

Mein Kind ist verhaltensauffällig – und jetzt?

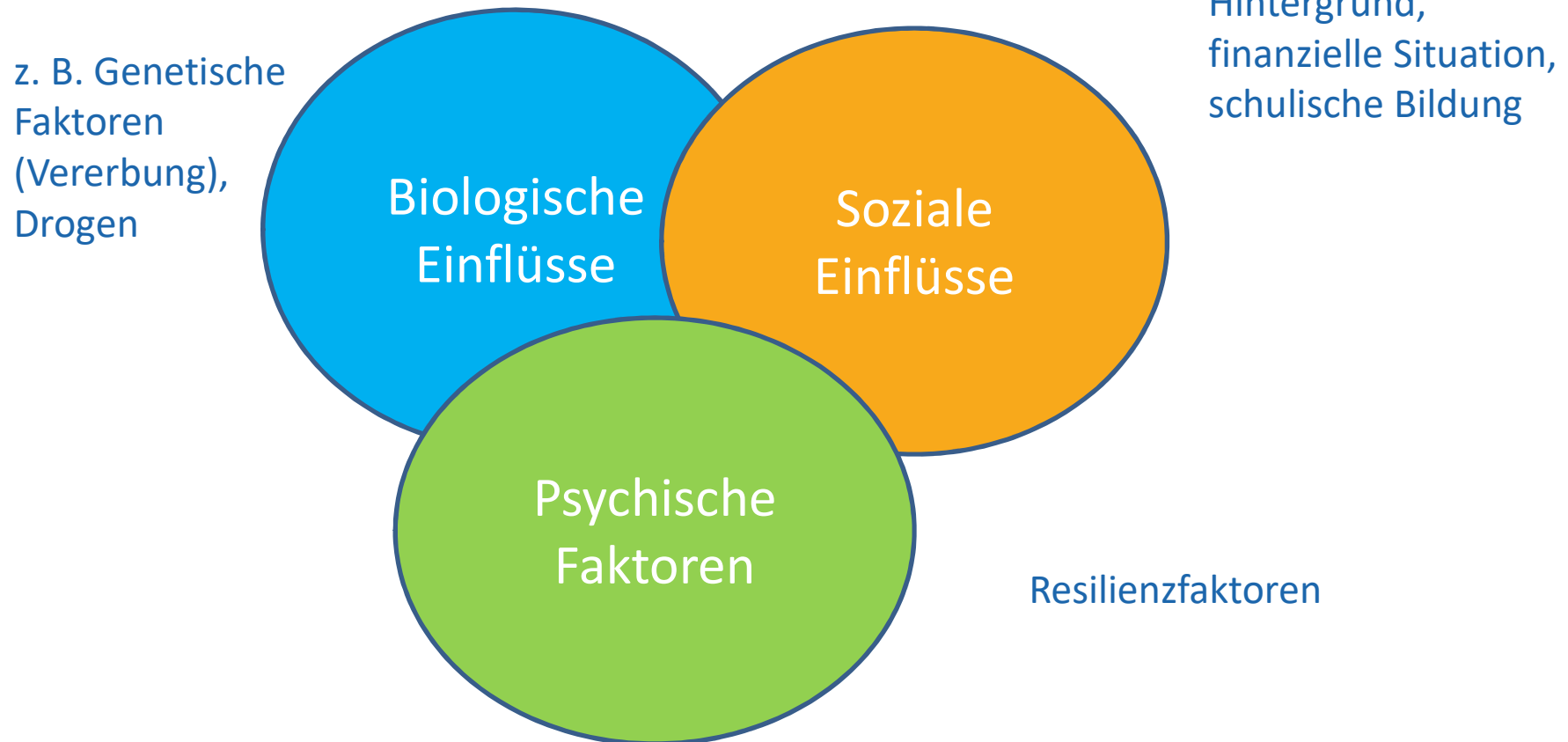
Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern

Daniela Degan
Leitende Oberärztin
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zentrum Kinder und Jugendmedizin

- **Was ist auffällig? / Definition von Krankheit**
 - **Psychiatrische Krankheitsbilder im Grundschulalter**
 - **Behandlungsmöglichkeiten**
 - **Hilfsangebote**
-

- **Gesundheit ist laut WHO (1948)**
ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen
 - **Definition von Psychiatrie**
Psychiatrie ist eine interdisziplinär orientierte medizinische Disziplin, die sich mit der mehrdimensionalen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention psychischer Störungen in einem vernetzten System spezialisierter Behandlungseinrichtungen befasst.
 - **Definition psychischer Störungen**
Störungen im Erleben, Befinden und Verhalten, die von psycho-neurobiologischen und somatischen Befundanomalien begleitet sein können
-

Bio-Psycho-Soziales Modell



- **ICD-10:**

„International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“.

Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und ist auch für psychologische und psychotherapeutische Diagnostik verbindlich.

- **DSM-V:**

„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association“

- **ICD-11:**

Seit Anfang 2022 gültig, derzeit Übergangsphase

- **F00 – F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**
 - **F10 – F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
 - **F20 – F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**
 - **F30 – F39: Affektive Störungen**
 - **F40 – F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
 - **F50 – F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen**
 - **F60 – F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
 - **F70 – F79: Intelligenzminderung**
 - **F80 – F89: Entwicklungsstörungen**
 - **F90 – F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
-

Übersicht über Störungen der frühen Kindheit, in der Regel remittierend:

- Motorische Entwicklungsstörungen
 - Sprachentwicklungsstörungen/Artikulationsstörungen
 - Ausscheidungsstörungen (Enuresis/Enkopresis)
 - Kindheitsspezifische Phobien und Angststörungen (Trennungsangst)
 - Kindheitsspezifische Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus)
 - (nicht chronische) Tic-Störungen
 - Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
-

Übersicht über früh beginnende und vornehmlich persistierende Entwicklungsstörungen

- Psychische Störungen im Zusammenhang mit Gehirnschädigungen
 - Geistige Behinderung
 - Autismus-Spektrum-Störungen
 - Umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen/spezifische Lernstörungen (Lese-Rechtschreib-Störung, Rechenstörung)
 - Hyperkinetische Störungen (ADHS)
 - Hochgradige expressive und rezeptive Sprachstörungen
-

Übersicht über Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit und der Jugend

- Redeflussstörungen (Stottern, Poltern)
 - Mutismus
 - Störungen des Sozialverhaltens
 - Tic-Störungen (chronische Form, Tourette-Syndrom)
 - Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating)
 - Somatoforme Störungen
-

Übersicht über Störungen mit Beginn in der Jugend und Kontinuität in das Erwachsenenalter

- Schizophrenie
 - Affektive Störungen (Depression, bipolare Störung)
 - Angststörungen (generalisierte Angststörung, Agoraphobie, Panikattacken)
 - Zwangsstörungen
 - Dissoziative Störungen
 - Störungen des Sozialverhaltens (delinquente Entwicklungen)
 - Substanzmissbrauch
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Störungen der Sexualentwicklung
-

- **Übersicht über altersunspezifische psychische Störungen**
 - Akute Belastungsreaktionen
 - Anpassungsstörungen
 - Posttraumatische Belastungsstörung

- **Depression**
Symptomatik bei jüngeren Kindern häufig weniger „klassisch“:
 - Gereiztheit
 - Geringer Selbstwert/ Selbstabwertung
 - Traurigkeit
 - Hoffnungslosigkeit/ Pessimismus
 - Sozialer Rückzug
 - Verschlossenheit
 - Interessenverlust
 - Geringe Belastbarkeit; bereits Kleinigkeiten werden als sehr anstrengend wahrgenommen
 - Körperliche Beschwerden z.B. Bauch- oder Kopfschmerzen, Schwindelgefühl etc.

Oftmals diskutieren wir zunächst eine Emotionale Störung des Kindesalters, da diese Diagnose nicht so schwer wiegt wie eine klassische Depression.

Depression

- Einteilung: Leicht – Mittelgradig - Schwer (mit oder ohne psychotische Symptome)
- In der Regel schleichender Beginn
- Zunahme und Ausweitung der Symptome im Verlauf
- Symptomatik hält mindestens zwei Wochen kontinuierlich an
- Depressive Symptomatik ist in der Regel durchgängig vorhanden, d.h. die Motivationslosigkeit bezieht sich nicht nur z.B. auf die Schule, sondern geht darüber hinaus
- Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten im Rahmen einer Depression äußern sich z.B. durch die Unfähigkeit, sich etwas merken zu können, ein deutlich verlangsamtes Lerntempo, „Anlaufschwierigkeiten“, also Probleme, sich „aufraffen“ können
- **Bei Verdacht auf eine Depression:**
 - Mit dem Kind reden
 - Authentisch bleiben
 - Symptome ernst nehmen und nicht „wegreden“/ „wegdiskutieren“
 - Mit Klassleitung sprechen und Eindrücke von anderen einholen
 - Eventuelle lebensmüde Gedanken ernst nehmen → Notfallnummer anrufen, Beratung über den Krisendienst Psychiatrie; Kontaktaufnahme mit KJP

- **Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten**
 - **Suizidalität:**
alle Denk- und Handlungsweisen, den eigenen Tod anzustreben oder in Kauf zu nehmen
 - **Suizidversuch:**
alle geplanten und angewandten Handlungen, die mit dem Wissen, dem Wunsch und dem Ziel durchgeführt werden, sich das Leben zu nehmen oder (zumindest) den Tod in Kauf zu nehmen
- **Selbstverletzendes Verhalten:**
selbstschädigendes Verhalten, das häufig dazu dient einen Zustand erheblicher affektiver Anspannung durch einen selbst zugefügten fokalen Schmerzreiz abzubauen
in der Regel keine suizidale Absicht

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen:

- **Aufmerksamkeits – Defizit – Hyperaktivitäts – Syndrom = ADHS**
Symptomatik kann altersabhängig sehr unterschiedlich sein
 - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme: Kinder übersehen v.a. Details, machen Sorgfaltsfehler
 - motorische Unruhe: zappeln mit Armen/Beinen, können nicht stillsitzen, laufen z.B. im Unterricht herum
 - Impulsivität: können schlecht abwarten, unterbrechen/stören häufig andere
 - Schwierigkeiten in der Handlungsplanung und (Selbst-)Strukturierung
 - Schwierigkeiten, Wichtiges von Unwichtigem zu Trennen und auf das Wesentliche zu Fokussieren; lassen sich leicht ablenken
- **Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom
(ohne Hyperaktivität) = ADS**
 - Verträumtheit und hohe Unstrukturiertheit/Vergesslichkeit
 - Aufgrund der fehlenden Hypermotorik und Impulsivität werden Kinder mit ADS häufig übersehen!

- **Wie erkenne ich ein ADHS? Was sind Hinweise, auf die Eltern achten können?**
 - In der Hausaufgabensituation: Aufgabenstellungen, die eine ausdauernde Konzentration erfordern, fallen dem Kind schwer
 - Das Kind ist überfordert, wenn viele Einflüsse verarbeitet oder ausgeblendet werden müssen
 - Das Kind tut sich schwer, wenn eine strukturierte Arbeits- und Vorgehensweise vorausgesetzt wird (z.B. Abläufe morgens beim Fertigmachen für die Schule/den Kindergarten)
 - Das Kind kann sich nicht ruhig halten, wenn es erwartet wird (z.B. in Gesprächen, bei Arztterminen...)
 - Aufgrund der mangelnden Impulskontrolle entstehen viele Konflikte mit anderen (z.B. nicht abwarten können, in Konfliktsituationen aggressiv reagieren, nicht verlieren können)
- **Hilfreich kann sein**
 - Arbeitsplatz mit möglichst wenig Reizen bzw. Einflüssen von außen
 - Erlernen von strukturiertem Vorgehen und Handlungsplanung
 - Erlernen von Techniken, sich zu fokussieren, z.B. bewusste Atemtechniken o.ä.
 - Direkte/namentliche Ansprache, um Kontakt/ Beziehung herzustellen
 - Körperlicher Ausgleich, um die innere Unruhe/Anspannung ausgleichen zu können
 - „Zuckerschocks“ vermeiden, keine koffeinhaltigen Getränke

- **Autismus-Spektrum-Störungen sind eine Gruppe von Störungen, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:**
 - Qualitative Beeinträchtigung in der gegenseitigen Interaktion und Kommunikation
 - Isolation und Beziehungsstörung bzw. Einengung der Person auf sich selbst
 - eingeschränktes stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten
- **schwere und tief greifende Beeinträchtigungen in mehreren Entwicklungsbereichen**

- Früher erfolgte die Einteilung hauptsächlich in zwei Formen:
 - Kanner- und Asperger-Autismus
- Heute versteht man die Beeinträchtigungen am ehesten als eine Autismus-Spektrum-Störung (im ICD-11 wird auch nicht mehr unterschieden)
- Die ASS wiederum wird als Teil der sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung verstanden
 - Dazu zählen:
 - **Frühkindlicher Autismus (Kanner-Autismus)**
 - Atypischer Autismus (spätere Manifestation und/oder inkomplette Symptomatik)
 - Rett-Syndrom
 - Desintegrative Störung des Kindesalters
 - Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien
 - **Asperger-Syndrom**
- Es gab aber auch immer Kritik an der Einteilung, da
 - nicht bei allen notwendigerweise alle Entwicklungsbereiche eingeschränkt sein müssen
 - viele Menschen mit Autismus normal intelligent sind

- **Beginn meist in der frühen Kindheit**
 - Manifestation bis zum 5. Lebensjahr
- **Symptome bilden sich nicht zurück, sondern setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort und bleiben bestehen**
- **können durch therapeutische Interventionen verbessert, aber nicht geheilt werden**
- **Prävalenz steigend! Man ging von 1% der Bevölkerung aus, neuere Studien zeigen jedoch andere Zahlen**
- **Jungen sind ca. 3-4 mal häufiger betroffen**
- **betroffene Mädchen stärker beeinträchtigt**

Frühkindlicher Autismus

- **Definition: Tiefgreifende Störung von Sprache, Empathie, Kontakt, Interessen und Entwicklungsfähigkeit**
- **Man beurteilt drei Symptomgruppen:**
 - **Qualitative Auffälligkeit der reziproken sozialen Interaktion – Kinder tun sich schwer, sich auf andere einzustellen:**
 - Können Absichten und Stimmungen anderer nicht wahrnehmen
 - Tun sich schwer, auf Emotionen anderer zu reagieren (z.B. Trösten)
 - Können ihr Verhalten nicht auf wechselnde soziale Situationen anpassen
 - Wenig Gestik, wenig Mimik, Schwierigkeiten im Blickkontakt (kein Winken zum Abschied, kein Kopfschütteln/Kopfnicken)
 - **Qualitative Auffälligkeit der Kommunikation – die Kinder zeigen eine auffällige Sprache**
 - Setzen insgesamt sehr wenig bis gar keine Sprache als Kommunikationsmittel ein
 - Gering ausgeprägte Modulation der Sprache (zu laut, zu leise, monoton, abgehackt...)
 - **Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten**
 - Stereotypen in allen Lebensbereichen
 - Bindung an ungewöhnliche Objekte
 - Zwanghafte Rituale
 - Zeichen hoher Belastung bei kleinen Veränderungen der Umwelt

- **Fallbeispiel Luis:**

- 11-jähriger Junge wird von seiner Mutter vorgestellt auf Anraten der Schule. Er sei sehr häufig in Auseinandersetzungen, Konflikte und Streitigkeiten verwickelt, die meistens auch körperlich ausgetragen werden
 - er werde von seinen Mitschülern ausgegrenzt, sei aber selbst auch eher ein Einzelgänger, suche kaum Kontakt zu anderen
 - zunächst ambulante Abklärung ohne ausreichend sichere diagnostische Einschätzung, deshalb Empfehlung einer stationären Diagnostik und Therapie
 - die ausführliche Anamnese ergibt bereits Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion im Kindesalter; Sonderinteresse an Technik
-

Asperger-Autismus – Fallbeispiel:

- L. zeigt sich auf Station leicht irritierbar, insbesondere in Gruppensituationen
 - möchte sich lieber in sein Zimmer zurückziehen
 - Schwierigkeiten mit Mitpatienten v. a. sozialer Art: häufige Auseinandersetzungen, meist auf Grund von „Missverständnissen“
 - L. versteht keine Ironie, nimmt alles wörtlich, versteht keine sozialen Interaktionen
 - sein einziges Reaktionsmittel bis dato: körperliche Auseinandersetzung: Schlagen, Beißen etc.
-

Asperger-Autismus

- beginnt in der Regel nicht so früh wie beim frühkindlichen Autismus (macht sich oft erst um das fünfte Lebensjahr deutlich bemerkbar) und erreicht deshalb häufig nicht dessen Schweregrad
- die Sprachentwicklung beginnt oft später, dafür auf sehr hohem Niveau; die Sprache ist oft unmelodisch, wortreich, abschweifend und monologisierend
- bereits im Kleinkindalter ungewöhnliche und umschriebene (ungewöhnliche) Interessen (Sonderinteressen)
 - häufig: Technik, Mathematik, Teilbereiche der Geschichte, Geographie
 - Betroffene versuchen oft darüber in Kontakt mit Mitmenschen zu treten, bemerken aber dabei nicht, dass es unpassend ist
 - Die Sonderinteressen stehen weit vor dem Interesse an den Mitmenschen
 - häufig lediglich lexikalisches Wissen, es erfolgt keine Einordnung in größere Zusammenhänge
- **die Intelligenz reicht von durchschnittlich bis (weit) überdurchschnittlich und das Denken ist durch Abstraktionsfähigkeit und Originalität gekennzeichnet;**
 - gelegentlich finden sich „Inselbegabungen“ („Savant – Syndrom“)
- **Stereotype Verhaltensmuster**
 - Veränderung dieser führen immer wieder zu heftigen Affektdurchbrüchen
- **Jungen übermäßig häufiger betroffen als Mädchen (8:1)**

Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen im Grundschulalter – Einnässen



ZENTRUM
KINDER + JUGEND
MEDIZIN
INN-SALZACH-ROTT



Definition:

- wiederholte, d.h. mindestens mehrmals wöchentliche auftretende Urinausscheidung am Tag oder in der Nacht
- Problematik besteht seit mindestens drei Monaten
- Diagnosestellung erst nach Vollendung des fünften Lebensjahres
- Es darf keine organische Ursache vorliegen

Man unterscheidet:

- Enuresis nocturna: nachts
- Enuresis diurna (besser: funktionelle Harninkontinenz): tagsüber
- Kombinierte Form

- Primäre Enuresis: das Kind war noch nie trocken
- Sekundäre Enuresis: das Kind war mindestens sechs Monate kontinuierlich trocken, bevor das Einnässen wieder auftrat

Ursachen:

Reifungs- und Entwicklungsverzögerung

Genetische Faktoren

Psychische Belastung

Therapie:

Oftmals Spontanremissionen

Beseitigung der belastenden Faktoren oder Unterstützung beim Umgang damit

Medikamentöse Therapie eher zurückhaltend!

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Blasentraining, Einführung fester Miktionszeiten, Klingelhose)

Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen im Grundschulalter – Einkoten



Definition:

- **Wiederholt auftretende oder fortbestehende unwillkürliche oder willkürliche Entleerung von Stuhl in die Wäsche oder an dafür nicht vorgesehene Stellen.**
- **Diagnosestellung erst nach Vollendung des vierten Lebensjahres**
- **Es darf keine organische Ursache vorliegen**

Man unterscheidet:

- **Primäre Enkopresis: das Kind war noch nie sauber**
- **Sekundäre Enkopresis: das Kind war mindestens sechs Monate kontinuierlich sauber, bevor das Einkoten wieder auftrat**
- **Einkoten meist tagsüber und wahllos über den Tag verteilt**

Ursachen:

Sehr häufig ist eine Kombination mit einer emotionalen Störung des Kindesalters oder Bindungsstörung

Reifungs- und Entwicklungsverzögerung

Genetische Faktoren

Oftmals auch Auftreten nach belastenden Ereignissen

Darmmobilitätsstörungen und andere organische Ursachen müssen ausgeschlossen werden!

Therapie:

Bei Vorliegen einer anderen - im Vordergrund stehenden – psychischen Störung steht die Behandlung dieser im Vordergrund!

Familientherapeutische Ansätze

Medikamentöse Therapie eher zurückhaltend!

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Toilettentraining, positive Verstärkung)

Ballaststoffreiche Ernährung zur Förderung der Darmmotilität, ggf. Einsatz von milder Laxantien

Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen im Grundschulalter – Störung des Sozialverhalten



ZENTRUM
KINDER + JUGEND
MEDIZIN
INN-SALZACH-ROTT



Kriterien:

- Extremes Streiten mit anderen
- Stehlen
- Quälen von Tieren oder Menschen
- Lügen
- Zerstören von anderer Leute Eigentum
- Feuerlegen
- Schule schwänzen
- Weglaufen
- Ungewöhnlich häufige und heftige Wutausbrüche

Dauer: >6 Monate

Verschiedene Formen der Störung des Sozialverhaltens; v.a. Jungs betroffen;

Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen im Grundschulalter – Störung des Sozialverhalten



Diagnostisches Vorgehen:

Ausführliche Anamneseerhebung, Einsatz von Fragebögen, auch zur Fremdanamnese; erweiterte psychologische Differentialdiagnostik;

Therapie:

Einbezug der gesamten Familie und des sozialen Umfeldes (auch Schule, Jugendamt)

Verhaltenstherapeutische Ansätze: klare Regeln und Grenzen mit umgehender Konsequenz bei Auftreten von Fehlverhalten; Behandlung komorbider emotionaler Problematiken

Soziales Kompetenztraining

Ggf. Jugendhilfemaßnahmen (geeignete Schulform/Nachmittagsbetreuung, Sozialpädagogische Familienhilfe zur Unterstützung des Familiensystems)

- **Ambulant**
 - bei moderat ausgeprägter Symptomatik, entsprechender Motivation und ausreichenden kognitiven Fähigkeiten
- **Teilstationär**
 - wenn ambulante Therapie nicht ausreichend erscheint
 - wenn die Problematik in mehreren Bereichen auftritt
 - im Anschluss an eine vollstationäre Therapie
- **Vollstationär**
 - bei stark ausgeprägter Symptomatik mit initial hohem Therapiebedarf
 - bei Notwendigkeit einer Milieutrennung
- **Akut geschützt – auch gegen den Willen**
 - bei akuter Suizidalität/Eigengefährdung/Fremdgefährdung
 - bei akuter Psychose
 - bei ausgeprägter Manie

Vorgehen bei Notwendigkeit einer KJP-Behandlung im ZKJ Altötting



- Anmeldung in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) jederzeit möglich
keine formalen Voraussetzungen notwendig (kein Überweisungsschein!)
- Aufnahme in die Tagesklinik oder auf die psychosomatische Station nach vorheriger Abklärung über die PIA
Bei begründeten Ausnahmefällen auch zeitnahe Übernahme z.B. von einer stationären Behandlung möglich.
- Dringlichkeitstermine innerhalb von drei Tagen in der Regel möglich
- Bei akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung, akuter Psychose oder akut-manischem Zustand Vorstellung in der nach Bezirk zugeordneten Versorgungsklinik (Oberbayern: Heckscher Klinik München, Niederbayern: BKH Landshut)

Hilfreiche Literatur/Adressen/Anlaufstellen

- **Ratgeber und Literatur für Eltern:**
 - Ratgeber: Traurigkeit, Rückzug, Depression: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. (G. Groen et al, Hogrefe-Verlag)
 - „Gemeinsam wachsen“ – der Elternratgeber ADHS (Armin Born & Claudia Oehler)
 - Familienalltag mit psychisch auffälligen Jugendlichen: Ein Elternratgeber. (M. Baierl, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht)
- **Fachliteratur und Ratgeber für interessierte Laien**
 - Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, Verstehen, Helfen. (C. Nevermann, H. Reicher, Verlag C.H. Beck)
 - Depressive Kinder und Jugendliche. (G. Groen und F. Petermann, Hogrefe-Verlag)
- **Hilfreiche Internetseiten:**
 - www.buendnis-depression.de
 - www.fideo.de (fighting depression online; Informationsangebot im Internet zum Thema Depression bei jungen Menschen der Stiftung Deutsche Depressionshilfe)
 - www.nummer-gegen-kummer.de
 - <https://www.ich-bin-alles.de>



Hilfen bei Krisen



Krisendienst Psychiatrie 0800-6553000

Nummer gegen Kummer 116117
