



Repetitorium, Thema 10 Störungen im Kindes- und Jugendalter

1. Allgemeines

1.1 Bindungstheorie nach Bowlby/Ainsworth:

Die Erfüllung des (angeborenen) Bindungsbedürfnisses ist entscheidend für jegliche Entwicklung. Bindung ist an Sicherheitserleben geknüpft. Dies erst ermöglicht Exploration, neue Erfahrungen und Entwicklung. Das Kind spiegelt sich im Blick der Bindungsperson. Über diese Spiegelung ist Selbsterfahrung möglich: „Ich werde gespiegelt, also bin ich da.“

Bindungsdeprivation bewirkt Angst und Aggression. Angst ist die Reaktion auf Unsicherheit.

Aggression hat die nützliche Absicht, sich selbst wieder in Sicherheit zu bringen (Verteidigung und Abgrenzung).

Bindungstypen:

Sichere Bindung (B-Typ) angemessene Regulation von Nähe und Distanz, Zuversicht in die Verfügbarkeit der Bindungsperson, Voraussetzungen: feinfühliges Mutter, prompte Wahrnehmung der kindlichen Signale und richtige Interpretation, angemessene Reaktion,

Unsicher-vermeidende Bindung (A-Typ) auffälliges Kontaktvermeidungsverhalten, abweisend, starkes Autonomiebedürfnis, vermeidet emotionalen Ausdruck, Folge von emotional kalten Bezugspersonen, Trennung bedeutet starke Stress-Situation (Spiel als Stress-Kompensation), spürt sich – lehnt Verbundenheit jedoch ab,

Unsicher-ambivalente Bindung (C-Typ)

Verhalten widersprüchlich-anhänglich-verstrickt, überwältigt vom Trennungsschmerz (weinen, schlagen, schwer zu beruhigen), mangelnde Emotionsregulation, Näheabwehr vs. symbiotische Verschmelzung mit der Bindungsperson (Symbiose: um sich spüren zu können), gesamte Aufmerksamkeit richtet sich auf die andere Person, eigene Bedürfnisse kaum greifbar, spürt sich selbst nicht,

Desorganisierte Bindung (D-Typ)

desorientiertes, unkontrolliertes – nicht auf die Bezugsperson orientiertes Verhalten, lähmende Angst, erstarrt, ohnmächtig, bizarres Verhalten (Erstarren, Schaukeln, stereotype Bewegungen), Bindungs- und Überlebensreflexe werden ständig gleichzeitig aktiviert, Beziehung ist immer Drama, keine Muster erkennbar, Wechsel zwischen Sehnsucht und Angriff, die Welt ist gefährlich, ich bin falsch,

Literatur: Trost, A. (2018). Bindungswissen für die systemische Praxis. Ein Handbuch. Vandenhoeck Ruprecht.
Dana, D. (2021) Die Polyvagal-Theorie in der Therapie: Den Rhythmus der Regulation nutzen. Verlag Probst.

Wesentliches psychologisches Allgemeinwissen OHNE Prüfungsrelevanz

Die Bindungstheorie bildet die Grundlage für verschiedene psychoanalytische Theorien:

Selbstpsychologie n. Kohut/Stern: Ergänzung zum Strukturmodell nach Freud (Ich, Es, Über-Ich)

- SELBST als übergreifende Instanz der Persönlichkeit, die alle Instanzen einschließt
- Funktionen des Selbst: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Kommunikation und Bindung
- erfahrbar durch das Selbstwertgefühl

Objektbeziehungstheorie n. Melanie Klein: - frühe Mutter/Vater-Kind-Beziehung und Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugspersonen sind bedeutsam für die spätere Beziehungsgestaltung/Persönlichkeitsentwicklung

- Grundlage für das Konzept der Übertragung/Gegenübertragung in der Psychoanalyse

Prüfungswissen:

Konzept der Mentalisierung n. Peter Fonagy (auch: Theory of mind)

Mentalisierungsfähigkeit bedeutet, sich selbst von außen zu sehen und den anderen von innen. Es ist die Fähigkeit zur Interpretation des eigenen Verhaltens wie auch des Verhaltens anderer Menschen.

Auch: die Fähigkeit, aus dem Verhalten des Gegenübers Schlussfolgerungen zu ziehen über dessen Gefühle, Einstellungen und Wünsche, die seinem Verhalten zugrunde liegen bzw. „ablesen zu können, was in den Köpfen anderer vorgeht“.

Unterstützung für einen Zuwachs an Mentalisierungsfähigkeiten

1. Abgleich des eigenen Denkens mit der Realität und mit anderen Sichtweisen, ohne es automatisch mit der faktischen Realität gleichzusetzen
2. Akzeptanz von Unterschieden und Perspektivenvielfalt

Das heißt:

1. Wahrnehmung und Akzeptanz unterschiedlicher Standpunkte
2. Ambivalenzen aushalten (Ambiguitätstoleranz)
3. "Sowohl-als-auch-Modus" (ich sehe es so, aber du offenbar ganz anders, und das darf auch sein) anstelle von "Entweder-Oder-Modus" (entweder ich habe recht oder du)

1.2 Resilienz: die „Stehaufmännchenkompetenz“

lat. *resilire* = abprallen, zurückspringen; engl. *resilience* = Elastizität, Spannkraft

„bezeichnet allgemein die psychische Widerstandsfähigkeit, häufig primär von Kindern“ (Bengel et al. 2009, S. 19).

1. Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess.
2. Resilienz ist eine variable Größe, die während der Lebensspanne und interindividuell variieren kann.
3. Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional. Kinder können in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich gute Kompetenzen zeigen. (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff 2010, S. 21).
4. Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen sich gegenseitig → Wechselwirkungsprozess

Unterteilung der Störungen im Kindes- und Jugendalter im Überblick:

1. Intelligenzminderung (F 70 - F 79)
2. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F 80 - F 82)
3. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84)
4. Verhaltens- und emotionale Störungen (F 90 - F 98)

Epidemiologie:

Psychische Störungen sind bei Kindern gleichhäufig wie bei Erwachsenen (Prävalenzrate 15-22%)
Allerdings kommt es häufig zur Spontanremission.

häufigste Störungen: Angststörungen; Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen,
(Quellen: Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit, Bundesverband Deutscher Psychologen (BDP), 2007

Psychologische Rundschau, Heft 4/2002, Ihle & Esser: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter)

2. Intelligenzminderungen (Oligophrenie) F 70- F 79

Messbereiche: Kognition, Sprache, Motorik, Sozialverhalten

>20	20	34	35	49	50	69	70	84	85	Bis 115
unter 20 schwerst Idiotie	20 bis schwer	bis 34 schwer	35 bis mittel- gradig	bis 49 mittelgradig	50 bis leicht	bis 69 leicht	70 bis Lernbehinderung	84 Lernbehinderung		

Normale Intelligenz

IQ 85-115

mangelnde Intelligenz/Lernbehinderung:

IQ 70-84

leichte Intelligenzminderung F 70 (Debilität):

IQ 50-69

(mentales Alter 9-12 Jahre)

mittelgradige Intelligenzminderung F 71 (Imbezilität):

IQ 35-49

(mentales Alter 6-9 Jahre)

schwere Intelligenzminderung F 72 (schwere Imb.):

IQ 20-34

(mentales Alter 3-6 Jahre)

schwerste Intelligenzminderung F 73 (Idiotie):

IQ unter 20

(mentales Alter unter 3 Jahre)

Testverfahren:

z.B. Beim Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test (HAWIE) für Erwachsene werden Messungen in folgende Aufgabengruppen vorgenommen:

1. Sprachverständnis,
2. Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken,
3. Arbeitsgedächtnis,
4. Verarbeitungsgeschwindigkeit.

Mittelwert 100, Standardabweichung 15, Normalbereich IQ 85 - IQ 115

Es gibt eine Vielzahl weiterer Testverfahren. Die Durchführung eines Intelligenztests setzt spezielle Schulungen voraus. Es gibt kein Verbot für die Durchführung von Testverfahren für Psychotherapeutische Heilpraktiker.

(Dies war Teil einer schriftlichen Prüfungsfrage aus einem vorangegangenen Jahrgang.)

dissoziierte Intelligenzminderung:

unterschiedlich ausgeprägte Intelligenz auf verschiedenen Bereichen,
Diskrepanzen bis 15 IQ-Punkte;

Bsp.: niedriger Testwert in Bezug auf sprachliche Fähigkeiten und Fähigkeit zur Abstraktion (Sprach-IQ), hoher Testwert im Bereich Handlungsplanung und Geschicklichkeit (Handlungs-IQ),

Achtung: Der Begriff Dissoziation steht an dieser Stelle NICHT Zusammenhang mit Traumatisierung.

Ursachen für Intelligenzminderungen:

- genetisch bedingte geistige Behinderung,
- Stoffwechselstörung,
- Infektionserkrankung in der Schwangerschaft, wie Rötelninfektion;
- postnatale Infektion, wie Meningitis, Encephalitis u.a.,
- Sauerstoffmangel im Gehirn: durch Geburtstrauma, längere Bewusstlosigkeit, Verletzung, epileptische Anfälle
- Hospitalismus, Deprivation, mangelnde Förderung des Kindes/Vernachlässigung

Folge: eingeschränkte Geschäftsfähigkeit oder Geschäftsunfähigkeit, jedoch keine Rechtsunfähigkeit

Exkurs Infektionserkrankungen des Gehirns:

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

Ursachen: durch Viren, Bakterien oder (selten) Pilze bedingt

Auslöser:

viral: Grippe, Masern, Röteln, Mumps, Zecken (Frühsommer-Meningoenzephalitis), Herpes,

bakteriell: Borreliose, Listeriose, Typhus, Syphilis,

Autoimmunerkrankung: Multiple Sklerose (Enzephalomyelitis disseminata)

3. Umschriebene Entwicklungsstörungen:

Entwicklungsstörungen mit hirnorganischen Auswirkungen

3.1 Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

F80.0 Artikulationsstörung/Dyslalie

Dyslalie, Entwicklungsbedingte Artikulationsstörung

Lauterwerb ist verzögert oder abweichend, Artikulationsfehler: auslassen, verzerren, ersetzen

Folge sind Verständnisschwierigkeiten,

Ursachen: Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, verminderte Zungenmotorik nach Hirnnervenausfall,

F80.1 Expressive Sprachstörung,

Störung der **gedanklichen Erzeugung von sprachlicher Ausdrucksfähigkeit**

Entwicklungsbedingte Dysphasie oder Aphasie, expressiver Typ

Differentialdiagnostik: motorische Sprachstörung: Störung der Sprechmotorik bei intaktem Sprachvermögen

F80.2 Rezeptive Sprachstörung

Störung des Sprachverständnisses

angeborene fehlende hirnorganische akustische Wahrnehmung (keine Schwerhörigkeit), auch die expressive Sprache ist deutlich beeinflusst, häufig Störungen in der Wort-Laut-Produktion,

F80.20 Auditive Wahrnehmungsverarbeitungsstörung (AWVS)

prüfungsrelevant: Zentrale Hörwahrnehmungsstörung

- die gehörte Sprache kann nur verzögert oder gar nicht decodiert werden
- Diagnostik erfolgt durch einen Pädaudiologen (Fachrichtung der HNO)

Exkurs Definition AWVS:

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 Geräuschlokalisation, Lateralisation, Störgeräuschbefreiung, Summation) und der dichotischen Verarbeitung.“

F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]

- Zunächst normale Sprachentwicklung
 - später **Verlust der sowohl rezeptiven (verstehenden) als auch expressiven (ausdrückenden) Sprachfertigkeit**
 - allgemeine Intelligenz bleibt erhalten
 - Beginn der Störung wird von paroxysmalen Auffälligkeiten im EEG begleitet und in der Mehrzahl der Fälle auch von epileptischen Anfällen.
 - Typischerweise liegt der Beginn im Alter von 3-7 Jahren mit einem Verlust der Sprachfertigkeiten innerhalb von Tagen oder Wochen.
- Ursache: ein entzündlicher enzephalitischer Prozess

F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache, Lispeln

Differentialdiagnostik:

1. Autismus-Spektrum
2. Elektiver Mutismus (F94.0)
3. Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom] (F80.3)
4. Intelligenzminderung (F70-F79)
5. Sprachentwicklungsverzögerung infolge von Schwerhörigkeit oder Taubheit (H90-H91)

Exkurs: Differentialdiagnostische Unterscheidung von

F 98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F 98.5 Stottern kombinierte Sprech-/Sprachstörung, Beginn vor dem 6. Lebensjahr

primäre Symptome: Störung des Sprechflusses mit Wiederholungen von Silben, Pausen oder Lautverlängerung

sekundäre Symptome: Vermeidungsverhalten, Fluchtverhalten

emotionale Begleitsymptome: Sprechangst, Sozialphobie, Scham, Minderwertigkeitsgefühle, negative Kognitionen, ängstlich-vermeidende, zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, verbunden mit extremer Anspannung

Möglicherweise: zugrundeliegende innere Konflikte zwischen Sagen-wollen, Reden und Schweigen, Geheimnisse verraten, schnelleres Denken als Sprechen, Sprachentwicklung hängt hinter kognitiver Entwicklung nach,

Therapie: multimodale Therapie aus Atemtraining, Autogenem Training (in Verbindung mit Selbstsuggestionen), Hypnotherapie, Psychotherapie zur Veränderung der negativen Kognitionen (Phobie- Behandlung) und Therapie der Persönlichkeitsstruktur,

F 98.6 Poltern

Eine **hohe Sprechgeschwindigkeit mit Störung der Sprechflüssigkeit**, jedoch ohne Wiederholungen oder Zögern, von einem Schweregrad, der zu einer beeinträchtigten Sprechverständlichkeit führt. Das Sprechen ist unregelmäßig und unrhythmisch, mit schnellen, ruckartigen Anläufen, die gewöhnlich zu einem fehlerhaften Satzmuster führen.

Differenzierung der Begriffe

Aphasie: Beeinträchtigung der sprachsystemischen Leistungen

Dysarthrie: Beeinträchtigung der Sprechmotorik (muskuläres System)

Sprechapraxie: Beeinträchtigung der phonologisch-phonetischen Leistung, explizit in Bezug auf das sprachliche Output

3.2 Schulleistungsstörungen

F 81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie)

F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung

F81.2 Rechenstörung (Dyskalkulie)

F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet
Lernbehinderung, Lernstörung, Störung des Wissenserwerbs

F 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (Grobmotorik/Feinmotorik)

F 83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

Restkategorie: umschriebene Entwicklungsstörungen

- des Sprechens und der Sprache,
- schulischer Fertigkeiten
- motorischer Funktionen

4. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen F 84

qualitative Abweichungen in den sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern
eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten.
→ gelten als Behinderung

4.1 Autismus-Spektrum

Diagnostische Fragen:

1. Fragen zur Perspektivübernahme:

Inwiefern ist der/die Klient*In in der Lage, die Gefühle anderer nachzuempfinden, sich in die Lage des Gegenübers zu versetzen?

Wenn Einschränkungen wahrgenommen werden, handelt es sich eher um ein Verhaltensmuster, das Selbstschutz generiert oder eine Einschränkung bei der Verarbeitung von Reizen (häufig durch naiv wirkende Ratlosigkeit bei der Person erkennbar)?

2. Überempfindlichkeiten

Leidet der/die Klient*In unter sensorischen Überempfindlichkeiten, die den Schluss, auf eine unzureichende Reizverarbeitung zulassen?

3. Interaktion

Wirkt der/die Klient*In unbeholfen oder konkretistisch in der Kommunikation bzw. Interaktion (Passung wechselseitiger Kommunikation, Verständnis Sprachbilder, Ironie)?

4. Stereotypes Verhalten

Wenn der/die Klient*In stereotypes Verhalten zeigt, um welches handelt es sich und wofür dient es Ihres Erachtens?

5. Intelligenz

Kann bei dem/der Klient*in von einem mindestens durchschnittlichen Intelligenzniveau ausgegangen werden?

Quelle: Fragebogen zur Fremdeinschätzung im Rahmen der Autismus-Diagnostik im Erwachsenenalter, Klinikum St. Georg, Leipzig

Daraus ergibt sich eine Leitsymptom-Trias: im Kern geht es um

1. Beeinträchtigung im Bereich der Perspektivübernahme,

2. Reizüberempfindlichkeit und

3. Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Interaktion

(bei gleichzeitigem Auftreten aller drei Symptombereiche).

Differentialdiagnostische Überlegungen bei Reizüberempfindlichkeit:

1. kann möglicherweise zur Traumafolge-Symptomatik gehören
2. Sensorische Integrationsstörung: Therapiekonzepte nur für Kinder verfügbar, bei Erwachsenen: konsequent auf den Grundlagen der Polyvagaltheorien. Porges arbeiten (Sicherheit vergrößern, Zeit und Raum geben für sensorischer Erfassung im Hier und Jetzt, bindungsfokussiert),

Literatur: Dana, D. (2021) Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. Verlag G. P. Probst.

F84.0 Frühkindlicher Autismus, auch: Kanner-Syndrom

eine abnorme Entwicklung vor dem dritten Lebensjahr:

- Entwicklungsstörung der Sprache
- starke Selbstbezogenheit, Unfähigkeit soziale, emotionale Signale adäquat zu deuten
- stereotypes Verhalten (Stimming zur Selbstregulation)
- Entwicklungsstörungen im Bereich des funktionalen oder symbolischen Spielens, Mangel an spontanen Als-Ob- Spielen/sozialer Imitation,
- Unfähigkeit, Blickkontakt und Mimik zur Regulation sozialer Interaktion zu verwenden
- Unfähigkeit zu Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit/Resonanz
- umfassende Beschäftigung mit stereotypem und umgrenzten Interessen
- zwanghafte Anhänglichkeit an Rituale
- vorherreichende Beschäftigung mit Teilobjekten (Detailverliebtheit)

Frühkindlicher Autismus knapp zusammengefasst für das Prüfungslernen:

1. Stereotype Verhaltensmuster und Aktivitäten (Stimming) durch Reizüberflutung
2. Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Motorik
3. Beeinträchtigung der sozialen Kontaktaufnahme (Blick, Mimik) und bevorzugtes Alleinsein
4. Wenig nachahmendes Verhalten

Ursache: neurologische Entwicklungsstörung infolge genetischer Veranlagung
Hypothesen über verursachende falsche Ernährung oder Impfungen sind widerlegt und ohne wissenschaftliche Grundlage.

Therapie: Sprach- und Lernförderung, Förderung der sozialen Kontaktaufnahme, Alltagskompetenzen, Unterstützung der Familie, keine medikamentöse Therapie möglich.

F84.1 Atypischer Autismus

F84.5 Asperger-Syndrom

- qualitative Abweichungen der sozialen Interaktionen, wie Autismus
- eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten
- normale Intelligenz sowie spezielle Inselbegabungen

Differenzierung zum frühkindlichen Autismus:

- fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung
- fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung
- häufig auffallende Ungeschicklichkeit
- u.U. psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben

Asperger-Autismus: Umgebung erscheint überfordernd, überflutend

frühkindlicher Autismus: Umgebung erscheint nichtexistent

Ursachen-Diskussion von Autismus

<https://autismus-kultur.de/autismus-ursachen/#das-autismus-gen-gibt-es-nicht>

Begriffe:

Overload (Überladung, Reizüberflutung)

Die Folge eines Overloads ohne Rückzugsmöglichkeit kann der sog.

Meltdown sein. („Kernschmelze“, sieht von außen aus wie ein Wutausbruch)

Wenn kein Rückzug, keine Selbststimulation, kein Entrinnen aus dem Overload möglich ist, kann sich dieser auch zu einem

Shutdown (Abschalten) entwickeln (Rückzug, kaum oder nicht mehr ansprechbar).

Quelle: <https://ellasblog.de/autismus/herausforderndes-verhalten-overload-meltdown/>

Allgemeine Behandlungsgrundsätze für Asperger-Patienten:

- Üben und Besprechen sozialer Wahrnehmungen
- schrittweises und strukturierendes Training der Problemlösefähigkeit sowie lebenspraktischer Fähigkeiten
- Planung des Verhaltens in neuen Situationen
- Übung der Übertragung bestimmter Erkenntnisse auf andere Situationen
- Förderung einer konkreten, auf alltäglichen Verhaltensweisen beruhenden Identitätsbildung
- Analyse frustrationsauslösender Situationen und der eigenen Wirkung auf andere Personen
- Vermittlung weiterer Hilfen, wie zum Beispiel Ergo- oder Physiotherapie.

Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63173/Das-Asperger-Syndrom-im-Erwachsenenalter>

Spezielle Therapieprogramme

1. TEACCH-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

2. Theory of Mind Training: (nach Howlin et al. 1999)

Mentalisierungsfähigkeit bedeutet, sich selbst von außen zu sehen und den anderen von innen.

Es ist die Fähigkeit zur Interpretation des eigenen Verhaltens wie auch des Verhaltens anderer Menschen.

- **systematische Förderung von sozialer Wahrnehmung**

- insbesondere: für den High Functioning Autismus, Asperger Syndrom

- Erkennen von Emotionen auf Fotografien, situativ gebundene Emotionen, Wünsche und Überzeugungen

→ Deutschland: *Training zur Emotionsregulation bzw. Frankfurter Test und Training des Erkennens von facialem Affekt.*

Literatur:

Theunissen, G. (2021): Basiswissen Autismus und komplexe Beeinträchtigungen, Lambertus Verlag.

Meer-Walter (2023): Autistisch? Kann ich fließend!: Wie sich Autismus anfühlt und was die Wissenschaft darüber weiß. Eine Übersetzungshilfe. Beltz Verlag

Brit Wilzcek (2024): Autismus, Trauma und Bewältigung. Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis. Kohlhammer Verlag.

4.2 Weitere umschriebene Entwicklungsstörungen

F84.2 Rett- Syndrom

mit genetischer Ursache (Chromosomendefekt), nur bei Mädchen vorkommend;

Nach einer scheinbar normalen frühen Entwicklung erfolgt ein teilweiser oder vollständiger Verlust

- der Sprache,
- der lokomotorischen Fähigkeiten (dt.: bewusste, kontrollierte Fortbewegung/Laufen),
- stattdessen unsicherer, breitbeiniger Gang
- Gebrauchsfähigkeiten der Hände, stattdessen Stereotypien (Händereiben)

→ In Verbindung mit einer **Verlangsamung des Kopfwachstums**.

Beginn dieser Störung liegt zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat. Der Verlust zielgerichteter Handbewegungen, Stereotypien in Form von Drehbewegungen der Hände und Hyperventilation sind charakteristisch. Sozial- und Spielentwicklung sind gehemmt, das soziale Interesse bleibt jedoch erhalten. Es resultiert fast immer eine schwere Intelligenzminderung.

F 84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters, auch: Hellersche Demenz

- nach einer normalen frühen Entwicklung erfolgt Verlust der erworbenen Fähigkeiten
- allgemeiner Interessenverlust an der Umgebung
- Stereotypien, motorische Manierismen
- Sozialverhalten ähnelt dem eines Autisten

Ursachen: nicht bekannt, in einigen Fällen von Enzephalitis ausgelöst,

5. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend F 90-F 98

HINWEIS: depressive Störungen im Kindesalter werden unter F3 klassifiziert

5.1 Hyperkinetische Störungen

F 90.0 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS/ADS)

mit Hyperaktivität, mit oder ohne Störung des Sozialverhaltens,

Eine **Aufmerksamkeitsstörung OHNE Hyperaktivität** kann unter F 98.8 diagnostiziert werden (Sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend).

Bei fehlender Hyperaktivität ist eine depressive Störung differentialdiagnostisch abzuklären!

Symptomatik:

→ **TRIAS: Unaufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität**

Bei Erwachsenen außerdem: Desorganisation und emotionale Dysregulation

- Beginn vor dem 7. Lebensjahr
- Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen
- desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität.
- tritt mit (F 90.1) oder ohne (F 90.0) Störungen des Sozialverhaltens auf

Leitsymptome:

1. gestörte Fähigkeit, dominante Handlungsimpulse zu hemmen
2. Hyperaktivität ergibt sich aus der Unfähigkeit, Bewegungsimpulse nicht hemmen zu können
3. Rededrang und Unterbrechen des Gesprächspartners
4. Beginn in der Kindheit
5. situationsübergreifend
6. deutliche Funktionseinschränkungen und Leidensdruck

Diagnostik:

Testsatz aus Fragebögen und Interview: HASE (Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene)

Ein Untersuchungsverfahren zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter (Bezug für Fachpersonal über die Testzentrale, Hogrefe Verlag)

Diagnostische Fragen:

1. Woran merken Sie, dass sie weniger aufmerksam sind?
 2. Woran merken andere Menschen; dass sie weniger aufmerksam sind?
 3. Wie ist das Feedback zu ihrem Arbeitsstil?
 4. Was passiert in Momenten, in denen sie unaufmerksam sind?
 5. Wie häufig wechseln sie den Aufmerksamkeitsfokus?
 6. Können sie den Unterschied zwischen ihren Aufmerksamkeitsproblemen und Ablenkbarkeit beschreiben?
 7. Haben sie das Gefühl, dass ihre Unaufmerksamkeit gemeinsam mit der inneren Unruhe auftritt?
- (Quelle: Haible-Baer, N u. Kirsch, P: Die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter, Psychotherapeutenjournal 2/2024)

Therapie:

- eindeutige, klare Kommunikation
- Konsequenz im Umgang mit Regeln
- Anklagen vermeiden
- bevor man mit dem Kind spricht, sich seiner Aufmerksamkeit versichern (auf Sichthöhe gehen und auf Augenkontakt achten)
- Beziehungsarbeit, viel Zuwendung, reichlich Bestätigung

Medikamentöse Therapie:

Wenn die psychotherapeutischen Interventionen nicht ausreichend sind, wird zusätzlich psychopharmakologisch behandelt. Voraussetzung dafür ist eine gesicherte Diagnose.

Methylphenidat: Handelsnamen: Medikinet, Ritalin, Concerta

für Erwachsene zugelassenes Präparat: Atomoxetin (Strattera®)

Lisdexamphetamin: Elvanse, Elvanse adult

Gruppe der Psychostimulanzien: Bei hoher Dosierung: psychisches und körperliches Suchtpotenzial!

Fällt unter Betäubungsmittelgesetz! Gehört zur Gruppe der Amphetamine (wie auch: Ecstasy, Speed)

Wirkung:

- Bei passender Diagnose effektiv wirksam
- Konzentrationssteigerung durch Erhöhung des Dopaminspiegels

Nebenwirkungen (Prüfungswissen!):

- eventuell Wachstumsverzögerungen (normalisiert sich bei Absetzen des Medikaments)
- Appetitmangel, Durstmangel,
- Übelkeit, Magenübersäuerung
- vermehrtes Schwitzen, Hautreizungen

5.2 Störungen des Sozialverhaltens

F 91 Störungen des Sozialverhaltens

F 92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F 93 Emotionale Störungen des Kindesalters

F 93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

F 93.1 Phobische Störung des Kindesalters

F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

F 93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

F 93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters

F 93.80 Generalisierte Angststörung des Kindesalters

Differentialdiagnostik von Angst im Kindesalter

Störung	Symptomatik	Kognitionen	Vermiedene Situationen
Phobische Störung des Kindesalters (Spezifische Phobie) F93.1	Unangemessene, starke Angstreaktion vor Objekten, Tieren, Situationen	Angst gebissen zu werden, verletzt zu werden,	Arztbesuche, Gang in den Keller, Liftfahren, Wasser, Dunkelheit,
Störungen mit sozialer Ängstlichkeit (Soziale Phobie) F93.2	Angst in sozialen Situationen, mit Erwachsenen oder Kindern, Befangenheit, Verlegenheit,	Angst vor Blamage, ausgelacht zu werden, Angst, dass Andere schlecht über das Kind denken,	Vor der Klasse sprechen, Geburtstagsfeiern, Begegnungen mit Fremden,
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters F93.0	übermäßig starke Angst in Erwartung oder bei Trennung von den Eltern	Angst, dass den Eltern oder dem Kind ein tödliches Ereignis zustoßen könnte	Schule, Kindergarten, allein schlafen,
Generalisierte Angststörung des Kindesalters F93.8	starke, unbegründete und unkontrollierbare Sorgen, die bestimmte Situationen betreffen, wie Unpünktlichkeit, falsches Verhalten, ungenügende Leistungen, Zukunftsängste,	fühlt sich von den vielen Sorgen erdrückt,	Hausaufgaben (Angst vor Fehlern), häufige Rückversicherung,

Überblick: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/170910/Psychische-Stoerungen-in-der-fruehen-Kindheit>

F94.0 Elektiver Mutismus: absichtliches Schweigen

Dieser ist durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert, so dass das Kind in einigen Situationen spricht, in anderen definierbaren Situationen jedoch nicht. Diese Störung ist üblicherweise mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand verbunden.

F 94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

- tritt vor dem 5. Lebensjahr auf
- widersprüchliche, ambivalente Reaktionen
- von einer emotionaler Störung begleitet, Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialer Rückzug,
- aggressive Reaktionen auf eigenes oder fremdes Unglücklichsein
- und/oder ängstliche Überempfindlichkeit
- Nachweis, dass soziale Ansprechbarkeit möglich ist (DD Asperger-Autismus)
- möglicherweise mit Wachstumsverzögerung

Das Syndrom tritt wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung auf.

F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

F 95 Ticstörungen

- extrapyramidale Hyperkinesien (→ Dopaminüberschuss), unwillkürlich
- bei Kindern wie auch bei Erwachsenen, evt. durch Stress verstärkt

Formen:

- motorische Tics: Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken und Grimassieren.
- vokale Tics: Räuspern, Bellen, Schnüffeln und Zischen
- sprachliche Tics: zwanghaftes Aussprechen obszöner/aggressiver Worte (Koprolalie)
- komplexe Tics sind Sich-selbst-schlagen sowie Springen und Hüpfen.

Kombination von vokalen und multiplen motorischen Tics → F 95.2 Tourette Syndrom

Therapie:

gegen extrapyramidale Hyperkinesien werden dopaminantagonistische Neuroleptika eingesetzt, wie Tiaprid (Tiapridal®)

Differentialdiagnostik:

1. Zwangsstörungen (hier komplexer und nach Regeln),
2. neurologisch bedingte Dyskinesien (Chorea Huntington, Enzephalitis, Hirnverletzung)
3. stereotype Bewegungsstörung, tiefgreifende Entwicklungsstörung
4. Folge von Neuroleptika (extrapyramidale Störungen nach Langzeiteinnahme)

6. Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F 98.0 Nichtorganische Enuresis

Enuresis diurna – Enuresis am Tag bzw. Enuresis nocturna – Enuresis in der Nacht

- mehr Jungen als Mädchen betroffen
- Spontanremissionsrate 13 % im Jahr
- Diagnostik ab dem 5. Lebensjahr

Primäre Enuresis:

- konstitutionelle Entwicklungsverzögerung; wenn das Kind noch nie trocken war
- kann familiär gehäuft auftreten, genetische Veranlagung vermutet (Mangel an antidiuret. Hormon)
- tiefer Schlaf mit schwerer Erweckbarkeit, hohe Einnässfrequenz

Sekundäre Enuresis:

- Einnässen nach mindestens sechsmonatiger Trockenphase, Einsatz von „Haltemanövern“,
- Harninkontinenz bei Husten, Niesen, Lachen
- häufig psychische Konfliktsituation

Therapie:

Verhaltens- und Problemanalyse, apparative Verhaltenstherapie mittels Weckgeräten, Wecktraining, Kalenderführung mit positiven Verstärkern, bei genetischer Veranlagung medikamentöse Therapie mit *Desmopressin* (*Vasopressin*)

Informativer Exkurs: Vasopressin

Vasopressin ist als antidiuretisches Hormon gleichzeitig eng verbunden mit dem Leistungsmotiv. Bei Stimulation des Leistungsmotivs wird Vasopressin ausgeschüttet. Insofern verwundert es nicht, dass Kinder mit Enuresis häufig auch unter psychischem Leistungsdruck leiden. Möglicherweise könnte die Ursache für den Leistungsdruck in einer mangelnden Aktivierung der Leistungsmotivation bestehen, bedingt durch eine zu geringe Ausschüttung von Vasopressin. *Exkurs Motivationspsychologie:* Die sogenannten „Big 3“ der Motive sind Macht, Leistung und Bindung. Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für Motivation.

Biologisch betrachtet wird die Stimulation und Verstärkung dieser Grundmotive mit verschiedenen Neurohormonen in Verbindung gebracht: das Machtmotiv mit Testosteron, Epinephrin und Norepinephrin, das Bindungsmotiv mit Dopamin, das Leistungsmotiv mit Vasopressin (nach McClelland). Die Gewichtung der einzelnen Motive ist individuell unterschiedlich wird in der vorsprachlichen Phase und zum Teil auch genetisch festgelegt.

F 98.1 Nichtorganische Enkopresis

- Einkoten
- Diagnostik ab dem 5. Lebensjahr

F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter

Extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson

F 98.3 Pica im Kindesalter

Anhaltender Verzehr nicht essbarer Substanzen wie Erde, Farbschnipsel usw.

Sie kann als eines von vielen Symptomen einer umfassenderen psychischen Störung wie Autismus auftreten oder sie kann als relativ isolierte psychopathologische Auffälligkeit vorkommen

F 98.4 Stereotype Bewegungsstörungen

Nichtselbstbeschädigende Bewegungen sind z.B.: Körperschaukeln, Kopfschaukeln, Haarezupfen, Haaredrehen, Fingerschnipsgewohnheiten und Händeklatschen.

Stereotype Selbstbeschädigungen: wiederholtes Kopfanschlagen, Ins-Gesicht-schlagen, In-die-Augen-bohren und Beißen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien.

F 98.5 Stottern

kombinierte Sprech-/Sprachstörung, Beginn vor dem 6. Lebensjahr

primäre Symptome: Störung des Sprechflusses mit Wiederholungen von Silben, Pausen oder Lautverlängerung

sekundäre Symptome: Vermeidungsverhalten, Fluchtverhalten

emotionale Begleitsymptome: Sprechangst, Sozialphobie, Scham, Minderwertigkeitsgefühle, negative Kognitionen, ängstlich-vermeidende, zwanghafte Persönlichkeitsstruktur

Therapie: multimodale Therapie aus Atemtraining, Autogenem Training (in Verbindung mit Selbstsuggestionen), Hypnose, Psychotherapie zur Veränderung der negativen Kognitionen (Phobie-Behandlung) und Therapie der Persönlichkeitsstruktur,

F 98.6 Poltern

Eine **hohe Sprechgeschwindigkeit mit Störung der Sprechflüssigkeit**, jedoch ohne Wiederholungen oder Zögern, von einem Schweregrad, der zu einer beeinträchtigten Sprechverständlichkeit führt.

Das Sprechen ist unregelmäßig und unrhythmisch, mit schnellen, ruckartigen Anläufen, die gewöhnlich zu einem fehlerhaften Satzmuster führen.

F 98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität
- Daumenlutschen
- Exzessive Masturbation
- Nägelkauen
- Nasebohren

LERNZIELE

- 1. Beschreiben Sie die vier kindlichen Bindungsstile.**
- 2. Was bedeutet Mentalisierung?**
 - a. Wie können Klienten bei der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten unterstützt werden?**
- 3. Was bedeutet Resilienz?**
- 4. In welche vier Gruppen werden Störungen im Kindes- und Jugendalter lt. ICD-10 unterteilt?**
- 5. Epidemiologie: Welches sind die häufigsten Diagnosen im Kindesalter?**
- 6. Ordnen Sie die sechs Klassen zur Beschreibung der Intelligenz den entsprechenden IQ- Werten zu.**
 - a. Nennen Sie die vier Messbereiche für Intelligenz.**
- 7. Nennen Sie das wohl am häufigsten eingesetzte Intelligenz-Testverfahren bei Erwachsenen, sowie dessen Mittelwert und Standardabweichung.**
- 8. Darf man als Psychotherap. HP Intelligenzdiagnostik durchführen?**
- 9. Was bedeutet eine dissoziierte Intelligenzminderung?**
- 10. Nennen Sie mindestens vier Ursachen für Intelligenzminderung.**
- 11. Erklären Sie knapp, mit wenigen Stichworten:**
 - a. Dyslalie**
 - b. Expressive Sprachstörung**
 - c. Rezeptive Sprachstörung**
 - d. Auditive Wahrnehmungsverarbeitungsstörung**
 - e. Landau-Kleffner Syndrom.**
- 12. Nennen Sie die vier umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten?**
- 13. Nennen Sie die Leitsymptom-Trias bei Autismus.**
- 14. Nennen Sie die vier Leitsymptome für frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom).**
- 15. Wann kann man von einem Asperger-Syndrom sprechen?**
- 16. Beschreiben Sie Grundsätze in der Psychotherapie bei Autismus.**
 - a. Nennen Sie ein spezielles Therapieprogramm bei Autismus sowie wenige Stichworte, was deren methodischer Grundgedanke ist.**
- 17. Erklären Sie knapp, mit wenigen Stichworten:**
 - a. Rett-Syndrom**
 - b. Hellersche Demenz.**
- 18. Nennen Sie die Leitsymptom-Trias für ADHS.**
 - a. Beschreiben Sie wichtige Grundgedanken für die Therapie bei ADHS.**
 - b. Welche Medikamente können bei ADHS eventuell nützlich sein?**

c. Was können Nebenwirkungen dieser Medikamente sein?

19. Nennen Sie die vier Klassifizierungen von Angst im Kindesalter.
20. Was ist unter elektivem Mutismus zu verstehen?
21. Beschreiben Sie die Tic-Störungen: neurobiologisch, Formen, Bezeichnung einer kombinierten Tic-Störung, medikamentöse Therapie (nur die Medikament-Gruppe).
22. Erklären Sie knapp, mit wenigen Stichworten:
 - a. Primäre Enuresis
 - b. Sekundäre Enuresis
 - c. Enkopresis
 - d. Pica
 - e. Stottern (primäre Symptome)
 - f. Poltern.

Wesentliches psychologisches Allgemeinwissen OHNE Prüfungsrelevanz

Fremde-Situation-Test nach Mary Ainsworth:

Ablauf: Der Test wird in einem Zimmer durchgeführt, dessen Fußboden in schwarze und weiße Quadrate (zur Erleichterung von Entfernungsmessungen) eingeteilt ist. Lautäußerungen sind für die (verdeckt aufgestellten) Versuchsbeobachter hörbar und Abläufe durch eine Beobachtungsscheibe sichtbar.

Versuchspersonen: Kleinkinder (männlich/weiblich) zwischen 12 und 18 Monaten

Helfer: Mütter und fremde Frau (Assistentin)

Der Vorgang wird videot technisch aufgezeichnet und bewertet. Untersuchungsgegenstand ist in erster Linie die kindliche Reaktion in den Trennungs- und Wiedervereinigungsmomenten, um die individuellen Unterschiede in der Bewältigung von Trennungsstress festzustellen. Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Fremde_Situation

1. Die Mutter setzt ihr Kleinkind bei dem Spielzeug ab (bis 30 Sek.).
2. Die Mutter setzt sich auf einen Stuhl und liest eine Zeitschrift (30 Sek.) - nach spätestens 2 Minuten erfolgt ein Klopfsignal, woraufhin ihr Kind zum Spielen animiert werden soll, wenn es noch nicht spielt.
3. Die fremde Frau betritt den Raum und setzt sich auf einen Stuhl - schweigt 1 Minute - danach erfolgt ein Gespräch zwischen ihr und der Mutter (1 Min.). - Die fremde Frau beschäftigt sich mit dem Kind (3 Min.). - Die Mutter verlässt den Raum und lässt ihre Handtasche zurück (*Wie verhält sich das Kind zur Fremden, gibt es Trennungsprotest?*).
4. Sollte das Kind weinen, beschäftigt sich die fremde Frau mit ihm, ansonsten bleibt sie auf dem Stuhl sitzen.
5. Die Mutter spricht vor der Tür - kommt herein - nimmt ihr Kind hoch und begrüßt es. - Die Mutter setzt ihr Kind zum Spielzeug und versucht es zum Spielen zu animieren. - Die fremde Frau verlässt den Raum - nach 3 Min. verlässt die Mutter den Raum, lässt jedoch die Handtasche zurück.
6. Kind ist für 3 Min. allein.
7. Die fremde Frau spricht vor der Tür - Die fremde Frau betritt den Raum - passt Verhalten dem des Kleinkindes an (z. B. trösten oder mitspielen).

8. Die Mutter öffnet die Tür, bleibt kurz stehen - hebt ihr Kind hoch - die fremde Frau verlässt den Raum.