

14. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrisches Herbstsymposium

Haut – Krankheit – Psyche

16. Oktober 2004

09:15 - 16:00 Uhr

Hörsaal der Psychiatrischen Klinik

Nußbaumstr. 7, 80337 München

Prof. Dr. R. Frank

Programm

- | | |
|-------|---|
| 9:15 | Begrüßung,
Einführung in das Thema
➤ Frank, München |
| 9:30 | Neurodermitis – eine irritierbare Hauterkrankung
➤ Cremer, Heilbronn |
| 10:00 | Neurodermitis – verhaltenstherapeutische Konzepte
➤ Warschburger, Potsdam |
| 10:30 | Hämangiome – die Rolle der plastischen Chirurgie
➤ Grantzow, München |
| 11:00 | Kaffeepause |
| 11:30 | Xeroderma pigmentosum – eine zerstörerische
Hauterkrankung
➤ Pfützner, München |
| 12:00 | Xeroderma pigmentosum – psychische und soziale Folgen
➤ Zippel / Heinrich, München |
| 12:30 | Machen blaue Flecken krank? Kindesmisshandlung
➤ Herrmann, Kassel |
| 13:00 | Mittagspause mit Imbiss |
| 13:45 | Verbrennungen – Intensivbehandlung
➤ Nicolai, München |
| 14:15 | Verbrennungen – psychische und soziale Folgen
➤ Dorfmueller, München |
| 14:45 | Das geht unter die Haut – Selbstverletzendes Verhalten
➤ Frank, München |
| 15:15 | Schlussdiskussion |
| 16:00 | Ende der Tagung |

Liste der Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Netzwerk
interdisziplinäre pädiatrische
Dermatologie e.V. (NipD)
Dittmarstraße 54
74074 Heilbronn

Dr. Monika Dorf Müller
Leitende klinische Psychologin
Städtisches Krankenhaus München-
Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Prof. Dr. med. Reiner Frank
Institut und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie LMU
Lindwurmstr. 2a
80337 München

Prof. Dr. med. Rainer Grantzow
Kinderchirurgische Klinik
Dr. von Haunersches Kinderspital der
Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Dipl. Soz. Päd. Petra Heinrich
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie der Universität München
Frauenlobstr. 9 - 11
80337 München

Dr. med. Bernd Herrmann
Kinderklinik des Klinikums Kassel
Ärztliche Kinderschutz- und
Kindergynäkologieambulanz
Mönchebergstr. 43
34125 Kassel

Prof. Dr. med. Thomas Nicolai
Kinderklinik und Poliklinik
Dr. von Haunersches Kinderspital der
Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Prof. Dr. Dipl. Psych. Petra Warschburger
Universität Potsdam
Institut für Psychologie
Postfach 60 15 53
14415 Potsdam

Dr. med. Wolfgang Pfützner
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie der Universität München
Frauenlobstr. 9 - 11
80337 München

Dr. rer. hum. biol. Dipl. Psych. Stefan
Zippel
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie der Universität München
Frauenlobstr. 9 - 11
80337 München

Einführung

Frank, München

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zwischen Hautveränderungen und seelischem Erleben bestehen enge Wechselwirkungen. Über die Haut nehmen wir unsere Umgebung wahr - Berührungen, Hitze, Kälte, Schmerz. Die glatte Haut eines Säuglings, die Pickel in der Pubertät und die Angst, fehlgestaltet zu sein, die makellose Haut junger Menschen und die faltige Haut im Alter beschreiben einen Entwicklungs- und Alterungsprozess. Hautveränderungen vermitteln wortlose Botschaften. Schwitzen, Erbleichen oder Erröten zeigen Emotionen an. Erkrankungen und Verletzungen des großen Organs „Haut“ verändern und verfremden das Erscheinungsbild einer Person. Referenten aus unterschiedlichen Disziplinen stellen beispielhaft die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen von angeborenen und erworbenen Hautveränderungen dar.

Seien Sie herzlich zum „14. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Herbstsymposium“ eingeladen.

Reiner Frank

*Bei der atopischen Dermatitis kommt einer angeborenen
Barriestörung der Haut eine wesentliche pathogenetische
Bedeutung zu.*

Cremer, Heilbronn

Die Atopische Dermatitis (Neurodermitis) wird in der pädiatrischen Literatur meist im Rahmen allergischer Krankheitsbilder abgehandelt.

Aufgrund eigener langjähriger Beobachtungen bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass eine der wesentlichen pathogenetischen Grundlagen der atopischen Dermatitis in einer - genetisch bedingt - erhöhten Hautempfindlichkeit und nicht nur in einer primär erhöhten Allergiebereitschaft zu suchen ist

Ich möchte den Begriff "empfindliche Haut" dabei definieren als genetisch bedingte Bereitschaft, auf Hautreize, welche normalerweise reaktionslos vertragen werden, mit den Zeichen einer Irritation zu reagieren. Dabei handelt es sich bei diesen Hautreizen meist um kumulative Reize, das heißt um eine Summation unterschwelliger Reize.

Diese Vorstellungen werden belegt durch zahlreiche Photodokumentationen.

Schlußfolgerung:

Zahlreiche äußere Ursachen können bei Kindern mit empfindlicher Haut Irritationen auslösen, welche letztlich die Entstehung und den Unterhalt von Hautveränderungen im Sinne einer atopischen Dermatitis zur Folge haben. Dies gilt vor allem für Kinder im 1. – 3. Lebensjahr, da in diesem Alter die Hautbarriere ohnedies noch nicht voll ausgereift ist. Eine irritierte Haut neigt zu mikrobiellen Infektionen ("dysregulativ-mikrobielles Ekzem"). Außerdem begünstigt eine Beeinträchtigung der Hautbarriere das Eindringen von Allergenen und den Transport aktiver Langerhanszellen in die Epidermis und erleichtert dadurch Reaktionen mit potentiellen Allergenen (z.B. Hausstaubmilben, Staphylokokken). Eine dabei erfolgende Freisetzung von Cytokinen aktiviert wiederum Entzündungsprozesse, welche ihrerseits die Barrierefunktion beeinträchtigen. Am Ende dieses Circulus vitiosus steht dann schließlich die manifeste atopische Dermatitis. Es erscheint daher wichtig, bei Kindern mit genetisch bedingt empfindlicher Haut alle vermeidbaren Hautirritationen zu unterbinden. Dies geschieht in erster Linie durch eine zweckmäßige Kleidung.

Meine Empfehlungen lauten:

1. Kinder mit empfindlicher Haut sollten im Kontaktbereich zur Haut nur ungefärbte, schonend gebleichte und kochbare Kleidung aus Baumwolle oder Leinen tragen.
2. Die Kleidung sollte luftig sein, Überwärmung ist zu vermeiden.
3. Für die Wäsche der Kleidung ausreichend hohe Waschtemperatur (90°) und zusätzlicher Spülgang und Vermeidung von Weichspülern.
4. Lufttrocknen der Kontaktwäsche.
5. Auf raue Nähte ist zu achten (Abhilfe: "Umdrehen" des Unterhemdes!).
6. Die Überbekleidung darf nicht mit formaldehydhaltiger Appretur versehen sein.

Diese Maßnahmen sind zu ergänzen durch eine zweckmäßige Hautpflege:

Nicht zu häufiges und zu langes Baden
Verwendung rückfettender Badezusätze
Fettende Pflege trockener Haut

Kontakt mit braunem Sand (Flußsand) ist zu meiden.

Neurodermitis – verhaltenstherapeutische Konzepte

Warschburger, Potsdam

In der aktuellen Diskussion der Entstehung und Aufrechterhaltung der Neurodermitis wird ein bio-psycho-soziales Modell vertreten, das neben genetischen Faktoren auch den Umgang mit der Erkrankung hervorhebt. Im Rahmen von bio-psycho-sozialen Modellen erweisen sich das Kratzverhalten, das Juckreizerleben, die Compliance im Umgang mit den Behandlungsanforderungen (wie Eincremen; Allergenkarenz), aber auch der Umgang mit sekundären psychosozialen Belastungen als zentrale Weichensteller für den weiteren Krankheitsverlauf und damit Ansatzpunkte für die Behandlung.

Nach einer Einführung in das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Neurodermitis sollen verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien und deren Rational vorgestellt werden. Abschließend soll die Integration verschiedener Strategien in ein komplexes, multimodales Programmpaket verdeutlicht werden.

Hämangiome – die Rolle der plastischen Chirurgie

Grantzow, München

Hämangiome sind gutartige Blutgefäßtumore, die etwa 2% aller Säuglinge betreffen. Ihr charakteristisches Wachstumsverhalten ist gekennzeichnet von drei Phasen: Wachstum (0-5 Monate) – Stagnation (6-12 Monate) – Rückbildung (bis zu 10 Jahren). Die meisten Hämangiome bleiben klein und unproblematisch, jedoch können sich in ca. 5% der Fälle große und entstellende Hämangiome ausbilden. Der stigmatisierende Charakter wird verstärkt durch überwiegendes Auftreten (75%) im Gesichtsbereich. Eine Therapie von Hämangiomen hat zwei Ziele: Prophylaxe zur Verhinderung großer Hämangiome und beschleunigte Rückbildung großer Hämangiome, so dass bis zum Schulalter ein weitgehend normales Äußeres erreicht werden kann. Die klassischen Methoden der Behandlung sind die Vereisungstherapie, die Lasertherapie, die Cortisontherapie und die operative Entfernung des Hämangioms oder seiner Residuen. Dabei hat jedes Verfahren eine spezielle Indikationsstellung, so dass erst die differenzierte Anwendung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten entsprechend befriedigende Ergebnisse ergibt. Durch die Kombination unterschiedlicher Verfahren ist es möglich auch bei sehr großen Hämangiomen bis zum Schulalter ein normales Erscheinungsbild zu erzielen. Damit ist das früher praktizierte zeitaufwendige Abwarten bis zu zehn Jahren als häufigste Therapieform zumindest bei größeren Hämangiomen durch ein aktives Vorgehen abgelöst worden.

Xeroderma pigmentosum – eine zerstörerische Hauterkrankung

Pfützner, München

Als Oberflächenorgan fungiert unsere Haut als ein wichtiges Schutzschild gegenüber potentiell schädigenden Umwelteinflüssen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei zelluläre Reparatursysteme, die dazu dienen, durch UV-Strahlung in der Haut entstandene DNS-Schäden zu beheben. Xeroderma pigmentosum (XP) ist eine autosomal-rezessiv vererbte Hauterkrankung, bei der es durch einen Gendefekt zum Ausfall derartiger Reparatursysteme kommt. Die Folge ist eine vorzeitige Hautalterung und die Ausbildung bösartiger Tumore.

Die Reparatur UV-bedingter DNA-Schäden ist ein relativ komplexer Vorgang, bis zu 30 verschiedene Proteine können involviert sein. Je nach Art des Gendefekts sind andere Reparaturproteine funktionsuntüchtig, was zu einer unterschiedlichen Ausprägung des Krankheitsbildes, gelegentlich auch zu zusätzlich auftretenden neurodegenerativen Schäden, führen kann. Bereits in den ersten Lebensjahren zeigen sich eine fleckige Pigmentierung, Hautatrophie und Teleangiectasien, sodann bilden sich kutane Präkanzerosen. Im weiteren Verlauf entwickeln sich vor allem Basalzellkarzinome und spinözelluläre Karzinome, aber auch Melanome und selten Angiosarkome, wobei die Häufigkeit der Neoplasien etwa 1000 mal über der der allgemeinen Bevölkerung liegt. Die durchschnittliche Lebenserwartung verkürzt sich hierdurch um etwa 30 Jahre.

Die Diagnose lässt sich meist schon durch das charakteristische klinische Bild frühzeitiger Hautschäden an lichtexponierter Haut stellen. An Fibroblastenkulturen kann der zugrundeliegende Gendefekt nachgewiesen werden. Therapeutisch kommen vor allem präventive Lichtschutzmassnahmen wie die regelmäßige Anwendung potenter Sonnenschutzmittel und das Tragen UV-protektiver Kleidung zum Einsatz. Die effektivste Maßnahme ist sicherlich die Umstellung des Tages- auf einen Nachtrhythmus, ein Verhalten, das den Patienten auch den Namen "Mondscheinkinder" eingebracht hat. Ansonsten sollen Schutzfolien an Wohnungs- und Autofenstern vor dem Tageslicht schützen.

Um der Ausbildung maligner Tumoren rechtzeitig entgegenzuwirken, ist eine permanente Selbstkontrolle sowie regelmäßige medizinische Untersuchungen nötig. Nur so können Frühformen von Hautkrebs rechtzeitig entdeckt und entfernt werden. Dies bedeutet für die Patienten ein hohes Maß an Disziplin sowie eine Vielzahl an operativen, z.T. auch schmerzhaften und psychisch belastenden Eingriffen. Eine kurative Therapie würde den Ersatz des defekten Gens durch ein intaktes Wildtyp-Gen beinhalten, allerdings sind derartige gentherapeutische Verfahren noch weit von der praktischen Anwendung entfernt.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass XP eine Genodermatose darstellt, die aufgrund ihres schweren und kontinuierlich progredienten Verlaufs den Einsatz einer Vielzahl protektiver Maßnahmen erfordert. Dies beinhaltet auch die ausführliche Beratung der Patienten und ihrer Eltern über die Ursache, den Krankheitsverlauf und die Möglichkeiten, diesen positiv zu beeinflussen. Sowohl die ständige medizinische Betreuung als auch das Angebot psychosozialer Unterstützung ist besonders wichtig für die Betroffenen beim Umgang mit einer Erkrankung, die sich bisher nicht heilen, sondern nur in ihrer Ausprägung abmildern lässt.

Xeroderma pigmentosum – psychische und soziale Folgen

Zippel / Heinrich, München

Die gesellschaftliche Stigmatisierung und Isolierung durch Hautkrankheiten ist weder ein Phänomen neuer noch ein Phänomen reicher Gesellschaften, sondern ist seit dem Altertum und in allen Kulturen in der Menschheit tief verwurzelt.

Die Krankheit Xeroderma pigmentosum (XP) zwingt die Betroffenen und das soziale Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule, peer group) zusätzlich das Tageslicht auszusperren, ohne Sonnenlicht zu leben. Die Prophylaxe fordert konsequente, hundertprozentige Sonnenlichtvermeidung für die betroffene Person, d.h. zum einen mehrmaliges Einkreimen am Tag mit Sonnenschutzcrems und eine Bekleidung, die kein Sonnenlicht durchlässt. Dies gilt auch für Kopf und Hände. Idealerweise sollte tagsüber geschlafen werden und in der Nacht das Leben stattfinden. Deshalb erhielten die betroffenen Kinder auch den euphemistischen Namen Mondscheinkinder.

In Deutschland leben zur Zeit etwa fünfzig Kinder mit Xeroderma pigmentosum. So ist es verständlich, dass die Krankheit bei den betroffenen Kindern erst relativ spät diagnostiziert wird. Die erhöhte Lichtempfindlichkeit führte vor Diagnosestellung bereits zu schwersten Sonnenbränden, einer starken Störung der Pigmentierung und fehlgebildeten Gefäßen. Mit Diagnosemitteilung wird den betroffenen Kindern und ihren Familien eine fast vollständige Veränderung ihres bisherigen Lebens in kürzester Zeit abverlangt. Trotzdem können weder das betroffene Kind noch die Eltern sofortige Erfolge erleben. Eher das Gegenteil ist der Fall. Aufgrund von Defekten der DNS-Reparatursysteme kann das gesamte Spektrum aktinisch bedingter prämaligener und maligner, teilweise metastasierender Tumore auftreten. Bereits im Kindesalter beginnt eine frühzeitige Tumorthherapie. Nicht selten sind Arztbesuche mit schmerzhaften und bald das Gesicht entstellenden Tumoroperationen verbunden. Kind und Eltern müssen mit der Furcht vor neuen Tumoren, neuen Narben und wiederkehrenden Schmerzen leben. Das alltägliche Leben der Betroffenen und ihres Umfeldes (Kindergarten, Schule) ist extrem durch das Vermeiden des Sonnenlichts eingeschränkt.

Wie Jugendliche, ihre Eltern, ihre Geschwister und soziale Einrichtungen mit XP und den durch die Krankheit bedingten Anforderungen umgehen, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind, welche Bewältigungsstrategien sie entwickeln und welche Hilfen sie erhalten haben, wird exemplarisch dargestellt.

Machen blaue Flecken krank? Bedeutung von Hautbefunden bei Kindesmisshandlungen

Herrmann, Kassel

Hautveränderungen aufgrund von Kindesmisshandlungen finden sich bei der Mehrzahl körperlich misshandelter Kinder und Jugendlicher. Neben dem nicht immer einfachen „diagnostischen Auftrag“ an den wahrnehmenden Arzt implizieren sie eine komplexe Kette nachfolgender Anforderungen an das medizinische System. Dies erfordert neben der diagnostischen und psychosozialen Kompetenz einen hohen zeitlichen und emotionalen Einsatz. Körperliche Verletzungen sind die unmittelbarsten und konkretesten „Botschaften“, die ein Kind seiner Umwelt über die erlittene körperliche Gewalt mitteilt. Wenngleich dies weder gewollt noch freiwillig geschieht, bieten diese „Botschaften“ ein einzigartiges Potential einer konkreten somatisch orientierten Kontaktaufnahme mit dem misshandelten Kind und seinen Eltern. Sie ermöglichen den Zugang über eine zunächst nur auf das physische Wohlbefinden (heilen, lindern, gesund machen) ausgerichtete Interaktion.

Im Sinne der Diagnosefindung sind körperliche Befunde, die auf Misshandlung hinweisen oder sie nahe legen, einer der „härtesten“ und im soziolegalen System best angesehensten Parameter. Auf diese Art hat die Medizin ein großes Potenzial „einfache“ körperliche Symptome als Stellvertreter bzw. Symbole zu „übersetzen“ und in ihnen die komplexe Botschaft einer hochpathologischen Familiendynamik mit massiver Gefährdung der leiblichen und seelischen Gesundheit eines Kindes sichtbar und damit erst intervenierbar zu machen.

Daneben enthalten Hämatome und Verbrennungen vielfältige weitere Bedeutungsebenen, so einen sprichwörtlichem Symbolcharakter: Verletzungen der Ohren („...lang ziehen“) wegen „Nichthörens“, Verletzungen im Mundbereich bei Fütterschwierigkeiten und Verletzungen im Anogenitalbereich bei Sauberkeitsstörungen. Für betroffene Kinder und Jugendliche sind die sichtbaren Folgen von Schmerz und Kränkung Scham behaftet und zwingen eher zu Vertuschung und Lüge als zu Offenbarung und Schutz. Neben diesen eher symbolischen Inhalten wird im Vortrag auf klassische Hautbefunde und neuere Entwicklungen eingegangen.

Verbrennungen bei Kindern

Nicolai, München

Nach wie vor stellen Verbrennungen und Verbrühungen eine häufige Verletzungsursache bei Kindern und Jugendlichen dar. Je nach Tiefe und Ausdehnung besteht Lebensgefahr durch den Flüssigkeitsverlust, die Beteiligung lebenswichtiger Strukturen oder die durch den Verlust der Schutzfunktion der Haut bedingte Infektionsneigung.

Initial steht insbesondere die Behandlung der Schmerzen und des Kreislaufschocks im Vordergrund, in der Folge werden dann auch die Wundbehandlung und Rehabilitation wichtig. Zu Beginn stellt sich eine Ausschüttung extremer Mengen von Stresshormonen ein, im Verlauf der Therapie werden die Patienten dann mit immer wiederkehrenden schmerzhaften Situationen belastet: Wundreinigung, Hauttransplantation, aber auch Übungs- und Lagerungsbehandlungen gehen oft trotz Schmerzmittelgaben mit unangenehmen Sensationen einher. Bei diesen Eingriffen ergibt sich für viele Patienten eine Erinnerung an den initialen Verbrennungsvorgang mit seiner assoziierten maximalen Stressaktivierung.

Kinder haben besondere Schwierigkeiten, mit der für sie oft nicht einsehbaren Situation fertig zu werden und die erforderliche Kooperation zu zeigen, gleichzeitig müssen sie oft eine zumindest zeitweise Trennung von den Eltern verarbeiten. Im weiteren Verlauf treten die Folgen des veränderten Körperbildes, besonders bei Gesichtsverbrennungen, in den Vordergrund, sowie der Verlust von Fähigkeiten etwa bei Funktionsstörungen an Händen und Gelenken. Obwohl Kleinkinder hiermit anfänglich oft erstaunlich gut zurechtkommen, können spätere psychosoziale Folge auch mit großer Verzögerung, etwa in der Pubertät, auftreten.

Verbrennungen – psychische und soziale Folgen

Dorf Müller, München

Das größte Körperorgan bedeutet für jeden Menschen nicht nur Integrität, physischen wie psychischen Schutz, sondern auch einen Teil seiner Ich-Identität, seiner Selbstsicherheit, seiner Abgrenzung von der Umwelt.

Spezifische Unfallursache und je tiefer die Körperoberfläche, funktionell, emotional und sozial bedeutsame Körperregionen von thermischen Verletzungen tangiert sind, je länger Rehabilitationsmaßnahmen andauern, desto tiefer geht neben der körperlichen Stigmatisierung auch die seelische Verwundung des Kindes oder Jugendlichen. Hinzu tritt negativ verstärkend oder unterstützend die Haltung von Eltern und Geschwistern, deren Gefühle und Reaktionen in einer den gesamten Familienverbund grundsätzlich tangierenden Situation. Alters- und Geschlechtsspezifika includieren einen weiteren beeinflussenden Faktor.

Mögliche posttraumatische Belastungssyndrome vermögen die Situation zu verschärfen, ebenso behandlungsbedingte Belastungen inklusive Schmerzsymptomatik sowohl während des Zeitraumes der Intensivbehandlung, während der teilweise jahrelangen Nachsorge und Rehabilitation sowie bei wiederkehrenden stationären Aufenthalten zu rekonstruktiven Eingriffen ohne restitutio ad integrum.

Die eigentliche psychosoziale Problematik des brandverletzten Kindes und Jugendlichen wird häufig erst nach Verlegung auf die Normalstation und in der Vorbereitung der ersten Entlassung manifest. Kontakte zur Umwelt und deren Reaktionen, Konfrontation mit dem veränderten Aussehen, eine ungewohnte Körperwahrnehmung, ein lädiertes Selbstbewusstsein und Körperbild werden unvermeidbar. Das stufenweise Umgehen mit Funktionseinschränkungen, Juckreiz, die Entwicklung von Alternativen für die weitere Lebensführung bilden einen wesentlichen Baustein zur Wiedergewinnung der persönlichen Identität. Der Weg zurück nach dem thermischen Trauma ist für Kinder und Jugendliche sowie deren soziales Umfeld ein mühsamer.

Noch entscheidender ist das breite Spektrum möglichen **Langzeitfolgen**. Ursachen, Erscheinungsweisen und interdisziplinäre präventive Maßnahmen inklusive der eminent wichtigen Fragen des jeweiligen Social Support werden erörtert.

Das geht unter die Haut

- Selbstverletzendes Verhalten -

Frank, München

Selbstverletzendes Verhalten - sich mit scharfen Gegenständen wie Scherben oder Messern selbst zu schneiden, die Haut zu verbrennen oder zu verbrühen - wirkt zunächst bizarr und unverständlich. Es ist zum Zwecke des Hautschmuckes in vielen Kulturen akzeptiert. Betroffene bemühen sich, „so etwas“ heimlich zu tun und schämen sich dafür. Selbstverletzendes Verhalten tritt als Symptom bei einer Reihe von psychischen Störungen auf.

Selbstverletzendes Verhalten kann als ein Bewältigungsversuch angesehen werden. Seine Funktion besteht darin, Spannungen abzubauen und Kontrolle über die Situation und die eigene Person zu behalten, indem dem eigenen Körper Schmerz zugefügt wird. Zu Grunde liegen sehr oft traumatische Erfahrungen. Es fehlt die Möglichkeit, sich durch Worte und Gesten verlässlich zu verständigen.

Intensive negative und zwiespältige Gefühle quälen die Betroffenen. Blutige Botschaften bringen stumm dieses Lebensgefühl zum Ausdruck. Narben sprechen eine beredte Sprache.

Eine akzeptierende therapeutische Haltung bemüht sich, Abläufe in ihren Zusammenhängen von Irritation, innerer Leere, Spannungsaufbau, Spannungsabfuhr und Schuldgefühle zu verstehen, negative Gefühle der Betroffenen zu benennen und zu ertragen und die Stärken der Person ausfindig zu machen und zu unterstützen. Nähe und Distanz sind schwer zu regeln. Die Verläufe sind langwierig.

„Emotionale Auswirkungen von Entwicklungsstörungen“

**11. Münchner
kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrssymposium
über Entwicklungsstörungen**

**Samstag, den 9. April 2005
im Audimax der LMU**



- 9.30 Einleitung
- 9.40 Emotionale Entwicklung aus neurobiologischer Sicht
(A.-K. Braun, Magdeburg)
- 10.20 Störungen von Emotionen und Verhalten bei geistig Behinderten
(H.-Ch. Steinhausen, Zürich)
- 11.00 Pause*
- 11.30 Belastung und Lebensqualität in Familien mit autistischen
Kindern und Jugendlichen
(M. Noterdaeme, München)
- 12.10 Frühe emotionale Entwicklung sprachauffälliger Kinder
(S. Sachse & D. v. Aster, München)
- 12.50 Bewältigungsprozesse in Familien mit behinderten Kindern
(U. Thyen, Lübeck)
- 13.30 Mittagspause*
- 14.30 Stressbelastung in Familien mit hyperkinetischen Kindern
(M. Döpfner, Köln)
- 15.10 Unterstützung versus Stigmatisierung entwicklungsgestörter
Kinder und deren Familien
(W. v. Suchodoletz & G. Macharey, München)
- 15.50 Erwartungen von Eltern entwicklungsgestörter Kinder an die
Betreuung (C. Meusel, München)
- ca. 16.30 Ende der Tagung*

Einladungen werden Ende des Jahres verschickt.

Anmeldung per Internet: <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de>