Univ.-Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie
Verkehrsmedizinische Qualifikation

Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)

Historisches

- Berichte über die Psyche von Kindern und Jugendlichen und deren Störung existieren seit dem Altertum, so z.B: im *Papyrus Ebers* (1550 v. Chr., Ägypten), in dem die Therapie der Enuresis mit Bier empfohlen wurde.
- Manche „uralte" Vorstellungen finden sich noch heute, z.B. *Platons* (427-347 v. Chr.) Auffassung der kindlichen Seele als „Tabula rasa"
- Für einen langen Zeitraum finden sich kaum historische Belege zu unserem Fach, sondern einzelne Phänomene, z.B. der Hexenwahn (14.-17. Jhd): Tötung der „Wechselbälger". In Würzburg wurden zwischen 1627 und 1629 27 Kinder wegen Hexerei verbrannt (auch geistig behinderte Kinder). Oder allgemeine Erkenntnisse, z.B.: *Paracelsus* (1493-1521): Zusammenhang zwischen dem Kropf und dem Schwachsinn.
- Es dauerte bis zum 17./18. Jahrhundert, bis Kindern, deren psychische Situation und der Frage der richtigen Erziehung vermehrt Interesse in der Öffentlichkeit fanden: *Rousseau* (1712-1778) forderte in seinem „Bestseller" „Emilie oder über die Erziehung" (1762) die „ganzheitliche Erziehung", Schuld an Fehlentwicklungen habe ausschließlich die Umwelt. Seine eigenen 5 Kinder gab er in ein Waisenhaus, was einem Todesurteil gleich kam; die Sterblichkeitsraten lagen damals bei 80 - 100 % aller Insassen pro Jahr!
- Lange Zeit deckte sich die Geschichte der Heilpädagogik mit der der KJP: *Johann Comenius* (1592-1670) gab Erziehungshilfen, die in der „Mutterschule" bis zum 6. Lebensjahr zu beachten seien, sein Bildungsplan reichte vom Säuglingsalter bis zum 24. Lebensjahr! *Johann Heinrich Pestalozzi* (1746-1827) setzte sich für „Volksschulen" ein. Er betonte die Bedeutung des Milieus für die Entwicklung von Kindern, beschrieb aber, dass es Kinder mit „guten Anlagen" gibt sowie Kinder, „die von Geburt ohne therapeutische Aussicht" seien. *Friedrich W.A. Fröbel* (1782-1852) erkannte das Spiel als Förderinstrument; Einrichtung eines „Kindergartens" (1840).
  Lange Zeit herrschte Optimismus, dass geistig Behinderte bei „Förderung" heilbar seien: Die Schicksale der „Wolfskinder", z.B. von Victor von Aveyron oder von Kaspar Hauser, erregten die öffentlichen Gemüter; die Behandlung Victors durch den Arzt *Jean Marc Itard* (1774-1837) ist ein früher Versuch einer sensualistischen Therapie und einer Konditionierungsbehandlung. Sein Schüler *E. Seguin* (1812-1820) empfahl die sensomotorische Behandlung und eine „Festhaltetherapie" bei unruhigen Kindern.
  Immer gab es Pädagogen die merkten, dass sie ohne medizinische Kenntnisse ihrer Aufgabe nur schwer gerecht werden konnten, genau so ging es Ärzten, die sich pädagogisches Wissen aneigneten, um ihre Arbeit besser ausüben zu können. Das enge Verhältnis von KJP und Heilpädagogik blieb lange bestehen (prominentes Beispiel: *Maria Montessori* (1870-1952; die die sensomotorische Therapie Seguins übernahm); in Deutschland wurde 1940 die 2 Jahre zuvor gegründete „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Kinderpsychiatrie" in „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik" umbenannt. Hans Asperger (1906-1980) bezeichnete Heilpädagogik als „angewandte Kinderpsychiatrie". In Österreich werden die Begriffe teilweise auch heute noch synonym verwendet.
- Wissenschaftliche Ansätze des Fachgebietes der KJP existieren ab ca. Mitte des 19. Jahrhunderts. *Franz v. Rinecker* (1811-1883) war in Würzburg Ordinarius für Psychiatrie und Ordinarius für Pädiatrie. Er beschrieb in seiner Arbeit das „Irresein der Kinder": Keine Altersstufe gewähre Immunität gegen psychische Erkrankungen. Sein Schüler *Hermann Emminghaus* (1845-1904) brachte 1887 das Lehrbuch „Die psychischen Störungen des Kindesalter" heraus. Er distanzierte sich von der damals weit verbreiteten Masturbationstheorie bei der Entstehung des „Irreseins". *Heinrich Hoffmann* (1809-1894)), Psychiater in Frankfurt, beschrieb in seinem »Struwwelpeter« einige kinder- und jugendpsychiatrische Symptome bzw. Krankheitsbilder, wie z.B die ADHS („Zappelphilipp"), die seltenere männliche Anorexie („Suppenkaspar"), die Petit-mal-Epilepsie („Hans-Guck-in-die-Luft"), das aggressive Kind („der böse Friederich") oder das sozialisationsgestörte Kind („Struwwelpeter"). *Ludwig Scholz* (1868-1918) nannte 1912 erstmals den Begriff „Jugendpsychiater", sein Vater *Friedrich Scholz* (1831-1907) hatte zuvor schon die „Charakterfehler des Kindes" 1891 publiziert und u.a. die ADHS genau beschrieben. Der Begriff „Kinderpsychiater" etablierte sich erst 1933 durch Moritz Tramer (1882-1963), wurde aber sinngemäß schon um die Wende zum 20. Jahrhundert verwandt.
- Wien (1911): Gründung der Heilpädagogischen Abt. für psychisch abnorme Kinder an der Univ.-Kinderklinik.
- Georges Heuyer (1884-1977) wird 1948 Ordinarius des ersten europäischen KJP-Lehrstuhls in Frankreich.
- *Hermann Stutte* (1909-1980) wird 1954 der erste Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einer deutschen Universität in Marburg.
- 1969: Einführung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 1978: erster Lehrstuhl für KJPP in Bayern mit Prof. Dr. Gerhardt Nissen als Ordinarius.

Wesentliche Unterschiede zwischen der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters und der des Erwachsenenalters

- Emotionale, kognitive, soziale, zerebrale und entwicklungsbedingte Störungen stehen v.a. im Kindesalter in einem höheren Ausmaß im Brennpunkt des Interesses, im späteren Lebensalter (Erwachsene) sind es eher die endogenen und exogenen Psychosen, Suchterkrankungen, demenzielle Syndrome und die Persönlichkeitsstörungen.
- Durch Kontakt mit Eltern, Erziehern und Pädagogen werden direkte Einblicke in das Umfeld des Kindes gewonnen. Die „Biographie" eines Sozialsystems wird erfasst.
- Die Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters ist in viel stärkerem Maße als in späteren Lebensabschnitten in sich inhomogen.

Welche kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sind am häufigsten?

- Eine Auswertung unserer Krankengeschichten 2011/2012 ergaben folgende Häufigkeiten:

	Rang
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	1
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	2
Anpassungsstörung	3
Lese-Rechtschreib-Störung	4
Mittelgradige depressive Episode	5
Generalisierte Angststörung	6
Enuresis	7

Aspekte zur normalen psychischen Entwicklung

- Das Neugeborene ist eine „physiologische Frühgeburt" (Portmann 1951). Im Vergleich mit anderen hoch entwickelten Säugern müsste die menschliche Schwangerschaft 20 Monate dauern.
- Die Ausreifung des menschlichen Gehirns dauert bis ins frühe Erwachsenenalter und ist durch exogene und endogene Faktoren bestimmt. Erbfaktoren (siehe Tierzucht) und Umweltfaktoren beeinflussen die menschliche Entwicklung.
- Erfahrungen der frühen Kindheit beeinflussen die Persönlichkeit nachhaltig.
- Anhaltende psychische Erfahrungen sind an der biologischen Ausformung von Gehirnfunktionen maßgeblich beteiligt.

Säuglingsalter	*Stadium der Kontaktaufnahme*
	Aufnahme, Speicherung und Abrufen von Sinneseindrücken, Differenzierung von Gefühlsregungen (reaktives Lächeln, Weinen etc.) Vulnerabilität gegen häufigen Wechsel von Kontaktpersonen
Kleinkindalter	*Stadium der motorischen Expansion*
	motorische Expansion, sprachliche und handlerische „1. Welteroberung"; Sauberkeitsentwicklung, Auseinandersetzung mit der Umwelt (Macht- und Besitzstreben bis hin zur Trotzphase)
Vorschulalter	*Stadium der kritischen Realitätsprüfung*
	abstraktes Denken, Fragen nach dem "warum" und "woher", selbständiges und freies Handeln
Schulalter	*Stadium der sozialen Integration*
	Auseinandersetzung mit sich, seiner sozialen Rolle, seiner Familie etc. voranschreitende Gewissensbildung
Pubertät	*Stadium der Neuorientierung*
	Suche neuer Leit- und Vorbilder, Ambivalenzkrisen

Ursachen psychischer Störungen

- Es existieren hierzu teilweise extreme Positionen. Heute oft als „brandneu“ geschilderte Erklärungen existieren z.T. schon sehr lange, so z.B. die „Überbürdungsdiskussion“ des 19. Jahrhunderts. In den 1920er und 1930er Jahren wurde weltweit der genetische Aspekt sehr stark betont (Missbrauch durch die nationalsozialistische Ideologie), z.T. wurde und wird ein „simpler Psychologismus“ betrieben oder alleine milieubedingte Aspekte beachtet (z.B. z.T. utopische Erziehungs- und Bildungsfaktoren der 1970er Jahre).
- *Primäre, stammesgeschichtliche Faktoren*: z.B. menschliches Verhalten und „primitive“ Funktionen des limbischen Systems (z.B. Aggressivität), angeborene Verhaltensdispositionen (z.B. Lächeln, Weinen).
- *Sekundäre, ontogenetische Faktoren:* „Übersetzung des Erbprogramms in den sich entwickelnden Organismus. Vererbung von Dispositionen von Erkrankungen (z.B. Konkordanzraten psychischer Erkrankungen bei eineiigen Zwillingen).
- *Tertiäre, milieureaktive Faktoren*: z.B. psychische Störungen bei chronisch ungünstigen Milieubedingungen.
- Einteilung der krankheitsbedingenden Ursachen in *psychogene* (z.B. milieureaktiv) und *somatogene* Ursachen (z.B. genetisch oder hirnorganisch bedingt).

<u>Erkennung psychischer Störungen</u>

- Bei der Klassifikation finden nach dem MAK (Multiaxiales Klassifikationsschema) folgende Bereiche (Achsen) besondere Beachtung

  Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom (z.B. Psychose, ADHS ...)

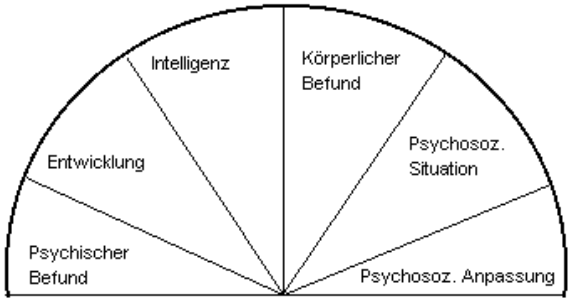
  Achse 2: Entwicklungsanomalien (z.B. Sprachentwicklungsverzögerung)

  Achse 3: Intelligenzniveau (z.B. Lernbehinderung)

  Achse 4: körperliche Symptomatik (z.B. entzündliche Erkrankung d. ZNS)

  Achse 5: psychosoziale Situation (z.B. familiäre Disharmonie)

  Achse 6: psychosoziale Anpassung (z.B. Schulausschluss)



Multiaxiales Klassifikationsschema

Die *Anamneseerhebung* ist von größter Bedeutung (siehe Anamnesebogen)

Anamneseerhebung	**Bemerkungen**
Symptomatik/Vorstellungsgrund	Vorstellungsanlass *Wer veranlasst warum die Vorstellung des Patienten?* Aufnahmemodus *Freiwillig? Wer bringt d. Patienten?* Schilderung der Symptomatik (möglichst frei) Schilderung der Primärpersönlichkeit
Eigenanamnese	
Schwangerschaft	Wunschkind, Alter der Mutter, Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft Risikofaktoren, Genussmittel etc.
Geburt	am ET, Dauer, normale Wehentätigkeiten, Komplikationen, natürliche Geburt, Geburtsgewicht, -länge, Kopfumfang, APGAR-Wert "Standardkind": ca. 3400g, KL 51cm, KU 35cm, 40.SSW
Neonatalperiode	Stillen, Gedeihstörungen, Trinkverhalten, Schlafen, Schreien
Statomotorische Entwicklung	Verzögerungen „Norm“: freies Aufsitzen mit ca. 7 Monaten, Stehen mit Abstützen mit ca. 9 Monaten, sich am Tisch hochziehen mit 12 Monaten, freies Stehen mit 14 Monaten, freies Laufen mit 15 Monaten
Sprachentwicklung	Verzögerungen „Norm“: 2. Monat - Lallen; 8-9. Monat - Sprache imitieren 2. LJ - Einzelworte, Babysprache 3. und 4. LJ: Zweiwort- bis Mehrwortsätze
Sauberkeitsentwicklung	Verzögerungen große individuelle Schwankungen Beginn des 2. LJ: Topfen einüben Ende des 2. LJ: Kind meldet sich zum Topfen. 3-4 Jahre: nächtliches Trockensein, wobei im Alter von 7 Jahren noch ca. 10% der Kinder einnässen

Säuglings- und Kleinkindentwicklung	Kontaktverhalten, Fremdeln, Trotzphase, Schlafen im Bett der Eltern, Fütterstörungen, Regulationsstörungen (Schlafstörungen, Schreien)
Kinderfehler	Daumenlutschen, Nägelbeißen, Jactationen Funktionelle Störungen (Schlafen, Essen) Zündeln, Lügen, Weglaufen
Kindergarten/Schule	Sozial- und Spielverhalten, Trennungsängste, Leistungen
Klinik- und Heimaufenthalte	
Schlaf	Schnarchen, Bruxismus, Pavor nocturnus, Somnambulismus
Essen	
Verdauung	
Sexuelle Entwicklung	Aufklärung, Verhaltensweisen, Menarche etc.
Sozialverhalten, Kontakte	
Hobbys, Interessen	
Freizeitaktivitäten in der Familie	
Gute Eigenschaften	
Schlechte Eigenschaften	
Erziehungsstil	
Strafen	
Taschengeld	
Ordnung und Disziplin	
Tagesablauf	
Familienanamnese (Eltern, Geschwister, Großeltern)	Alter, Schule, Ausbildung, Beruf, Gesundheit, Primärpersönlichkeit, neuropsychiatrische Erkrankungen in der Familie
Familiäre Verhältnisse	Wohnverhältnisse, finanzielle Verhältnisse, Eheproblematik, Einfluss von Verwandten/Freunden
Schilderung des Referenten	z.B. Schilderung der Eltern
Beurteilung des Jugendlichen	
Verdachtsdiagnose	
Vorläufige Maßnahmen	Verhaltensbeobachtung Vorberichte anfordern (Geburt, Untersuchungsheft, Kindergarten, Schule, evtl. ärztliche Bescheinigungen) Medizinische und psychologische Untersuchungen einplanen Indikationsstellung für Therapien

Untersuchungen

- jeder Patient sollte gründlich körperlich und neurologisch untersucht werden
- zum Standardprogramm gehören testpsychologische Untersuchungen (Intelligenz, Persönlichkeitsfragebögen, psychometrische Verfahren, die auf die individuelle Zielsymptomatik gerichtet sind)

„Technische“ Untersuchungen

- *Laboruntersuchungen*
- Basisuntersuchungen: Blutbild, Hkt, Hb, (Elektrolyte, BZ), Nieren-, Leber-, (Schilddrüsenwerte, Entzündungszeichen)
- *Bei Bedarf:* Genetische Untersuchungen
- *Bei Bedarf:* Medikamentenscreening: Bestimmung von Plasmakonzentrationen (z.B. Lithium, Carbamazepin)
- *Bei Bedarf:* Drogenscreening, Alkohol
- *Bei Bedarf:* Serologie (ggf. Liquorpunktion)

- *Neurophysiologische Untersuchungen*
- Elektroenzephalographie (EEG)
- Evozierte Potentiale (AEP/VEP)

- *Bildgebende Verfahren (bei Bedarf)*
- Computertomographie (CT): mit Strahlenbelastung
- Kernspintomographie (MRI, Magnetic Resonance Imaging): ohne Strahlenbelastung
- Angiographie: wenn keine Klärung durch CT oder NMR erfolgen konnte (extrem selten)
- SPECT (Single photon emission computed tomography): wiss. Zwecke
- PET (Positron emission tomography): wiss. Zwecke

Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

- *Elternberatung* und *-therapie*: z.B. Beratung über pädagogische Fehlhaltungen
- *Verhaltenstherapie*: symptomorientiertes „Umlernen", z.B. Desensibilisierung bei Phobien
- *tiefenpsychologische Psychotherapie*: z.B. Einzel-, Gruppen-, Spieltherapie
- *Familientherapie*
- *Heilpädagogik*
- *Psychopharmakotherapie*

- Die Therapieformen sollten nicht dogmatisch festgelegt werden, sondern richten sich nach den individuellen Erfordernissen.
- Psychotherapie und Pharmakotherapien stellen keine Gegenpole dar, sondern sinnvolle Ergänzungen. Nicht selten ist zunächst eine Pharmakotherapie erforderlich, um die Voraussetzungen für eine Psychotherapie oder pädagogische Maßnahmen überhaupt zu schaffen.
- In einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder Praxis arbeiten mehrere Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, ggf. Pflegepersonal, ggf. Lehrer, verschiedene Therapeuten etc.) in Kooperation.

Begriffserklärungen (stark vereinfacht)

Psychiatrie	**Medizinisches Fachgebiet:** Diagnostik, Therapie und Prävention der seelischen Krankheiten. Eng mit psychologischen und biologischen Arbeitsweisen verknüpft.
Psychologie	Wissenschaftliche Lehre von den „normalen" seelischen Vorgängen einschließlich derer praktischer Anwendung.
Klinische Psychologie	Teilgebiet der angewandten Psychologie. Befasst sich v.a. mit der Persönlichkeitsdiagnostik. Psychologische Beratung. Im engeren Sinne keine klinische Behandlung.
Psychotherapie	Behandlung von Kranken mit „seelischen Mitteln" (Tölle, 1988). V.a. tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutische Techniken. In Deutschland können Ärzte oder Psychologen die Weiterbildung zur (bei der KV anerkannten) Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" absolvieren, bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten wurden auch andere Berufsgruppen zugelassen.
Pharmakopsychiatrie	Medikamentöse Behandlung seelischer Krankheiten. V.a. Beeinflussung der Neurotransmitter des Gehirns.
KJPP	**Medizinisches Fachgebiet:** Befasst sich mit Pathologie, Entwicklung, Therapie, Prävention seelischer Störungen vom Säuglingsalter an bis zur Adoleszenz. Zum Teil in der Pädiatrie, Psychiatrie und Neurologie verankert. Durch Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie und Heilpädagogik geprägt. Ansprechpartner für Kinder- und Jugendpsychiater sind die Patienten selbst, aber auch deren Eltern, Lehrer und Erzieher.