



Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen Ein Überblick – kurz und kompakt

Seelische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizite, Depressionen – 20 Prozent der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland weisen psychische Auffälligkeiten auf und zehn Prozent sogar deutlich erkennbar zutage tretende Störungen. Im folgenden Überblickstext stellen wir in knappen Beiträgen die wichtigsten Merkmale von acht der bedeutendsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder vor.

Von Marcel Romanos und Timo Vloet

Autismus-Spektrum-Störungen

Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen zeigen eine Vielzahl von Symptomen, die quantitativ, aber auch qualitativ unterschiedlich ausgeprägt sein können. Als Kernsymptome bei den Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis bestehen eine Störung von Kommunikation und sozialer Interaktion sowie ein deutlich eingeschränktes Repertoire von Aktivitäten und Interessen mit dem Auftreten stereotyper Verhaltensmuster. Als Varianten in bisherigen Klassifikationen werden das „Asperger-Syndrom“ und Kanner-Autismus unterschieden, wobei bei erstgenannten Kindern und Jugendlichen z. T. ungewöhnliche („Sonder“-) Interessen, bei letztgenannter typischer Weise eine geistige Behinderung vorliegt.

Man geht davon aus, dass ca. eins von 150 Kindern von einer autistischen Störung betroffen ist. Jungen sind dreibis viermal häufiger erkrankt als Mädchen. Seit Mitte der 1980er Jahre nimmt die Häufigkeit autistischer Störungen zu, was wahrscheinlich auch damit zusammenhängt, dass immer mehr dieser Störungen diagnostiziert werden. In der Therapie spielen verhaltenstherapeutische und psychoedukative Behandlungsstrategien eine zentrale Rolle. Besonders wichtig sind die Einbeziehung des sozialen Umfeldes sowie ein früher Beginn der Behandlungsmaßnahmen, um so die Alltagsfertigkeiten der Betroffenen möglichst gut zu verbessern. Die Therapie zielt dabei auf eine Linderung der Auswirkung der Symptome, sie kann aber keine „Heilung“ im engeren Sinne erreichen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die ADHS beschreibt ist durch drei Hauptmerkmale gekennzeichnet:

- 1) Aufmerksamkeitsstörung mit erhöhter Ablenkbarkeit und geringer Konzentrationsfähigkeit sowie
- 2) motorische Hyperaktivität und
- 3) impulsives Verhalten, das jeweils dem sozialen Kontext nicht angemessen ist und in verschiedenen Lebensbereichen sichtbar wird und zu Einschränkungen führt.

Hyperkinetik und erhöhte Impulsivität können mehr oder weniger stark ausgeprägt sein, in der Regel besteht die Kernproblematik in der Konzentrationsstörung. Erste Symptome zeigen sich aber auch schon im Vorschulalter, wenn Kinder im Kindergarten auffallen durch mangelnde Ausdauer und impulsives Verhalten, spätestens aber deutlich in der Grundschulzeit, wenn sich die normativen Ansprüche hinsichtlich Konzentration und Ausdauer an die Kinder erhöhen. Heute weiß man, dass auch Erwachsene von einem ADHS betroffen sein können. Es wird angenommen, dass ca. etwa 5% aller Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien eines ADHS erfüllen. Begleitende (komorbide) Erkrankungen sind sehr häufig und treten z. B. in Form von Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie) oder Sozialverhaltensstörungen (s.u.) auf. In der Folge finden sich oft depressive Störungen. Wie bei der Mehrzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen erweist sich bei der ADHS eine multimodale Therapie als effektiv. Mögliche Bestandteile sind Psychoedukation, Elterntraining und Pharmakotherapie bestehen.

Störungen des Sozialverhaltens / Aggressionsstörungen

Während gelegentliche Regelverletzungen als normaler Bestandteil des Entwicklungsprozesses bei Kindern anzusehen sind, tritt bei einigen ein Muster dauerhafter und durchgängiger Missachtung der natürlichen Regeln des Zusammenlebens auf. Kernsymptome sind in diesem Zusammenhang dissoziales, verweigerndes und zum Teil auch aggressives Verhalten. Aufgrund großer Unterschiede in der Symptomatik werden mehrere Subtypen unterschieden. Durchschnittlich sind ca. 6 bis 16% der Jungen und 2 bis 9% der Mädchen betroffen. Prognostisch ungünstig ist das frühe Auftreten von schwerem dissozialem Verhalten z. B. in Form von Tierquälerei oder Brandstiftung vor dem 11. Lebensjahr.

Hier besteht die große Gefahr, dass es ohne eine geeignete Intervention zu einer kontinuierlichen Zunahme der dissozialen Symptomatik in Form von Gewaltverbrechen und Drogenkonsum kommt. Zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens sind neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, sozialem Kompetenztraining vor allem auch pädagogische Maßnahmen indiziert. Oft wird dabei die Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen, wodurch die betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Familie auch alltagsnah und im häuslichen Umfeld Hilfe bekommen können. Gerade eine frühe Behandlung kann die Prognose der betroffenen Kinder- und Jugendlichen deutlich verbessern.

Angststörungen

Das Erleben von Angst ist Teil der normalen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und schützt sie z. B. vor Gefahren. Bei einigen ist sie allerdings so stark ausgeprägt, dass sie unangemessen ist und den Alltag der Betroffenen erheblich eingeschränkt. Es werden sehr unterschiedliche Formen von Angststörungen unterschieden: Im Kindesalter führt z. B. eine „Trennungsangst“ oft dazu, dass der Kindergartenbesuch nicht mehr möglich ist, weil die Kinder ihre nahen Bezugspersonen nicht verlassen wollen. Schüler mit einer „sozialen Phobie“ leiden hingegen z. B. an der Sorge vor negativer Bewertung und haben Angst sich in der Schule zu melden.

Patienten mit einer Panikstörung erleben phasenhaft extrem starke Angst mit ausgeprägten vegetativen Symptomen (Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern). Mindestens 10% aller Kinder und Jugendlichen leiden unter akuten Angststörungen. Mädchen sind tendenziell häufiger betroffen als Jungen. Je nach Ausprägung der Symptomatik sind ambulante Therapieansätze oft ausreichend. Wichtige Behandlungselemente sind neben einer ausführlichen Psychoedukation auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Verbindung mit Übungsbehandlungen (Expositionen), in denen sich die Patienten mit therapeutischer Begleitung, z. B. angstauslösenden Situationen, stellen müssen. In ausgeprägten Fällen kann auch eine (teil-)stationäre und/oder medikamentöse Therapie mit Antidepressiva indiziert sein. Angststörungen erhöhen in der Folge das Risiko für weitere psychische Störungen, insbesondere von Depression.

Tic-Störungen / Tourette-Syndrom

Tic-Störungen sind neuropsychiatrische Erkrankungen, die sich meist früh im Grundschulalter manifestieren. Sie sind durch das Auftreten motorischer und vokaler Tics (einschießende, unwillkürliche Bewegungen oder Laute) charakterisiert, die meist im Verlauf wieder verschwinden. Die Symptomatik reicht von eher harmlosen Augenzwinker-Tics bis zu schweren, komplexen Tics bei denen die Kinder und Jugendlichen, die die Kinder massiv einschränken können.

Dauern Tics mindestens ein Jahr an, spricht man von chronischen Tics. Das „Tourette-Syndrom“ beschreibt eine schwerere chronische Form, bei der sowohl motorische als auch verbale Tics auftreten. Als begleitende Erkrankungen sind ADHS und Zwangserkrankungen typisch. Chronische Tics haben eine Prävalenz von etwa 1%, Jungen erkranken jedoch etwa mal viermal häufiger als Mädchen. Bei der Behandlung werden insbesondere bei ausgeprägter Symptomatik neben Entspannungsverfahren auch das sogenannte „habit-reversal-Training“ (Einüben von Gegenbewegungen zu den Tics) und Medikamente eingesetzt. Da die Symptomatik oft eine fluktuierende Ausprägung auch unabhängig von der Behandlung zeigt, müssen die Auswirkungen einer therapeutischen Intervention, speziell auch medikamentöser Ansätze, immer langfristig und mit Geduld überprüft werden.

Depressionen

Im Gegensatz zur normalen Trauerreaktion nach Schicksalsschlägen oder emotionalen Belastungen ist die Depression länger andauernd, betrifft stärker den Alltag und ist oft auch mit körperlichen Symptomen wie Schlaf- und Appetitstörungen verbunden. Weitere Kernsymptome sind neben der gedrückten Stimmung auch ein Interessesverlust und eine Antriebsstörung, wobei sich im Kindesalter als ein Sonderfall eine depressive Stimmung auch atypisch in körperlichen Beschwerden oder aggressivem Verhalten ausdrücken kann.

Während im Kindesalter jedes 20. bis 40. Kind eine depressive Störung hat, sind bei Jugendlichen bereits jeder 15. bis 20. betroffen. Vor der Pubertät erkranken häufiger Jungen, nach der Pubertät sind mehr Mädchen betroffen. Mindestens 20% aller Kinder und Jugendlichen erleiden bis zum 18. Lebensjahr eine depressive Episode. Eine besondere Gefahr bei einer depressiven Symptomatik ist das Auftreten suizidaler Gedanken und Impulse. Suizid stellt nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen dar. Daher muss in der Behandlung speziell darauf geachtet werden und bei Suizidäußerungen sollte professionelle Hilfe aufgesucht werden. Zur Behandlung wird ein multimodales Konzept bestehend aus Psychoedukation, psychotherapeutischer Behandlung (u.a. Aktivierungsmaßnahmen, Trainingsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie) und, abhängig vom Schweregrad, medikamentösen Interventionen eingesetzt.

Posttraumatische Belastungsstörung / selbstverletzendes Verhalten

Kinder und Jugendliche können genauso wie Erwachsene traumatischen Lebensereignissen (z. B. Unfälle, Naturkatastrophen, sexuelle Übergriffe) ausgesetzt sein. Manche der Betroffenen entwickeln als eine mögliche Traumafolge-Symptomatik eine Posttraumatische Belastungsstörung, bei der es unter anderem zu einem wiederkehrenden Erleben bzw. Erinnern des Traumas, Vermeidungsverhalten und auch Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen kommt. Im Rahmen der emotionalen Anspannungssituationen kann es zu selbstverletzenden Verhalten kommen, wodurch sich für die Betroffenen eine Reduktion der emotionalen Spannung ergibt.

Auch Kinder und Jugendliche mit emotionaler Instabilität, die ohne Traumatisierung bestehen kann, wenden Selbstverletzungen zur Emotionsregulation an. Mindestens 5% aller Kinder und Jugendlichen entwickeln bis zum 18. Lebensjahr eine posttraumatische Belastungsstörung, Selbstverletzungen sind häufiger und etwa 20% aller Jugendlichen haben sich mindestens einmal selbst verletzt. Für Kinder und Jugendliche mit Traumatisierungen ist ein sicheres und vertrautes Umfeld wichtig, so dass eine akute stationäre Aufnahme nur selten indiziert ist. In der Therapie erfolgt eine systematische Konfrontation mit den traumatischen angstausslösenden Situationen und dem gleichzeitigen Erlernen von Strategien zur Stressbewältigung. Das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien (sogenannte „skills“) unterstützen die Reduktion von Selbstverletzendem Verhalten.

Essstörungen

Unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere Erkrankungen zusammengefasst, von denen die Anorexia und die Bulimia nervosa die häufigsten Formen sind. Während im Zentrum der Symptomatik der Anorexia nervosa ein erhebliches und selbstverursachtes Untergewicht steht, sind ein Kernsymptom der Bulimia nervosa Heißhungerattacken. Bei beiden Störungen beschäftigen sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen meist ständig mit den Themen „Essen“ und „Figur“. Die Anorexie (auch „Pubertätsmagersucht“ genannt) tritt im Laufe der Entwicklung meist früher auf als die Bulimie, die sich selten vor dem 12. Lebensjahr manifestiert.

Die Prävalenz beider Störungen liegt in der Adoleszenz bei bis zu 5%, wobei Mädchen sehr viel häufiger betroffen sind als Jungen. Als komorbide Erkrankungen zeigen die Patienten mit Essstörungen häufig Depressionen, Angststörungen und Zwangssymptome. Es werden insgesamt fünf wesentliche Bestandteile bei der Behandlung unterschieden:

- 1) Gewichtsrehabilitation bzw. die Behandlung körperlicher Komplikationen
- 2) Ernährungsberatung und – Therapie
- 3) (kognitiv-behaviorale) Psychotherapie

- 4) Elternberatung und / oder Familientherapie und schließlich
- 5) die Behandlung komorbider Störungen.

Im Verlauf kann bei ca. 50- 70% der Betroffenen eine Heilung erreicht werden; einige Patienten zeigen allerdings auch chronische Verläufe bis weit in das Erwachsenenalter. Während in den letzten Jahren im Kindes- und Jugendalter in Deutschland aufgrund der guter Unterstützungsmöglichkeiten und Versorgungsstrukturen keine Todesfälle durch Anorexia nervosa zu verzeichnen waren, gehört gerade die Magersucht im Erwachsenenalter immer noch zu den Erkrankungen mit dem höchsten Mortalitätsrisiko.

Prof. Dr. med. Marcel Romanos , Privatdozent Dr. med. Timo Vloet
Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP)
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg
Romanos_M@ukw.de
www.kip.ukw.de