

# Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit psychoorganischem Syndrom

Autor(en): **Züblin, Walter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie**

Band (Jahr): - **(1979)**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1050995>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit psychoorganischem Syndrom

Walter Züblin

Prof. Dr. med., Direktor der Jugendpsychiatrischen Poliklinik der Universität Bern, Effingerstrasse 12, 3000 Bern

Kinder und Jugendliche mit früh erworbenem POS weisen sehr häufig Verhaltensstörungen auf. Sie betreffen das ganze Spektrum des Verhaltens und sind so vielfältig und wechselnd wie nur denkbar. Aggressivität, Wehrlosigkeit, Distanzlosigkeit, Kontaktscheu, Bindungsschwäche, Egozentrität, Rücksichtslosigkeit, Ungehorsam, Unordentlichkeit, Unpünktlichkeit, gesteigerte Irritabilität und Verstimmbarkeit, Disziplinlosigkeit, Kritiklosigkeit, Verführbarkeit, Faulheit, Betriebsamkeit, Mangel an Konzentration und Unstetigkeit, aber auch Drang- und Impulshandlungen finden wir, um nur einiges aufzuzählen, immer wieder.

Warum diese Symptome auftreten, ist meistens der Umgebung wie auch den Patienten selber nicht und dem Fachmann oft schwer erklärbar. Aber schon die Entwicklung des normalen Sozialverhaltens ist noch sehr lückenhaft untersucht worden. Anstelle von belegbaren Befunden finden wir sehr oft Ansichten und Hypothesen, die allerdings nicht so selten als gesichertes Wissen verkannt werden.

Immerhin sind sich alle einig, dass Sozialverhalten gelernt wird. Wenn auch von einigen mit Überzeugung bestritten wird, dass sich dieses Lernen auf angeborenen Verhaltensschemata aufbaut, so ergeben schon banale Beobachtungen von Säuglingen, dass bei ihnen angeborene Verhaltensmuster bestehen, die von den Mitmenschen als – vorerst natürlich averbale – Kommunikation erlebt werden, in diesem Sinne also schon ein Sozialverhalten darstellen. Es sind dies ohne Zweifel das Schreien, das Lächeln, die Vorstufe des Sprechens, das Lallen, der Saugreflex und der Greifreflex. Umstritten ist hingegen, ob aggressives Verhalten, die Beherrschung von Blase und Enddarm, das Entstehen einer Gruppenhierarchie, Lust, andere zu imitieren,

angeboren oder mindestens als Bereitschaft im Zentralnervensystem festgelegt ist.

Zu den in der Erbmasse festgehaltenen Verhaltensweisen, die für den Aufbau der sozialen Bezüge von grosser Wichtigkeit sind, gehören beispielsweise das Lächeln, das durch ein menschliches Gesicht oder durch taktile Reize am Nacken ausgelöst wird, das Nachahmen des Öffnens des Mundes der Mutter und des Herausstreckens der Zunge. Solche und ähnliche Verhaltensweisen und Reaktionen werden von der Mutter als Zuwendung erlebt und provozieren bei ihr wiederum Zuwendung. Sehr bald allerdings erkennt der Säugling den Effekt seines Verhaltens auf die Mutter. Er lernt, dass er damit bei der Mutter für ihn positive Reaktionen auslösen kann und beginnt sein Verhalten langsam immer bewusster einzusetzen (Papoušek.) Dies allerdings setzt wiederum eine Reihe angeborener Fähigkeiten voraus: ohne differenzierte Wahrnehmung, ohne Gedächtnisfunktionen, ohne die Fähigkeit willkürlicher Bewegung wäre dieses Lernen nicht möglich. Nur eine normale Hirnreifung in bezug auf diese und ähnliche Funktionen ermöglicht dem Kinde, sein Sozialverhalten in normaler Weise zu entwickeln. Umgekehrt verschwinden angeborene Verhaltensweisen wieder, wenn sie vom Milieu nicht aufrecht erhalten werden. Ein affektiv verwahrlostes Kind verliert sein Lächeln und schliesslich sein Weinen, ein taubes Kind verliert sein angeborenes Lallen, weil es keine akustischen Reize aufnehmen kann. Bei Säuglingen mit angeborenem Hirnschaden treten oft einige angeborene Verhaltensmuster, die für die Entstehung des Sozialbezugs wichtig sind, später als normal oder gar nicht auf.

Wie im einzelnen das Sozialverhalten gelernt wird, ist noch weitgehend offen. Dass dabei konditionierende Vorgänge und deren Generalisierung resp. deren Transfer auf analoge Situationen eine Rolle spielen, scheint eindeutig. Wie die Konditionierung erfolgt, ist noch wenig untersucht. Immerhin scheint es sehr wahrscheinlich, dass wenigstens in früher Jugend das Modell-Lernen, vor allem das Mimikry, eine wesentliche Rolle spielt. Kognitiv gesteuerte Verhaltensmodifikationen werden erst später eine grössere Rolle spielen, wobei die Verstärkung durch internalisierte Normen zunimmt (MacMillan, Mahoney, Bandura).

Die Voraussetzungen zum normalen Lernen altersgemässen Sozialverhaltens sind beim Kind mit einer angeborenen minimalen Hirndysfunktion nicht gegeben. Es weist in der Regel eine Hemmung der psychischen Entwicklung auf, die beispielsweise das Lächeln betrifft. Es hat damit als Säugling für Erwachsene nicht den Aufforderungscharakter eines Gesunden. Es provoziert damit vorerst eine Intensivierung der mütterlichen Zuwendung, die aber später – ist das von der Mutter gesetzte Ziel innert einer Frist nicht erreicht – einer Abnahme der Zuwendung Platz macht. Ist die Entwicklung nicht so stark gestört, dass sie schon früh als krankhaft auffällt, so werden ähnliche, aber schwächere Störungen anfangs kaum bemerkt. Die Umgebung glaubt, ein normales Kind vor sich zu haben, weil es eine altersmässige Grösse und Bewegungsfähigkeit aufweist. Es hat damit einen altersmässigen Aufforderungscharakter und provoziert dementsprechend altersgemäss Forderungen. Es ist aber nicht fähig, diesen Forderungen nachzukommen, weil es trotz normaler Intelligenz in vielen psychischen Funktionen retardiert ist.

Dazu gehören Störungen der Wahrnehmung verschiedenster Sinnessysteme. Trotz normaler Funktion der Sinnesorgane fällt es dem Kind mit angeborenem POS oft schwer, die Informationen, die es durch seine Sinnesorgane erhält, richtig auszuwerten. Eingehende Signale kann es z.B. nicht richtig voneinander unterscheiden. Es nimmt zu wenig differenziert wahr, kann für es wichtige Signale von unwichtigen nicht auseinanderhalten und kann unwichtige nicht unterdrücken. Oft ist es auch nicht imstande, zeitliche Folgen zu erfassen oder Informationen aus verschiedenen Systemen miteinander zu kombinieren (intermodale Störungen). Es kann z.B. verschiedene Menschen nicht voneinander unterscheiden, so dass es auch nicht fremden kann und damit bindungsschwach bleibt. Es interpretiert Gesehenes falsch, da es z.B. Mühe hat, zweidimensionale Darstellungen, Bilder usw. von ihrem Hintergrund abzugrenzen und den abgebildeten dreidimensionalen Gegenstand zu erkennen. Es hat Mühe, in seiner Sprache seine Lautstärke anzupassen, die richtige Sprachmelodie zu finden; es ist nicht fähig, eine Mitteilung aufzunehmen, weil es gleichzeitig auftretende Informationen, die sich an das gleiche Sinnes-

system oder an ein anderes richten, nicht unterdrücken kann, und es gerät so unter Umständen rasch in einen ganzen Brei von Sinneseindrücken, die es voneinander nicht mehr differenzieren kann. Es reagiert dann wie ein Normaler, der einer Menge von überstarken Sinneseindrücken ausgesetzt ist. Es ist also reizempfindlicher, irritierbarer oder schützt sich vor der Reizüberflutung, indem es sich in einen stuporartigen Zustand zurückzieht, also für die Umgebung stumpf und blöd wirkt. Es kann die Distanzen räumlich und zeitlich nicht erfassen, ist vielleicht imstande, einzelne Bestandteile einer Reihe zu erkennen, aber nicht die Abfolge, in der sie auftreten. Es hat schliesslich grosse Mühe, Neues in vorhandene Strukturen einzubauen. Noch schwerer fällt ihm das Umstrukturieren.

Eine weitere Störung betrifft die Gedächtnisfunktionen, nämlich die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, frisch erhaltene Informationen im Langgedächtnis zu speichern und Informationen aus dem Langgedächtnis innert nützlicher Frist wieder zur Verwendung bereitzustellen. Es kann daher nur langsam lernen, wird rasch verwirrt, muss einen Lernvorgang häufiger und über längere Zeit vollziehen, bis das Gelernte fixiert ist und hat darauf immer noch grosse Mühe, das Gelernte anwenden zu können, vor allem, wenn diese Anwendung unerwartet und rasch erfolgen müsste.

Zu diesen Störungen kommt eine starke Ermüdbarkeit, besonders auf kognitivem Gebiet, eine gesteigerte Wetterempfindlichkeit und andere Störungen auf vegetativem Gebiet. Diesen entsprechen auch starke Schwankungen in bezug auf Leistungsfähigkeit, was dazu führt, dass der Patient manchmal Aufgaben lösen kann, die ihm zu andern Zeiten nicht verständlich sind, was wiederum zur Folge hat, dass die Mitmenschen glauben, er könnte die guten Leistungen immer vollbringen und sein Versagen beruhe nur auf schlechtem Willen.

Den Leistungsschwankungen entspricht auch eine Neigung zu meist in unregelmässigen Perioden auftretender Verstimmbarkeit meist dysphorisch-gereizter oder apathisch-depressiver, aber auch passiv-zufriedener Art. Der Antrieb ist sehr oft verändert, von der Apathie bis zur Überbetriebsamkeit, beim

einzelnen Kind manchmal immer gleich, bei einem andern wechselnd. Diese Antriebsstörung verändert sich in der Regel im Laufe der Entwicklung: aus dem passiven Säugling wird ein erethisches Kleinkind und schliesslich ein apathischer Erwachsener. Gelegentlich kommen auch einschliessende Impuls- und Triebhandlungen vor, die für das Kind ebenso unverständlich sind wie für seine Umgebung.

Zusammen mit diesen Störungen lässt sich immer wieder eine allgemeine Retardation der Persönlichkeitsentwicklung finden. Die Kinder sind also im ganzen in bezug auf Interessen, Ehrgeiz, affektive Bedürfnisse infantiler als dies ihrem Alter entspricht. Es zeigen sich bei ihnen, selbst wenn einzelne Ausfälle bis dann kompensiert oder wenigstens überbrückt sind, Infantilismen bis ins Erwachsenenalter.

Die Intelligenz ist definitionsgemäss normal, wenn auch meistens schlechter als die ihrer Geschwister ohne POS.

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass sich das POS oft mit körperlicher Symptomatik verbindet. Kinder mit schweren körperlichen Geburtsgebrechen weisen meistens ein POS auf, bei Kindern mit POS ohne grobe körperliche Missbildung findet man beinahe immer kleine Hemmungsmisbildungen aller Art (Göllnitz, Lempp und viele andere).

Die Folgen dieser Ausfälle auf dem Gebiet des Sozialverhaltens sind oft verheerend. Reifen angeborene Verhaltensweisen zu spät, reagiert die Mutter je nachdem mit Verstärkung ihrer Forderungen, mit Kummer, Sorgen und manchmal mit Verzweiflung, aber auch mit Wut, die sich unter Umständen auch in Misshandlungen entladen kann. Je grösser die Schwierigkeiten des Kindes sind, sich in seiner Umgebung zurecht zu finden, desto unverständlicher ist sein Benehmen für die ahnungslosen Erzieher. Klagen wie: "Es sieht und sieht doch nicht, es hört und versteht doch nicht" sind nicht selten. Die Förderungsversuche der Erzieher verstärken sich, bestehen aber meistens in Überforderungen, da sie ein altersgemässes Verhalten erreichen wollen und nicht sehen können, dass das Kind auf einer tieferen Stufe

gefördert werden muss. Durch die periodisch auftretenden "guten und schlechten Zeiten" wird der Erzieher vollends verwirrt und führt schliesslich das Versagen auf bösen Willen zurück.

Eine besonders wichtige Störung schliesslich gibt in der Umgebung zu weiteren Missverständnissen Anlass: Kinder mit angeborenem POS sind auch im Erfassen nicht verbaler Kommunikation deutlich retardiert und verlangsamt. Sie haben Mühe, sich ins Bild zu setzen, sich in die Stimmung einer Gruppe einzufühlen und sich entsprechend zu verhalten. So sind sie trotz ihrer – allerdings egozentrischen – Sensibilität oft gefühllos und taktlos. Sie sind nicht angepasst, schlecht orientiert über vieles, was jeder Normale einer Gruppe weiss und geraten so leicht in die Situation eines hilflosen Aussenseiters.

Schon die allgemeine Hemmung der Persönlichkeitsentwicklung bewirkt ein besonderes Sozialverhalten: Das Kind mit angeborenem POS ist anschlussbedürftiger als andere, an sich führbarer, aber auch verführbarer (besonders wenn es zwischen den verschiedenen Erwachsenen nur schlecht unterscheiden kann), aber wenn es unter Führung etwas gelernt hat, vergisst es das Gelernte bald wieder und bald stellen die Erzieher fest, dass man es zu einem Routineverhalten, z.B. Zähneputzen, Versorgen der Schultasche und dergleichen, nicht zehn- oder hundertmal anleiten muss, sondern über Jahre hinaus immer wieder.

Die aufgezählten Schwierigkeiten wirken sich natürlich auch in der Schule aus. Nicht bloss das Aneignen des Schulstoffes macht grosse Mühe. Der Unterricht wird auch schwierig, weil die Kinder häufig nicht sozial angepasst sind, Mühe haben, mit der Klasse zusammen zu lernen und durch inadäquate Reaktionen auf die schulischen Überforderungen den Unterricht stören.

Gerade in der Kindergruppe zeigt sich die Retardation im Sozialverhalten in schwerwiegender Weise. Kinder mit angeborenem POS haben noch im Schulalter nicht selten ein Verhalten, das in vielem einem Ein- oder Zweijährigen entspricht. Gleichaltrige sind für sie noch kaum massgebend, der Begriff des Be-

sitzes und die Fähigkeit, fremden Besitz zu respektieren, sind noch kaum vorhanden, schon gar nicht im gespannten Feld einer neuen Umgebung und unbekannter Mitmenschen.

Das Kind benimmt sich daher so, dass es von den andern, altersgemäss entwickelten, je nachdem als aggressiv, frech und rücksichtslos erlebt wird und entsprechende Abwehrreaktionen provoziert, oder als blöd, schwächlich und kleinkindlich zu Plagereien und Aggressionen Anlass gibt.

Auf diese Reaktionen reagiert nun wiederum das Kind. Normale soziale Reaktionen werden vom Kind als Überforderungen, Lieblosigkeit und Ungeborgenheit erlebt. Je nachdem reagiert es damit, dass es sich zur Mutter zurückzieht und bei ihr regrediert oder dass es sich, von der Gruppe Gleichaltriger ausgestossen, durch auffälliges Benehmen zur Geltung bringen will, dass es versucht, die Zuneigung anderer durch Geschenke zu erzwingen oder schliesslich, dass es, ungeliebt und abgelehnt, sich selber hilft und zum "bösen" antisozialen Kinde wird, das stiehlt, zerstört und andere angreift. Andere ziehen sich in eine Form resignierter Depression zurück, die manchmal von aggressiven oder depressiven Affektausbrüchen unterbrochen wird, womit sie ihren Erziehern und ihren Kameraden oft unverständlich sind und noch mehr überfordert oder im Stich gelassen werden. Es kommt so zur Isolierung, deren Folge eine Kümmerentwicklung auf allen Gebieten ist, oder aber dazu, dass der Kontakt im gegebenen Milieu ersetzt wird durch Beziehungen zu Mitmenschen oder Gruppen, die weniger überfordernd sind, aber oft die ungünstige Entwicklung weiterführen. Diese Kontakte können allerdings ausnahmsweise einmal adäquat sein, so z.B. wenn ein solches Kind Anschluss an eine einfache Familie, die in klar überblickbaren Verhältnissen lebt und das Kind eher verstehen als fördern will, findet. Meistens aber sind die Kontaktfiguren ungünstig, mehr oder weniger verwahrlost und oft kriminell, was dann natürlich auch zur Kriminalität des Kindes oder Jugendlichen mit angeborenem POS führt.

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass Kinder mit angeborenem POS – weil sie die Mitmenschen nicht verstehen



und ihr Tun nicht erfassen können und weil sie spüren, dass die Mitmenschen sie nicht verstehen – nicht sehr selten in Zustände geraten, die man als Kinderpsychosen, Grenzfälle oder Kinderschizophrenie usw. bezeichnet. Solche Kinder scheinen aus ihren perzeptiven Funktionen kein altersgemässes Weltbild konstruieren zu können. Anstelle von Informationen von aussen entwickelt sich bei ihnen ein Phantasieleben, das als Wirklichkeit erlebt wird, wie das normalerweise wohl beim Säugling und jüngeren Kleinkind der Fall ist. Ob ähnliche Vorgänge vom Pubertätsalter an auch zu einer schizophrenen Psychose führen können, ist offen, scheint aber aufgrund vieler Beobachtungen sehr wahrscheinlich, besonders für Psychosen, bei denen wenigstens am Anfang noch ein hilfesuchender Kontakt zu den Mitmenschen vorhanden zu sein scheint (Lempp).

Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass sich nicht alle Kinder mit angeborenem POS so schlecht entwickeln müssen wie hier gezeigt wurde. Viele leben in einem Milieu, das ihnen Geborgenheit trotz ihrer Ausfälle gibt und in dem sie lernen, Ausfälle zu überbrücken oder in dem sogar vorerst vorhandene Schwächen durch Nachreifung sich normalisieren. Umgekehrt verwahrlosen, wie sich aus dem Gesagten schliessen lässt, Kinder mit angeborenem POS sehr viel leichter als andere. Ohne annähernd geeignete Betreuung entwickeln sich die oben genannten Störungen oft sehr rasch. In einem geborgenen Milieu hingegen sind sie vor allem für ihr Alter zu kindlich, aber einigermaßen tragbar für die Umgebung, wenn auch bei ihnen nicht erwartet werden kann, dass das Auftreten sozialer Probleme ganz verhindert werden kann. Es ist aber offensichtlich – und viele solche Patienten zeigen es –, dass eine ungünstige oder sogar gefährliche soziale Entwicklung verhindert werden kann, wenn die Störung frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt wird. Die Behandlung ist in erster Linie heilpädagogisch und verlangt vor allem ein einfach strukturiertes Milieu mit wenig Wechsel und das Stellen adäquater, der Leistungsfähigkeit des Kindes entsprechender Forderungen. Die heilpädagogischen Massnahmen können, manchmal mit sehr gutem Erfolg, durch eine medikamentöse Therapie verbessert werden. – Eine adäquate Behandlung verlangt allerdings eine Früherfassung, besser schon in den ersten Lebensjahren als erst

nach Schulbeginn, und entsprechende Möglichkeiten auch in den Schulen. Eltern und Lehrer benötigen dabei eine entsprechende Erziehungsberatung.

### *Zusammenfassung*

Die Entwicklung sozialer Beziehungen setzt ein normales Zentralnervensystem mit zur normalen Zeit auftretenden angeborenen sozial relevanten Verhaltensmustern und die Fähigkeit zu lernen voraus. (Dazu kommt natürlich als weitere Voraussetzung ein Milieu, dass die nötigen Informationen liefert.)

Kinder mit angeborenem POS sind in der Entwicklung retardiert und haben Ausfälle resp. Schwächen verschiedenster Funktionen, vor allem auf dem Gebiet der affektiven Ausgeglichenheit, des Gedächtnisses und der Wahrnehmung. Ihre Entwicklung ist daher auch auf sozialem Gebiet verzögert oder fehlerhaft. Diese Störung wird oft dadurch verschlimmert, dass die Ausfälle in der Entwicklung des Kindes mit angeborenem POS nicht bemerkt oder als erzieherisch korrigierfähige Fehler missdeutet werden. Daraus entsteht eine Überforderungssituation, die die Sozialisierung weiter hemmt und je nachdem zur resigniert-depressiven Haltung, zu psychotischen Zuständen, zu Asozialität oder Antisozialität führt. Entsprechende therapeutische Massnahmen im weitesten Sinn können solche schweren Fehlentwicklungen weitgehend verhindern, wenn sie früh genug eingesetzt werden.

### LITERATURVERZEICHNIS

- 1) Bandura, A.: Lernen am Modell, Klett Verlag, München, 1976.
- 2) Göllnitz, G.: Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Gustav Fischer Verlag, Jena, 2. Aufl. 1973.
- 3) Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Verlag Huber, 3. erweiterte Auflage 1978.
- 4) Lempp, R.: Psychosen im Kindes- und Jugendalter, – eine Realitätsbezugsstörung, Verlag Huber, 1973.

- 5) MacMillan, D.L.: Verhaltensmodifikation. Eine Einführung für Lehrer und Erzieher, Verlag Kösel, München, 1976.
- 6) Mahoney, M.J.: Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationsschritte. J. Pfeiffer, München, 1974, Neuauflage 1977.
- 7) Papoušek H. & Papoušek M.: Cognitive Aspects of preverbal social Interaction between human infants and adults. ASP, Amsterdam, 1975. Ciba Foundation.