

Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen – notwendige Unterstützungen und Perspektiven

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und
Jugendalters, Eberswalde

Prof. Dr. med. H. Adam, Chefarzt

adam.kiju@mgkh.de

<https://www.glg-gesundheit.de/krankenhaeuser/glg-martin-gropius-krankenhaus-eberswalde/behandlungsspektrum/kinder-und-jugendpsychiatrie>

Weitere Symptombilder

- „Schreibabies“, Bindungsstörungen
- umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung
- psychische Traumatisierung
- Psychosomatosen
- Schulangst, Schulschwänzen, Schulphobie
- Zwänge, Essstörungen
- selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität
- Schizophrenien
- Sucht

Entwicklungspsychopathologie

Entwicklung im Lebenszyklus I

(Erikson, Resch)

Alter	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsdefizite	Einleitung psychischer Störungen
0-1	Vertrauen „Ich bin, was man mir gibt“	Misstrauen „Ich bin ohne Halt“	Gefühl des Verlassen-Seins, Angst zu verhungern, emotionale Verwahrlosung, Sucht
1-3	Autonomie „Ich bin, was ich will“	Zweifel „Ich bin wertlos“	Gefühl der Wertlosigkeit, Angst vor Unzulänglichkeit und Erniedrigung, Zwang

Entwicklung im Lebenszyklus II

(Erikson, Resch)



Martin Gropius
Krankenhaus GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

Alter	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsdefizite	Einleitung psychischer Störungen
3-5	Initiative „Ich bin, was ich mir vorstelle“	Schuldgefühle „Ich bin schlecht“	Gefühl, nicht liebenswert zu sein, Angst vor Strafe, Dissoziation
6-11	Leistung „Ich bin, was ich lerne“	Minderwertigkeit „Ich bin unfähig“	Angst vor Unfähigkeit, Gefühl, nichts zu taugen, Angst vor Unkenntnis, Außenseiter
12-18	Identität „Ich weiß, wer ich bin“	Identitätsverlust „Ich verliere mich“	Angst, zu versagen, Identitätsstörung

KiGGS Welle 2 (N=14.477)

RKI: Journal of Health Monitoring · 2018

Psych. Auffälligkeiten (SDQ-Eltern)		2003 - 2006	2009 - 2012	2014 - 2017
Gesamt		20,0	20,2	16,9
Geschlecht	Jungen	23,8	23,4	19,1
	Mädchen	16,0	16,9	14,5
Alter	3 bis 6 Jahre	19,3	17,2	
	11 bis 13 Jahre	22,6	23,1	
	14 bis 17 Jahre	21,5	23,3	
	3 bis 6 Jahre	17,0	17,8	
Sozialstatus	niedrig	30,8	33,5	26,0
	mittel	19,2	19,0	16,1
	hoch	11,3	9,8	9,7

KIGGS - Kernaussagen

- circa 16 – 17% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind psychisch auffällig.
- Jungen zeigen dabei signifikant häufiger Anzeichen für psychische Auffälligkeiten als Mädchen (19 % vs. 14 %).
- Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren und 14 bis 17 Jahren erfüllen seltener die Kriterien der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten als Jungen im Alter von 7 bis 13 Jahren. Bei Mädchen sind die Altersunterschiede geringer ausgeprägt.
- Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten folgt einem sozialen Gradienten: Je höher der soziale Status der Herkunftsfamilie, desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen.

Prävalenzen spezifischer psychischer Auffälligkeiten (n. Klasen, 2012)

- Kinder und Jugendliche mit Hinweisen auf allgemeine psychische Auffälligkeiten weisen zu 65% Anzeichen für spezifische psychische Störungen auf
- Ängste: 10%
 - Ängste sind bei älteren Kindern geringfügig häufiger, die Geschichtsverteilung ist ausgewogen
- Störungen des Sozialverhaltens: 7,6%
 - bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen
- Depression: 5,4%
 - bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab 11 Jahren gleicht sich die Geschichtsverteilung an
- Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung: 2,2%
 - jüngere Kinder sind deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen

Public Health Relevanz

- psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig
- psychischen Störungen des Erwachsenenalters beginnen bereits im Kindes- und Jugendalter
- derzeit bleiben jedoch ein großer Anteil der psychisch kranken Kinder- und Jugendlichen unbehandelt (Wittchen, 2000)
- psychische Auffälligkeiten erzeugen hohe ökonomische Einbußen (Lehtinen, 2004)

Risikofaktoren

(mod. nach Egle & Hoffmann, 2000)

- schlechte elterliche Schulbildung
 - unsicheres Bindungsverhalten < 18 Monate
 - psychisch oder körperlich kranke Eltern
 - allein erziehende Mutter
 - autoritäres väterliches Verhalten
 - Verlust der Mutter
 - sexuelle/ aggressive Misshandlung
 - schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
 - Abstand zum Geschwisterkind < 18 Monate
-
- hohe Risiko-Gesamtbelastung
 - Jungen vulnerabler als Mädchen

Schutzfaktoren

(mod. nach Egle & Hoffmann, 2000)

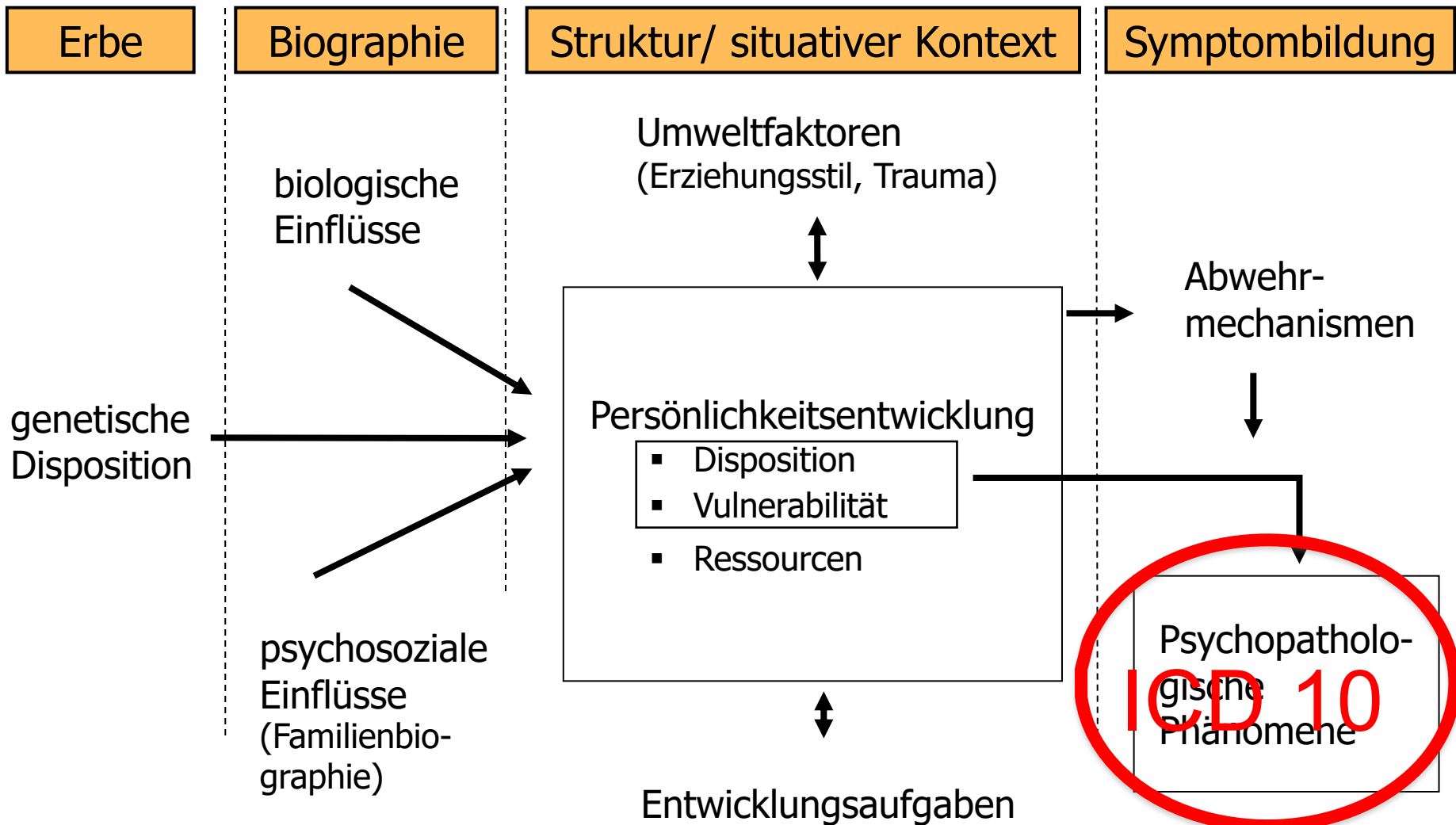
- dauerhafte gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie, kompensatorische Beziehungen
- gutes Ersatzmilieu nach Verlust
- gute Intelligenz
- aktives, kontaktfreudiges Temperament
- internale Kontrollüberzeugungen, self efficacy
- sicheres Bindungsverhalten
- soziale Förderung
- verlässliches Familiensystem (>18 Jahre)
- gutes Schulklima

Woran erkennt man eine schwere seelische Störung?

- nicht klar definiert
- Realitätsbezugsstörung
- stark eingeschränkte oder deviante Bewältigungsfähigkeiten
- Einschränkungen in der Alltagspraxis
- Auswirkung auf mehrere Lebensbereiche
- starkes subjektives Leid des Selbst und/oder der Umgebung
- anhaltend und entwicklungsbehindernd
- unabhängig von Ressourcen

Interaktives Entwicklungsmodell psychopathologischer Phänomene

(nach Resch, 1996)



Krankheitsbegriff (nach Remschmidt, 1988)

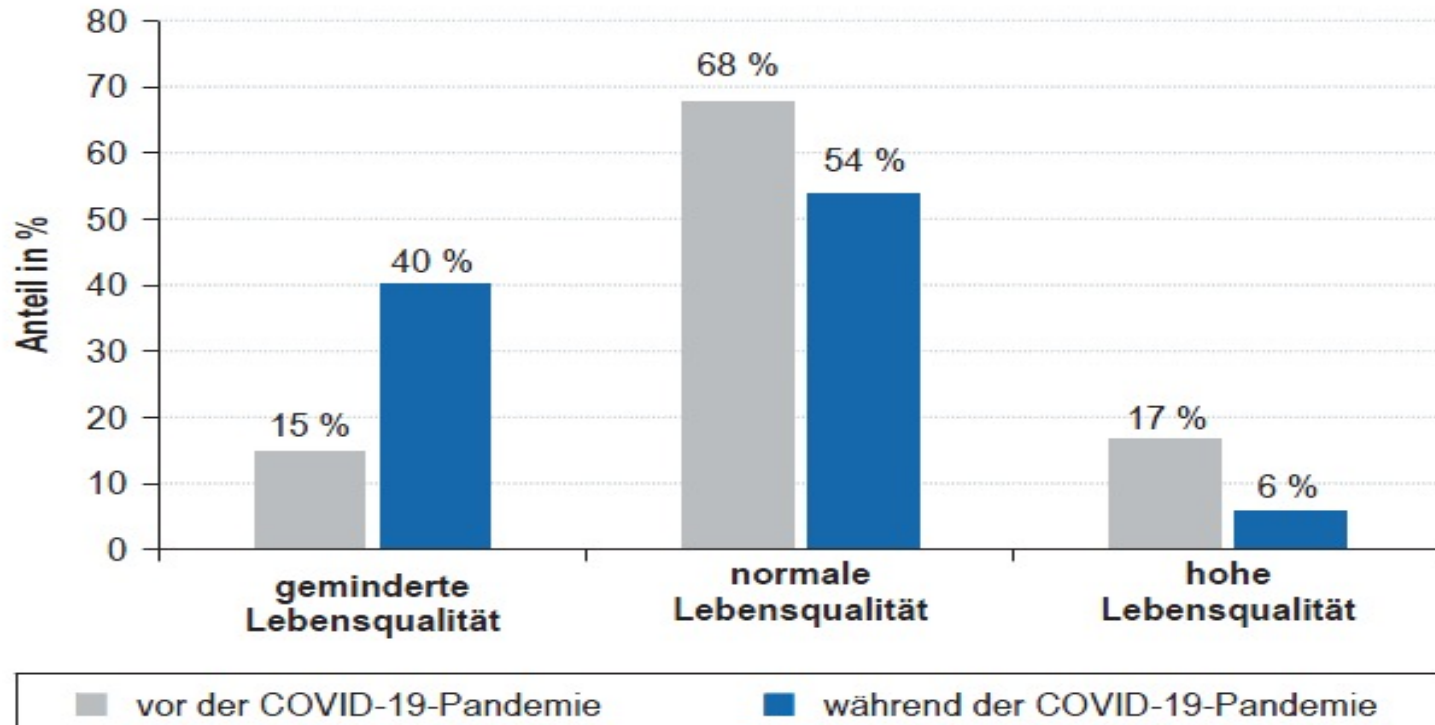
- Eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung ist eine durch Beginn, Verlauf und gegebenenfalls Ende gekennzeichnete psychische Alteration, die das Kind/den Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.

Beispiele

- Corona
- Medien
- Belastung (fälschlich: „Trauma“)
- ADHS

Corona: Ergebnisse der COPSY-Studie

GRAFIK 1



Selbstberichtete Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen vor und während der COVID-19-Pandemie (geminderte Lebensqualität: Skalenwert mindestens eine Standardabweichung (SD) unter dem Populationsmittelwert, hohe Lebensqualität: Skalenwert mindestens eine SD über dem Populationsmittelwert). Der Unterschied in den Lebensqualitätswerten zwischen beiden Studien wies eine mittlere Effektstärke auf (Cohens $f^2 = 0,14$).

Ergebnisse der COPSYS-Studie

- das Risiko für psychische Auffälligkeiten stieg von rund 18 % auf 30 % während der Pandemie
- es ergab sich jedoch kein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit selbstberichteter depressiver Symptome im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie

Ergebnisse der COPSYS-Studie in Brandenburg

- Drei Viertel der Eltern und Kinder fühlten sich stark belastet. Mädchen fühlten sich stärker belastet als Jungen.
- Eltern hätten sich mehrheitlich mehr Unterstützung durch Lehrer*innen und Fachexpert*innen gewünscht.
- Die Hälfte der befragten Eltern schätzten die gesundheitliche Lebensqualität ihrer Kinder als gemindert ein, ein Drittel der Kinder.
- Wie in der bundesweiten COPSYS-Studie hat die Risikogruppe (Kinder in Armutslagen) ein deutlich höheres Risiko für eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Fast jedes dritte Kind im Land Brandenburg hat unter psychischen Auffälligkeiten gelitten. Jungen hatten häufiger Verhaltensproblem und Hyperaktivität, Mädchen häufiger emotionale Auffälligkeiten.
- Fast jedes dritte Elternteil zeigte Anzeichen für eine depressive Symptomatik, fast jedes fünfte Kind/Jugendliche.

Ergebnisse der COPSYS-Studie in Brandenburg – Wird alles schlimmer: Ja und Nein

- There are no preventive heroes
- Eltern und Kinder erhielten und erhalten zu wenig Unterstützung.
- “Gefühlte” Zunahme von Schulabsentismus.
- Aber: Ressourcen bei Kindern und Familien.
- Gestiegene Sensibilität.

- Gebrauch digitaler Medien ist nicht mehr wegzudenken
 - typische Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters werden angesprochen:
 - Entdeckung neuer Welten
 - komplexe Interaktionen, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gemeinschaft
 - zielgerichtete Aufgabenbewältigung, Möglichkeiten der eigenen Gestaltung
 - Messen eigener Fähigkeiten im Wettbewerb
- kein anderer im Ausmaß vergleichbarer neu aufgetretener Einflussfaktor auf Kindheit und Adoleszenz
 - übermäßiger Gebrauch
 - Entstehung von Sucht
 - Hilflosigkeit der non-digital natives
 - Achtung Adjektive: Medien sind nicht „neu“ und erst recht nicht „sozial“

Mediengebundene Störung

- 3 bis 5% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit pathologischen Nutzungsverhalten
- Kriterien: nicht die konkret aufgewandte Zeit für den Mediengebrauch entscheidend, sondern dessen negative Auswirkungen
 - gedankliche Vereinnahmung durch das Medium
 - Reizbarkeit bei Nichtnutzung, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust,
 - Verlust an sonstigen Interessen, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen
 - Täuschen von Angehörigen und Freunden bzgl. der Nutzungsintensität, Nutzung zur Stimmungsregulation und Gefährdung wichtiger Lebensinhalte, insbesondere Schule und Sozialkontakte

Belastung

Mögliche Ursachen

- Naturkatastrophen – natural disasters
 - u. a. Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hurrikans, Überschwemmungen, Waldbrände
- von Menschen verursachte Katastrophen – man made disasters
 - Technologische Katastrophen (u. a. Verkehrsunfälle, Großbrände, ökologische Katastrophen)
 - Menschliche Aggression (u. a. Holocaust, Geiselnahme, Terrorismus, Folter, Vergewaltigung)
 - Katastrophen innerhalb der Familie (u. a. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, schwere Trennungstraumata, schwere eigene und Erkrankungen der Eltern, Tod eines Elternteils)

Belastung bei Kindern – Objektive Analyse der Situation, in der das Ereignis eintritt

- Zahl und Ausmaß der bedrohlichen Ereignisse
- Nähe zum Geschehen
- Größe des Überraschungsmoments
- Art der Beobachtungen
- Nähe der Beziehung zu den verletzten oder getöteten Personen
- Ausmaß der eigenen Verletzungen und Schmerzen

Belastung bei Kindern – Subjektive Analyse der Situation, in der das Ereignis eintritt

- Entwicklungsaufgaben
- Entwicklungsschwierigkeiten
- Bindungserfahrung
- Biographische Erfahrung von Gewalt, Verlust und/oder Trauer
- Resilienz
- Zuschreibung der subjektiven Bedeutung

■ Nicht jede
Belastung ist
ein Trauma!

Faktoren, die Eintreten und Stärke einer Störung nach Belastung beeinflussen

- Stand der kognitiven, emotionalen, sozialen und neurobiologischen Entwicklung
- Konstellation der „traumatisierenden Situation“
- Vorhandensein protektiver Faktoren (neurobiologisch, psychisch, sozial)
- vorhergehende traumatisierende Erfahrungen
- postexpositorische Einflüsse

Folgen von Belastung

- Keine spezifischen Leitsymptome
- veränderte Sicht auf die Welt
- Wut! – auch Angst
- depressive Symptome mit/ ohne Suizidalität
- Zwangssymptome
- Regressive Symptome
 - z.B. Daumenlutschen, Trennungsangst, Enuresis
- Konzentrations- und Lernstörungen
- Konversionssymptome, Somatisierungsstörungen
- Verwahrlosung, Drogenabusus
- PTBS bzw. komplexe PTBS
- Überanpassung („pathologische Unauffälligkeit“)

Psychisches Trauma

Besser: Belastung

„Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

(Fischer und Riedesser, 2003)

Posttraumatische Belastungsstörung

- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (APA, 1994)
 - Angststörungen, Depressivität, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen bei US Soldaten nach dem Vietnamkrieg
 - PTSD: Ereignis → Reaktion → Intrusion, Numbing, Arousal
- PTSD bei Kindern (Scheeringa, 1995)
 - aufgelöstes oder agitiertes Verhalten
 - Spiele, in denen wiederholt Themen des erlebten Traumas ausgedrückt werden
 - stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt
 - traumaspezifische Neuinszenierung beim Handeln und Fühlen
- Jüngere Kinder → psychosomatischen Störungen;
Jugendliche → Trennungsangst, Anhänglichkeit, Verlust von Autonomie (Bürgin, 1995)

Veränderte Weltsicht I

- Misstrauen
- „ich muss immer darauf gefasst sein, dass etwas passiert.“
- Phantasiearmut oder gestörte Fähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden
- „meine Phantasien können jederzeit Realität werden.“
- Interventionsphantasien können zu Schuldgefühlen führen
- Zerstörung von Vergangenheit und Zukunft
- „das, was mir jetzt passiert ist, war eigentlich vorhersehbar.“
- „mein Gefühl der Sicherheit hat mich getäuscht“.
- Rachegefühle und -phantasien
- „eines Tages werde ich mich verteidigen können.“

Veränderte Weltsicht II

- Hyperaktivität und verringerte Impulskontrolle
- „wenn ich fortwährend aktiv bin, bin ich besser geschützt und kein passives Opfer.“
- ständig auf dem Sprung
- Überanpassung, zwanghaft-ängstliche Abwehrhaltung
- „ich bin nur geschützt, wenn es mit gelingt, die Beweggründe der anderen zu errahnen, bevor sie ihnen selbst bewusst werden; dann kann ich mich in sie hineinversetzen und mich auf sie einstellen.“
- „Ich muss unsichtbar werden.“
- Opferidentität, regressives Verhalten
- „ich habe größere Chancen zu überleben, wenn ich mich passiv und kindlich verhalte.“

Psychische Belastungen des kranken Kindes

- Belastungen durch körperliche Symptome
- Belastung durch soziale Folgen (KiTa, Schule)
- Ängste und Phantasien, je nach dem Stand der intellektuellen, emotionalen und sozialen Entwicklung
 - Was ist los mit mir? Wer ist schuld?
 - Für welche „bösen“ Gedanken und Handlungen werde ich jetzt bestraft?
- Angst vor der fremden Klinik
 - riesiges Gebäude, weit entfernt vom Elternhaus
 - bedrohliche Geräte, z. T. in abgedunkelten Räumen, (Röntgen, CT)
 - viele unbekannte Menschen, Beobachtung anderer kranker Kinder
- Angst vor diagnostischen Eingriffen
 - Verstümmelungs-, Erstickungsängste, Angst vor inneren Verletzungen

Belastungen von Geschwistern schwerkranker oder behinderter Kinder

- Verringerte Zuwendung der Eltern
- Erleben der psychischen Veränderung der Eltern
- Konfrontation mit den Veränderungen
- irrationale Schuldgefühle
- Grübeleien mit oft grotesken Fantasien über Art und Ursache der Erkrankung (z.B. Angst vor Ansteckung, Gefühl einer „Zeitbombe“, hypochondrische Befürchtungen)

Kinder psychisch kranker Eltern

- Gefahr der Traumatisierung der Kinder durch:
 - Mütter mit schwerer postpartaler Depression
 - Eltern mit schweren Suchtkrankheiten
 - Eltern mit Psychosen
 - suizidale Eltern

Misshandlung

Transgenerationale Weitergabe
von Belastungen der Eltern

Gewaltverherrlichende
Erziehungsideologien

Unkenntnis zentraler
entwicklungspsycho-
logischer Tatsachen

Erkrankungen der
Eltern (körperlich,
psychisch)

Sozio-ökonomische Faktoren

Kindes-
misshandlung

```
graph TD; A[Transgenerationale Weitergabe von Belastungen der Eltern] --> D((Kindes-misshandlung)); B[Gewaltverherrlichende Erziehungsideologien] --> D; C[Unkenntnis zentraler entwicklungspsychologischer Tatsachen] --> D; E[Erkrankungen der Eltern körperlich, psychisch] --> D; F[Sozio-ökonomische Faktoren] --> D;
```

The diagram illustrates the factors contributing to child abuse. A central circle labeled 'Kindes-misshandlung' is surrounded by five text boxes, each with an arrow pointing towards the center. The factors are: Transgenerational transmission of parental burdens, glorification of violence in education, lack of knowledge of central developmental psychological facts, parental illnesses (physical and psychological), and socio-economic factors.

Kinder körperlich kranker Eltern

- Miterleben der körperlichen Symptomatik durch Krankheit oder Unfall (inklusive Rückfälle, Chronifizierung, Terminalstadium)
- Miterleben von eingreifenden medizinischen Maßnahmen (z. B. operative Eingriffe, Bestrahlungen, Chemotherapie)
- Erleben der psychischen Reaktionen der Eltern und Geschwister (z. B. Depressivität, Angstzustände)
- Erleben von krankheitsbedingten Trennungen (z.B. durch Klinikaufenthalte)

Diagnostik = Beobachtung

■ Unaufmerksamkeit

- Flüchtigkeitsfehler, mangelnde Ausdauer, unorganisiert

■ Hyperaktivität

- zappelt, läuft rum, wirkt (ist) getrieben

■ Impulsivität

- kann nicht warten, unterbricht

■ Situationsbedingt

- Muss in zwei von drei Situationen auftreten
- Schule, zuhause, Ärztin/ Arzt (KJPP, nicht Pädiatrie!)

Häufigkeit

- 3 – 10% der 4 bis 10jährigen
 - im Elternurteil
- entsprechend in USA, Niederlande + 12 weiteren Nationen
- Jungen häufiger betroffen als Mädchen
- Achtung: Untersuchungsdesign + Finanzierung

Differentialdiagnose

- Lebendigkeit bedeutet nicht Hyperaktivität !
- Hyperaktivität bedeutet nicht ADS/ ADHS !
- Leitsymptom: Konzentrationsstörung !!

Komorbide Störungen

■ Störung des Sozialverhaltens	30-50%
■ depressive Erkrankungen	10-40%
■ Angsterkrankungen	20-25%
■ Lernstörungen/ TLS	10-25%
■ Tic-Erkrankung, Tourette-Syndrom	-30%

Entstehung II

- Auf der Grundlage des individuellen Ausmaßes einer genetisch bedingten Verletzlichkeit bildet sich in Abhängigkeit von schützenden/ schädigenden psycho-sozialen Bedingungen und der Familiendynamik ein ADS/ ADHS aus.

Diagnostik

- ausführliche Anamnese
- Fragebögen
 - Eltern/ Kind/ Kindergarten/ Schule
- Entwicklungsaspekte/ Milieubedingungen
- Psychischer Befund
- körperliche Untersuchung
- EEG/ Labor

Behandlung

- Information und Aufklärung
- Eltern-Kind-Behandlung
- Koordination begleitender Maßnahmen
- Pharmakotherapie
- Aufmerksamkeitstraining/ Soziale Kompetenz
- Einbeziehung von Familie, Schule, JH
- Psychotherapie (Einzel/ Gruppe/ Familie)

Ritalin®: Mythen und Fakten

- kein Aufputschmittel
- kein Beruhigungsmittel
- keine Abhängigkeit
- keine Drogenabhängigkeit
 - suchtprotektiv!
- erhöht selektiv die Konzentrationsfähigkeit
- wirkt in etwa 70% der Fälle
- muss nur in eindeutigen/ schweren Fällen eingesetzt werden
- wirkt nicht ursächlich

Grenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

- Bedürftigkeit, Fähigkeit, Motivation
- ambulant vor teilstationär und stationär
- Krankenkassenfinanzierung
- Zwang
 - Selbst- und Fremdgefährdung
 - § 1631b BGB; HH PsychKG
- Schweigepflicht

Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

■ Individueller Ansatz

- kognitive Orientierung, Integration in das kindliche Weltbild
- Ressourcenorientiertheit
- korrektive Beziehungserfahrung in der Psychotherapie
- Wiederherstellung der Spielfähigkeit
- multimodale Therapieansätze
- Medikation

■ Familiärer Ansatz

■ Sozialpsychiatrischer Ansatz

■ Struktureller Ansatz

- Kinderpsychiatrie hat koordinierende Funktion in einem psychosozialen Netzwerk mit präventiven Aufgaben
- lokale Spezialambulanzen

Entwicklungsorientierte Angebote – Die Klinik in Eberswalde

- **Ambulant in Eberswalde, Prenzlau und Bernau**
 - allgemeine Ambulanz + Notfallsprechstunde 24/7
 - Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Autismus
 - Kinder körperlich kranker Eltern
 - You´ll never walk alone
 - Säuglingssprechstunde
- **Tagesklinisch**
 - für jüngere und ältere in Eberswalde und Prenzlau
 - für Familien in Bernau b. Berlin
- **Stationär**
 - für jüngere Kinder: K2
 - für Schulkinder: K1
 - für Jugendliche: J1
 - in Krisen: J2
- **Immer präventiv!!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit