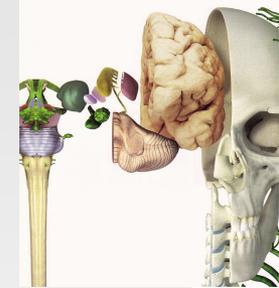


Psychosomatik-“Historischer Blick“



Psychosomatik - Begriffe Definitionen



Psychosomatik bei **Kindern** – Entwicklungsaspekt



Psychosomatik bei Kindern – Erscheinungsformen  
Hilfen



„Ein fröhliches Herz bringt gute Besserung, aber ein zerschlagener Geist vertrocknet das Gebein.“ (Sprüche Salomos, Alten Testament, Spr. 17,22; Elberfelder Bibel 1871) Quelle WP, 1.11.2014

- Leib-Seele-Problem zentrale Frage der Medizin der Antike und mesopotamischer Hochkulturen
- seit der Begründung der wissenschaftlichen Medizin durch Hippokrates von Kos um 400 v. Chr.

griech.: Psyche → Atem, Hauch, Seele  
Soma → Körper, Leib, Leben

Interdependenz körperlicher Vorgänge und sozialer Lebensbedingungen (ganzheitliche Medizin)

**Mensch als bio-psycho-soziale Einheit**



## **psycho**reaktive Störungen (psychosoziale Einflüsse)

äußere Einflüsse/Ereignisse als Ursache/Auslöser

**Neurosen** (primäre und sekundäre Fehlentwicklung)

„frühe“ psychosoziale Belastungen in der Entwicklung werden reaktiv ausgelöst reinszeniert (Biographie)

## **Persönlichkeitsstörung**

Disposition/Konstitution (genetische, habituelle „charakterliche“ Anteile)

**funktionelle, somatoforme Störungen**

## **Psychosomatische Krankheiten**

**psychosomatische Erkrankungen**

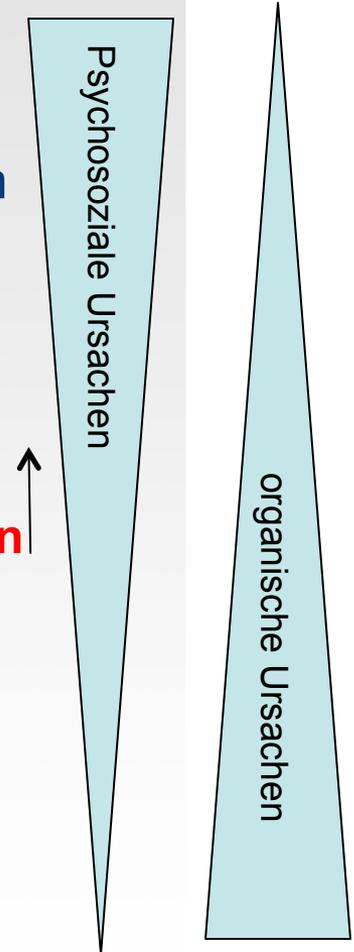
## hirn**organisch** bedingte Störungen

**exogene** (mechanisch, toxisch, metabolisch)

„**endogene**“ (biochemisch-bioelektrische Veränderungen der cerebralen Prozesse)

**vererbte** Erkrankungen des Gehirns

**PSYCHE**



**SOMA**

Jean-Baptiste de Lamarck (1744–1829) – Biologe

## Lamarckismus

Organismen können Eigenschaften an ihre Nachkommen, die sie während ihres Lebens erworben haben

Richard Dawkins (geb. 1946) - Biologe (1976 „The Selfish Gene“)

## Mem-Theorie

transgenerationale Weitergabe von Ideen, Überzeugungen, Verhaltensmuster

Mem u.a. „memory“: kultureller Pendant zum biologischen Gen

**Kritik: Kein Beweis**



Nicht die DNA sondern spezifische RNA – Applikationen transportieren die Information (Mansuy, ETU Zürich, **2014**)

Traumatische Erlebnisse lösen Verhaltensauffälligkeiten aus, die von Generation zu Generation weitergegeben werden

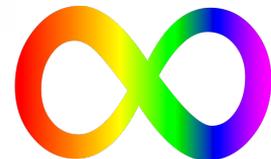
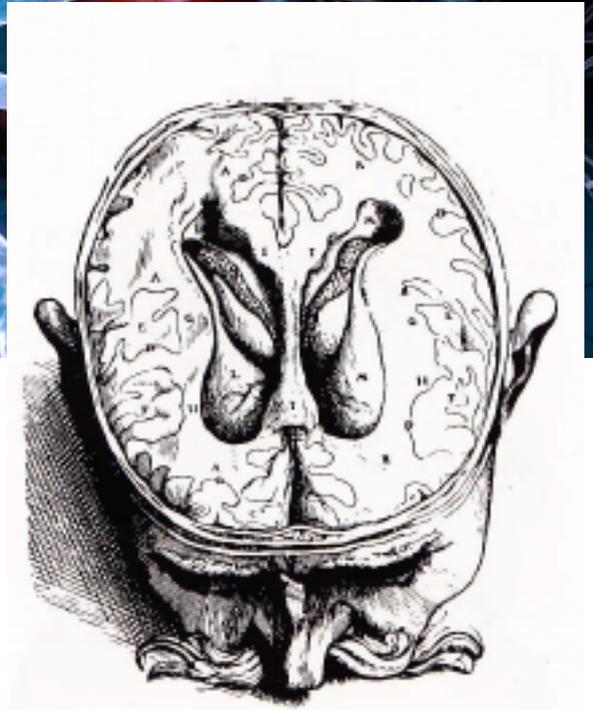
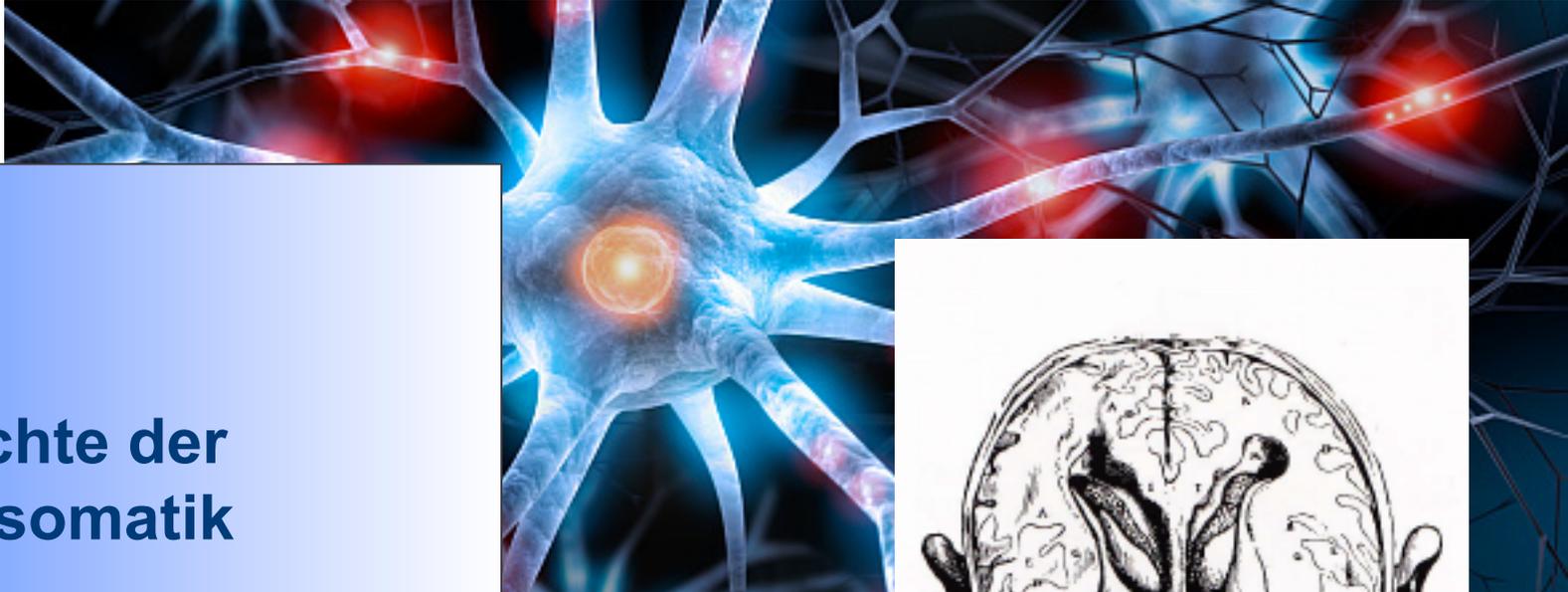
Die Umwelt hinterlässt ihre Spuren im Gehirn, den Organen und auch in Keimzellen (Zusammenhang Stoffwechsel und Ereignisse)

Literaturhinweis:

Gapp K, Jawaid A, Sarkies P, Bohacek J, Pelczar P, Prados J, Farinelli L, Miska E, Mansuy IM: Implication of sperm RNAs in transgenerational inheritance of the effects of early trauma in mice. Nature Neuroscience, April 7, **2014**, DOI: 10.1038/nn.3695



# Geschichte der Psychosomatik



## Wissen und Vorstellung vom Gehirn bzw. des Nervensystems

### Sitz der Seele?

5000 Jahre alte Schriften belegen die Annahme des Sitzes der Seele im Herzen, das Hirn wurde bei der Todespräparation über die Nase heraus gezogen (wertlos)

7000 Jahre alte Funde zeigen Trepanationen (Schädelöffnungen hochwahrscheinlich zu Heilungszwecken)

griechische Antike

Zusammenhang von Struktur und Funktion

Was kann der Kopf?: Sehen, Schmecken, Hören

Hippokrates (ca. 460-370 v. Ch.)

Gehirn: Sitz des Verstandes nicht nur Sinneswahrnehmung

Römisches Reich **Galen von Pergamon** (130-200 n. Ch.)

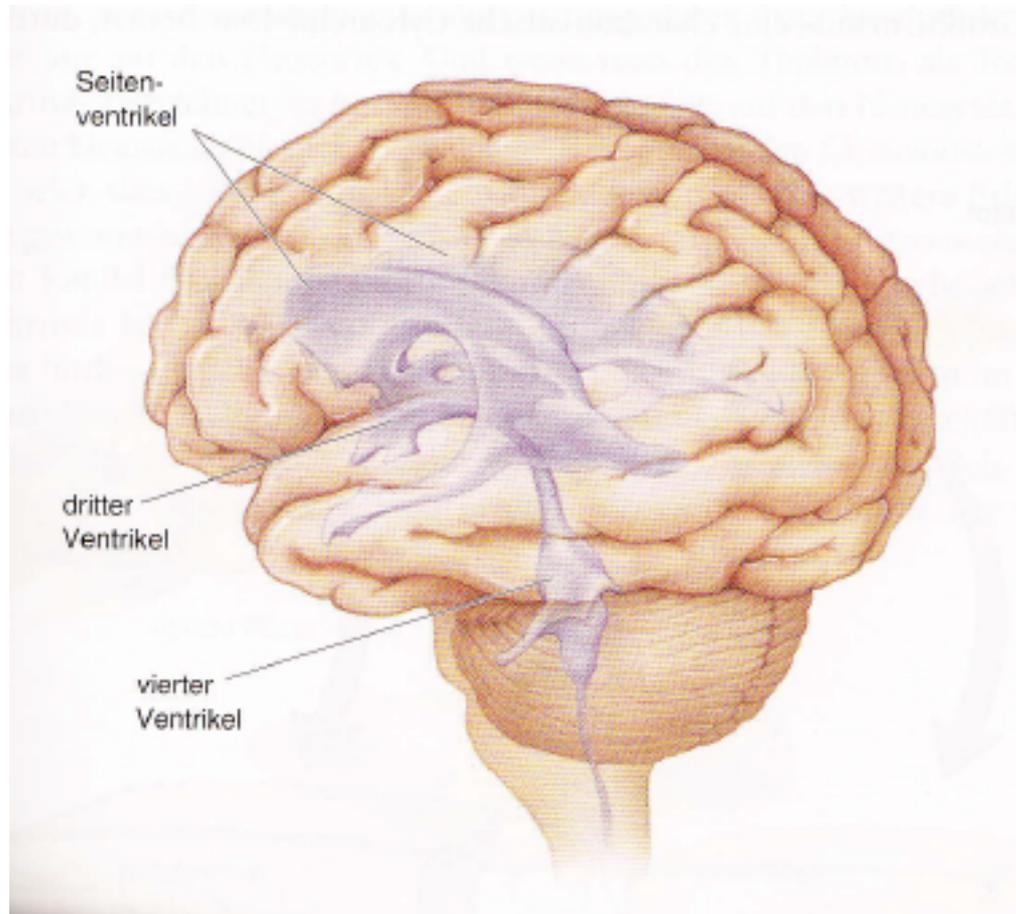
„Hippokratiker“

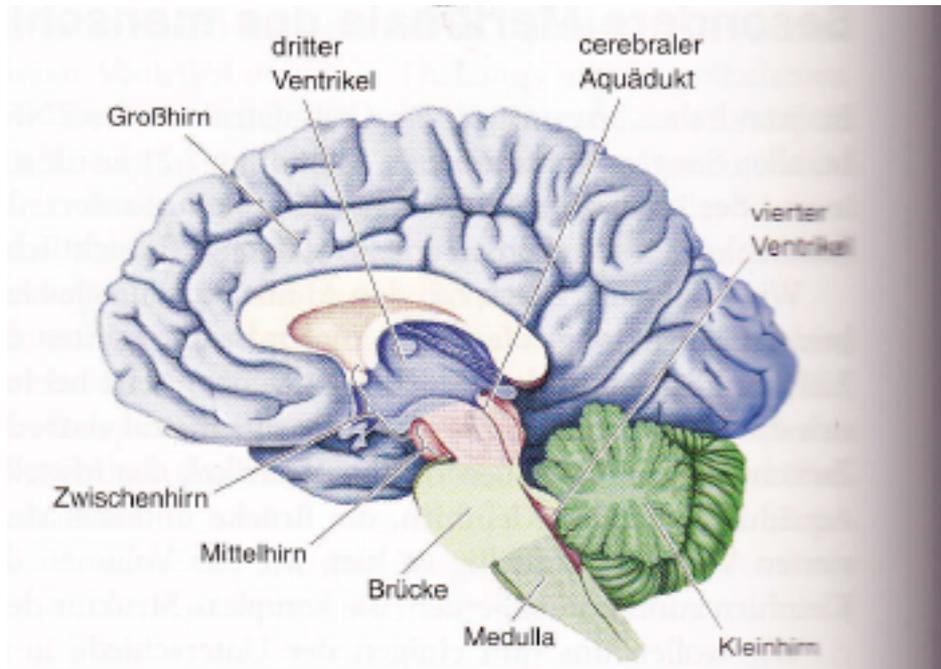
als Arzt der Gladiatoren Hirn- und Rückenmarkverletzungen zu behandeln

anatomische Untersuchung des Gehirns

Wie funktioniert Sinneswahrnehmung? Wie bewegt der Mensch die Gliedmaßen?

bei der anatomischen Untersuchung des Gehirns fand Galen die Hirnkammern (Hohlräume)





Galen bezeichnete die Hohlräume des Gehirns wie die Herzkammern (Ventrikel)

die Füllung dieser mit Flüssigkeit führte zur Anpassung seiner Annahmen an die vorherrschende, von Hippokrates stammende, Theorie des **Gleichgewichtes und der Verschiebung der Flüssigkeiten** (humores) als Ursache für die Hirnfunktionen/Sinneswahrnehmung

## Lehre von Hippokrates (Corpus Hippocraticum)

Vorstellung, dass die Physiologie des Menschen, sein Zustand (Gesundheit) durch Körpersäfte reguliert wird und Krankheit durch deren Veränderung (Humoralpathologie)

Qualität der Säfte/jahreszeitenabhängig

warm

kalt

trocken

Gelbe Galle  
(Sommer)

Schwarze Galle  
(Herbst)

feucht

Blut  
(Frühling)

Schleim  
(Winter)

## Galen von Pergamon

ordnete vier Körpersäften **Temperamenten** zu  
(G. Schischkoff – ca. 1930, später Willens- und  
Gefühlsqualitäten)

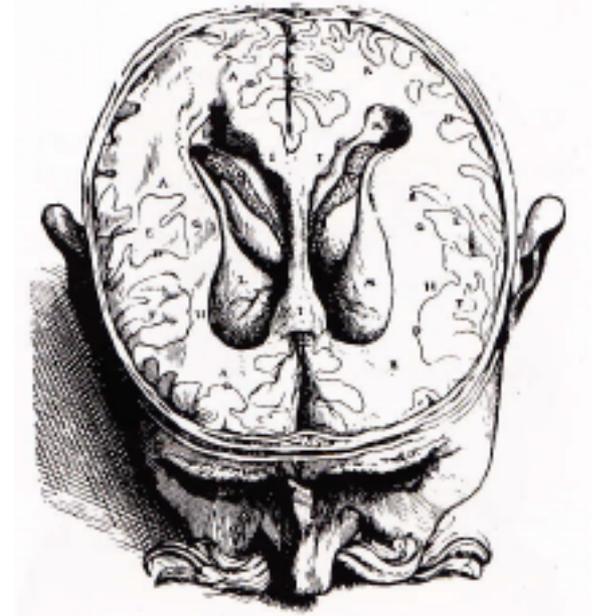
	schnell	langsam
stark	gelbe Galle Choleriker	schwarze Galle Melancholiker
schwach	Blut Sanguiniker	Schleim Phlegmatiker

Eukrasie: Ausgewogenheit der Säfte (Diätetik) → Kneipp

Dyskrasie: Unausgewogenheit

## Galen´s Theorie bis ca. 1500 vorherrschend **Renaissance bis in das 19. Jh.**

anatomisch korrekte Darstellung des Gehirns  
Entwicklung der Hydraulik/mechanischen  
Verständnis des Gehirns „Apparatur“ der  
Strömungsmechanik

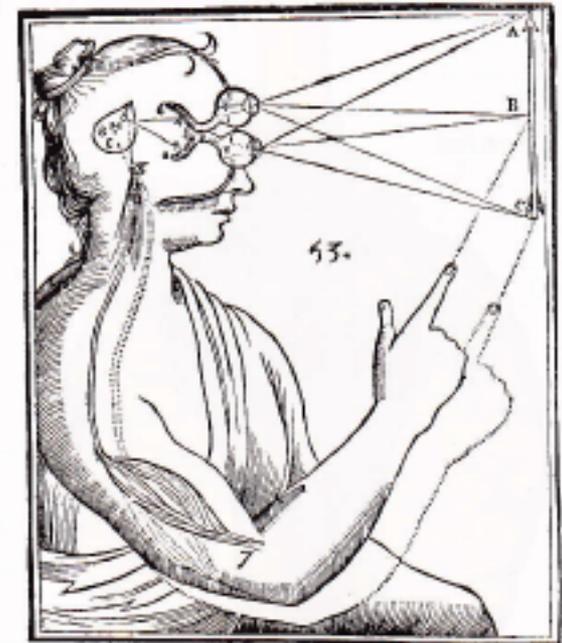


Descartes (1596-1650)

erklärte damit Tierverhalten, meinte jedoch,  
das Menschen mit einer Gott gegebenen Seele  
nach dieser Seele funktionieren

**Trennung von Geist (spirituell) und  
Gehirn**, welches die Befehle des Geistes  
ausführt (Apparat): hohle Kanäle stellen  
eine Verbindung zu den Ventrikeln her

Sitz der Seele ungeklärt, externalisiert  
**Geist getrennt von Körper**



Descartes, 1622)



## Sichtweise des Gehirn und seiner Funktionen

keine mathematischen Systematik/Gesetzmäßigkeit

keine Erklärungskraft empirischer Daten

## Hypothesenbildung (historisch)

Dampfmaschine/Hydraulik/Mechanik      Mitte 18.Jh. (Schraube locker)

Elektrik (Elektrizität/Transistoren)      Mitte 19.Jh. (es fehlt ne Birne)

## Hypothesenbildung in der „Neuzeit“

PC Technik

Gehirnfunktion als Computer

Informatik, Robotik → Biomechanik





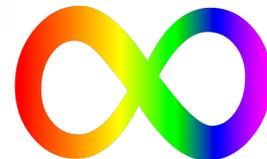
20 Jahre FH Erfurt

# Psychosomatik eine Feld der Hypothesenbildung

über den Zusammenhang von Psyche und Soma

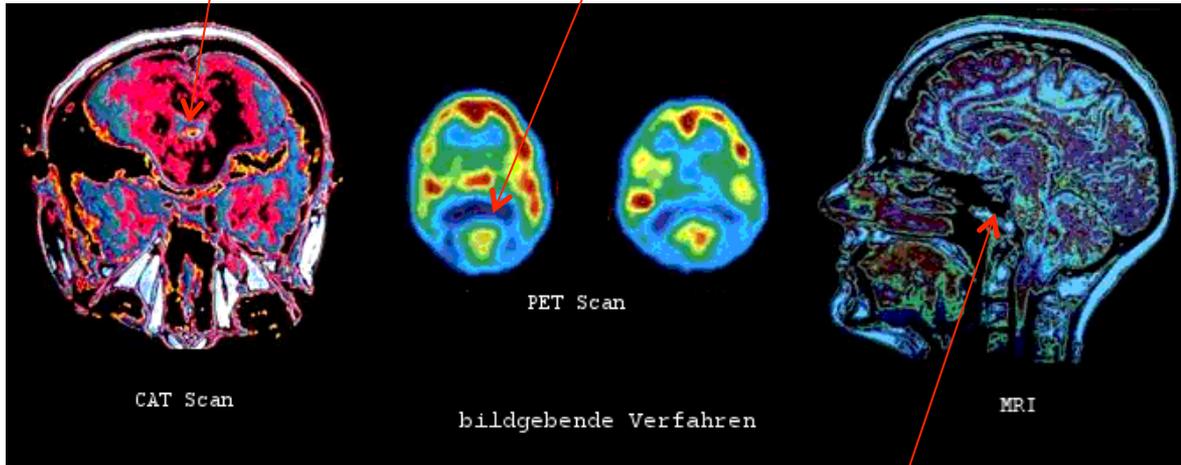
## Hypothesen Psychosomatik

- mehr oder weniger geschlossener Schaltkreis (Kybernetik)
- Informationsaustausch des Gehirns mit Schaltstellen/Organen des Körpers
- mehr oder weniger vorliegende Daten zu Psyche und/oder Soma



## Computertomographie (CT)

## Positron-Emissions-Tomographie (PET)

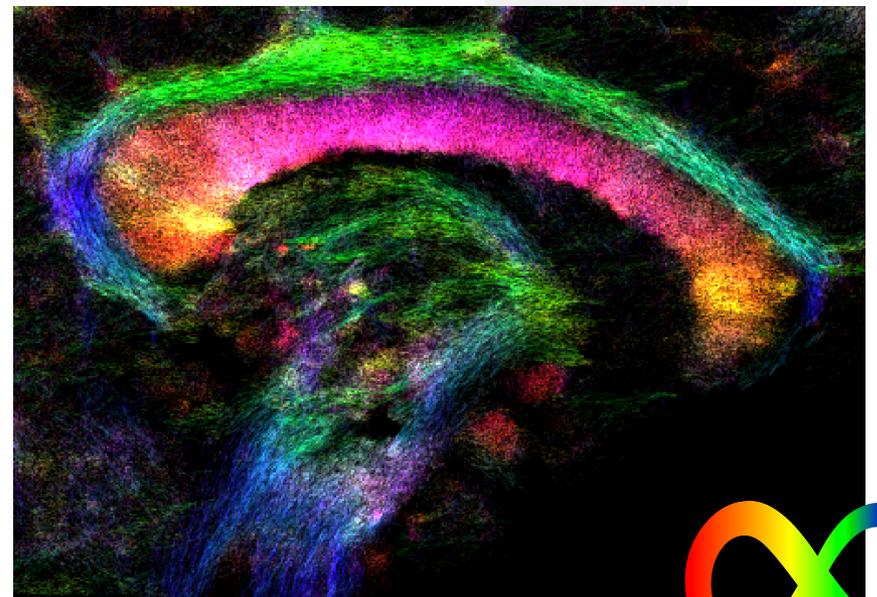
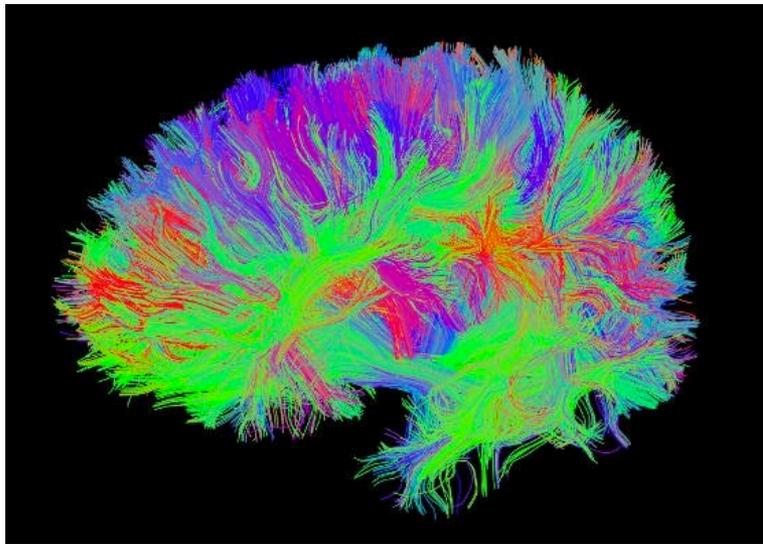
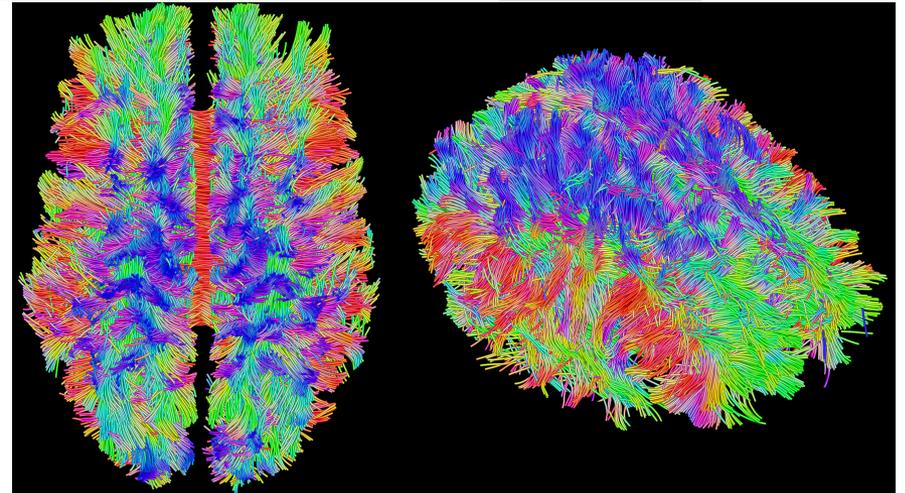


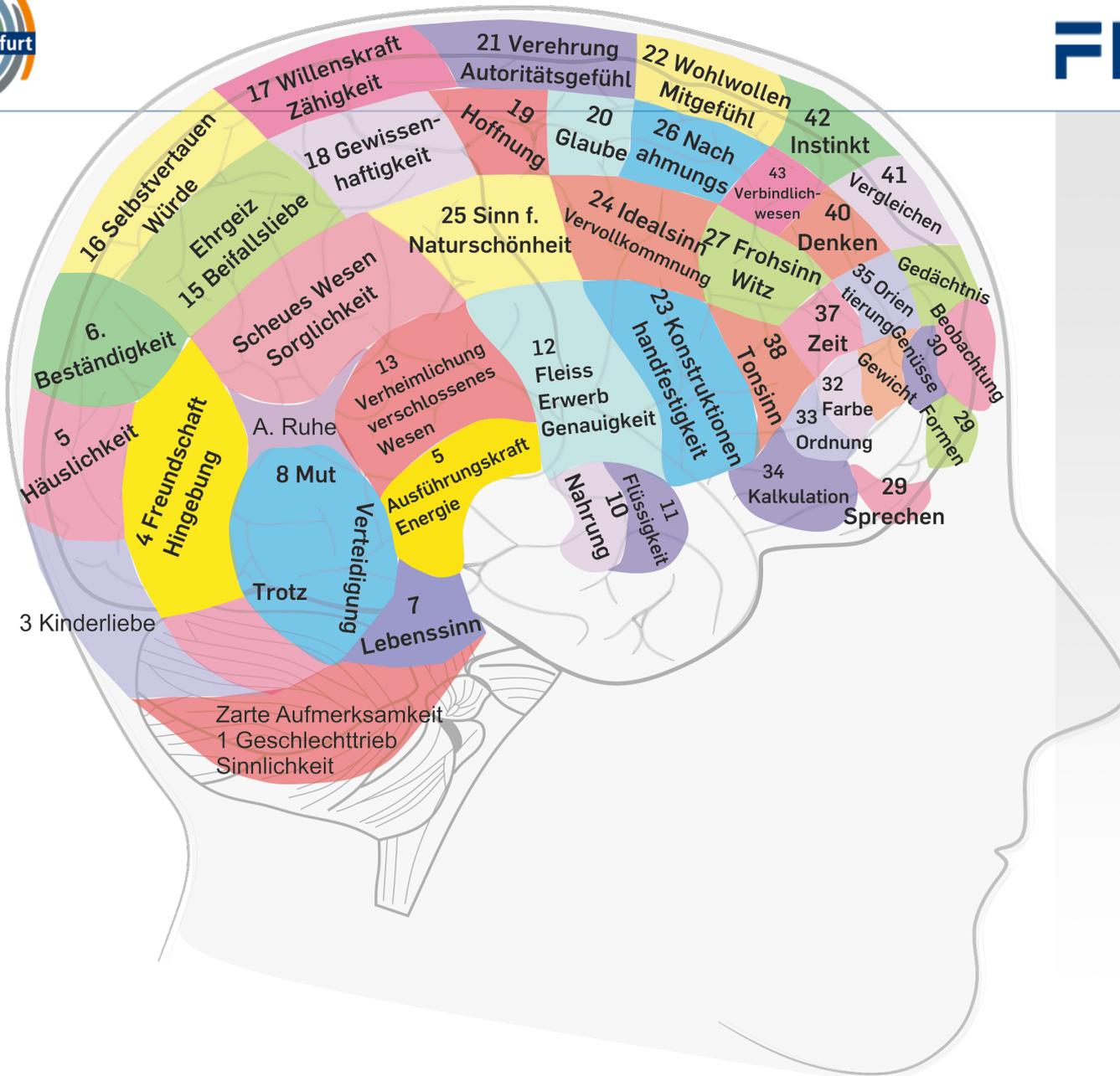
## funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT)

## Magnetenzephalografie (MEG)



diffusionsgewichteten  
Magnetresonanztomographie  
(dMRT)





## Ockhams Rasiermesser (Wilhelm von Ockham, 1288-1347) – **Prinzip der Sparsamkeit (lex parsimoniae)**

heuristisches Forschungsprinzip bei der Bildung von erklärenden Hypothesen und Theorien (die Kunst bei unvollständigem Wissen Theorien zu bilden)

- Von mehreren möglichen Erklärungen für ein und denselben Sachverhalt ist die einfachste Theorie allen anderen vorzuziehen
- Eine Theorie ist einfach, wenn sie möglichst wenige Variablen und Hypothesen enthält, und wenn diese in klaren logischen Beziehungen zueinander stehen, aus denen der zu erklärende Sachverhalt logisch folgt



Psychosomatik bedeutet, dass Körper und Seele zwei **untrennbar miteinander verbundene Aspekte** des Menschen sind, die nur aus methodischen Gründen oder zum besseren Verständnis unterschieden werden.

Dies bedingt **keine lineare Kausalität (kein Determinismus)** in dem Sinne, dass psychische Störungen körperliche Krankheiten verursachen.

Solches würde zu einem Dualismus führen, bei dem es Krankheiten mit psychischer Genese und Krankheiten mit somatischer Genese gibt.

Ein einheitliches Modell für die Wechselwirkungen zwischen Körper, psychischen Prozessen und Umwelt existiert nicht.

Meist werden **Teilaspekte** beschrieben, die von **unterschiedlichen Theorien** aufgenommen werden.



## philosophisch-anthropologischen Ansätze

- Ludolf von Krehl: „Einheit der Persönlichkeit“
- Viktor von Weizsäcker: „Einführung des Subjekts in die Heilkunde“
- Wolfgang Jacob: „Kranksein und Krankheit“
- Medard Boss: „Daseinsanalyse“

## psychobiologisch-psychophysiologische Ansätze

- Flanders Dunbar & Walter Cannon: „Affekte als Auslöser vegetativer Veränderungen“
- Iwan Petrowitsch Pawlow: „Bedingte Reflexe“
- Hans Selye: „Psychophysiologisches Stressmodell“



## Psychophysiologie (Psychoneuroendokrinologie und Psychoneuroimmunologie) und Systemtheorie

- Thure von Uexküll: „Dynamisches bio-psycho-soziales Modell“
- Herbert Weiner: „Integratives (salutogenetisches) Modell von Gesundheit, Krankheit und Kranksein“
- George L. Engel: „biopsychosoziales Modell“
- Pierre Janet: Hysterieforschung



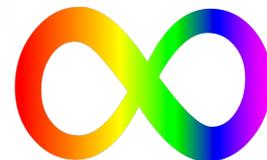
## Tiefenpsychologisch-Psychoanalyse (1923)

Georg Groddeck – der „Wilde Analytiker“

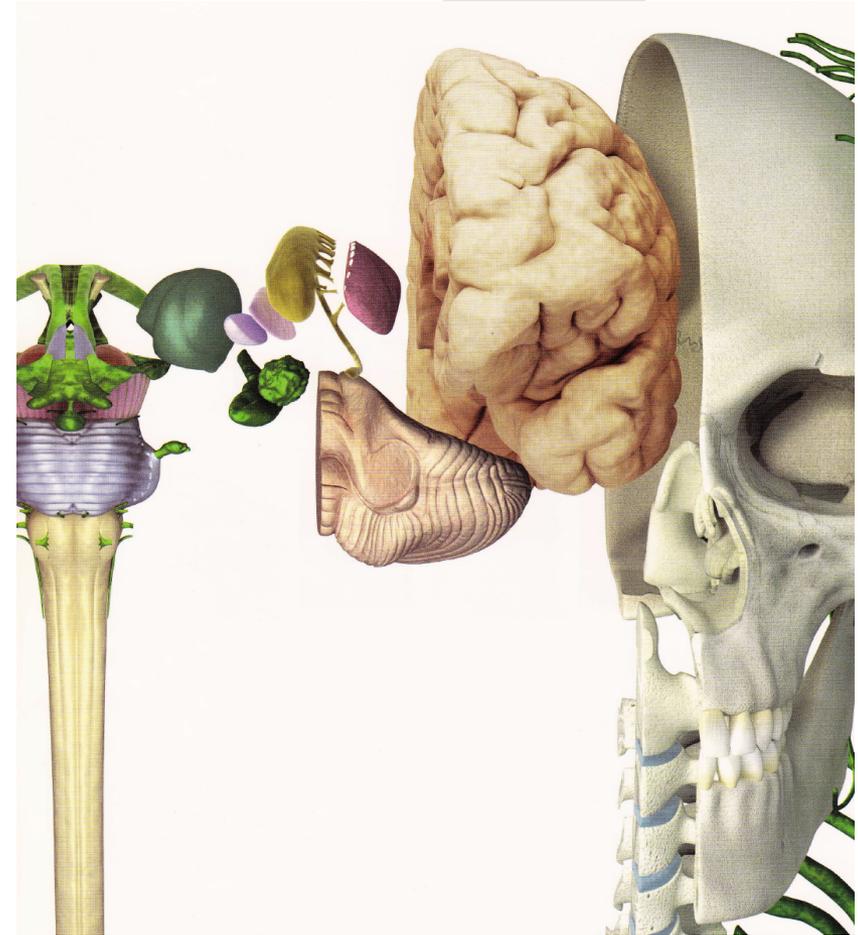
„Lockerungen von Seelenverkrampfungen“

„Buch vom Es“

**physische Symptome von Krankheiten als Symbole**, mit denen sich die von der öffentlichen Moral verdrängte und unterdrückte Macht des Lebens, das Es, Ausdruck verschafft



**„Grundverständnis“  
der  
Psychosomatik  
(Das Handwerk)**



**Johann Christian August Heinroth (1773–1843)**

**„Psychiker“ (1818)**

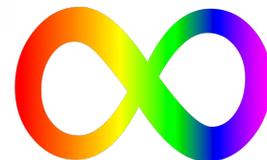
„... Krankheitsgeschehen in seinen psychischen, somatischen und lebensgeschichtlichen Gesamtzusammenhängen zu verstehen...“

mittelalterlichen religiös geprägtes Krankheitskonzept

jede „Seelenstörung“

sei der Abfall von Gott und der „heiligen Vernunft“

das Böse und Teuflische schlechthin



Hippokrates (400-370 n.Ch.)

Krankheiten entwickeln sich aus den täglichen Sünden wider der Natur (Völlerei und Müßiggang)

Mönchsmedizin des **Mittelalters** (6.- 15. Jh. n.Ch.)

Epidemien: Pest, Cholera, Pocken - als **Strafe Gottes für Sünden**

Sünden (klassischen Theologie) Folge von sieben **schlechten Charaktereigenschaften** (Euagrius Pontikos Ende des 4. Jh. erstmals kategorisiert, „Hauptlaster“ Mittelalter Hieronymus Bosch 1450-1516 unter Akronym Saligia zusammengefasst)

→ **Dämonen zugeordnet**

Superbia - Hochmut (Eitelkeit, Stolz, Übermut) → **Luzifer**

Avaritia - Geiz (Habgier) → **Mammon**

Luxuria - Wollust (Ausschweifung, Genusssucht, Begehren) → **Asmodeus**

Ira - Zorn (Wut, Rachsucht) → **Satan**

Gula - Völlerei (Gefräßigkeit, Maßlosigkeit, Selbstsucht) → **Belzebub**

Invidia - Neid (Eifersucht, Missgunst) → **Levithian**

Acedia - Faulheit (Feigheit, Ignoranz, Trägheit des Herzens) → **Belphegor**

**psychologische Faktoren** spielen eine bedeutsame Rolle bei der **Entstehung** (Ätiologie) und **Aufrechterhaltung** (Psychopathogenese) von **pathophysiologischen Prozessen** bzw. **Organpathologie**



psychosomatische Erkrankungen  
Psychosomatosen



Funktionelle Störungen  
(somatoforme Störungen)

Variante: somatopsychische Faktoren: eher in der Onkologie





Franz Alexander (1950) – Begründer der Psychosomatik in Deutschland

klassische Katalog von psychosomatischen Erkrankungen

## Psychosomatose

(einige davon in ihrem psychischen Anteil widerlegt)

- **Ulcus pepticum: Ulcus ventriculi** (Magengeschwür) **Ulcus duodeni** (Zwölffingerdarmgeschwür)
- **Asthma bronchiale**
- **Rheumatoide Arthritis** (Chronische Polyarthritis)
- **Neurodermitis** (Hauterkrankung)
- **Essentielle Hypertonie** (Bluthochdruck)
- **Hyperthyreose** (Schilddrüsenüberfunktion)
- **Colitis ulcerosa, Morbus Crohn** (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen)
- **Migräne (8)**



Psychosomatosen unter Annahme einer Psychodynamik

frühe Kindheit als Charakterverursachend

Charaktereigenschaften

Formen der Aggressionshemmungen

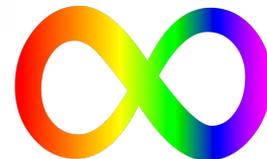
Symbiotische Beziehungen

Überanpassung

Leistungsorientierung

Bindungstheorie: unsicher vermeidende Bindungsorganisation

Charakterkunde (?) – Stresstyp A Managerkrankheit



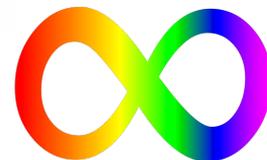
## Störungen ohne organischen Befund (Klassifikation nach ICD-10)

- F45.0 Somatisierungsstörung
- F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
- F45.2 Hypochondrische Störung
- F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
- F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F45.8 Sonstige somatoforme Störungen
- F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

## ICD 10

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.

Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

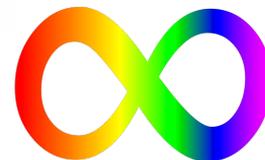


Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen.

Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können.

Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen.

Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden.



Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, **als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs**, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems.

Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen.

Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf **objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation** beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung.

Die zweite Gruppe beinhaltet **subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur**, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.



# Klassische Psychosomatische Konzepte und Anwendung auf das Kindesalter

**Wie werden psychische Phänomene „verkörperlicht“?**

**Welche psychischen Phänomene führen zur Auslösung von Psychosomatischen Krankheiten bei Kindern?**

## 1. Klassische Psychoanalyse

### 1.1 Konversionsmodell (Freud)

Übertragung von Affekten auf Organe durch „Umwendung/Umkehr“

Konflikt- (Abwehr-) mechanismen: neben u.a. Verdrängung,  
Regression auch Konversion → Konversionssymptome

### Konzept der Hysterie

aktuell eher sogenannte **dissoziative „Körperstörungen“**

Bewegungsstörung

Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

psychogene Faktoren im Vordergrund:

rein spekulative (nicht physiologisch begründete) Theorie

## 1.2 Modell krankheitsspezifischer Konflikte (Alexander)

PA-Modell unbewusster emotionaler Konflikte (Blockade von **Bedürfnisbefriedigung**) und deren „funktionelle Ableitung“

Zusammenhang Psyche und Physiologie:

Art der vegetative Reaktionsweisen sind abhängig von unbewussten Konflikte und deren „innerer Verarbeitung“

Zusammenhang zum „Autonomen Nervensystem“ Nervus vagus (X. Hirnnerv) – Sympathicus/Parasympathicus - neuroendokrine

Steuerung

Alexander differenziert Symptome in zwei „Untersysteme“

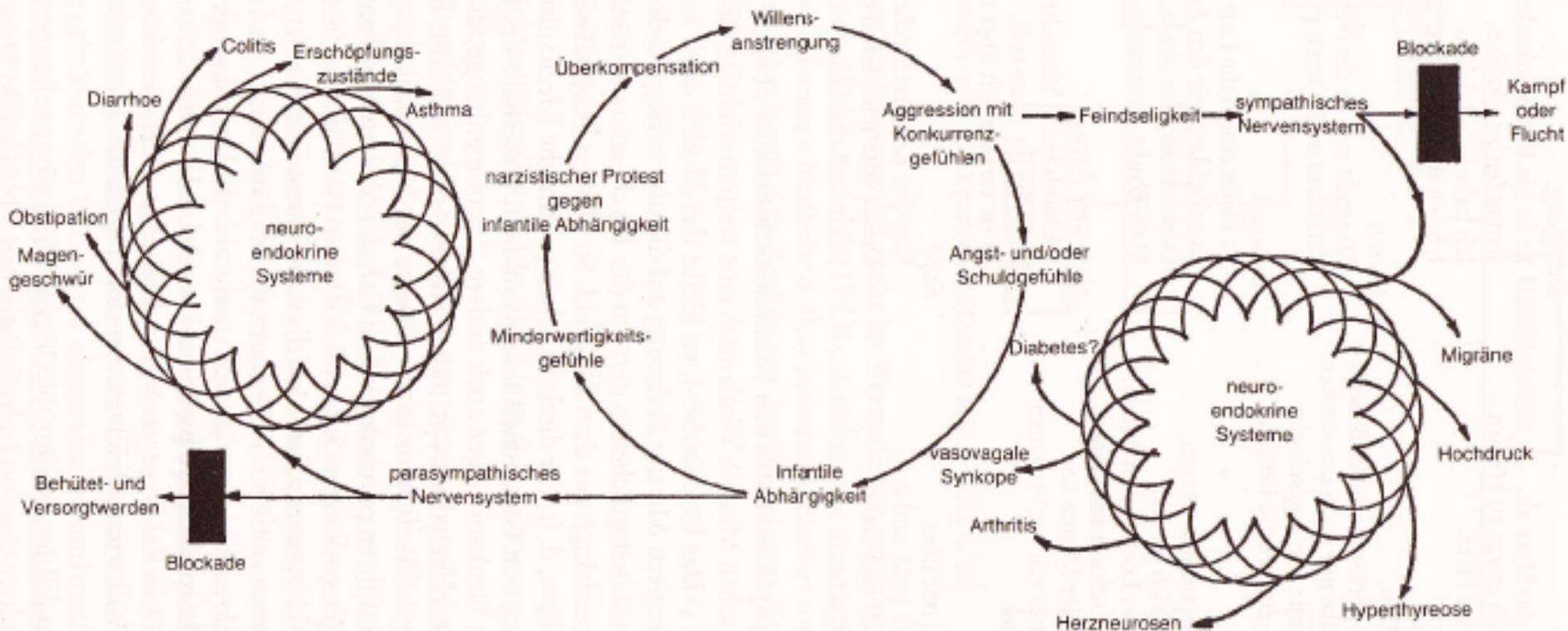


Abb.: Trabert & Waller, S. 21

## 2. Alexithymie-Konzept

Alexithymie („Gefühlsblindheit“), Nemiah (1918-2009) und Sifneos (1920-2008)

Kunstwort (aus dem griech.): lexi... Rede/Wort

thymos... Gefühl/Gemüt

„Kein Wort für Gefühl“/ Lexi.... eher auch mit dem Lesen in Verbindung gemeint (Dyslexie), insofern: „Unfähigkeit Gefühle zu lesen“

emotional Awareness (Bewusstsein/Wahrnehmung)

Zusammenhang von Persönlichkeit und somatischer Reaktion

Stressoren (subjektiv) führen zu immer gleichen Reaktionen  
(Seyle, Cannon & Wolf-1953, Engel 1962 !) → Stressreaktionen

neurophysiologisches Stress-Modell

1. Alarmstadium
2. Abwehrstadium
3. Erschöpfungsstadium

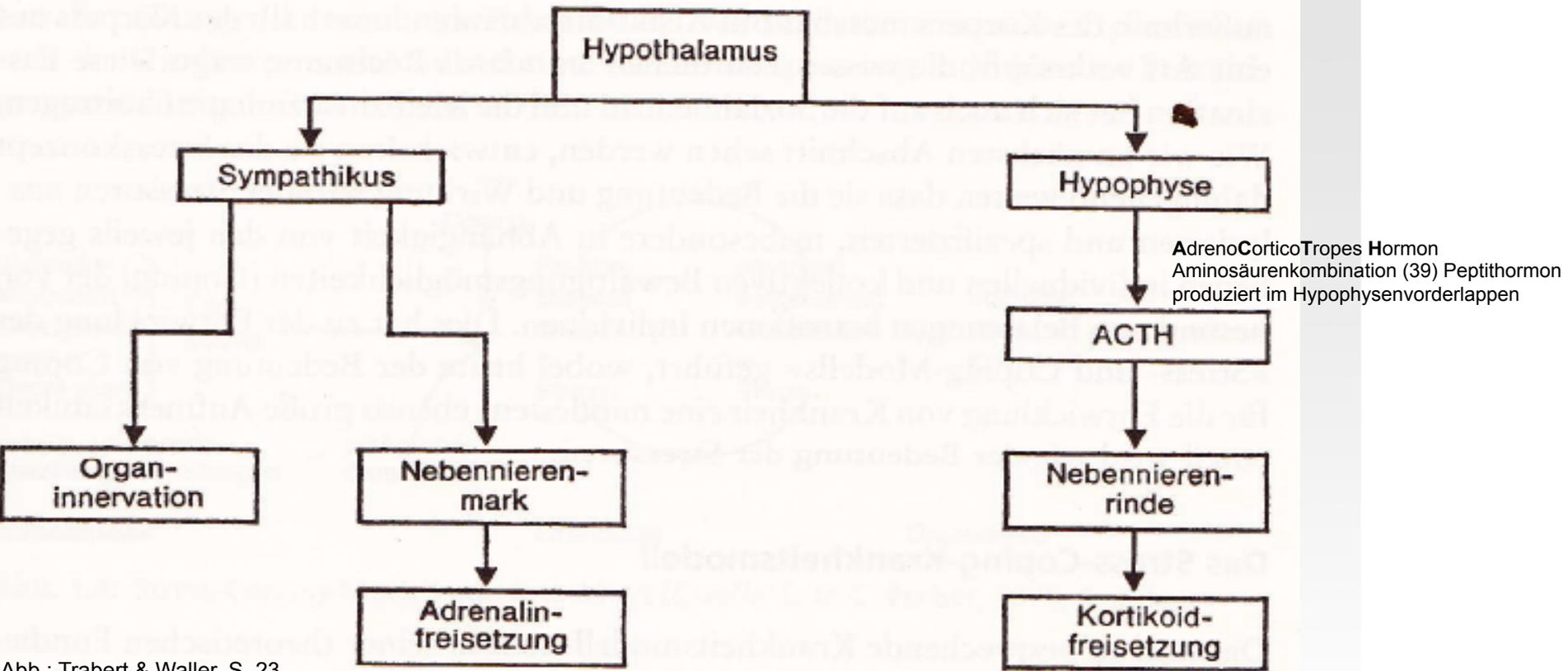
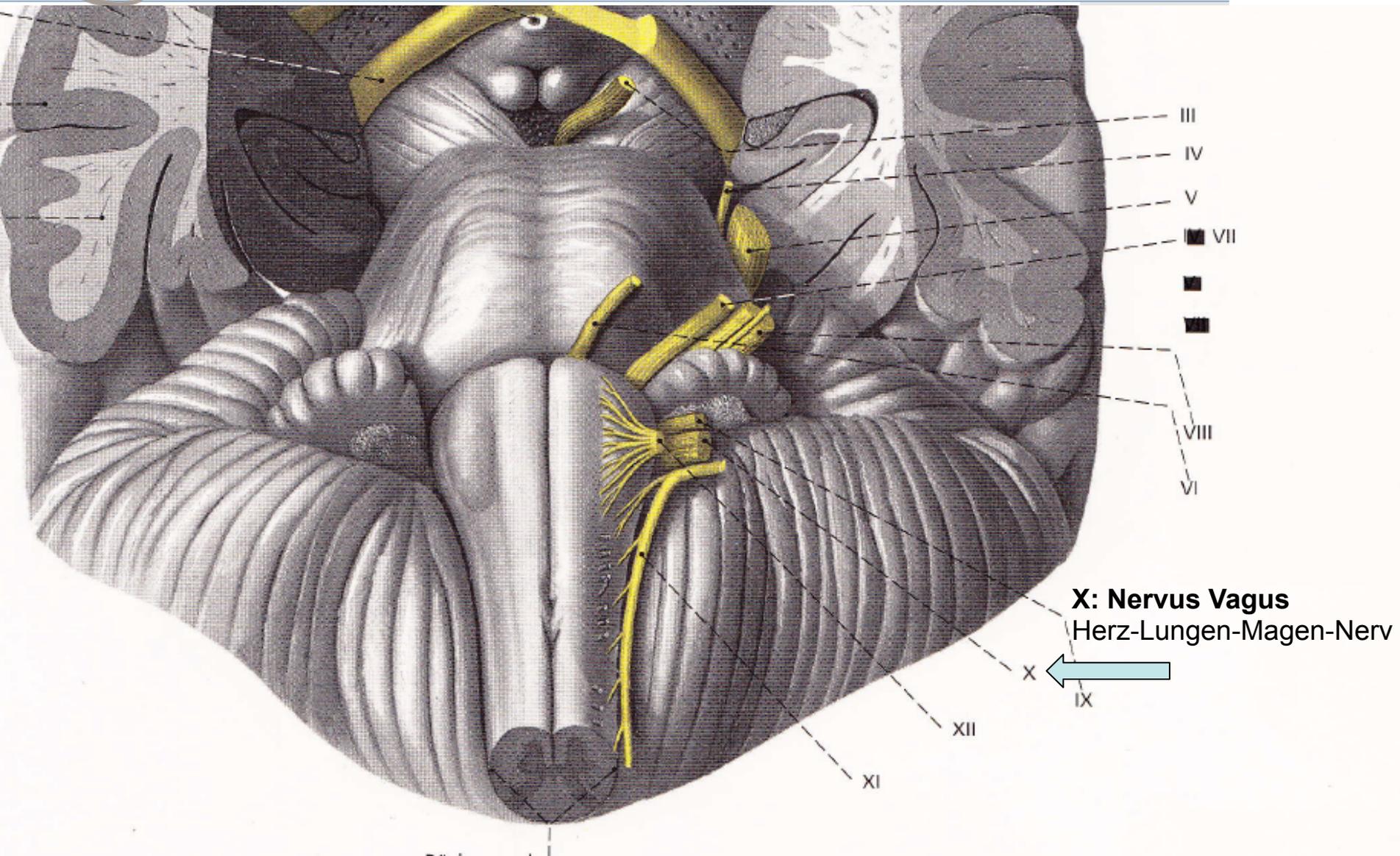
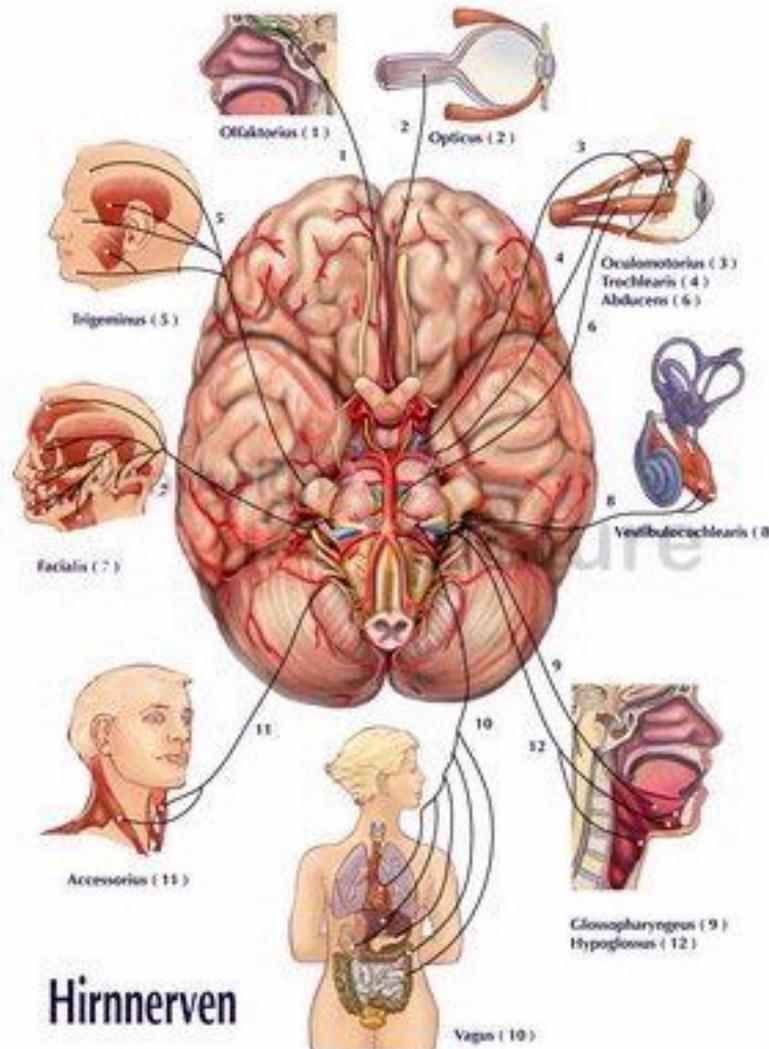


Abb.: Trabert & Waller, S. 23

zum Beispiel  
psychosozialer Stress  
und Herzerkrankungen

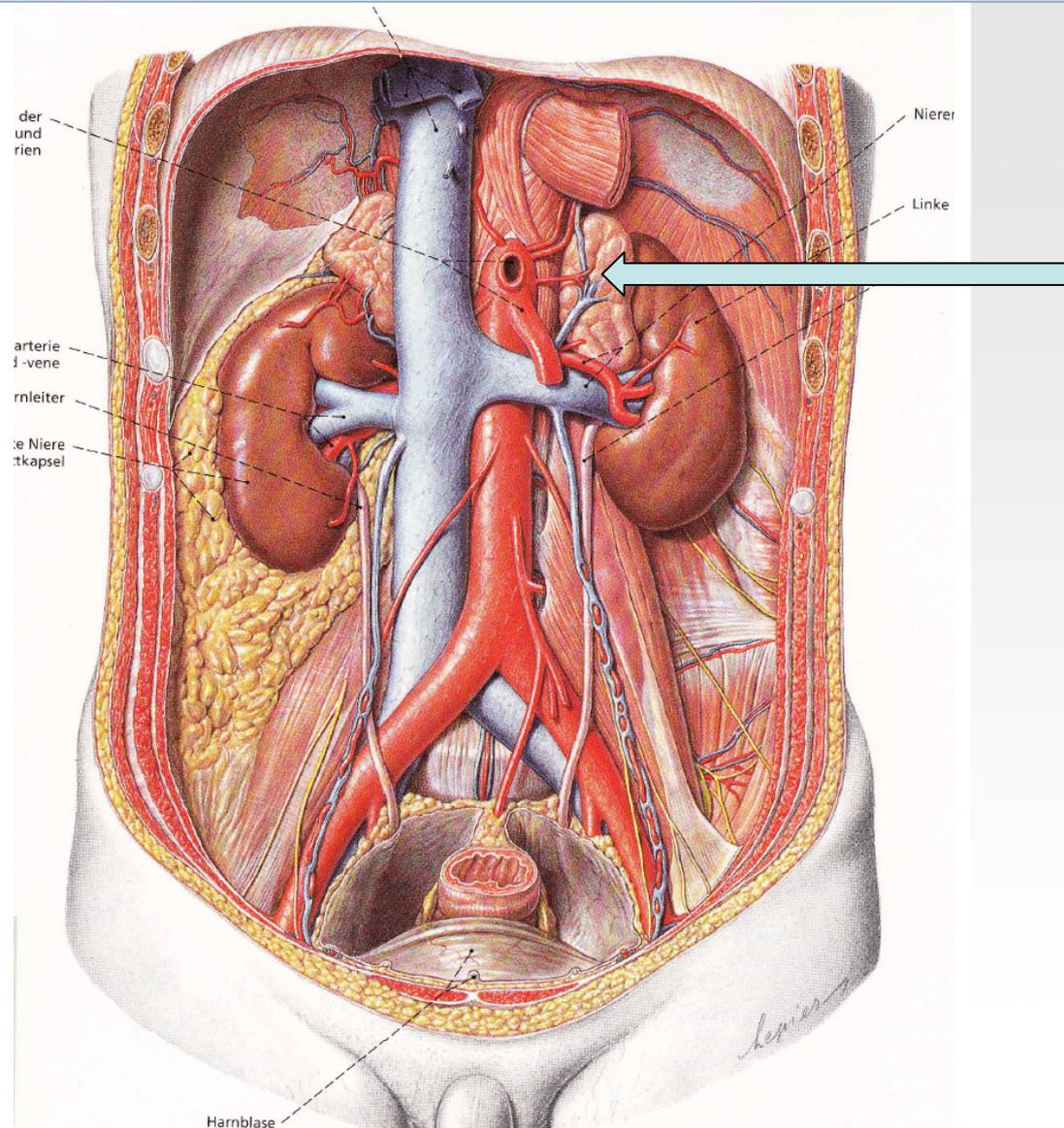
Zusammenhang zum Immunsystem  
CA-Erkrankungen (?)  
Diabetes  
psychosomatische Krankheiten im engeren Sinn





## Hirnnerven

© medicalpicture no: 50850



NN

Caplan, 1974 (mehr individuelle Ebene/Krisenmodell) → a.

Bandura, 1981 (mehr die psychosoziale Ebene) → b.

Lazarus, 1974 (mehr die Bewertungsebene von Anforderungen, transaktionelles Stressmodell)

→ „Herr der Lage zu sein“ (Bandura: **Selbstwirksamkeit**)

engl., to cope with: „bewältigen“, „überwinden“)

## Bewältigungsverhalten

Entstehung von Stress  
oder adäquatem  
Coping nach  
Lazarus 1974



Kann ich mit meinen Ressourcen diesen Stressor bewältigen ?



### Definition von Stress (Cannon, 1914):

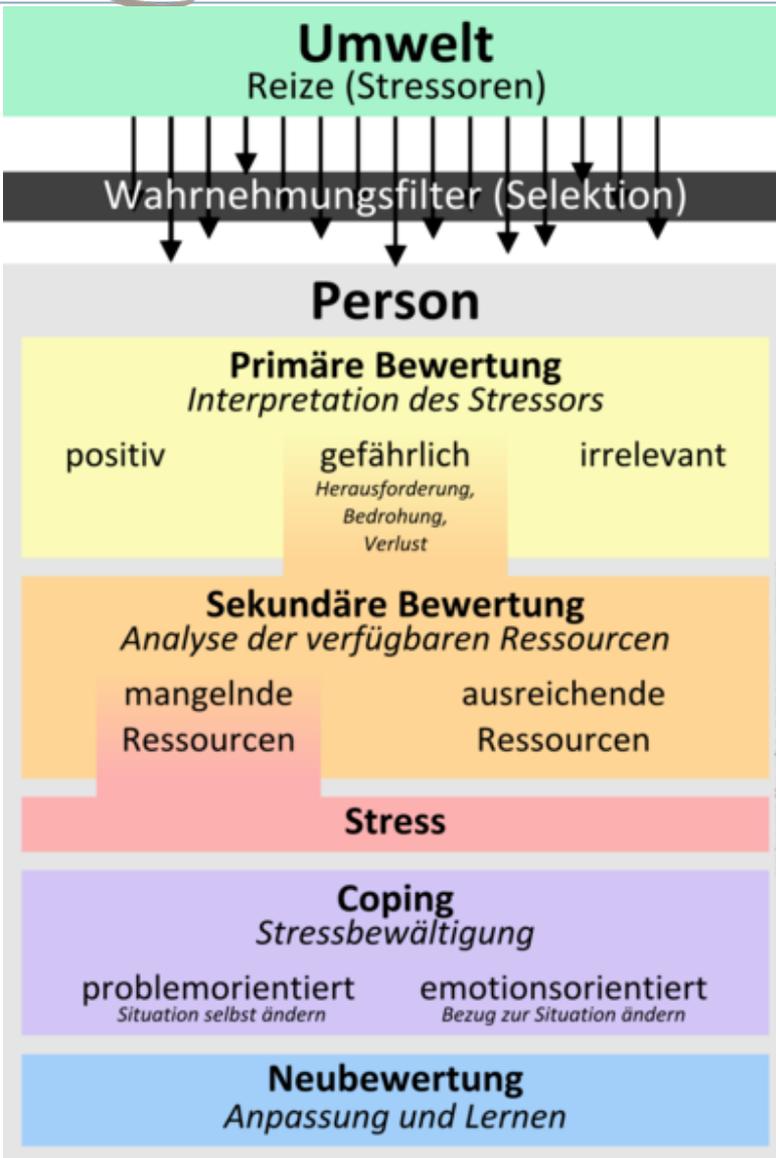
engl. „Druck“ lat.: stringere „anspannen“  
**äußere und/oder innere Reizkonstellationen**,  
welche psychische und physische Reaktionen  
auslösen

evolutionäre Bedeutung (Todstellreflex/Flucht/Angriff)  
Noradrenalin anregendes Hormon  
Serotonin hemmendes Hormon

kognitive Wende der Stressforschung (Lazarus)  
„Appraisal“ → Bewertung („Dysstress“, „Eustress“)  
in Abhängigkeit von subjektiven Ressourcen

Bewältigungserleben/Kontrollerleben

**subjektive Bedeutsamkeit einer Reizsituation**



primary Appraisal

secondary Appraisal

Reappraisal

„Wechselspiel“

**intrapsychische Stressoren: Vulnerabilität**

**extrapsychische Stressoren:** Belastung durch Familienkonstellationen  
(Streit, Trennung, Lebenskrisen aus Belastung) – **Entwicklungsaufgaben**

Belastung durch sozialen Status (Armut,

Benachteiligung)

**individuelle Copingmechanismen:** individuelle Fähigkeiten und Strategien  
der Problemlösung (Resilienz) - innere Schutzfaktoren

**Kollektive Copingmechanismen:** ausreichende Unterstützung in positiven  
primären (Familie, primäre Sozialisation) und sekundären  
(Kindertageseinrichtung, Schule, sekundäre Sozialisation) sozialen  
Beziehungen

Biologische Vulnerabilität einer sich  
**entwickelnden** Persönlichkeitsorganisation

soziale Belastungsfaktoren (Stressoren) – mangelnde Unterstützung, Feinfühligkeit, Trennung  
biologische (infektiöse, biochemische, hormonale) Belastungsfaktoren  
psychische Belastungsfaktoren (emotionale Konflikte)  
Konstitutionell Besonderheiten (personelle Disposition, Temperament)

**Dysfunktionale Prozesse im bio-psycho-sozialen System**  
**Anpassungsüberforderung**

**Körperliche Reaktion**  
**psychisch Reaktion**

**psychosomatische Krankheit**  
**welches Organsystem ?**  
**Ort des geringsten Widerstandes**  
**biologische Disposition**

**Familienfunktion der Symptomatik**

**Reaktion der Familie**

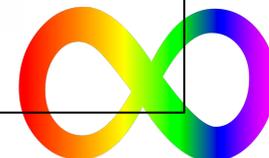
**Reaktion und Verarbeitung durch die soziale Umwelt**

**Unterstützung (Jugendamt, Schule, Beratungsstellen)**

**Situationsmanagement**

**personelle Disposition**

.....



## Unspezifität der Symptome (Krankheiten)

**Äquifinalität:** Trotz **verschiedener Rand- und Entwicklungsbedingungen**, d.h. trotz unterschiedlicher Sozialisations- bzw. Familienbedingungen (primäre Sozialisationsinstanz) können ähnliche Prozesse der Reifung zu **vergleichbaren Endergebnissen der Entwicklung (Störung)** führen.

**Äquikausalität:** Vergleichbare Risikofaktoren der Entwicklung (Sozialisations- bzw. Familienbedingungen) führen unter gleichen Rand- und Entwicklungsbedingungen zu unterschiedlichen Prozessen der Reifung und differentiellen Endergebnissen der Entwicklung (Störung).



# Was sind Stressoren in der Kindlichen Entwicklung

**Entwicklungsaspekt**



## 1. Individuelle Dispositionen

**individuelle Entwicklungsbesonderheiten**

**Krankheiten - insbesondere solche, welche sich auf die  
Entwicklung auswirken**

ist die am Durchschnitt der Altersgruppe gemessene **verzögerte oder gestörte psychische und physische Entwicklung**

(statistisches) Merkmale der Entwicklung:

Körpergröße und Intelligenz sind in den meisten Populationen normalverteilt, das heißt, 97 % einer Bevölkerung weisen Größen und Intelligenzquotienten auf, die innerhalb von zwei Standardabweichungen dieser Verteilung liegen

Definitionsgemäß liegt eine Entwicklungsstörung vor, wenn ein Merkmal körperlicher oder geistiger Entwicklung unterhalb einer Standardabweichung der Verteilung in einer Altersgruppe liegt

**Entwicklungsverzögerung meist im Sinne des „Wieder-Aufholens“ einer Funktionsabweichung (nach unten)**

**Retardierung meist verwandt im Sinne von:**  
angeborene Entwicklungsstörungen  
erworbene Entwicklungsstörungen  
**i.S. eines anhaltenden Zurückbleibens**



Regression (lat.: regredi „umkehren, zurückgehen“) ist eigentlich in diesem Kontext **eine falsche Bezeichnung**, sie meint eher dass ein Zustand auf einen vorherigen zurückgeführt wird (Rett-Syndrom oder Regression in der Psychoanalyse)

für neurodiverse Entwicklung gibt es vielfältige Verläufe nicht nur die Regression

Bezeichnet individuelle **Entwicklungspfade**, bei denen die Funktionsentwicklung von einem normypischen Verlauf abweicht



Funktionsentwicklungen (zum Beispiel Sprache, Motorik, Kognition....) scheinen im gleichen Verständnis normtypischer Entwicklungspfade dem Alter/Fähigkeits-Spektrum (Kompetenzspektrums) progressiv (**besser** als die Alters- und Geschlechtsnorm)

Spezialfall der Entwicklungsprogression:

**Hochbegabte und talentierte** Kinder sind jene von berufsmäßig qualifizierten Personen identifizierten Kinder, die aufgrund außergewöhnlicher Fähigkeiten hohe Leistungen zu erbringen vermögen.“ (Marland-Report, Erziehungsministerium USA)

Bei der intellektuellen Begabung ist Hochbegabung als besonders hohe Ausprägung von Intelligenz, als herausragende Denk- und Problemlösungsfähigkeit anzusehen.“ (DGhK)



## Qualität der Verhaltensregulation (Temperament oder cerebrale Entwicklungsbesonderheit)

### Hypersensitiv

Säuglinge und Kleinkinder, die auf mehrere und verschiedene Außeneinflüsse und Stimuli überreaktiv oder hypersensibel reagieren und eine Reihe von charakteristischen Verhaltensmustern zeigen.

Zwei Muster sind charakteristisch: ängstlich und vorsichtig oder negativ und abweisend.

### Unterreaktiv

Säuglinge und Kleinkinder, die auf verschiedene Stimuli unterreaktiv sind, können eines der zwei charakteristischen Muster ausweisen: (1) zurückgezogen und schwer zu begeistern oder (2) auf sich konzentriert, wobei sie meist „nach ihrer eigenen Pfeife zu tanzen“ scheinen.

### Impulsiv, motorisch desorganisiert

Kinder mit diesem Muster weisen schlechte Verhaltenskontrolle und ein Bedürfnis nach verstärkten, sensorischen Inputs auf. Manche Kinder erscheinen aggressiv und furchtlos. Andere sind nur impulsiv und desorganisiert.



## 2. soziale Dispositionen

**Wenn Grundbedürfnisse ("irreducible needs" = nicht ableitbare, unabdingbare Bedürfnisse) nicht altersangemessen befriedigt werden**

- beständige liebevolle Beziehungen
- körperliche Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
- Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind
- entwicklungsgerechte Erfahrungen
- Grenzen und Strukturen
- stabile, unterstützende Gemeinschaften
- kulturelle Kontinuität

Grundbedürfnisse von Kindern  
Brazelton & Greenspan (2002)





20 Jahre FH Erfurt

# Entwicklungsaufgaben im Kindesalter

Säuglingsalter/Kleinkindalter (bis 3. Lebensjahr)

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)

mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr)

späte Kindheit (11.–14. Lebensjahr)

Bindungsregulation

Nahrung

Sauberkeit

Transition (Kinderkrippe, Kindertageseinrichtung, Schule)

Schulische Leistungsanforderungen

Peerbeziehungen/Eltern/Familienbeziehungen

Präpubertät



## familiale Einflüsse als Risikofaktoren (Reinhertz, 2000; Dodgen & Shea, 2000)

### Boszormenyi-Nagi & Spark (1973): „**undifferenzierte Familien-Ich-Masse**“

- a. antisoziales Verhalten und eine geringe Konventionalität  
kein Strukturierungseinfluss + keine emotionale Unterstützung  
(Erziehungsstil: Inkonsequenz, Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Kälte)

ODER/UND

- b. symbiotische Bindung (hohes Maß an Ängsten, geringes Selbstwirksamkeitserleben)  
(Erziehungsstil: Überprotektion, Überforderung der Rolle)

## familiale Einflüsse als Risikofaktoren (Reinhertz, 2000; Dodgen & Shea, 2000)

- ❖ familiäre Gewalt (auch in Zeugenschaft)
- ❖ sexueller Missbrauch
- ❖ mehrgenerational gestörte Familienverhältnisse
- ❖ psychische Krankheit eines Familienmitgliedes (Bezugsperson)
- ❖ Familienbelastung (Tod, Trennung)
- ❖ soziale Herkunft (Armut, Bildungszugang)

Kommunikation betrifft unmittelbar die

- Familienstruktur
- Beziehungen der Mitglieder zueinander
- wirkt sich auf die Befindlichkeit und Entwicklung eines jeden Familienmitgliedes aus

**Störung der Entwicklung des Urvertrauens**(Kilpatrick, 2000; Lachner & Wittchen, 1995)

- fehlende Wärme
- inadäquate Eltern-Kind-Bindung
- Mangel an Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen
- Mangel an „Containment“ bzw. Responsivität
- Vermittlung von Entwertung und Schuld, Androhung von trennung/  
Suizid



## Überinvolviert

Die Beziehung ist durch übermäßige und / oder seelische Verbundenheit charakterisiert.

## Unterinvolviert

Die Beziehung ist von sporadischer oder mangelnder echter Verbundenheit mit dem Kind charakterisiert; was sich oft in mangelnder Sorge oder geringer Qualität der Pflege widerspiegelt.

## Ängstlich-gespannt

Diese Beziehung ist von Interaktionen charakterisiert, die gespannt und eingeschränkt sind und wenig entspannten Genuss und Gegenseitigkeit aufweisen. Die Beziehung wirkt auf den Beobachter ängstlich-gespannt.

## Zornig-feindselig

Diese Beziehung ist von Eltern-Kind-Interaktionen charakterisiert, die lieblos und böse, unvorhersehbar sind und denen es oft an emotionaler Wechselseitigkeit fehlt. Die Beziehung wirkt zornig-feindselig.



## Missbrauchende Beziehungsstörung

Der Missbrauch kann verbal, körperlich und/oder sexuell sein, unklare Grenzen

### Körperlich missbrauchend

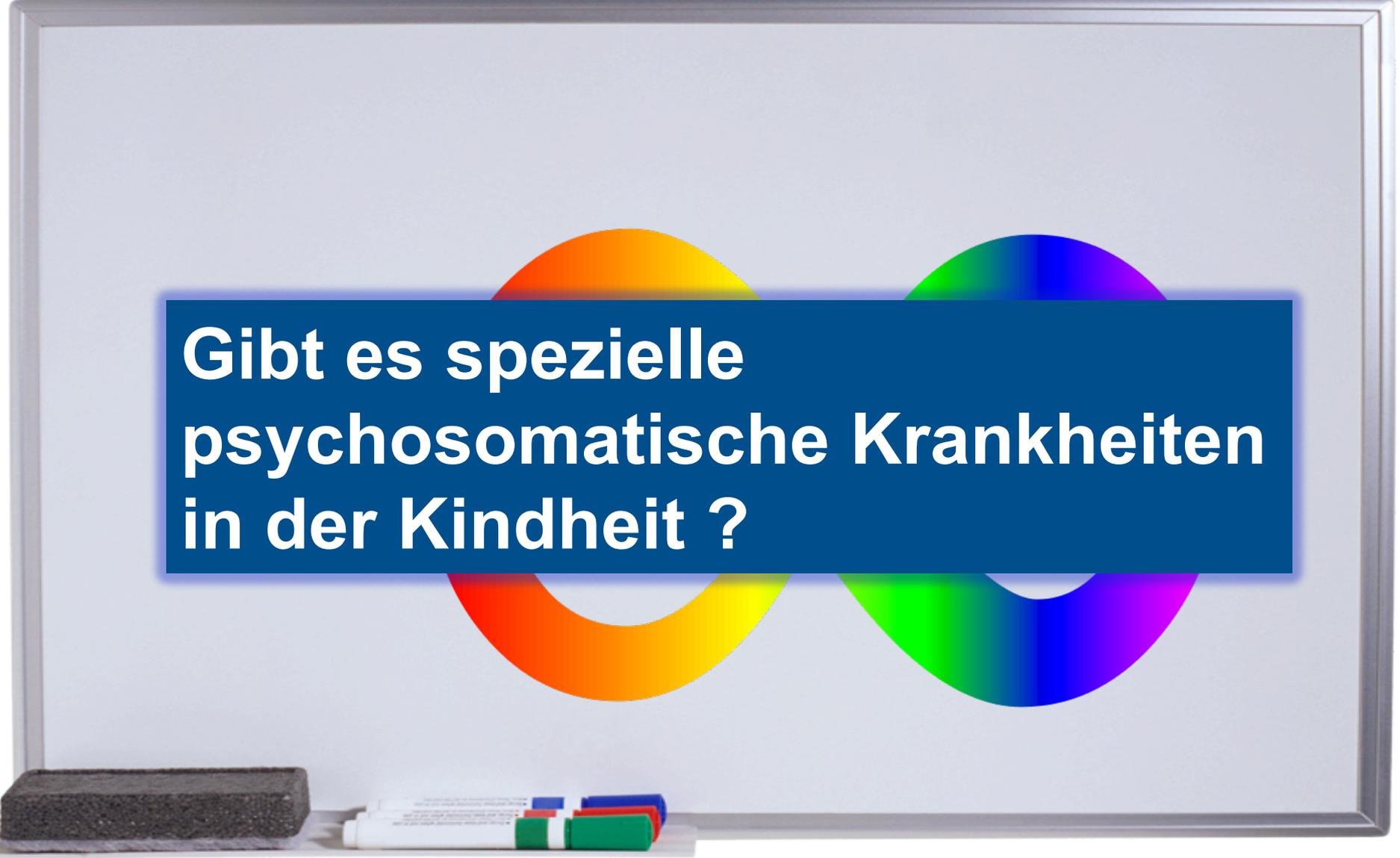
Elternteil verletzt das Baby oder Kind körperlich.

Elternteil verweigert dem Baby oder dem Kind regelmäßig elementare Dinge zum Leben (z. B. Essen, medizinische Hilfe).

### Sexuell missbrauchend

Die Beachtung körperlicher Grenzen des Kindes fehlt und es besteht eine unangemessene und sexualisierte Zudringlichkeit.





**Gibt es spezielle  
psychosomatische Krankheiten  
in der Kindheit ?**

multidimensionalen Verständnis von Ursachen (bio-psycho-  
sozial) — Franz Petermann (Hrsg.).(2000).Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie

Säuglingsalter/Kleinkindalter (bis 3. Lebensjahr)

Gedeih- und Fütterstörungen

Psychosozialer Minderwuchs

**Deprivationsstörungen**

Überregulierende Babys

**Regulationsstörungen**

Säuglingsalter/Kleinkindalter (bis 3. Lebensjahr)

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)

Tics- und Stereotype Bewegungen



frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)

mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr) →

Appetitsstörungen des Kindesalters

Adipositas

mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr)

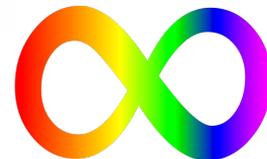
späte Kindheit (11.–14. Lebensjahr) →

Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr) →

Enuresis, Enkopresis



Säuglingsalter/Kleinkindalter (bis 3. Lebensjahr)

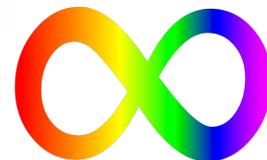
Schlafstörungen

Hypo-/Hypersomnie

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)

Parasomnie (im Schlaf auftretende unangemessene  
Verhaltensauffälligkeiten, Pavor nocturnus

Bruxismus (Zähneknirschen)



mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr)

späte Kindheit (11.–14. Lebensjahr)→

dissoziative Störungen (Gangstörungen, psychogene Krämpfe.., Lähmungen) – Auftritt unter 1%

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)

mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr)→

somatoforme Störungen (zwischen 9-25% der Kinder aller Altersgruppen)

Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, hypochondrische Störungen, Miktionsstörungen

im Zusammenhang mit Ängsten (Schul-, Versagens-, Soziale Ängste



Säuglingsalter/Kleinkindalter (bis 3. Lebensjahr)

frühe Kindheit (4.–6. Lebensjahr)→

Asthma bronchiale (6.7% zwischen 3 und 17 Jahren)

mittlere Kindheit (7.–10. Lebensjahr)

späte Kindheit (11.–14. Lebensjahr)

ulcus pepticum (0.5-3.6 pro 100.000 Kinder)

colitis ulcerosa (Beginn zwischen 10 und 14 Jahren, nur 20%  
Remission, Mortalitätsrate 20%; keine Prävalenzzahlen)

atopische Dermatitis (2-3% aller Kinder, in 60% der Fälle Auftritt  
im ersten Lebensjahr, weitere 30% bis 5. Lebensjahr)

weitere atopische Krankheiten: Heuschnupfen, Nesselsucht

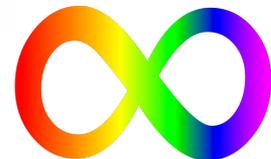


## Sicht der Dinge

Neurodiversität/  
Neurotypisch

Schutzfaktoren

Hilfen und Behandlung



**Medizinische Abklärung der Symptome (Krankheit) ist  
IMMER der erste Schritt (Gedanke) !!!!**

Erst dann kann man psychosoziale, psychodynamische  
Hypothesen bilden



kleinste Funktions (Hirnphysiologie)- und Struktureinheit  
(Hirnmorphologie) ist das Neuron

## Entwicklung des ZNS

Induktionsphase: Neuralplatte (3.-6. SSW)

Proliferationsphase: Vermehrung der NZ 2.-6. LM

Migrationsphase: Wanderung der NZ Ausbildung von Schicht-  
strukturen (3.-6. LM)

Organisationsphase: Netzwerkausbildung interneuronale Verbindung (ab 6. LM)

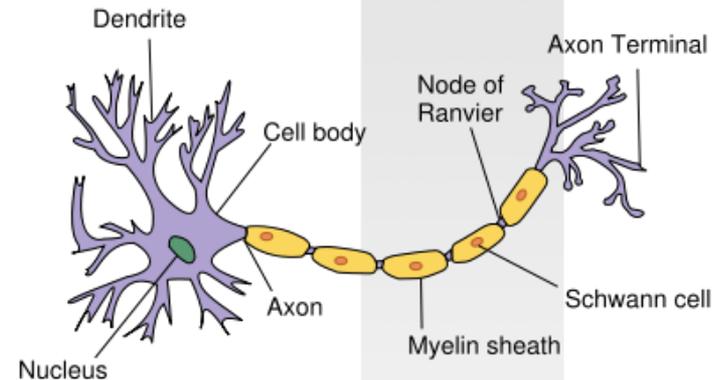
Myelinisation: Ausbildung der Markscheide (ab 4. LM bis Erwachsenenalter)

Lunarmonat (LM)

Mondmonat; ein Zeitraum von 28 Tagen, der u. a. zur Berechnung der Schwangerschaftsdauer verwendet wird.

Die Dauer der normal verlaufenden Schwangerschaft beträgt ausgehend vom ersten Tag der letzten Regel 280 Tage,

also zehn Lunarmonate oder ungefähr neun Kalendermonate. Auch der Rhythmus der Regelblutungen (28 Tage) wird durch den Lunarmonat beschrieben.



**Neuronale Plastizität:** das Ausmaß des seelischen Erlebens hat Einfluss auf die strukturelle Entwicklung und Ausgestaltung des Gehirns

Repräsentanzen als Ausdruck neuronaler Netzwerke:

→ Verhaltens- und Gedächtnisstrukturen

→ affektlogische Sinnstrukturen



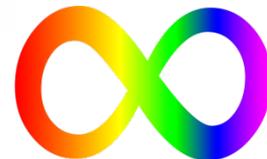
Basisneuronengruppen (Primäres Repertoire, angeboren)



Netzwerke durch Lernen (sekundäres Repertoire)

Gehirn keine (passive) Kamera mit Speicherkarte

sondern ein sich auf Erregungsniveaus (biochemisch,  
bioelektrisch) anpassendes System



Hypothesen zu neuronalen Entwicklungs- bzw. Funktionsverläufen, welche in gewisser Weise eine „Normalität“ zugrunde legen (**Neurotypie**)

Normative Kriterien zum Beispiel:

Funktionsstüchtigkeiten /Alter

Soziales Normverhalten

statistische Häufigkeit bzw. Erwartungswerte

„Abweichungen“ werden als **Neurodiversität** verstanden

**Früherkennung vs. Frühe Stigmatisierung**





# Psychosomatische Symptome als Ausdruck von Anpassung (Coping)

Wie andere (psychische) Symptome können auch psychosomatische Ausdruck eines **Anpassungsprozesses** des Kindes sein

Im Stressverständnis haben **psychosomatische Symptome immer eine Schutzfunktion !!** (vor psychosozialer, emotionaler Überlastung)

Psychosomatische Symptome auch ein Warnhinweis (?)  
(im Kontext der Kindeswohlgefährdung)



Symbolgehalt eines psychosomatischen Symptoms ist nicht zu unterschätzen (Hypothesenbildung jedoch begrenzt, siehe „Einleitung“) - im kausalen Verständnis zu den auslösenden und unterhaltenden psychogenen Faktoren spielt insbesondere im Kindesalter die familiäre Struktur immer eine wesentliche Rolle

## Kind als Symptom/Symbolträger der Familie

Systemischer Ansatz (außerklinisch) immer 1. Mittel der Wahl  
Kind und Familienentlastenden Maßnahmen im Rahmen des  
SGB VIII

ansonsten zwingend **Psychotherapie +  
medizinische Versorgung**





20 Jahre FH Erfurt

# Literaturvorschläge



Petermann, F. (Hrsg.).(2000). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. Göttingen. Hogrefe.

Kißgen, R.&Heinen, N. (Hrsg.). (2011). Familiäre Belastungen und frühe Kindheit. Stuttgart. Klett Cotta.

ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddlers and Families (Hrsg.). (1999). Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Wien. Springer.

Papousek, M. et al. (Hrsg.).(2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern. Huber.

Bode, H. et al. ( Hrsg.). (2014). Sozialpädiatrie in der Praxis. München. Urban & Fischer.



**Ich bedanke mich für Ihre  
Aufmerksamkeit**

**Praxisadresse**

**Prof. Dr. habil. Ronald Hofmann  
Fachpsychologe der Medizin  
Robert-Koch-Str. 18  
08340 Schwarzenberg**

Tel.: 0377422763

Internet: [www.psychotherapie-hofmann.com](http://www.psychotherapie-hofmann.com)

Mail: [office@psychotherapie-hofmann.com](mailto:office@psychotherapie-hofmann.com)