platz im Klassenraum wird unerwartet verlassen
- häufiges Herumlaufen od. exzessives Klettern in unpassenden Situationen
- sind häufig unnötig laut beim Spielen
- anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch andere nicht beeinflussbar sind

C. Impulsivität: min. 1 Symptom

- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
- können häufig nicht in einer Reihe warten
- unterbrechen und stören andere häufig
- häufiges sozialunangemessenes exzessives Reden

Die Symptomatik sollte vor dem 6. Lebensjahr beginnen und mindestens sechs Monate andauern.

Diagnostik:

Für eine Diagnose ist es wichtig, dass:

- einige Symptome vor dem 7. Lebensjahr und in zwei oder mehr Bezugssystemen (z.B. Schule, Arbeitsplatz oder Zuhause) auftreten
- sie eine Beeinträchtigung im sozialen, Lernleistungs- oder beruflichen Bereich mit sich bringen
- und sie nicht durch ein anderes psychisches Störungsbild besser erklärbar sind.

Neben der Eingrenzung der Symptomatik muss eine Reihe von Störungen ausgeschlossen werden, die ähnliche Symptome hervorrufen können (Differentialdiagnose) wie z.B.: Infekte, Vergiftungen, frühe Hirnschäden, hirnorganische Störungen (Epilepsie u.a.), Angststörungen, affektive Störungen (Depression, Manie), schizophrene Störungen, Anpassungsstörungen, Belas-

tungsstörungen, schulische Leistungsdefizite anderer Ursache, Ticstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung u.a.

Hinweise auf ADHS können u. a. durch Konzentrationstests ermittelt werden. Zur grundlegenden Diagnostik gehören neben der Befragung des Klienten, der Eltern und Lehrer auch eine gründliche psychologische Testdiagnostik, eine neurologische Untersuchung sowie Verhaltensbeobachtungen.

Therapie:

Besonders bei leichteren Fällen wird vorwiegend familien- oder verhaltenstherapeutisch gearbeitet. Wichtig sind dabei strukturierende, übende und kognitiv ausgerichtete Verfahren wie z.B. das Selbstinstruktionstraining, das soziale Kompetenztraining sowie andere Formen von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. In dieses Therapiekonzept werden auch wichtige Bezugspersonen integriert, wie etwa Eltern und Lehrer.

Generell sind auch die Ernährung und eine ausreichende körperliche Aktivität der betroffenen Kinder wichtig, ebenso wie ein geregelter Tagesablauf ohne Reizüberflutungen. Die betroffenen Kinder sollten eine moderate allergenarme Diät einhalten (oligoantigene Diät) und beispielsweise Fastfood, u.ä. meiden.

In schwereren Fällen wird medikamentös behandelt (Methylphenidat, auch unter dem Handelsnamen Ritalin bekannt).

MERKE: Die Behandlung sollte multimodal erfolgen, das heißt: parallel mehrere Behandlungsansätze, wie Psychotherapie, psychosoziale Interventionen, Elterncoaching, Pharmakotherapie. Die Wahl der Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Störung.



Das multimodale Behandlungsprinzip

1. Psychoedukation

Dazu zählen Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Klassenlehrers.

2. Training

Elterntraining (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie (einschl. Familientherapie) sowie Interventionen im Kindergarten / der Schule dienen der Reduzierung der Symptomatik.

3. Verhaltenstherapie

Psychotherapeutische Behandlungsmethoden gelten als ein wesentlicher Bestandteil im Rahmen der multimodalen Therapie. Zur Behandlung wurden Therapieprogramme entwickelt, die speziell auf die Verhaltensprobleme und die Aufmerksamkeit der betroffenen Kinder abgestimmt sind.

Kognitive Therapieansätze können zur Verminderung der impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining der betroffenen Kinder) oder zur Anleitung für eine Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement) herangezogen werden.

Für die Behandlung von Klein- und Schulkindern ist das Marburger Konzentrationstraining (MKT) sehr hilfreich. Ähnlich dem Autogenen Training beruht es auf verbaler Selbstinstruktion und ist auch für vollkommen gesunde Kinder oder für Kinder mit ungesicherter Diagnose geeignet.

Das THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten) ist ein multimodales Behandlungsprogramm. Es konzentriert sich vor allem auf Verhaltensstörungen und wird bei schwereren Störungen durch eine medikamentöse Therapie begleitet.

Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation können ebenfalls als unterstützende Maßnahme bei älteren Kindern und Erwachsenen helfen.

Pharmakotherapie

Zur Verminderung hyperkinetischer Symptome ist eine Medikation bei Mittel- und Schwerbetroffenen in vielen Fällen angezeigt. Ziel der Behandlung ist es, die Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Selbststeuerungsfähigkeit zu verbessern und den Leidensdruck der Betroffenen zu mindern. In manchen Fällen werden so erst die Voraussetzungen für ein psychotherapeutisches Arbeiten geschaffen. Zur medikamentösen Behandlung des ADHS werden vornehmlich Stimulanzien eingesetzt, welche den Dopaminstoffwechsel im Gehirn beeinflussen. Dazu gehören Methylphenidat (Ritalin) und Amphetamin-derivate (D-L Amphetamin). Weiterhin können auch auf den Dopamin- oder Noradrenalinhaushalt wirkende Antidepressiva zur Behandlung eingesetzt werden. Außerdem können diätetische Behandlungen (oligoantigene Diät = allergenarme Diät) hilfreich sein.

Videos:
ADHS



Schauen Sie sich jetzt die Videos über ADHS an. Machen Sie sich eigene Notizen.

5.2 Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Betroffene mit dieser Störung zeigen dissoziales (antisoziales), aggressives und aufsässiges Verhalten. Beide Geschlechter haben gleichermaßen Schwierigkeiten beim Erkennen von emotionalen Gesichtsausdrücken sowie beim Erlernen und Regulieren von Emotionen. Bei Mädchen kommt es früh zu sexueller Verwahrlosung und zur Wahlllosigkeit in der Partnerwahl. Meist sind es junge Menschen mit geringem Selbstwertgefühl und einer labilen Stimmung, die von dysphorisch-depressiv zu impulsiv-aggressiv wechseln kann. Der Sozialisierungsgrad der Betroffenen weist mitunter starke Defizite auf. Sozial benachteiligte Familien und Migranten sind besonders häufig betroffen.

Von kindlichem Unfug bis zu schwerer kindlicher Kriminalität ist alles vertreten: Weglaufen, Schule schwänzen, Fälschen, Lügen, Klauen, Eigentumsdelikte, Brandstiftung, Vandalismus. Einbruch, sexueller und körperlicher Missbrauch, Gewalt, Waffengebrauch, Drogenkriminalität. Diese Symptome können auch zusammen mit psychischen Störungen anderer Art auftreten (Psychosen, Oligophrenien oder hirnorganische Störungen).

Ätiologie

Störungen des Sozialverhaltens haben multifaktorielle Ursachen. Genetische sowie familiäre, soziale und schulische Einflüsse spielen hierbei eine Rolle. Daneben können sowohl Alkohol- und Drogenmissbrauch als auch psychiatrische Erkrankungen entscheidende Auslösefaktoren darstellen.

Man unterscheidet laut ICD-10:

- Störung des Sozialverhaltens, die auf den familiär. Kontext beschränkt ist
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Die Prognose dieser Störungsgruppe ist recht ungünstig. Diese Kinder werden später oft lethargisch-passive Erwachsene mit latenter Aggressivität, oder sie münden z. B. in eine dauerhafte Delinquenz oder in eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2).

5.3 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens/der Emotionen (F92)

Hier zeigen sich neben der Störung des Sozialverhaltens auch deutliche affektive Symptome wie Depressionen oder eine Angststörung.

Bei der Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0) müssen laut ICD-10 zusätzlich zu den Symptomen der Störungen des Sozialverhaltens auch noch folgende Symptome vorliegen: Traurigkeit, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust.

5.4 Emotionale Stör. des Kindesalters (F93)

Darunter versteht man eine Gruppe von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Angst vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation, die im Allgemeinen ungefährlich ist, im Vordergrund steht. Aus normalen entwicklungsbedingten und situationsbezogenen Ängsten und Emotionen entwickeln diese Kinder Ängste und Emotionen in einem solchen Ausmaß, dass man von einer Störung sprechen muss. Die meisten Kinder mit emotionalen Störungen sind im Erwachsenenalter jedoch unauffällig.

Angststörungen treten sehr häufig im Laufe der Entwicklung auf. Ungefähr 10 % der Kinder und Jugendlichen erfüllen mindestens einmal die Kriterien einer Angststörung. Die Häufigkeit von Trennungsängsten wird auf 1 – 4 % geschätzt.

Die ICD-10 unterscheidet hier:

- Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)
- Phobische Störung im Kindesalter (F93.1)
- Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)
- Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F93.3)
- Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (F93.8)
 - Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80)
- Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet (F93.9).

Ätiologie

Unterschiedliche Therapieschulen und ihre theoretischen Ansätze zeigen eine Vielfalt von Erklärungsmöglichkeiten. So vielfältig die Modelle sind, so zahlreich sind auch die beteiligten Faktoren bei der Entstehung von emotionalen Störungen im Kindesalter.

- Die Psychoanalytiker gehen davon aus, dass Angst wie z.B. Trennungsangst oder Fremdenangst eine angeborene Affektdisposition ist. Zudem können aus Sicht der Psychoanalyse auch genetische Faktoren hinzukommen, wie z.B. eine erhöhte Erregbarkeit und eine mangelnde Kontrollfähigkeit. In der psychoanalytischen Theorie werden spezifische Phobien immer als eine Verschiebung von Angst auf einen Gegenstand oder eine Situation erklärt. Die Verschiebung gehört innerhalb der psychoanalytischen Theorie zu den Abwehrmechanismen. Eine Angst oder eine ängstigende Vorstellung (z.B. Trennung von der Mutter) wird verdrängt und tritt dann in veränderter Form (z.B. als Angst vor Spinnen oder Dunkelheit) auf.

- Die Objektbeziehungstheorie sieht die Ursache für eine pathologische Angstausbildung in der Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson, im Sinne von Nichtbeachtung und Vernachlässigung der Bedürfnisse des Kindes in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen. Ebenso wird die Abwesenheit der Mutter vom Kind als beängstigend erlebt. In der Objektbeziehungstheorie wird die Trennungs- und Fremdenangst somit als Projektion von negativen Objektrepräsentanzen (z.B. die inneren Bilder wichtiger Bezugspersonen wie die Mutter z.B.) gesehen. Nach dieser Theorie entsteht auch spätere Angst häufig durch Trennungsängste im Kindesalter.
Zudem haben Kinder mit verstärkter Angstbereitschaft häufig auch ängstliche Bezugspersonen.
Wie ein Kind bei der Trennung von der Mutter in einer fremden Situation reagiert, ist auch von der Bindungsqualität abhängig (siehe Bindungstheorie von Bowlby und Ainsworth).

- Behavioristische Ansätze zeigen mit Hilfe der Lerntheorie, dass Ängste durch klassische Konditionierung erworben und durch operante Konditionierung aufrecht erhalten werden können. Angst kann auch durch Modellernen entstehen, also in der sozialen Interaktion. Dabei wird die Angst durch Vorbilder gelernt (z.B. von einem Elternteil).
Aron Beck als Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie geht davon aus, dass emotionale Störungen durch die sogenannte kognitive Trias entstehen. Danach gibt es drei Auslöser:
 - ein negatives Selbstbild
 - ein negatives Weltbild (negative Interpretation der Erfahrungen)
 - eine negative Sicht der Zukunft.
 Die Ursache von solchen Denkmustern sieht Beck in der Kindheit und Jugend.

EXKURS

Behaviorismus: benennt das wissenschaftstheoretische Konzept, Verhalten von Menschen und Tieren mit naturwissenschaftlichen Methoden zu untersuchen und zu erklären.

Klassische Konditionierung/nach Pawlow: *auch: Signallernen*

Wenn ein Stimulus eine Reaktion zuverlässig auslöst, kann diese Funktion zukünftig auch durch einen anderen Reiz übernommen werden.

Voraussetzung dafür ist, dass dieser Reiz in verlässlicher Weise mit dem ursprünglichen Stimulus gekoppelt wird.

Operante Konditionierung/nach Skinner: *auch: instrumentelles Lernen*

Lernen durch Konsequenzen auf ein Verhalten, wie positive/negative Verstärkung sowie positive/negative Bestrafung.

Therapie

Die Therapie emotionaler Störungen kann recht vielgestaltig sein und sollte auf jeden Fall multimodal erfolgen, wobei – je nach Schweregrad der Störung – die unterschiedlichen Interventionen kombiniert und in unterschiedlicher Reihenfolge durchgeführt werden.

Hierbei können verschiedenste Behandlungsverfahren zum Einsatz kommen:

- Psychoedukation (Aufklärung und Information für Eltern und Kind)
- Verhaltenstherapie
- Psychodynamische Psychotherapie
- Familientherapie
- Körperpsychotherapie
- Traumatherapie
- Pharmakotherapie

Wichtig für jede Behandlungseinleitung ist die Aufklärung der Eltern und des Kindes über die Krankheit. Dadurch werden Vorurteile und Stigmatisierungen des Kindes vermieden sowie die Basis für eine erfolgreiche Therapie geschaffen.

Im weiteren Behandlungsverlauf können dann sowohl eine Verhaltenstherapie als auch ein psychodynamisches Verfahren zum Einsatz kommen, durchaus auch beide Verfahren nacheinander.

Bei Einbezug der ganzen Familie helfen sowohl Familientherapie als auch Familienberatung, die Angstsymptomatik des Kindes zu reduzieren. Interventionen innerhalb der Familie sind insbesondere dann indiziert, wenn Eltern

selbst Ängste haben. Zudem ist es von großer Bedeutung, dass die Eltern mit dem Vermeidungsverhalten ihres Kindes angemessen und vor allem wertschätzend umgehen lernen.

Bei Missbrauch in der präverbalen Phase kann zudem auf der nonverbalen Ebene, insbesondere mit den Mitteln der Körperpsychotherapie bzw. der Traumatherapie, ein Zugang geschaffen werden.

5.5 Störungen soz. Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)

Bei den Störungen der Sozialfunktionen nimmt man an, dass schwerwiegende Deprivationen und ein ungünstiges soziales Milieu an der Entstehung dieser Störungen beteiligt sind.

5.5.1 Elektiver Mutismus (F94.0)

Auch selektiver Mutismus genannt. Diese Störung bezeichnet ein subtotales psychogenes Verstummen nach Abschluss der Sprachentwicklung. Das Sprechvermögen ist dabei voll erhalten bzw. intakt. Die betroffenen Kinder weigern sich bzw. scheuen sich davor zu sprechen. Dies ist situations- und personenbedingt (daher subtotal und nicht total).

Bei bestimmten, vor allem vertrauten Personen (Eltern z.B.) können sie sprechen, bei allen anderen fremden Personen sind sie stumm. Das kann dazu führen, dass diese Kinder zu Hause normal sprechen, im Kindergarten oder in der Schule jedoch wie stumm wirken. Mutistische Kinder wirken scheu, ängstlich, gehemmt, depressiv sowie trotzig, verbohrt und übellaunig.

5.5.2 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)

Die Betroffenen zeigen ein abnormes Beziehungsverhalten in Form von widersprüchlichen und ambivalenten sozialen Reaktionen. Der Beginn der Störung liegt vor dem 5. Lebensjahr. Die Ursachen liegen meist in gestörten familiären Beziehungsmustern.

Am auffälligsten zeigt sich das abnorme soziale Verhalten beispielsweise bei Begrüßungen oder Verabschiedungen. Kinder gehen z.B. mit abgewandtem Kopf auf bekannte Personen (Betreuungspersonen, Bezugspersonen) zu.

Um diese Diagnose stellen zu können, sind differentialdiagnostisch auszuschließen: tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Asperger-Syndrom, Psychose oder Misshandlung.

5.5.3 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

Diese Kinder zeigen eine gestörte Beziehungsfähigkeit in Form von Anklammerungsverhalten, Distanzlosigkeit, wahllos freundlichem, aufmerksamkeit-suchendem bis hin zu aufdringlichem Verhalten gegenüber Erwachsenen. Das normale vorsichtige Fremdverhalten fehlt vollkommen. Dauerhafte und tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen fehlen meist.

Ursache dafür sind häufige Beziehungsabbrüche oder Beziehungswechsel in der frühen Kindheit.

5.6 Ticstörungen (F95)

Tics sind unwillkürliche, unregelmäßige, plötzliche, schnell einsetzende, wiederkehrende Muskelbewegungen oder Lautäußerungen. Dabei handelt es sich z.B. um Kopf- oder Handbewegungen, Zuckungen, Grimassieren oder auch größere Körperbewegungen wie Aufspringen oder Hüpfen. Manche Patienten äußern auch Geräusche, Laute oder Worte.

Die Betroffenen nehmen diese Bewegungen oder Lautäußerungen meistens selbst gar nicht wahr. Tics können durch Stress verstärkt werden und verschwinden im Schlaf. Sie kündigen sich häufig durch sensomotorische Vorgefühle wie Kitzeln, Stechen, Jucken, Muskelverspannungen oder durch erhöhte innere Anspannung und Unruhe an.

Haupterkrankungsalter ist das 7. Lebensjahr. Das Erkrankungsrisiko liegt bei etwa 5-15%. Jungen sind schwerer und etwa drei- bis viermal häufiger betroffen als Mädchen.

Tics unterteilt man in motorische und vokale Tics.

Nachfolgend einige Beispiele:

Motorische Tics

- Augenblinzeln
- Gesichtszucken
- Schulterzucken
- Husten
- Schnüffeln
- Hüpfen
- Berühren
- Aufstampfen

Vokale Tics

- Räuspern
- Grunzen
- Echolalie (Nachsprechen von Worten oder Sätzen)
- Palilalie (Silben-, Wort- oder Satzwiederholungen)
- Koprolalie (unwillkürliches Aussprechen von Fäkalwörtern/Obszönitäten)

Bei den Tic - Störungen unterscheidet man laut ICD-10:

- Vorübergehende Ticstörung (F95.0):
Tics meist in Form von Blinzeln, Grimassieren oder Kopfbewegungen. Die Tics halten nicht länger als 12 Monate an und treten vor allem im Alter von 4 oder 5 Jahren auf.
- Chronische motorische oder vokale Ticstörung (F95.1):
Hier liegen einzelne oder multiple (häufiger) Tics vor, die entweder nur motorischer oder nur vokaler Art sind. Diese Ticstörungen dauern länger als 12 Monate.
- Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (F95.2):
Diese Störung wird auch als Tourette-Syndrom (nach dem Arzt Gilles de la Tourette) bezeichnet. Hier liegen multiple motorische und vokale Tics von langer Dauer vor. Sie beginnt meist in der Kindheit und hält bis ins Erwachsenenalter an. Häufig kommt es dann zu einer Verschlimmerung der Symptomatik.

Ätiologie

Wie es zu Ticstörungen kommt, ist nicht endgültig geklärt. Als Ursachen werden sowohl genetische als auch neurobiologische und psychische Mechanismen angenommen.

Nach dem aktuellen Stand der Forschung geht man vor allem von einer Fehlfunktion im Hirnstoffwechsel aus. Der Neurotransmitter Dopamin beispielsweise ist bei Patienten mit Ticstörungen überaktiv. Es wird vermutet, dass auch weitere Botenstoffe wie Serotonin involviert sind. Vor allem bei innerer Erregung wie Ärger und Freude kann es zu heftigen neuronalen Entladungen und damit zu einer Verstärkung der Tics kommen. Besonders bei vorübergehenden Tics stehen emotionale Probleme und Konflikte im Vordergrund. Bei chronischen Ticstörungen wie dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom werden mehr biologische Ursachen vermutet.

Therapie

Es kommen sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Interventionen in Betracht. In der Psychotherapie werden vorwiegend verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Anwendung gebracht. Dazu zählen neben Wahrnehmungstraining und dem Training motorischer inkompatibler Reaktionen auch Entspannungsverfahren. Pharmakotherapeutisch werden in der Regel Neuroleptika gegeben.

Erstellen Sie eine Mind-Map zu "Tic-Störungen".

Vertiefen Sie das Thema Tic-Störung/Tourette-Syndrom:

- Schauen Sie sich dazu die Videos an.
- Schauen Sie sich die Webseite an und machen Sie sich Notizen zu den Therapiemöglichkeiten.



Video:
Anfangsszene aus dem
Film "Vincent will Meer"



Video:
Tic-Störungen



Webseite:
Tourette-Syndrom



5.7 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)

5.7.1 Nichtorganische Enuresis (F98.0)

Die Betroffenen geben hierbei unwillkürlich Urin ab. Man unterscheidet zwischen nächtlichem Einnässen, dem sogenannten Bettnässen (Enuresis nocturna) und dem Einnässen am Tage (Enuresis diurna).

Diese Diagnose wird gestellt, wenn eindeutig keine organische Ursache als Störung der Harnblasenkontrolle vorliegt und es sich ausschließlich um eine psychisch bedingte Störung handelt.

Wenn die Störung seit der Säuglingszeit, besteht, die Kinder also nie trocken werden, bezeichnet man das als **primäre Enuresis**. Von einer **sekundären Enuresis** spricht man, wenn die Kinder zunächst trocken waren und dann in späteren Lebensjahren z.B. zwischen 5 und 7 Jahren wieder die Kontrolle über ihre Harnblase verlieren.

Die Enuresis nocturna ist die häufigere Störungsform (ca. 80%). Bis zu einem Alter von etwa 7 Jahren sind Jungen und Mädchen gleichermaßen, danach sind die Jungen häufiger betroffen. Eine Ausnahme bildet die Enuresis diurna, hier sind überwiegend die Mädchen betroffen.

Die Enuresis ist ganz allgemein meist Ausdruck einer emotionalen Überlastung des Kindes bzw. ein Hinweis auf familiäre Spannungen und Kommunikationsprobleme. Auch eine besonders strenge oder zwanghafte Erziehung kann dieses Störungsbild hervorrufen.

Therapie

Die gute Nachricht ist, die meisten Kinder werden mit der Zeit von allein trocken, ganz ohne Behandlung.

Es gibt gute und effektive verhaltenstherapeutische Behandlungsverfahren. Die apparative Verhaltenstherapie (AVT) mit Hilfe von Weck- bzw. Klingelgeräten ist die Therapieform der ersten Wahl.

Nur wenn keine Indikation für die AVT vorliegt (z.B. durch mangelnde Motivation, familiäre Belastungen etc.), kann pharmakotherapeutisch mit Desmopressin (Mittel der zweiten Wahl) begonnen werden. Eine Kombination von AVT und Pharmakotherapie ist ebenfalls möglich.

Desmopressin ist ein synthetisches Analogon des antidiuretischen Hormons (ADH). Es führt dazu, dass über Nacht weniger Harn gebildet wird, da diese Substanz dafür sorgt, dass mehr Flüssigkeit im Körper rückresorbiert, also zurückgehalten wird. Bei den meisten Patienten (ca. 70%) kann eine Redukti-

on des Einnässens erreicht werden. 25 % werden innerhalb einer zweiwöchigen Periode vollkommen trocken.

Familientherapie ist ebenfalls wirkungsvoll. Die Prognose der therapeutischen Interventionen ist insgesamt gut. Fast alle betroffenen Kinder können irgendwann ihre Harnblase wieder kontrollieren.

5.7.2 Nichtorganische Enkopresis (F98.1)

Enkopresis bezeichnet das unwillkürliche oder willkürliche Absetzen von Kot in Kleidung und an nicht dafür vorgesehenen Orten (z.B. auf dem Dachboden, im Wohnzimmer hinter dem Sofa) nach dem 4. Lebensjahr.

Jungen sind etwa dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Meistens sind Kinder im Alter zwischen 7 und 9 Jahren betroffen. Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Enkopresis.

Die **primäre Enkopresis** bezeichnet das unwillkürliche Einkoten über das 4. Lebensjahr hinaus. Die meisten Kinder sind im Alter von drei Jahren stuhlsauber. Unter **sekundärer Enkopresis** versteht man ein erneutes Einkoten, nachdem das Kind schon etwa ein Jahr lang sauber war.

Oft liegt dieser Störung ein gestörtes familiäres Kommunikationsverhalten zugrunde.

Therapie

Die ersten Schritte bestehen in der Psychoedukation. Diese beinhaltet besonders die Aufklärung und Informationsvermittlung während der Beratung der Eltern.

Falls gleichzeitig eine Obstipation (Verstopfung) vorliegt und Stuhl zurückgehalten wird, ist zunächst eine abführende Behandlung notwendig.

Während der verhaltenstherapeutischen Basistherapie ist das Stuhltraining besonders wichtig für den Therapieerfolg. Dabei werden die Kinder aufgefordert, sich 3-mal am Tag nach den Mahlzeiten jeweils 5-10 Minuten auf die Toilette zu setzen, auch wenn es nicht zum Stuhlabgang kommt. Die Toilettengänge sollen möglichst positiv gestaltet werden. Als positive Verstärkung dürfen die Kinder dabei spielen, lesen, singen, malen oder auch Süßigkeiten essen. Das Einhalten des Toilettentrainings wird dabei durch Lob und Zuwendung positiv verstärkt.

Die anschließende Erhaltungstherapie ist eine symptomorientierte Verhaltenstherapie mit der gleichzeitigen Gabe oraler Laxantien.

Falls notwendig, kann der Effekt der Basistherapie durch verhaltenstherapeutische Verstärkerprogramme positiv unterstützt werden. Wichtig dabei ist, dass hier nur die Mitarbeit des Kindes und nicht die Sauberkeit verstärkt werden sollte. Aufwendige Trainingsprogramme wie das ETT (Enhanced Toilet Training) umfassen unter anderem eine intensive Psychoedukation, eine individuelle Anpassung der Abführmittel sowie Toilettensitzungen mit Relaxations- und Kontraktionsübungen.

5.7.3 Fütterstör. im Säuglings- u. Kleinkindalter (F98.2)

Hier handelt es sich um kindliche Essstörungen. Die Betroffenen zeigen dabei Symptome wie Nahrungsverweigerung, extrem wählerisches Essverhalten oder wiederholtes Heraufwürgen der Nahrung ohne Übelkeit (als Rummation bezeichnet). In einem gewissen Rahmen sind solche Störungen normal und treten bei den meisten Kindern hin und wieder auf. Wenn das Kind über einen Zeitraum von mindestens einem Monat ständig an Gewicht verliert und Art und Ausmaß der Störung deutlich von der Norm abweichen, liegt sehr wahrscheinlich eine Fütterstörung vor.

Es ist abzuklären, inwieweit dies eventuell stattdessen auf Pflegemangel, körperliche Erkrankung oder andere, ursächliche psychische Störungen zurückzuführen ist.

5.7.4 Pica im Kindesalter (F98.3)

Dies ist ein eher seltenes Syndrom, das vorwiegend im Kleinkindalter auftritt. Die betroffenen Kinder verzehren exzessiv Substanzen bzw. Materialien, die nicht zum Verzehr geeignet und ungenießbar sind: Schmutz, Tierhaare, Papier, Tierkäfigstreu, Sand u.a. Diese Störung kann isoliert oder zusammen mit anderen Störungsbildern auftreten. Bei Kindern mit Intelligenzmindernng findet man diese Störung besonders häufig.

5.7.5 Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)

In dieser Diagnose werden wiederholte, meist rhythmische, sinn- und ziellose Bewegungen zusammengefasst.

Dazu zählen z.B. Kopf- oder Körperschaukeln (Jaktationen, wie bei Autismus und Hospitalismus zu beobachten), Haarezupfen oder Haaredrehen (ohne Ausreißen), Fingerschnippen sowie wiederholte selbstschädigende Bewegungen (z.B. In-den-Augen-Bohren, In-die-Finger-Beißen).

5.7.6 Stottern (F98.5)

Das Stottern ist eine Sprechstörung, eine Störung des Sprechablaufs (Redeflusses) und daher keine Sprachstörung. Es entsteht durch Hemmung (Dehnung von Lauten, Silben oder Wörtern = tonisches Stottern) und/oder durch Unterbrechung (Wiederholung von Lauten, Silben oder Wörtern = klonisches Stottern) des Sprechablaufs. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Etwa 1 % aller Kinder zeigen dieses Symptom.

5.7.7 Poltern (F98.6)

Eine Störung des Redeflusses. Der Redefluss ist überstürzt und hastig mit hoher Sprechgeschwindigkeit und einem gestörten Sprechrhythmus sowie verwaschener Artikulation. Daher ist die Verständlichkeit beeinträchtigt.

Therapiemöglichkeiten (Stottern und Poltern)

Sowohl Stottern als auch Poltern werden in der Regel logopädisch und kinderpsychotherapeutisch behandelt. Familientherapie ist ebenfalls sinnvoll. Beim Stottern werden neben logopädischen Behandlungsansätzen zusätzlich Kombinationen aus verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt. Es kommen auch Entspannungsverfahren oder Atemtherapie erfolgreich zur Anwendung.

In der Atemtherapie steht nicht die Wiederherstellung des Sprechflusses im Vordergrund, sondern das Kennenlernen des eigenen, ganz individuellen Atemrhythmus. Dies geschieht durch einfache Atem-, Körper- und Empfindungsübungen im Sitzen, Stehen oder Liegen.

Ebenso wirkungsvoll ist die individualpsychologische Stottertherapie nach Schoenaker, auf der Basis der Individualpsychologie nach Alfred Adler. Die Individualpsychologie betrachtet Stottern/Poltern als eine neurotische Störung. Entscheidend für einen Erfolg der angewandten Therapien ist die Bearbeitung der emotionalen Ursachen.

Das heißt: Welcher emotionale Konflikt liegt dem Stottern zugrunde?
(z.B. tiefgehende emotionale Verunsicherung, Ängste, Überforderung)
Welcher persönliche Gewinn wird mit dem Stottern erzielt ?
(z.B. Schutz, Zuwendung, Schonung wegen Überforderung, sozialer Rückzug)
Oder: soll etwas vermieden werden?
(z.B. soziale Kontakte, weil sie für das Kind bedrohlich erscheinen)

Beschäftigen Sie sich vertiefend mit A.L.T.® zur Behandlung von Stottern mit Hypnose.

Webseite:
www.greifenhofer.de



6. Schlafstörungen in der Kindheit

6.1 Schlafwandeln (Somnambulismus) (F51.3)

Schlafwandeln oder Somnambulismus ist eine Störung des Aufwachmechanismus, der abweichend vom Verhalten der meisten Schläfer zu nicht bewussten, psychomotorischen Aktivitäten und zum Aufstehen führt.

Während einer schlafwandlerischen Episode verlässt die betreffende Person häufig während des ersten Drittels des Nachtschlafes das Bett und geht umher. Sie zeigt ein herabgesetztes Bewusstsein, verminderte Reaktivität und Geschicklichkeit.

Somnambulismus tritt nur in Tiefschlaf-Phasen auf, nicht in den Traumphasen. Der jeweilige Vorfall dauert meist nur einige Minuten. Nach dem Erwachen besteht keine Erinnerung an das Schlafwandeln mehr.

Ursachen:

Körperliche Reize wie eine gefüllte Blase oder äußere Reize wie laute Geräusche, können das Phänomen begünstigen. Da kindliches Schlafwandeln in der Regel mit der Pubertät verschwindet, gilt als wesentliche Ursache ein noch nicht voll ausgereiftes zentrales Nervensystem. Als erwiesen gilt eine genetische Disposition für Somnambulie. Sind beide Eltern Schlafwandler, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder ebenfalls betroffen sind, statistisch bei 60 %. Bei 80 % der befragten Schlafwandler sind nahe Angehörige ebenfalls somnambul.

Gemäß ICD-10 liegen folgende Symptome vor:

- Umhergehen während des Schlafs aus einer Tiefschlafphase heraus
- starre Mimik, wenig Reaktivität auf Außenreize, erschwerte Erweckbarkeit
- bei Verlassen des Schlafraumes (oder des Hauses) beträchtliches Verletzungsrisiko
- Auslösung durch z.B. fiebrige Erkrankungen, Stress, Alkohol, Lärm
- Amnesie nach dem Aufwachen (direkt nach der Episode oder am Morgen)
- Auftreten meist im ersten Drittel des Nachtschlafs

Therapie

Bei einer akuten Episode von Somnambulie sollten die Betroffenen nicht geweckt werden, da das zu irrationalen Reaktionen führen kann und derjenige

in diesem Zustand völlig desorientiert ist. Kehrt der Betroffene nicht allein ins Bett zurück, sollte er dorthin gebracht werden. Eine spezielle Therapie mit Heilungsaussichten gibt es nicht.

6.2 Pavor nocturnus (F51.4)

Hier handelt es sich um nächtliche Episoden äußerster Furcht und Panik mit heftigem Schreien, Bewegungen und starker autonomer Erregung.

Während der ersten Non-REM-Schlafphase schreckt das Kind mit einem Schrei aus dem Tiefschlaf und ist vegetativ erregt. Das Kind verspürt in dieser Zeit eine große Angst. Es erkennt seine Eltern nicht und ist nur sehr schwer erweckbar. Am Ende des Anfalls erwacht es und schläft meist wieder ruhig ein. Meist kann es sich daraufhin nicht an den Vorfall erinnern (Amnesie). Der Pavor nocturnus tritt häufig gemeinsam mit dem Schlafwandeln auf und wird als grundsätzlich harmlos angesehen.

Der Pavor nocturnus kann auch im Erwachsenenalter auftreten.

6.3 Albträume (F.51.5)

Albträume oder Angstträume kommen nicht ausschließlich bei Kindern vor. Das Traumthema oder -erleben beinhaltet häufig Bedrohungen des eigenen Lebens, der eigenen Sicherheit oder des eigenen Selbstwertes. Oft wiederholen sich auch Albträume mit ähnlichen oder gleichen Inhalten. Nach dem Erwachen sind diese Themen und Inhalte noch (meist detailliert und lebhaft) gegenwärtig. Sie haben keine körperliche Ursache.

Schauen Sie sich die Website über Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter an.

Webseite:
Schlafstörungen



Gönnen Sie sich eine Pause!



7. Kurzer Überblick über die Schemapädagogik

Die Schemapädagogik ist ein Ansatz zur ganzheitlichen Förderung von Kindern und Jugendlichen, der von Dr. Marcus Damm aus den Grundlagen der Schematherapie heraus entwickelt wurde. Die wissenschaftliche Grundlage dafür bilden Erkenntnisse aus der Psychoanalyse, Bindungsforschung, Motivationspsychologie, Transaktionsanalyse und kognitiv-behavioralen Therapie.

Man geht davon aus, dass herausfordernde Kinder und Jugendliche in verschiedenen Lebensphasen, in Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt, spezielle hinderliche Wahrnehmungsmuster (Schemata) erworben haben, die sich zusammensetzen aus gedanklichen, körperlichen und emotionalen Inhalten. Meistens gehen nachteilige Schemata auf Frustrationen der existenziellen menschlichen Grundbedürfnisse zurück. Sie können aber auch durch antrainierte Konditionierungen entstehen. Diese nachteiligen Erwartungsbeziehungsweise Zuschreibungsmuster beeinträchtigen meistens ein Leben lang das Selbstbild und wie auch die Beziehungen zu anderen. Schemata steuern Gedanken und Verhaltensweisen, sie sorgen für eine selektive Wahrnehmung.

Die Schemapädagogik setzt mittels bestimmter Interventionen an dysfunktionalen Schemata an. Ein Ziel schemapädagogischen Wirkens ist die Herstellung einer tragfähigen Beziehung, damit Erziehung und Bildung effizient praktiziert werden können.

7.1 Beispiel für ein maladaptives Schema, Bewältigungsreaktionen und schemapädagogische Interventionen

Jeffrey Young unterscheidet 18 verschiedene nachteilige Schemata, die verschiedenen Domänen zugeordnet werden. Als Beispiel soll das Schema „Misstrauen/Missbrauch“ beschrieben werden. Wenn Heranwachsende schon im Kindesalter häufig Enttäuschungen vonseiten des sozialen Umfelds erleben, etwa Verletzungen, Vernachlässigung, Herabsetzung u.a., kann ein spezielles Erwartungsmuster aufseiten des Betreffenden entstehen, nämlich: „Beziehungen sind gefährlich“.

Gemäß der Schematherapie stehen nun drei Möglichkeiten (mit evolutionären Wurzeln) zur Verfügung, um auf dieses Schema zu reagieren: Vermei-

dung, Erduldung, Kompensation. Das heißt: vermeidet der Betreffende dieses Schema, tendiert er im Allgemeinen aus intuitivem Selbstschutz zum Einzelgängertum. Erduldet er das Schema, geht er ausschließlich Beziehungen mit denjenigen Menschen ein, mit denen er ähnlich negative Erfahrungen macht wie mit seinen Bezugspersonen. Wird dieses Schema kompensiert, erscheint er vorauseilend aggressiv und schädigt eventuell andere.

An allen möglichen Bewältigungsreaktionen sind auch sogenannte Schema-Modi (Ich-Zustände) sowie spezielle Kommunikationsspiele (Eric Berne) beteiligt. Auch diese Auffälligkeiten werden schemapädagogisch erfasst und in die Arbeit miteinbezogen.

7.2 Schemapädagogik in der Praxis

Im Unterschied zu Klienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, sind die Zu-Erziehenden/Klienten nicht unbedingt motiviert, an ihren nachteiligen Schemata zu arbeiten. Daher bietet sich für Schemapädagogen eine Mischung aus verdecktem und offenem Vorgehen an. Es liegt im Ermessen des Pädagogen/Beraters, wie er interveniert.

Am Anfang geht es zunächst um den Beziehungsaufbau, egal ob sich die Klientel im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter befindet. Schemapädagogen achten in der Anfangsphase auf Auffälligkeiten in der Kommunikation und im Verhalten, die öfter auftreten. Hinweise auf dysfunktionale Schemata können sein: ständige Herabsetzung anderer, Einzelgängertum, extreme Schüchternheit. Um Beziehungskredit herzustellen, empfiehlt sich ein komplementäres Verhalten zur Motivebene. Nebenbei sind auch die Anregungen zur allgemeinen Beziehungsgestaltung der humanistischen Psychologie hilfreich: Akzeptanz, Empathie, Kongruenz. Darüber hinaus muss irgendwann erkannt werden, welches Bedürfnis hinter den auffälligen Verhaltensweisen des Zu-Erziehenden/Klienten steht.

Der Schemapädagoge geht „stichprobenartig“ auf das Bedürfnis ein, was zum Aufbau der Beziehung beiträgt. Erst nach diesem Aufbau ist Konfrontation mit den Kosten des Verhaltens möglich, das von den unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten (Schema-Modi) verursacht wird. Dabei darf auch herausfordernd vorgegangen werden, indem (ab dem Jugendalter) gemeinsam die problematischen Bewältigungsversuche (vor allem: Kompensation) kritisch reflektiert werden.

Hierdurch soll beim Zu-Erziehenden/Klienten ein Gespür für die eigene innere Ambivalenz, sprich: innerpsychische Persönlichkeitsvielfalt entstehen. Dies führt zu mehr Selbstkenntnis und Emotionsregulation. Ebenfalls soll aufseiten des Zu-Erziehenden/Klienten auch die Aufmerksamkeit für die ei-

genen unterschiedlichen Schema-Bewältigungsreaktionen geschärft werden. Alleine durch diese Intervention wird die Beziehung authentischer und tragfähiger. Letztlich müssen auch Ressourcen zur Sprache kommen, damit die Modifikation des Verhaltens auch einen „belohnenden Charakter“ hat.

Weiterführende Literatur zur Schemapädagogik:

- Marcus Damm: Schemapädagogik: Möglichkeiten und Methoden der Schematherapie im Praxisfeld Erziehung, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Marcus Damm: Reihe Schemapädagogik kompakt, 22 Bände



Lösen Sie jetzt im Online-Campus die Abschnittsfragen Teil 6.

8. Selbststudienaufgaben

Hier finden Sie eine Übersicht der gesamten Selbststudienaufgaben aus diesem Skript der Reihenfolge nach in einer Tabelle. Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Aufgaben erledigt haben. Nutzen Sie im Online-Campus auch weiteres zusätzliches Lernmaterial und ggf. hinterlegte Rollenspiele zum Thema.

Seite	Aufgabe	✓
11	Literaturstudium: Irren ist menschlich	
18	Literaturstudium: Pädagogische Vorschläge zur Störungsvermeidung	
21	Video + Webseite: Psycho-Soziale Entwicklung	
22	Video: Lernen am Modell	
30	Video + Artikel: Kognitive Entwicklung bei Kindern	
30	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 1	
32	Video + Artikel: Harlow-Versuche + -Experimente	
35	Videos: Fremd-Situations-Test + Bindungstypen	
35	Literaturstudium: Grundlegende Konzepte der Bindungstheorie und klinische Bindungsforschung	
36	Artikel: Protokoll des Grauens	
37	Artikel: Parentifizierung	
38	Video: Sorgerecht	
39	Artikel: Das Gehirn + Rollenspiel	
39	Rollenspiel: Gefühle/Arbeit mit dem Gefühlsstern	
39	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 2	
44	Videos: Resilienz	
44	Literaturstudium: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin	

Seite	Aufgabe	✓
46	Selbststudium: Psychotherapie mit älteren Menschen	
46	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 3	
47	Literaturstudium: Störungen im Kindes- und Jugendalter	
48	Videos + Infomaterial: Therapie	
49	Artikel: WISC-V + Webseite: IQ-Werte	
53	Video: Down-Syndrom	
53	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 4	
56	Videos + Artikel: AVWS	
57	Webseite: TOMATIS®	
60	Video: Frühkindlicher Autismus	
61	Video: Rett-Syndrom	
65	Videos: Autismus	
65	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 5	
70	Videos: ADHS	
77	Videos: "Vincent will Meer" + Tic-Störungen	
77	Webseite: Tourette-Syndrom	
81	Selbststudium: www.greifenhofer.de	
83	Webseite: Schlafstörungen im Kindes- u. Jugendalter	
86	Online-Campus: Abschnittsfragen Teil 6	
Zum Einreichen: Abschlussklausur vom Online-Campus		

9. Literaturliste

Berk (2005): *Entwicklungspsychologie*. Pearson Studium Verlag.

Brunnhuber, Frauenknecht, Lieb (2005): *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Fischer Verlag.

Holtmann und Schmidt (2004): Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kinder und Entwicklung* 13, 195-200.

Möller, Laux & Deister (2005): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme-Verlag.

Oerter & Montada (2008): *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. Beltz PVU.

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2010): *Resilienzförderung im Kita-Alltag: Was Kinder stark und widerstandsfähig macht*. Verlag Herder.

Schoenaker (2000): *Ja aber...! Ein individualpsychologisches Konzept neurotischen Verhaltens dargestellt am Beispiel des Stotterns*. RDI-Verlag.

Steinhausen(2006): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Elsevier Verlag.

Wustmann, C. (2004): *Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*, Verlag Cornelsen Scriptor.

Zimbardo & Gerrig (2008): *Psychologie*. Springer Verlag.

www.familie-und-tipps.de/Gesundheit/Kinderkrankheiten/AWVS.html

10. Impressum

Haftungsausschluss

Das vorliegende Skript dient der Ausbildung von Psychologischen Berater:innen und Heilpraktiker:innen für Psychotherapie. Es ist nach bestem Wissen erarbeitet worden. Die Autor:innen haben sich bemüht, alle für eine Heilpraktikerprüfung relevanten Fakten nach der derzeitigen aktuellen Meinung einzuarbeiten. Dennoch ist die Psychologie, wie andere Wissenszweige auch, ständigen Erkenntniserweiterungen unterworfen. Dies schließt Unterlassungen, Fehler und Irrtümer ausdrücklich ein, wofür wir keine Haftung übernehmen. Für die Formulierung einzelner Abschnitte wurde das KI-Modell ChatGPT (OpenAI) genutzt. Die Inhalte wurden redaktionell überarbeitet und auf fachliche Richtigkeit geprüft. Dieses Skript dient ausdrücklich nur zu Lehrzwecken.

Sollten Ihnen Fehler, Irrtümer oder unterlassene Neuerungen auffallen, sind wir Ihnen für Hinweise dankbar. Ihre Hinweise richten Sie bitte per E-Mail an: psyskript@deutsche-heilpraktikerschule.de

Urheberschutz

Das Skript ist in seiner Gesamtheit urheberrechtlich geschützt. Eigentümer dieser Rechte ist die Deutsche Heilpraktikerschule® Service GmbH. Bei der Verwendung externer Quellen wurde auch hier nach bestem Wissen mit dem Ziel gearbeitet, andere Urheberrechte zu wahren und nicht wissentlich zu verletzen. Sollten Sie urheberrechtliche Einwände gegen die Verwendung von Textpassagen, Zeichnungen oder Bildern haben, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Autoren

Marie A. Bochmann (BSc. Psychologie)

Redaktion & Layout

K. Scholz (Dozentin an der DtHPS) | J. Eitle (Grafik)

Stand: 20. Juli 2026

Adresse

DtHPS Service GmbH | Geschäftsführerin Maxima Bochmann
Hauptsitz Leipzig | Shakespearestr. 34 | 04107 Leipzig | Tel. 0341 699 55 94

Homepage

www.deutsche-heilpraktikerschule.de

