

<b>Zeitschrift:</b>	Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
<b>Band:</b>	32 (1976)
<b>Artikel:</b>	Das infantile psychoorganische Syndrom : eine entwicklungspsychologische Stoerung?
<b>Autor:</b>	Weber, A.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-308048">https://doi.org/10.5169/seals-308048</a>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 30.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Aus der Universitäts-Kinderklinik Zürich (Direktor: Prof. A. Prader) Kinderpsychiatrische Abteilung (Leitender Arzt: Prof. A. Weber)

## DAS INFANTILE PSYCHOORGANISCHE SYNDROM - EINE ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE STOERUNG?

A. WEBER

### Zusammenfassung

Manche Symptome des infantilen psychoorganischen Syndromes können als Entwicklungsvarianten, oder aber als Folge einer Entwicklungsverzögerung angesehen werden, besonders dann, wenn sie in leichter Ausprägung vorhanden sind.

Viele Symptome lassen sich aber keiner dieser beiden Kategorien zuordnen, sondern sind in ihrer Pathologie anders einzustufen.

Daraus ergibt sich, dass das infantile psychoorganische Syndrom als Ganzes - und nur in seiner Gesamtheit ist es ja einigermassen spezifisch - nicht als Entwicklungsstörung angesehen werden kann.

### Summary

Many symptoms of infantile psychoorganic syndrome can be regarded as developmental variants or as the result of retarded development, particularly where they are not of marked degree. However, many symptoms are not assignable to either of these categories but, with respect to their pathology, must be classified otherwise. Thus it follows that infantile psychoorganic syndrome as a total entity - and only as a totality, of course, is it to any extent specific - cannot be viewed as a disorder of development.

Wer das infantile psychoorganische Syndrom vom Standpunkt der Entwicklung aus betrachtet, dem bieten sich zunächst zwei mögliche Fragestellungen, nämlich:

- Handelt es sich um eine Entwicklungsvariante?
- Handelt es sich um eine Entwicklungsverzögerung?

Liegt eine Entwicklungsvariante vor, muss das betreffende Symptom bei gesunden Kindern derselben Altersklasse ebenfalls gefunden werden. Dazu ein Beispiel: Wenn ein 5jähriges Kind noch einnässt, kann das eine Entwicklungsvariante sein, weil repräsentative Querschnittsuntersuchungen zeigen, dass von den 5jährigen immer noch circa 10 % tags und 20 % nachts nicht trocken sind.

Liegt eine Entwicklungsverzögerung vor, muss das jeweilige Symptom, das auf einer bestimmten Altersstufe als pathologisch angesehen wird, in einer früheren Entwicklungsstufe als normale Erscheinung vorhanden sein. Dazu folgendes Beispiel: Wenn ein 5jähriges Kind undeutlich spricht, also stammelt, kann dies eine Entwicklungsverzögerung sein, weil Stammeln bei vielen Kindern ein normales Durchgangsstadium in der Sprachentwicklung darstellt. Im folgenden soll versucht werden, den Symptomenkatalog des infantilen psychoorganischen Syndromes auf diese beiden Fragestellungen hin zu untersuchen. Da dieser Symptomenkatalog sich vom Säugling bis zum Schulkind beträchtlich wandelt, werden die drei Entwicklungsabschnitte Säuglingsalter, Vorschulalter und Schulalter gesondert betrachtet, wobei nur auf die wichtigsten Symptome eingegangen wird.

## 1. Säuglingsalter

Hier kann selbstverständlich nur die Frage der Entwicklungsvariante aufgeworfen werden, nicht aber die Frage der Entwicklungsverzögerung, weil die intrauterinen Vorstadien noch viel zu wenig studiert sind.

Eines der **Hauptsymptome** im Säuglingsalter ist die

### 1.1 Trinkschwäche

Unter den gesunden Säuglingen gibt es solche, die gut trinken und solche, die weniger gut trinken. Eine ausgesprochene Trinkschwäche ist jedoch immer pathologisch und fällt daher als Entwicklungsvariante ausser Betracht.

Ein weiteres wichtiges Symptom ist die

### 1.2 Apathie

Auch hier gilt, dass es unter den normalen Säuglingen lebhafte und weniger lebhafte gibt, aber eine ausgesprochene Apathie ist immer pathologisch, stellt also keine Entwicklungsvariante dar.

Als drittes wichtiges Symptom ist zu nennen die

### 1.3 Dysphorie

Dysphorie in den ersten Lebenstagen und Lebenswochen ist eine häufige Erscheinung. Sie tritt auf bei jenen Säuglingen, die mit der Anpassung Mühe haben. In dieser Zeit kann sie durchaus als Entwicklungsvariante betrachtet werden. Hält sie jedoch über Monate, ja über das ganze erste Lebensjahr und länger an, ist sie pathologisch.

Die

### 1.4 gesteigerte Reizbarkeit

ist ein weiteres markantes Symptom. Hirngeschädigte Kinder reagieren auf Sinnesreize, besonders auf solche aus dem akustischen und optischen Bereich, äußerst heftig: Das Öffnen der Zimmertür oder das Ziehen der Vorhänge genügen, um eine panikartige Schreckreaktion auszulösen.

Der normale Säugling zeigt in den ersten Lebenswochen ein gegenteiliges Verhalten: Er reagiert nur träge auf optische und akustische Reize, d.h., er reagiert auf solche Reize nur, wenn sie sehr intensiv sind. Später, wenn der Gesichts- und Gehörssinn empfindlicher geworden sind, ist die normale Reaktion Zuwendung und nicht Angst und Panik.

Gesteigerte Reizbarkeit fällt demnach als Entwicklungsvariante ausser Betracht.

## 2. Vorschulalter

### 2.1 Psychomotorische Unruhe

Von ethologischer Seite wird immer wieder auf die grosse Ähnlichkeit zwischen der psychomotorischen Unruhe eines hirnorganisch geschädigten Kindes im Kindergartenalter und einem Kleinkind im 2./3. Lebensjahr hingewiesen. Tatsächlich ist es so, dass die meisten Kleinkinder dieses Alters sich in dauernder Bewegung befinden. Es ist jedoch unzulässig, von äusseren Ähnlichkeiten auf innere Analogien zu schliessen. Werden diese beiden ähnlichen Verhaltensweisen genauer betrachtet, zeigen sich markante Unterschiede: Das normale Kleinkind tut immer etwas Sinnvolles. Es untersucht die Gegenstände und experimentiert mit ihnen. Es befindet sich im Alter des Entdeckens, und der Grund für diesen Entdeckungsdrang liegt im Neugierverhalten: Alles, was irgendwie in Reichweite ist, wird hervorgezerrt und untersucht. Im Gegensatz dazu das psychomotorisch unruhige Kind: Es zerrt nur hervor und zerstört. Es handelt nicht aus einer Neugierde heraus, sondern aus einer motorischen Getriebenheit. Daraus ergibt sich, dass die psychomotorische Unruhe des hirnorganisch gestörten Kindes nicht als Entwicklungsverzögerung angesehen werden kann. Sie ist ihrem Wesen nach etwas völlig anderes als die Vitalität eines normalen Kleinkindes.

Wie steht es mit der psychomotorischen Unruhe als Entwicklungsvariante? Wer einen Kindergarten besucht, wird feststellen, dass es dort Kinder gibt, die ruhig und hingebungsvoll spielen können und solche, die unruhig sind und von einem Spiel zum andern gehen. Diese letztgenannten Kinder können von hirnorganisch geschädigten Kindern mit leichter psychomotorischer Unruhe kaum unterschieden werden. Extreme psychomotorische Unruhe kommt aber als Entwicklungsvariante nicht vor, sondern ist immer ein pathologisches Verhalten. Anders steht es mit dem nächsten Symptom, der

## 2.2 Reizbarkeit und Aggressivität

Hier ist die Situation insofern viel schwieriger, als zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr bekanntlich die sogenannte erste Trotzphase abläuft. Jedermann weiß, dass in diesem Entwicklungsabschnitt kleinste Anlässe zu explosiven Reaktionen führen können. Empfindlichkeit, Explosivität und Aggressivität sind also gross. Bei gesunden, vitalen und durchsetzungsfähigen Kindern kann es zu ausserordentlich heftigen Trotzerscheinungen kommen. Aus diesem Grunde ist es praktisch unmöglich, aus dem Erscheinungsbild von Trotzreaktionen zwischen gesunden und kranken Kindern zu unterscheiden. Reizbarkeit und Aggressivität starken Ausmaßes sind also durchaus als normale Entwicklungsvarianten anzusehen.

Wenn hirnorganisch geschädigte Kinder über das Trotzalter hinaus diese Reizbarkeit und Aggressivität beibehalten, was die Regel ist, kann man von einer Retardation im eigentlichen Sinne nicht sprechen. Denn es ist ja nicht so, dass sie ein bestimmtes, entwicklungspsychologisch gegebenes Verhalten verspätet erreichen, sondern so, dass sie es zu normaler Zeit erreichen, aber darin steckenbleiben.

Je älter diese Kinder werden, umso mehr tritt eine

## 2.3 mangelhafte Verarbeitungs- und Steuerungsfähigkeit

zutage. Sie können nur in beschränktem Masse Eindrücke verarbeiten, weil ihre Kanalkapazität eingeengt ist. Besucht man mit einem derartigen Kind beispielsweise eine Zirkusvorstellung, ist es möglich, dass es nachher nächtelang nicht schlafen kann, weil ihm ständig noch die Bilder vom Zirkus durch den Kopf gehen. Dieses Verhalten kann für ein 3jähriges Kind durchaus normal sein, jedoch kaum mehr für ein Kindergartenkind. Da die Kanalkapazität von der Hirnreifung abhängig ist, kann man hier durchaus von einer Retardation sprechen, von einer Entwicklungsvariante jedoch kaum.

Genau gleich verhält es sich mit der Steuerungsfähigkeit. Auch diese ist im frühen Kindesalter gering und entwickelt sich nur allmählich. Immerhin können sich viele Kindergartenkinder so steuern, dass sie nicht mehr jedem Impuls sofort nachgeben müssen. Wenn ein hirn-

organisch geschädigtes Kind dies trotzdem tut, kann das als Retardation aufgefasst werden, aber ebensogut als Entwicklungsvariante, weil es auch unter normalen Kindergartenkindern solche gibt, die sich schlecht steuern können. Aus diesem Grunde ist es nur in Extremfällen möglich, bei diesen beiden Symptomen eine Entwicklungsstörung auszuschliessen.

### 3. Schulalter

In diesem Entwicklungsabschnitt kommen zu den Verhaltensstörungen noch die Lernstörungen hinzu.

Was die Verhaltensstörungen anbetrifft, sind es prinzipiell dieselben wie im Vorschulalter, nämlich

- psychomotorische Unruhe
- mangelhafte Verarbeitungsfähigkeit
- mangelhafte Selbststeuerung und Selbstkontrolle.

Dazu lässt sich ganz allgemein folgendes sagen: Je älter ein Kind ist, und je ausgeprägter diese Störungen sind, umso mehr fallen sie als Entwicklungsstörungen ausser Betracht.

Was die Lernstörungen anbetrifft, sind zwei Formen auseinanderzuhalten:

- die allgemeine Hirnleistungsschwäche
- die Teilleistungsschwächen.

#### 3.1 Die allgemeine Hirnleistungsschwäche

Darunter versteht man die Unfähigkeit, die Intelligenz richtig einzusetzen. Sie beruht auf folgenden 3 Grundstörungen

- Konzentrationsschwäche
- erhöhte Ablenkbarkeit
- erhöhte Ermüdbarkeit.

Alle 3 Funktionen sind wesentlich vom Entwicklungsstand abhängig. Kinder, die zu früh eingeschult werden, können das klassische Bild einer Hirnleistungsschwäche aufweisen.

Die Hirnleistungsschwäche eines Hirnorganikers kann also durchaus als Entwicklungsverzögerung verstanden werden. Dies gilt nicht nur für die ersten Schuljahre, sondern für die ganze Schulzeit: Die Leistungsanforderungen werden ja immer grösser, und das retardierte Kind zeigt immer einen relativen Rückstand.

Demgegenüber dürfte die Hirnleistungsschwäche nur dann als Entwicklungsvariante angese-

hen werden, wenn sie leichteren Grades ist und sich auf die ersten 1 - 2 Schuljahre beschränkt.

Wie steht es nun mit den

### **3.2 Teilleistungsschwächen?**

Die bekanntesten unter ihnen sind die Lese-Rechtschreibbeschwäche und die Rechenschwäche.

Wie weit sind Lesen, Rechnen und Schreiben von der Entwicklung abhängig?

Was das Lesen und Schreiben anbetrifft, weist alles darauf hin, dass man diese beiden Fähigkeiten im Kindergartenalter ohne grössere Mühe erlernen kann. Ob das pädagogisch richtig ist, ist eine andere Frage, die in diesem Zusammenhang nicht zur Diskussion steht. Es lässt sich also mindestens sagen, dass Lesen und Schreiben vom Kindergartenalter an lernbar sind. Wenn ein Erstklässler das nicht lernt, dann ist das also keine Entwicklungsverzögerung. In diesem Sinne sprechen auch alle neueren Untersuchungen über dieses Thema. Sie weisen alle darauf hin, dass der Lese-Rechtschreibbeschwäche eine zentrale Wahrnehmungsstörung zugrunde liegt, welche nach AFFOLTER möglicherweise im taktil-kinästhetischen Bereich zu suchen ist.

Eine persistierende Lese-Rechtschreibbeschwäche ist also weder eine Entwicklungsverzögerung, noch eine Entwicklungsvariante, sondern ist immer pathologisch.

Was das Rechnen anbetrifft, gelten ähnliche Überlegungen. Auch die Rechenschwäche dürfte durch eine zentrale Grundstörung bedingt sein. Niemand kann aber bis heute näher angeben, worin diese besteht.

Affolter F.: Diagnostische und therapeutische Probleme bei frühkindlicher Hirnschädigung in pädoaudiologischer Sicht. In: Die leichte frühkindliche Hirnschädigung, Hrsg H. Städeli, Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, Wien, 1972

Lempp R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, 1967

Adresse des Autors: Prof. Dr. A. Weber, Leitender Arzt der Kinderpsychiatrischen Abteilung, Universitäts-Kinderklinik, Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich