

LEHRBUCH



Elisabeth Höwler

Kinder- und Jugendpsychiatrie

für Gesundheitsberufe, Erzieher
und Pädagogen

 Springer

Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen

Elisabeth Höwler

Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen

Mit 4 Abbildungen

 Springer

Elisabeth Höwler
Dresden

ISBN 978-3-662-48612-2
DOI 10.1007/978-3-662-48613-9

ISBN 978-3-662-48613-9 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © fotolia.com/verkoka
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Enorme Wissensfortschritte in der Neurobiologie in Bezug auf zwischenmenschliches soziales Verhalten haben das Verständnis psychischer Krankheiten, aber auch das Alltagsverhalten deutlich verändert. Trotz Aufklärung um die Bedeutsamkeit salutogenetischer Maßnahmen steigt die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen sowie psychosomatischen Störungen infolge endogener und exogener Einflussfaktoren. Frühkindliche Regulationsstörungen, Essstörungen, Fehlentwicklungen in der Motorik und Lernprobleme sind die Folgen.

Für primäre Bezugspersonen und begleitende professionelle Berufsgruppen sind es Ziele, psychische und psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen, erste Interventionen anzubahnen bzw. umzusetzen sowie zu einer aktiven Gesundheitserziehung und Prävention beizutragen. Dies erfolgt insbesondere in der therapeutischen Praxis, in Kindertagesstätten, Kindergärten, Vorschulen, Ganztagschulen, Schulklassen sowie in Familien mit betroffenen Kindern und Jugendlichen, die einen ambulanten oder stationären therapeutischen Bedarf haben. Junge Familien sind heute vermehrt gefordert, Familie und Beruf zu vereinbaren. Positive Auswirkungen eines frühen Besuchs der Kinder in der Kindertagesstätte in Bezug auf ihre motorische, sprachliche, kognitive und soziale Entwicklung sind mittlerweile unumstritten. Kinder sollen sich hier bis zum Beginn der Schulpflicht zu autonomen Menschen entwickeln können. Eine gesundheitliche psychische Stabilität ist die Grundvoraussetzung für die Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen.

Kinder in Deutschland haben ab dem ersten Lebensjahr einen Anspruch auf einen Platz in einer Kindertagesstätte. Das bedeutet, dass immer mehr Kinder außerhalb der Familie viel Zeit in Betreuungseinrichtungen verbringen. Von daher werden angehende Lehrer, Erzieher und andere therapeutische Berufsgruppen ab den ersten Ausbildungspraktika dazu herausgefordert, Störungsbilder bereits bei sehr jungen Kindern, Schulkindern und Jugendlichen zu erkennen und professionelle Elternberatungen durchzuführen.

Infolge der Zunahme spätgebärender Mütter nimmt die Zahl an frühgeborenen Kindern zu. Da Frühgeburtlichkeit durch Fortschritte der Medizintechnik immer besser behandelt und auch diese Kinder ein langes, selbstständiges Leben führen können, benötigen sie oftmals Frühfördermaßnahmen durch Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie sowie Kinderkrankenpflege. Der Anspruch der ausführenden Berufsgruppen besteht darin, ausreichende Kenntnisse über psychische Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter zu haben, damit sie dieses Wissen adäquat in ihre therapeutischen Förderprogramme einbauen können. Dazu bedarf es einer guten Compliance und Adhärenz zwischen Eltern, den jungen Patienten und jeweiligen Bezugstherapeuten¹ bzw. Pädagogen.

Für alle begleitenden pädagogischen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gilt, interdisziplinär mit Ärzten, Psychologen bzw. Psychotherapeuten zu interagieren und die im Studium bzw. die in der Grundausbildung

¹ Der einfacheren Lesbarkeit halber wird häufig allein die männliche Form verwendet, selbstverständlich ist die weibliche stets damit eingeschlossen.

und Praxis erworbenen Kompetenzen in Bezug auf Elterninformation, -beratung und -anleitung, Erkennung von psychischen Störungsbildern, Anbahnung von weiterführenden Interventionen, Förderung psychischer Gesundheit und Prävention von Risikofaktoren in der weiteren Berufspraxis zu vertiefen und zu erweitern. Die Autorin hat eine Themenauswahl an Störungsbildern vorgenommen, die in der Berufspraxis bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten anzutreffen sind. Diese Auswahl erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Fallvignetten aus dem Spektrum psychiatrischer Erkrankungen bilden eine Spannweite von fachlichen Kompetenzen und Schwerpunkten ab. Darüber hinaus bieten Literaturhinweise die Möglichkeit zur weiteren vertieften Auseinandersetzung mit den einzelnen psychischen und psychosomatischen Störungsbildern.

Ein aufrichtiger Dank geht an meine Schüler der Erzieher-, Ergotherapie- und Logopädieausbildungen, die mich in den vergangenen Jahren mit bereicherndem Interesse, Mitarbeit, Fragen und Diskussionsbeiträgen dazu ermutigt haben, dieses Buch zu erarbeiten und zu veröffentlichen. Es soll eine wertvolle Hilfe bei der Aus- und Weiterbildung der in diesen Berufen Tätigen und der daran Interessierten sein.

Ich wünsche insbesondere auch Eltern erhellende Erkenntnisse bei der Lektüre, und daraus ein Nachdenken und Überdenken der eigenen Haltung im Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Elisabeth Höwler

Dresden im Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Psychiatrie	1
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
1.1	Psychische Heilkunde	3
1.2	Kinder und Heranwachsende als ganzheitliche Wesen	3
1.2.1	Besondere Unterschiede im Verhalten zwischen Mädchen und Jungen	4
1.3	Risikofaktoren psychiatrischer Erkrankungen	5
1.4	Protektive und hemmende Faktoren	8
1.4.1	Resilienz	9
1.4.2	Vulnerabilität	10
1.5	Merkmale psychischer Störungen	10
1.6	Kriterien zur Beurteilung psychischer Erkrankungen	11
1.6.1	Bewusstsein	11
1.6.2	Aufmerksamkeit und Gedächtnis	13
1.6.3	Orientierung	15
1.6.4	Wahrnehmung	15
1.6.5	Denken	16
1.6.6	Affektivität	17
1.6.7	Antrieb und Psychomotorik	18
1.6.8	Ich-Erleben	19
1.6.9	Intelligenz	19
1.7	Übersicht psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	20
1.7.1	Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	20
1.8	Besonderheiten psychiatrischer Sprache	21
1.9	Medizinische und psychiatrische Klassifikationssysteme	23
1.9.1	DSM-V	23
1.9.2	ICD-10	23
1.9.3	ICF	23
1.10	Epidemiologie psychischer Störungen	24
1.11	Chancen und Probleme aus psychiatrischer Sicht	25
1.12	Der Fall »Marco«	27
	Literatur	27
2	Grundlagen der Entwicklungsbeurteilung	29
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
2.1	Entwicklung	30
2.2	Determinanten der Entwicklung	30
2.3	Abweichungen von der normalen Entwicklung	31
2.3.1	Abnormität	34
2.3.2	Beeinträchtigungen	35
2.4	Klassifikation von Entwicklungsstörungen	35
2.5	Psychische Störungen und Sprachverhalten	35
2.6	Der Fall »Lisa«	36
2.7	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	38
	Literatur	38

I Grundlagen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen

3	Testdiagnostik	41
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
3.1	Voraussetzungen	42
3.2	Ziele	42
3.3	Screeningverfahren	43
3.3.1	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik	44
3.3.2	Bayley Scales of Infant Development	44
3.4	Der Fall »Luise«	46
3.5	Sprachentwicklung	46
3.5.1	Normale Sprachentwicklung	47
3.5.2	Sprachentwicklungsstörung	47
3.5.3	Sprachfehlertypen	48
3.5.4	Sprachentwicklungsunterschiede	48
3.6	Elternfragebögen	49
3.7	Neuropsychologische Screeningverfahren	49
3.7.1	Intelligenztests	50
3.8	Psychologische Diagnostik	52
3.8.1	Test zu Erfassung von Angst	52
3.8.2	Test zu Erfassung von Depressionen	53
3.8.3	Persönlichkeitstest	53
	Literatur	54
4	Therapieansätze	55
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
4.1	Rahmenbedingungen	56
4.1.1	Belastungs- bzw. Leistungskurven	57
4.1.2	Normalisierungsprinzip	57
4.1.3	Grundhaltungen zum interaktiven Umgang	58
4.2	Stationärer Klinikaufenthalt	61
4.2.1	Rehabilitationseinrichtungen	63
4.3	Nichtmedikamentöse psychosoziale Interventionen	64
4.3.1	Interventionen zur Verbesserung kognitiver Leistungen	65
4.3.2	Interventionen zur Stärkung des emotionalen Wohlbefindens	66
4.4	Psychotherapeutische Verfahren	67
4.4.1	Indikationen	68
4.4.2	Ausführende Personengruppen	68
4.4.3	Settings	69
4.4.4	Spezifische Verfahren	70
4.5	Pharmakologische Interventionen	74
4.5.1	Wirkungsweisen	75
4.5.2	Dosierungen	75
4.5.3	Sicherheit in der Medikamentenverabreichung	76
4.6	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	77
	Literatur	77

5	Die Situation der Familienangehörigen	79
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
5.1	Belastungen	80
5.1.1	Belastungen der Eltern	80
5.1.2	Belastungen der Geschwisterkinder	80
5.2	Entlastungsmöglichkeiten	81
5.2.1	Selbsthilfegruppen	81
5.2.2	Coping für Eltern	82
5.2.3	Coping für Geschwisterkinder	82
	Literatur	83
6	Prävention psychischer Störungen	85
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
6.1	Entwicklungsauswirkungen	86
6.2	Gesellschaftliche Aufklärung	87
6.3	Vorsorgeuntersuchungen	87
6.4	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	88
	Literatur	88
II	Ausgewählte affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter	
7	Angststörungen	91
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
7.1	Definition	92
7.2	Epidemiologie	92
7.3	Komorbidität	92
7.4	Angstkreislauf	92
7.5	Multifaktorielle Ursachen	93
7.6	Spezifische Angstformen	94
7.6.1	Angstformen im Entwicklungsverlauf	94
7.6.2	Formen der Angst	94
7.7	Therapeutische Interventionen	96
7.8	Prävention	97
7.9	Der Fall »Julia«	97
7.10	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	99
	Literatur	99
8	Zwangsstörungen	101
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
8.1	Definition	102
8.1.1	Zwangsgedanken	102
8.1.2	Zwangshandlungen	102
8.2	Epidemiologie	102
8.3	Komorbidität	102
8.4	Multifaktorielle Ursachen	103
8.5	Diagnostik	103
8.5.1	Kriterien zur Diagnosefindung	103
8.6	Verlauf	103

8.7	Verhaltensanalyse	104
8.8	Therapeutische Interventionen	104
8.9	Der Fall »Christina«	104
8.10	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	105
	Literatur	105
9	Unipolare depressive Störungen	107
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
9.1	Definition	108
9.2	Epidemiologie	108
9.3	Komorbidität	108
9.4	Diagnostik	108
9.5	Ursache	109
9.5.1	Risikofaktoren.....	109
9.5.2	Auslösefaktoren.....	109
9.6	Symptomatik	109
9.6.1	Kernsymptome.....	109
9.6.2	Symptome nach Lebensalterstufen.....	110
9.7	Therapeutische Interventionen	111
9.7.1	Somatisch-biologische Ebene.....	112
9.7.2	Psychosoziale Ebene.....	112
9.8	Der Fall »Jasmin«	113
	Literatur	114
10	Bipolare depressive Störungen	115
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
10.1	Definition	116
10.2	Epidemiologie	116
10.3	Komorbidität	117
10.4	Ursache	117
10.5	Verlauf und Prognose	117
10.6	Symptome	117
10.7	Therapeutische Interventionen	118
10.8	Vergleich zwischen Angst-, Zwangs- und depressiver Störung	119
10.9	Der Fall »Kevin«	120
10.10	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	121
	Literatur	121
11	Suizidales Verhalten	123
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
11.1	Definition	124
11.2	Epidemiologie	124
11.3	Komorbidität	124
11.4	Ursachen	125
11.4.1	Cybermobbing in der Schule.....	125
11.4.2	Mobbing und resultierende psychische Symptomen	125
11.5	Alarmzeichen	125
11.5.1	Präsuizidale Merkmale.....	126

11.5.2	Suizidale Krise.....	126
11.6	Suizidversuche	127
11.7	Erkennung der Suizidgefährdung	127
11.7.1	Erfassung der Basissuizidalität.....	127
11.7.2	Fokusassessment bei akuten Gefährdungen.....	127
11.8	Maßnahmen zum Freitod	127
11.9	Therapeutische Interventionen	128
11.9.1	Suizidprävention.....	128
11.9.2	Einschätzung der Suizidgefährdung durch Beziehungsaufbau.....	128
11.9.3	Krisenintervention.....	128
11.10	Der Fall »David«	129
11.11	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	130
	Literatur	131
12	Schizophrene Störung	133
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
12.1	Definition	134
12.2	Epidemiologie	134
12.3	Komorbidität	134
12.4	Kriterien	134
12.5	Ursachen	135
12.6	Symptome	135
12.7	Erkennung der Störung	135
12.8	Therapeutische Interventionen	136
12.8.1	Medikamentöse Therapie.....	136
12.8.2	Psychotherapie.....	137
12.8.3	Soziotherapie.....	137
12.9	Der Fall »Jörg«	137
12.10	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	138
	Literatur	138
III	Psychische Störungen mit körperlichen Symptomen	
13	Psychogene Essstörungen	141
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
13.1	Anorexia nervosa	142
13.1.1	Begriff »Anorexie«.....	142
13.1.2	Definition.....	142
13.1.3	Epidemiologie.....	142
13.1.4	Komorbidität.....	142
13.1.5	Ursachen.....	143
13.1.6	Herausragende Verhaltensweisen.....	144
13.1.7	Symptome.....	145
13.1.8	Therapeutische Interventionen.....	145
13.1.9	Folgen unbehandelter Anorexie.....	146
13.2	Der Fall »Julia«	146
13.3	Bulimie	147
13.3.1	Definition.....	147

13.3.2	Epidemiologie	147
13.3.3	Komorbidität	147
13.3.4	Ursachen	148
13.3.5	Symptome	148
13.3.6	Folgen der Bulimie	149
13.3.7	Therapeutische Interventionen	149
13.4	Binge-Eating	150
13.4.1	Epidemiologie	150
13.4.2	Ursachen	150
13.4.3	Symptome	150
13.4.4	Folgen unbehandelter Heißhungerattacken	150
13.4.5	Therapeutische Interventionen	151
13.5	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	151
	Literatur	151
14	Mutistische Störung	153
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
14.1	Definition	154
14.1.1	Selektiver (elektiver) Mutismus	154
14.1.2	Totaler Mutismus	154
14.2	Epidemiologie	154
14.3	Komorbidität	154
14.4	Ursachen	155
14.5	Auslösefaktoren	155
14.6	Die Sinnhaftigkeit des Schweigens	155
14.7	Therapeutische Interventionen	156
14.7.1	Familietherapie	156
14.7.2	Logopädie	156
14.8	Der Fall »Fiona«	157
14.9	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	158
	Literatur	158
15	Bewegungsstörungen	161
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
15.1	Systematisierung	162
15.2	Definition	162
15.3	Epidemiologie	162
15.4	Komorbidität	162
15.5	Ursachen	163
15.6	Störungsverlauf	163
15.6.1	Welche Funktionalität haben Tics?	164
15.7	Tourette-Störung	164
15.7.1	Epidemiologie	164
15.7.2	Komorbidität	164
15.7.3	Symptome	164
15.7.4	Diagnostik	164
15.8	Der Fall »Benjamin«	164
15.9	Vokale Ticstörung: Palilalie	166

15.9.1	Definition	166
15.9.2	Epidemiologie	166
15.9.3	Kriterien	167
15.10	Therapeutische Interventionen bei Bewegungsstörungen.	167
15.10.1	Medikamentöse Interventionen	167
15.10.2	Psychotherapeutische Interventionen	167
15.11	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	168
	Literatur.	168
16	Persönlichkeitsstörungen	169
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
16.1	Persönlichkeitsentwicklung	170
16.1.1	Gesunde resiliente Persönlichkeitsmerkmale	170
16.1.2	Persönlichkeitsentwicklung fördern und unterstützen	170
16.2	Typologien der Persönlichkeitsstörungen	171
16.2.1	Definition	171
16.2.2	Kritik an der Benennung von Persönlichkeitsstörungen	172
16.2.3	Ein Beispiel zur dissozialen Persönlichkeitsstörung	172
16.3	Borderline-Persönlichkeitsstörung	172
16.3.1	Epidemiologie	172
16.3.2	Komorbidität	172
16.3.3	Definition	172
16.3.4	Kriterien	173
16.3.5	Häufige Diagnose	173
16.3.6	Anzeichen der Störung	173
16.4	Ursachen	174
16.5	Therapeutische Interventionen	174
16.5.1	Notfallstrategien	175
16.6	Weitere Persönlichkeitsstörungen	175
16.7	Der Fall »Susanne«	175
16.8	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	176
	Literatur.	177
17	Abhängigkeitserkrankungen	179
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
17.1	Begriffsdifferenzierungen	180
17.2	Abhängigkeitskriterien	181
17.3	Ursachen zur Abhängigkeitsentwicklung	181
17.4	Alkoholabhängigkeit	183
17.4.1	Epidemiologie	183
17.4.2	Komorbidität	184
17.4.3	Gefährdungsgrenzen	184
17.4.4	Multifaktorielle Ursachen	185
17.4.5	Symptomatik	185
17.4.6	Alkoholwirkungen	186
17.4.7	Alkohol in der Schwangerschaft	187
17.4.8	Folgen unbehandelter Alkoholabhängigkeit	187
17.4.9	Koabhängigkeit	188

17.4.10	Therapeutische Interventionen	189
17.4.11	Der Fall »Johannes«	189
17.4.12	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	191
17.5	Substanzgebrauchsstörung	191
17.5.1	Klassifikation	191
17.5.2	Therapeutische Interventionen	191
17.5.3	Der Fall »Franz«	192
17.5.4	Der Fall »Sarah«	193
17.5.5	Cannabis als Fluch oder Segen?	193
17.6	Medienabhängigkeit	193
17.6.1	Epidemiologie	194
17.6.2	Anzeichen	194
17.6.3	Gefahr im Internet: Cyber-Grooming	194
17.6.4	Der Fall »Timo«	195
17.7	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	196
	Literatur	197
18	Störungen im Sozialverhalten	199
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
18.1	Soziale Normen und soziales Verhalten	200
18.1.1	Begriffsdifferenzierungen	200
18.1.2	Definition	200
18.2	Systematisierung	200
18.3	Epidemiologie	201
18.4	Komorbidität	202
18.5	Ursachen	202
18.6	Leitsymptome	202
18.7	Diagnostik	202
18.8	Folgen und Konsequenzen	203
18.8.1	Weitere Konsequenzen	203
18.9	Therapeutische Interventionen	203
18.10	Der Fall »Thomas«	205
18.11	Der Fall »Erik«	206
18.12	Der Fall »Josefine«	207
18.13	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	209
	Literatur	210
19	Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen	211
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
19.1	Definition	212
19.2	Epidemiologie	212
19.3	Komorbidität	212
19.4	Ursachen	212
19.5	Symptome	212
19.5.1	Kernsymptome	212
19.5.2	Begleitsymptome	212
19.6	Diagnostik	213
19.6.1	Wender-Utah-Kriterien bei ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)	213

19.6.2	Differenzialdiagnose: Hochbegabung	213
19.7	Therapeutische Interventionen	215
19.7.1	Medikamentöse Behandlung	215
19.7.2	Psychosoziale Interventionen	215
19.7.3	Hinweise für Eltern und Pädagogen	216
19.7.4	Elternberatung in Kindergarten und Schule	216
19.8	Der Fall »Julius«	217
19.9	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	218
	Literatur	218
20	Ausgewählte psychosomatische Störungen	221
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
20.1	Begriff »Psychosomatik«	223
20.1.1	Psychosomatische Medizin	223
20.2	Psycho-physiologische Zusammenhänge	223
20.3	Risikofaktoren	224
20.4	Diagnostik	225
20.5	Frühkindliche Regulationsstörung	225
20.5.1	Epidemiologie	225
20.5.2	Symptome	226
20.5.3	Ursachen	226
20.5.4	Schreibabys	227
20.5.5	Therapeutische Interventionen	228
20.5.6	Die Aufgabe für begleitende professionelle Berufsgruppen	228
20.5.7	Der Fall »Jakob«	229
20.6	Bettnässen (Enuresis) und Einkoten (Enkopresis)	230
20.6.1	Definition	230
20.6.2	Ursachen	230
20.6.3	Leitsymptome	231
20.6.4	Therapeutische Interventionen	231
20.7	Herzkrankungen	231
20.7.1	Krankheitserleben	231
20.7.2	Therapeutische Interventionen	232
20.7.3	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	232
20.8	Schlafstörungen	232
20.8.1	Gesunder Schlaf	233
20.8.2	Definition	234
20.8.3	Epidemiologie	234
20.8.4	Komorbidität	234
20.8.5	Kriterien	234
20.8.6	Einteilung der Schlafstörungen	235
20.8.7	Ursachen	235
20.8.8	Determinanten	236
20.8.9	Symptome	236
20.8.10	Therapeutische Interventionen	237
20.8.11	Der Fall »Melanie«	238
20.8.12	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	238
20.9	Adoleszenzkrise	239

20.9.1	Gesunde adoleszente Entwicklung	239
20.9.2	Definition	239
20.9.3	Epidemiologie	239
20.9.4	Krisen und psychische Störungen	240
20.9.5	Der Fall »Karina«	241
20.9.6	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	242
	Literatur	243
21	Spezifische Lernstörungen	245
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
21.1	Autistische Störungen	247
21.1.1	Begriff »Autismus«	247
21.1.2	Definition	247
21.1.3	Epidemiologie	248
21.1.4	Ursachen	248
21.1.5	Kernsymptome	248
21.1.6	Autismusformen	248
21.1.7	Therapeutische Interventionen	250
21.1.8	Der Fall »Jerome«	251
21.2	Legasthenie	252
21.2.1	Definition	252
21.2.2	Epidemiologie	253
21.2.3	Komorbidität	253
21.2.4	Ursachen	253
21.2.5	Diagnostik	253
21.2.6	Therapeutische Interventionen	253
21.2.7	Der Fall »Konstantin«	254
21.3	Dyskalkulie	254
21.3.1	Definition	255
21.3.2	Epidemiologie	255
21.3.3	Ursache	255
21.3.4	Therapeutische Interventionen	255
21.3.5	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	255
	Literatur	256
22	Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen	257
	<i>Elisabeth Höwler</i>	
22.1	Trauma	260
22.1.1	Definition	260
22.1.2	Traumakriterien	260
22.1.3	Einteilung traumatischer Erlebnisse	261
22.1.4	Symptome	261
22.1.5	Diagnose	261
22.1.6	Allgemeine therapeutische Interventionen	262
22.2	Trennungssituationen	262
22.2.1	Reaktionen infolge multifaktorieller Belastungen	262
22.3	Sexueller Missbrauch	263
22.3.1	Definition	263

22.3.2	Epidemiologie	264
22.3.3	Formen	264
22.3.4	Strategien der Täter	264
22.3.5	Erleben der Kinder	265
22.3.6	Erkennung sexuellen Missbrauchs.....	265
22.3.7	Symptome auf bio-psycho-sozialer Ebene	265
22.3.8	Folgen.....	266
22.4	Der Fall »Lisa«	266
22.5	Störung der sexuellen Präferenz: Pädophilie	267
22.5.1	Definition.....	267
22.5.2	Differenzialdiagnose.....	268
22.5.3	Komorbidität.....	268
22.5.4	Pädophile Handlungen	268
22.5.5	Epidemiologie	269
22.5.6	Tätertypologien	269
22.5.7	Diagnostik	269
22.5.8	Ursachen	269
22.5.9	Therapeutische Interventionen	270
22.5.10	Folgen für das Kind.....	271
22.5.11	Prävention.....	271
22.6	Traumafolgestörungen	272
22.6.1	Epidemiologie	272
22.6.2	Akute Belastungsstörung	272
22.6.3	Definition.....	272
22.6.4	Ursachen	272
22.6.5	Symptome	272
22.7	Posttraumatische Belastungsstörung	273
22.7.1	Definition.....	273
22.7.2	Symptome	274
22.7.3	Traumatische Erlebnisse verändern das Gehirn.....	274
22.8	Retraumatisierung	275
22.9	Spezielle Traumatherapie	275
22.9.1	Therapie bei Kleinkindern.....	275
22.9.2	Therapie bei Schulkindern und Jugendlichen	276
22.10	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	277
22.11	Schütteltrauma	277
22.11.1	Definition.....	277
22.11.2	Epidemiologie	278
22.11.3	Symptome	278
22.11.4	Therapeutische Interventionen	279
22.12	Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom	279
22.12.1	Definition.....	279
22.12.2	Epidemiologie	279
22.12.3	Ursachen	279
22.12.4	Diagnostik	280
22.12.5	Therapeutische Interventionen	280
22.12.6	Der Fall »Ricarda«.....	280
22.13	Entwurzelungssyndrom	281

22.13.1	Definition.....	281
22.13.2	Epidemiologie.....	281
22.13.3	Begriffsdifferenzierungen mit ihren Definitionen.....	281
22.13.4	Ursachen.....	282
22.13.5	Geändertes Rollenverhalten in den Familien.....	282
22.13.6	Symptome.....	284
22.13.7	Therapeutische Interventionen.....	284
22.13.8	Der Fall »Osman«.....	285
22.14	Worauf Therapeuten und Pädagogen achten sollten	286
	Literatur	287

Serviceteil

Glossar	290
----------------------	-----

Stichwortverzeichnis	294
-----------------------------------	-----

Grundlagen der Psychiatrie

Elisabeth Höwler

- 1.1 Psychische Heilkunde – 3**
- 1.2 Kinder und Heranwachsende als ganzheitliche Wesen – 3**
 - 1.2.1 Besondere Unterschiede im Verhalten zwischen Mädchen und Jungen – 4
- 1.3 Risikofaktoren psychiatrischer Erkrankungen – 5**
- 1.4 Protektive und hemmende Faktoren – 8**
 - 1.4.1 Resilienz – 9
 - 1.4.2 Vulnerabilität – 10
- 1.5 Merkmale psychischer Störungen – 10**
- 1.6 Kriterien zur Beurteilung psychischer Erkrankungen – 11**
 - 1.6.1 Bewusstsein – 11
 - 1.6.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis – 13
 - 1.6.3 Orientierung – 15
 - 1.6.4 Wahrnehmung – 15
 - 1.6.5 Denken – 16
 - 1.6.6 Affektivität – 17
 - 1.6.7 Antrieb und Psychomotorik – 18
 - 1.6.8 Ich-Erleben – 19
 - 1.6.9 Intelligenz – 19
- 1.7 Übersicht psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – 20**
 - 1.7.1 Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – 20
- 1.8 Besonderheiten psychiatrischer Sprache – 21**
- 1.9 Medizinische und psychiatrische Klassifikationssysteme – 23**
 - 1.9.1 DSM-V – 23
 - 1.9.2 ICD-10 – 23
 - 1.9.3 ICF – 23

- 1.10 Epidemiologie psychischer Störungen – 24**
- 1.11 Chancen und Probleme aus psychiatrischer Sicht – 25**
- 1.12 Der Fall »Marco« – 27**
- Literatur – 27**

1.1 Psychische Heilkunde

■ Historischer Überblick

Johannes Reil prägte bereits 1788 in Halle an der Saale den Begriff »Psychiatrie«. Er bezeichnete die Psychiatrie als Heilkunde. Prägend waren u. a. auch die Ärzte Otto Biswanger (1852–1926) und sein Wiener Kollege Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840–1902). Dieser führte im Jahr 1895 den Begriff »Nervosität« als Ausdruck des modernen gesellschaftlichen Lebens ein. Die ersten Kinderpsychiater waren Griesinger, Zellinger und Emminghaus, welche psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in der Literatur erstmals beschrieben haben.

Die Psychiatrie ist seit dem 18. Jahrhundert eine spezielle Fachrichtung der medizinischen Disziplin. Sie umfasste zunächst alle Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation sowie Therapie bei Menschen mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine verhältnismäßig neue Wissenschaft, die erst seit den 1970er Jahren in Deutschland besteht. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) besteht seit 1993. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen eine spezielle Weiterbildung und sind derzeit nicht flächendeckend vorhanden. Nach der Bundesärztekammer waren im Jahr 2010 ca. 1600 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berufstätig, von denen rund 750 niedergelassen waren.

Die psychiatrische Forschung in der Kinder- und Jugendheilkunde hat international und national noch einen enormen Nachholbedarf.

■ Begriffsklärung und Definition

Die Psychiatrie wird auch als sog. »Seelenheilkunde« bezeichnet. Als eine medizinische Teildisziplin bezieht sie sich auf psychische bzw. seelische Störungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, die wahrgenommen, beobachtet, interpretiert und im therapeutischen Behandlungsprozess dokumentiert werden.

Die Psychiatrie ist eine hermeneutische Wissenschaft in der es v. a. um die Kunst des Verstehens geht. Die therapeutische Qualität der Disziplin besteht darin, das Ausmaß des Verstehens und des Verstandenwerdens zu begreifen. Dies ist der Kern, der den Patienten trägt, der ihm Kraft gibt, wieder psychisch stabil zu werden. Junge Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, leiden zuerst an sozialer Desintegration. Wenn sich der Psychiater darauf beschränkt, nur Medikamente zu verordnen, wird sich der junge Patient unverstanden fühlen. Er wird die Medikation nicht einnehmen, oder sogar den Kontakt zum Arzt abbrechen.

Ein Arzt, der sich auf naturwissenschaftliche Behandlungsansätze bezieht, kann dem kranken Menschen nicht gerecht werden. Von daher bedarf es neben der Sachkenntnis, Empathie, Zwischenmenschlichkeit und Sorge um den anderen auch implizites Erfahrungswissen, welches sich Ärzte und Therapeuten nur in der Begegnung mit Patienten umfassend aneignen können.

1.2 Kinder und Heranwachsende als ganzheitliche Wesen

Körper, Seele und soziales Umfeld des Menschen sind holistisch zu betrachten. Unter einer holistischen Betrachtungsweise ist philosophisch eine Denkrichtung zu verstehen, nach der alle Daseinsformen der Welt streben, ein Ganzes zu sein. Alle Erscheinungen des Lebens werden aus einem ganzheitlichen Prinzip abgeleitet.

Eine holistische Betrachtung des Menschen auf ganzheitlicher Ebene, mit ihren Anteilen auf bio-psycho-sozialer Ebene und ihren Wechselwirkungen bildet für Pflegende und Therapeuten die Grundlage für alle Interventionen im therapeutischen Prozess.

Für die Betrachtung des Menschen als ganzheitliches Wesen sind alle Ebenen bedeutsam, als ein strukturiertes und nach außen offenes System, dessen Teile in wechselseitiger Beziehung zueinander, zur Gesamtheit und zur Außenwelt stehen.

Biologische Ebene Der Mensch besteht aus Organen, z. B. Knochen, Herz, Niere, Lunge, Magen,

Bauchspeicheldrüse, den Organsystemen z. B. Herz-Kreislauf-System, Hormonsystem, Nervensystem, Atmungssystem, Immunsystem, Verdauungssystem, Fortpflanzungssystem und aus den vier Grundgewebearten, z. B. Epithelgewebe, Binde- und Stützgewebe, Muskel- und Nervengewebe.

Psychische Ebene Der Mensch besitzt einen geistig-seelischen Bereich. Er kann Denken, Fühlen, Emotionen zeigen, Erleben und zeigt je nach Situation ein angepasstes oder unangepasstes Verhalten.

Soziale Ebene Der Mensch lebt im sozialen Zusammenhalt, in der Gemeinschaft mit der Familie, Partnern, Freunden, Arbeitskollegen.

1.2.1 Besondere Unterschiede im Verhalten zwischen Mädchen und Jungen

Neurobiologische Erkenntnisse

Das männliche Geschlecht hat makroskopisch ein größeres Gehirn als das weibliche. Der Verlauf zwischen den beiden Hemisphären, der Balken, ist beim männlichen Geschlecht etwas dünner, dafür ist der Hippocampus etwas größer und der Cortex weist weniger Furchen und Wölbungen auf. Mit einer Magnetresonanztomographie (MRT) lassen sich unterschiedliche Verbindungsmuster, d. h. neuronale Bahnen zwischen der rechten und linken Hemisphäre bei Jungen und Mädchen feststellen.

Beide Gehirnhälften haben unterschiedliche Funktionen. Die rechte Gehirnhälfte ist mehr intuitiv, räumlich ausgerichtet und beschäftigt sich mit emotionalen Informationen. Die linke Hälfte ist für die Sprachkompetenz, u. a. Wortanalyse verantwortlich.

- Die linke Gehirnhälfte ist beim weiblichen Geschlecht stärker und enger neuronal mit der rechten Gehirnhälfte vernetzt. Mädchen können somit mehrere Dinge gleichzeitig und besser tun, z. B. Multitasking und lösen von emotionalen Aufgaben.
- Beim männlichen Geschlecht lassen sich andere neuronale Muster erkennen: ihre Hemisphären weisen eine stärkere Verbindung

zwischen dem vorderen und dem hinteren Teil des Gehirns auf. Sie können somit besser Dinge verbinden, die sie sehen, sie sehen etwas und müssen sofort reagieren.

Neuronale Verbindungen zwischen den beiden Hemisphären entwickeln sich erst in der Pubertät zwischen dem 13.–18. Lebensjahr.

Erkenntnisse der Neurowissenschaften bringen uns der Frage nach dem geschlechtsspezifischen Verhalten zwischen Jungen und Mädchen näher. Mädchen interessieren sich mehr für kreative Berufe mit sozialem Engagement, Musik, Tanz, Kunst, etc. Jungen interessieren sich vorwiegend für naturwissenschaftliche Bereiche: Mathematik, Physik, Informatik etc.

■ Handlungsaufgabe

1. Wenn wir Verhaltensunterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht, die sich in der Gehirnstruktur wieder spiegeln, feststellen, wie sehr basieren Ihrer Meinung nach diese Unterschiede auf Erkenntnissen der Neurobiologie oder sind sie vielmehr nicht doch ein Produkt der sozio-kulturellen Gesellschaft in der wir leben?

■ Erwartungshorizont

Verhaltensunterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur zum geringen Teil angeboren, d. h. sie lassen sich auf biologische Einflüsse zurückführen: bereits im Mutterleib wirken auf das Gehirn Hormone, insbesondere das Testosteron, ein.

Das menschliche Gehirn ist ein Leben lang formbar, es kann sich der Umwelt anpassen. Dies wird auch neuronale Plastizität genannt. Verbindungen im Gehirn werden im Laufe des Lebens durch Erfahrungen angelegt: In welcher Kultur der Mensch lebt, in welchem sozialem Umfeld er aufwächst, wie lange er zur Schule gegangen ist, welchen Beruf er ausübt. Alle diese Faktoren ändern die neuronale Vernetzung im Gehirn.

Verhaltensunterschiede als Produkt der sozio-kulturellen Gesellschaft

Erzieher berichten, dass Jungen auf Spielplätzen ein höheres Aktivitätsniveau aufweisen als Mädchen. Jungen entfernen sich früher von der mütterlichen

Nähe und sind wilder beim Freispiel. Sie können sich räumlich besser orientieren. Die Konsequenz dessen ist, dass Jungen eine konstitutionelle Andersartigkeit aufweisen: ihre motorische Entwicklung verläuft anders, d. h. sie weisen einen größeren Bewegungsdrang (zu viel Antrieb) auf, sie können nur schwer still sitzen, haben zu wenig Stabilität und sind später im Leben auf der Suche nach Halt.

Mädchen werden schon sehr früh auf Gesichter aufmerksam, sie nehmen Blickkontakt auf und achten vermehrt auf soziale Interaktionen und erlernen somit früher die Sprache.

Im Alter von vier Jahren gleichen sich beide Geschlechter im Spracherwerb an.

Da Mädchen mehr basteln, ist ihre Feinmotorik verbessert. Sie lesen mehr Bücher und verstehen Texte leichter. Sie malen Bilder bereits im Kindergarten bzw. in der Kita feiner aus und schreiben in der Schule ordentlicher.

Mädchen kommen im Alter von 10–12 Jahren in die Pubertät und sehen diese Zeit als Leistungsphase an, sie entwickeln gute koordinative Fähigkeiten.

Jungen kommen erst zwischen dem 13.–17. Lebensjahr in die Pubertät. Sie können sich dann problematisch verhalten, weil sie meist Normen und Werte, die andere von ihnen abverlangen, nicht beachten wollen. Jugendliche testen ihre Grenzen, besonders gegenüber Autoritätspersonen, sehr gerne aus. Jungen beschäftigen sich vermehrt mit dem Computer und mit anderen Medien. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Computerspielen, TV-Konsum und schlechten Schulnoten. Sie identifizieren sich gern mit Identifikationsfiguren der Computerspiele. Jungen wachsen heute aufgrund von Ehescheidungen vermehrt ohne Väter auf; ihnen fehlt eine männliche Identifikation. Im Kindergarten und in der Grundschule werden sie vorwiegend mit weiblichen Lehrpersonen konfrontiert. Erst im Gymnasium finden sie männliche Lehrer als Vorbilder. Früher hatten Jungen, aufgrund damals kinderreicher Familien, ältere Brüder, mit denen sie sich identifizieren konnten.

Diese Unterschiede bedingen Benachteiligungen für Jungen im Bildungssystem; d. h. sie bekommen keine Chancengleichheit. Bei Jungen fallen folgende Probleme auf:

- Die Gewaltbereitschaft ist höher,
- sie begehen mehr Suizide,
- sie weisen öfter Schulprobleme auf,
- sie haben eine höhere Risikobereitschaft.

Die Gehirne der Mädchen und Jungen sollten bereits im Säuglingsalter früh genutzt werden, damit sie sich gut entwickeln und vorhandene Kompetenzen so früh wie möglich ausgebaut werden können.

1.3 Risikofaktoren psychiatrischer Erkrankungen

Unter einem Risikofaktor wird in der Medizin eine erhöhte Wahrscheinlichkeit verstanden; eine bestimmte Krankheit bzw. Störung zu erwerben, wenn bestimmte physiologische oder anatomische Eigenschaften, genetische Prädispositionen und/oder Umweltkonstellationen vorliegen.

Bei Kindern und Jugendlichen verflechten sich biologische, psychische und soziale Entwicklungsbedingungen im Leben.

Aus krankheitsfördernden Merkmalen (Risikofaktoren) und symptomatischen Frühzeichen (Prodromen) lassen sich Wahrscheinlichkeitsaussagen über zukünftige psychiatrische Krankheiten treffen.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und das Bemühen, durch Eigenaktivität Krankheiten zu verhüten, haben zugenommen, sodass Ärzte von Patienten und Ratsuchenden vermehrt nach zukünftigen Risiken und deren Verhütung gefragt werden. Diese Entwicklung wird im Internet und infolge Druckmedien mit regelmäßig eintreffenden Meldungen gefördert, wer und in welchem Maß für eine neuropsychiatrische Erkrankung gefährdet ist und wie man seine eigene Risiken für Depression, Angststörung oder Abhängigkeit anhand simpler Fragebögen per Smartphone berechnen kann.

Risikofaktoren verflechten sich auf genetisch-biologischer und psycho-sozialer Ebene. In Familien in denen besondere Konstellationen von Risikofaktoren vorliegen, ist die Vulnerabilität der betroffenen Kinder und Jugendlichen für psychische Erkrankungen gesteigert. Im Folgenden werden diese dargestellt.

■ Biologische Ebene: Endogen oder internalisierend bedingt

Nach innen gerichtete, unangemessene Verhaltensweisen, die das Kind selbst und seine soziale Umwelt (insbesondere Familienangehörigen) stark im physischen und psychischen Wohlbefinden beeinträchtigen können.

Mütter die Rauchen, an Adipositas leiden oder Spätgebärende sind, haben gehäufte frühgeborene Kinder mit zu geringem Geburtsgewicht. Diese Kinder bringen das Risiko für Entwicklungsverzögerungen mit.

Untersuchungen von Familienanamnesen weisen auf ein gehäuftes Vorkommen der Merkmale gehemmt Temperament, Angst und/oder Depression. Somit sind psychische Störungen häufig erblich veranlagt. Eine gewisse Vulnerabilität ist dann auch beim Kind vorhanden. Dazu gehört ein psychopathologischer Zustand der Mutter, z. B. eine depressive Störung, Angst- oder Essstörungen.

Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen können Ursache oder Folgen von somatischen Erkrankungen sein oder sie bestehen zufällig koinzident. Dazu lassen sich vielfältige Beispiele aufführen:

- Kinder und Jugendliche mit chronischen Hauterkrankungen (Neurodermitis, Akne, Schuppenflechte) können an Körperbildstörungen leiden. Auch Medikamente, wie z. B. eine langandauernde Steroidtherapie bei Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa führen beim Patienten zu Depressionen.
- Eine somatische Komplikation einer psychischen Störung kann das Delir bei Alkohol- oder Drogenzug sein. Tachykardie oder thorakales Engegefühl finden sich bei einer Panikstörung.
- Bei einer Karzinomerkrankung im Jugendalter bestehen oftmals Depressionen wegen Problemen bei der Krankheitsverarbeitung.
- Bei Amputationen von Körperteilen aufgrund eines Unfalls muss sich ein junger Patient mit gravierenden Verlusterfahrungen auseinandersetzen. Beim unzureichendem Coping kann dies ebenso zu Depressionen führen.
- Der Arzt diagnostiziert bei Drogenabhängigkeit eines Jugendlichen neben der Hepatitis, Polyneuropathie, Angst und Depressionen.

■ Molekulare Ursachen psychiatrischer Störungen

Wissenschaftler der Universität Bonn wollen herausfinden, ob psychiatrische Störungen eine gemeinsame biologische Wurzel haben. Dafür planen die Forscher das Genom von psychiatrisch erkrankten Patienten mit dem von gesunden Menschen zu vergleichen. Sie greifen dabei auf 250 Familien, bei denen sich psychiatrische Störungen häufen, zurück, sowie auf einen Datenpool von 80.000 Patienten aus einem internationalen Forscherkonsortium. Die Wissenschaftler untersuchen des Weiteren die Gehirnaktivität mittels Magnetresonanztomographie, um so einen kausalen Zusammenhang zwischen den Genen und Störungsursachen zu identifizieren (Weitere Informationen ► <http://www.uni-bonn.de>).

■ Psychische Ebene: Exogen oder externalisierend bedingt

Nach außen gerichtete unangemessene und störende Verhaltensweisen wie hyperaktives oder aggressives Verhalten. Sie sind mit negativen Auswirkungen auf den Betroffenen und seine Umwelt verbunden. Dazu gehören folgende Erkrankungen: Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom (ADHS).

Mitentscheidend für die seelische Gesundheit und Lebensqualität ist die Bewältigung von Lebenskrisen wie Trennung und Scheidung der Eltern, ein Mutterdefizit durch deren Inhaftierung oder Krankheit, psychopathologische Zustände beim Vater (Gewalt, Sucht), Tod von nahestehenden Angehörigen, einen Wohnort- oder Schulwechsel, besonders zwischen dem 7.–15. Lebensjahr, Leistungsdruck in der Schule, körperliche chronische Erkrankungen, Verlust von Aufgaben und Rollen, Ungeduld und Ablehnung von Seiten der Eltern, Belastungen durch die Geschwisterschaft in Patchworkfamilien, infolge unverständlichem Harmoniemythos, Interaktionsmuster der Eltern mit unterschiedlichen Wertemustern, all das können psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen verstärken.

Externalisierende Störungsbilder, z. B. hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens, gehören zu den am häufigsten diagnostischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Man

geht davon aus, dass sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle bei ihrer Genese spielen.

■ Mutter-Kind-Beziehung

Eine psychische Erkrankung der primären Bindungsperson, in den meisten Fällen ist dies die Mutter, wirkt sich fast immer auf die Beziehung zu ihrem Kind aus.

Für die Beurteilung der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung sind vier Bereiche wichtig:

- Beobachtetes Verhalten zwischen Mutter und Kind (Interaktion),
- die wahrgenommene emotionale Beziehung zum Kind (Bonding),
- das Erleben von Effizienz in der Mutterrolle (Selbstwirksamkeit),
- die Fähigkeit kindliche Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen, wie z. B. Hunger, Schlaf und Aufmerksamkeitsbedürfnis.

In jedem dieser vier Bereiche kann es infolge psychischer Störung der Mutter, zu einem Defizit beim Kind kommen und die adäquate Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigen. Die Psychopathologie psychischer und psychosomatischer Störungen wirkt sich auf den vier Beziehungsebenen unterschiedlich aus. Die entstandene defizitäre Mutter-Kind-Beziehung wird als Transmissionsweg für Entwicklungsretardierungen bei Kindern diskutiert.

Im Umkehrschluss bewährt sich eine gelungene Mutter-Kind-Beziehung als resilienter Faktor bei der Entwicklung des Kindes, der den negativen Einfluss »psychische Störung der Mutter« minimieren kann. Beziehungsfördernde Interventionen sollten besonders bei Säuglingen und Kleinkindern von professionellen begleitenden Berufsgruppen in das Therapieprogramm integriert werden (Hohm et al 2008).

■ Soziale Ebene: Kulturell oder gesellschaftlich bedingt

Die Schichtzugehörigkeit und die Bildung der Eltern wirken sich auf die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus. So korreliert ein hoher sozialer ökonomischer Status und Bildungsstand der Eltern mit einer besseren gesundheitlichen Entwicklung der Kinder.

■ Eltern-Kind-Interaktion

Die Eltern-Kind-Interaktion kann dazu beitragen, dass externalisierende Auffälligkeiten entstehen, aufrechterhalten werden oder sogar zunehmen. Sie können Ursache und Wirkung sein. Was sich zwischen betroffenen Kindern und ihren Müttern abspielt, wollte eine Gruppe von Wissenschaftlern aus Mannheim genauer wissen. Sie beobachteten 31 Kinder mit hyperkinetischer Störung, 61 Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens und 116 nicht-betroffene Kinder im Alter von 8 Jahren und ihre Mütter per Video bei einer 5-minütigen, hausaufgabenähnlichen Interaktion. Die Auswertungen der Videosequenzen ergab: Die Mehrzahl der betroffenen Kinder und Mütter hatte ein gespanntes Verhältnis zueinander. So versuchten z. B. die Mütter hyperkinetischer Kinder stark, deren Verhalten zu steuern. Die Kinder verhielten sich wiederum unaufmerksam und impulsiv. Sie leisteten Widerstand gegen die mütterliche Beeinflussung und äußerten sich abwertender als unauffällige Kinder.

■ Handlungsaufgaben

1. Beschreiben Sie Ursachen, die im Text für externalisierende Störungen genannt werden.
2. Benennen Sie Verhaltensweisen, die hyperkinetische Kinder zeigen.

■ Erwartungshorizont

Antwort zu 1

Fehlformen in der Erziehung

Ablehnung, Vernachlässigung, Überbehütung, Verwöhnung, mangelnde emotionale Zuwendung oder zu starke emotionale Bindung in der Eltern-Kind-Beziehung, indifferente, inkonsequente oder widersprüchliche Erziehungseinstellungen und -maßnahmen, Überforderung, Übertragung unbewusster Wünsche und Einstellungen der Eltern auf das Kind, können dazu führen, dass Kinder in Kindergarten oder Schule einen Leistungsabfall aufweisen, nicht mit Freude die Einrichtung (Kindergarten oder Schule) besuchen wollen, an Aktivitäten nicht interessiert sind, sich stattdessen isolieren oder mit Anderweitigem beschäftigen.

Diese Kinder werden in ihrer Entwicklung zur autonomen, selbstbewussten Persönlichkeit beeinträchtigt; sie erhalten kein eigenes Entscheidungs-

vermögen. Erst durch das Zusammenspiel mehrerer Ursachen kann es zu Erlebens- und Verhaltensstörungen kommen.

Antwort zu 2 Die soziale Störung, die nicht organisch bedingt ist, äußert sich in Hyperaktivität, in Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Impulsivität und aggressivem Verhalten.

1.4 Protektive und hemmende Faktoren

Die wichtigste Basis für ein langes gesundes und glückliches Leben liegt in der ausgeglichenen Emotionalität. Da Menschen in jeder Beziehung stark von ihren sozialen Beziehungen und Vernetzungen abhängen, überrascht es nicht, dass eine geborgene, glückliche Kindheit, der passende Platz in der Gesellschaft und eine geglückte Vernetzung mit Partnern und Freunden, u. U. auch mit Haustieren, zu den wichtigsten Faktoren zählen, ein ausgeglichenes Gefühlsleben zu erreichen.

Eine zuverlässige und sensible Betreuung der Kleinkinder in ihren ersten Lebensjahren führt zur Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Personen, auch im späteren Leben einzugehen (Bowlby 1988). Versäumnisse zur Entwicklung einer sicheren Bindungsfähigkeit in der Kindheit, können in einem gewissen Ausmaß bei sozial anpassungsfähigen Menschen im späteren Leben aufgeholt werden.

Bei Herausbildung einer psychischen Störung sind zuerst die Emotionen beeinträchtigt.

Jeder kennt Situationen in seinem Leben, in denen er bedrückt seinen Gedanken nachhängt und innerlich nicht zur Ruhe kommt. In solchen Verfassungen ist ein Kind gegenüber äußeren Dingen nicht mehr aufmerksam. Es ist vielleicht zu sehr auf sich selbst bezogen und zieht sich sehr zurück. Es hat vielleicht das Gefühl, den Anforderungen des täglichen Lebens, z. B. Anforderungen im Kindergarten oder in der Schule immer weniger gerecht werden zu können, fühlt sich überfordert; entwickelt eine psychosomatische Befindlichkeitsstörung. Diese Reaktionen sind erforderlich, um eine belastende Situation psychisch zu verarbeiten.

Zum Erhalt der psychischen Stabilität bei einem Kind ist es notwendig, dass seine Belastungen im Alltag und v. a. der psychische Druck stetig wieder abnehmen.

Hält ein psychischer Druck über längere Zeit an, so kann dieser, je nach Prädisposition des Kindes, sich zu einer psychischen Störung manifestieren. Daraus folgt, dass jeder Mensch im Grunde genommen in der Lage ist, depressiv, von einer Substanz abhängig oder psychotisch auf belastende Lebenssituationen zu reagieren.

Das Gemeinsame aller psychischen Störungen ist der Versuch des Geistes, diese nicht aushaltbaren Gefühle aufzulösen. Die sog. Symptombildung wie z. B. das Depressivwerden, die Substanzabhängigkeit oder das Psychotischwerden, ist als ein Problemlösungsversuch anzusehen, jedoch leider kein erfolgreicher. Alle Lösungsversuche dienen letztendlich dazu, zu den belastenden Gefühlen Distanz herzustellen, d. h. sie besser zu ertragen. Die Reaktionen haben eine Schutzfunktion und sollen eine psychische Entlastung möglich machen. Bei psychisch kranken Kindern verselbstständigen sich diese Reaktionen im weiteren Entwicklungsverlauf.

Protektive Faktoren sind ein sozialer Rückhalt in der Familie durch einen demokratischen Erziehungsstil, genügende psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und ein Kohärenzgefühl, d. h. ein dynamisches Gefühl des Selbstvertrauens sowie gesundheitsfördernde Wohn- und Entwicklungsbedingungen.

■ Familiäre Interaktion

Die Bedeutung der familiären Interaktion resultiert aus der Beobachtung, dass bestimmte Merkmale im Interaktionsstil der Bezugspersonen das Risiko für psychische Störungen in der Kindheit verstärken können. Ungünstige Verhaltensweisen sind dabei häufig eine Reaktion auf abnorme Verhaltensweisen, z. B. Stottern oder eine erhöhte Ängstlichkeit des Kindes. Auch wenn dieser Bereich präventiv eine große Bedeutung hat, kann er erst im Verlauf einer logopädischen und/oder psychotherapeutischen Therapie untersucht werden. Dies begründet sich daraus, dass ein tiefes Vertrauensverhältnis zwischen dem Kind und behandelndem Therapeuten bestehen muss.

Ziel aller präventiven und therapeutischen Maßnahmen sollte sein, dass trotz bestehender Risikofaktoren sich das Kind mit geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. logopädischer und/oder psychotherapeutischer Verfahren, zu einer leistungsfähigen, stabilen Persönlichkeit entwickelt.

1.4.1 Resilienz

Der Begriff Resilienz (lat.) *resilire*, bedeutet zurückspringen, abprallen.

Der Begriff Resilienz wurde von Emmy Werner im Jahr 1950 geprägt. Kinder werden als resilient bezeichnet, die in einem sozialen Umfeld aufwachsen, das durch Risikofaktoren wie z. B. Armut, Drogenkonsum oder Gewalt gekennzeichnet ist und sich dennoch zu erfolgreichen Menschen entwickeln (Werner 1993).

➤ **Resilienz wird auch als psychische Widerstandsfähigkeit, als Selbstheilungskompetenz bezeichnet.**

Das Konzept gehört zur Salutogenese (Antonovsky 1983). Resilienz ist eine psychologische Widerstandsfähigkeit, Krisen durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklungen zu nutzen.

Der Begriff »Resilienz« hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Früher bezeichnete er nur eine spezielle Eigenschaft bei Personen, die ihre psychische Gesundheit unter Bedingungen erhielten, unter denen andere zerbrochen wären. In diesem Sinne wurde der Begriff z. B. von Emmy Werner benutzt. Um ein Kind als »resilient« zu definieren, wurden oft Merkmale der Lebensführung miteinbezogen. Oft wurden etwa Kinder so bezeichnet, die – trotz Bedingungen wie Armut oder Flüchtlingssituation in der Kindheit – im Erwachsenenalter eine qualifizierte Berufstätigkeit ausübten, nicht mit dem Gesetz in Konflikt kamen und psychisch unauffällig waren. Später wurde die Bedeutung ausgeweitet. Dies ist mit der Erkenntnis verbunden, dass psychische Widerstandsfähigkeit nicht nur in Extremsituationen – sondern immer – von Vorteil ist. Heute werden Menschen mit diesem Merkmal oft allgemein als resilient bezeichnet. Er wird z. B. auch für Menschen verwendet, die mit Belastungen

der Arbeitswelt in angemessener Weise umgehen und so ihre psychische Gesundheit erhalten.

Ursprünglich wurde mit Resilienz nur die Stärke eines Menschen bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit, Verlust von nahestehenden Menschen oder ähnliches ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Diese Verwendung des Wortes ist auch heute noch häufig. Resiliente Kinder haben erlernt, dass sie es sind, die über ihr eigenes Schicksal bestimmen (sog. Kontrollüberzeugungen). Sie vertrauen nicht auf Glück oder Zufall, sondern nehmen die Dinge selbst in die Hand. Das bedeutet, sie ergreifen Möglichkeiten, wenn sie sich ihnen bieten. Sie haben ein realistisches Bild von ihren eigenen Fähigkeiten, können eigene Emotionen und Impulse kontrollieren, akzeptieren ihre Situation und konzentrieren sich auf Problemlösungen.

Auch Kinder, die nach einem Trauma, wie etwa Vergewaltigung, dem plötzlichen Verlust nahestehender Angehöriger oder Kriegserlebnissen nicht aufgeben, sondern die Fähigkeit entwickeln, weiterzumachen, werden als resilient bezeichnet.

Wesentliche Faktoren die Resilienz beeinflussen ist ein tragfähiges Netz aus sozialen Beziehungen des Betroffenen, seine Kultur, seine schulische Umgebung, seine emotionale Intelligenz und seine mehr oder weniger aktive Einstellung zu Problemen.

Einige Gruppen von Menschen erweisen sich als besonders resilient. Das sind meist solche, die einen starken familiären Zusammenhalt haben, eher kollektivistisch als individuell orientiert sind und sich durch Werte und Normen auszeichnen, die von den meisten Leuten aus der entsprechenden Gruppe geteilt werden. Diese Werte und Normen werden in der Resilienzforschung auch als »shared values« bezeichnet.

Resilienz als eine globale Orientierung drückt aus, in welchem Ausmaß ein Mensch ein psychophysisches Gefühl des Vertrauens in sich hat. Sie trägt dazu bei, dass Kinder oder Jugendliche, die Krisen, Misshandlungen, sexuellen Missbrauch, Trennungen von den Eltern, Verlust eines Elternteils oder einer Bezugsperson, schicksalshafte Erlebnisse wie z. B. Unfälle, Erleben vermeintlicher Minderwertigkeit wie z. B. Aussehen, Körpergestalt, Geschlecht, Behinderung erlitten haben, durch persönliche und sozial vermittelte Ressourcen

cen bewältigen und für ihre Weiterentwicklungen nutzen.

Zahlreiche Studien belegen, dass eine Korrelation zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit besteht (Antonovsky 1993). Kohärenzgefühl wird nicht nur in der Kindheit festgelegt, sondern ist auch im späteren Leben noch veränderbar. Das Kind braucht Widerstandsressourcen, um den täglichen Anforderungen des weiteren Lebens gewachsen zu sein.

Mit dem Konstrukt Resilienz verwandt sind Salutogenese, Hardiness, Coping und Autopoiesis. Diese Konzepte gehen in Krisensituationen von alternativen Sichtweisen aus.

Das Gegenstück zur Resilienz ist Vulnerabilität und bedeutet, dass das Kind besonders leicht durch äußere Einflüsse seelisch zu verletzen ist. Vulnerable Kinder neigen von daher leicht dazu, psychische Erkrankungen zu entwickeln.

1.4.2 Vulnerabilität

Der Begriff Vulnerabilität bedeutet seelische Verwundbarkeit.

Eine persönlichkeitsstypische Vulnerabilität äußert sich in Form von innerer Unruhe, Anspannung, Nervosität, mangelhafter Reagibilität und schließlich in seelischer Empfindsamkeit bzw. Verletzbarkeit.

Als ein signifikanter Vulnerabilitätsfaktor erweist sich eine Belastung durch eine traumatische Lebenserfahrung, z. B. Kampfhandlung im Krieg, körperliche und/oder seelische Misshandlungen in der Kindheit, Flucht, Naturkatastrophen, Zeuge gewaltsamen Todes, schwerer Unfall.

Kinder die ein kritisches Lebensereignis oder Trauma erlebt haben, können mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) reagieren (Maercker et al 1999, Schützwohl 2000, Filipp 2007).

Insbesondere bei Menschen mit schwerer Traumatisierung in Kindheit und Adoleszenz kann im späteren Lebensalter eine ausgeprägte psychobiologische Vulnerabilität und eine starke Interaktion von Stressoren beobachtet werden (Bremner et al 1998, Maercker et al 1999).

Diese Vermutung legt nahe, dass Kinder eine geringere psychische, soziale und biologische Kom-

pensationsfähigkeit aufweisen, wobei die dafür verantwortlichen spezifischen Prozesse im Einzelnen noch weitgehend unerforscht sind (Maercker et al 1999).

1.5 Merkmale psychischer Störungen

Von einer psychischen Störung wird gesprochen, wenn ein Individuum ein Erleben und/oder Verhalten zeigt, welches von den in einer Gesellschaft für gültig gehaltenen Normen abweicht.

Dabei ist es wichtig, dass die Erlebens- und Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum von der Norm abweichen und mit einem Leidensdruck verbunden sind, sowie eine Beeinträchtigung für den Betroffenen und/oder seine Umgebung zur Folge haben.

Psychische Störungen stellen wie somatische Erkrankungen einen Teil des menschlichen Lebens dar. Eine höhere Gewichtung psycho-sozialer Aspekte im allgemeinen Gesundheitsverständnis wird aus Public-Health-Perspektive betrachtet. Gesundheit wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein bio-psycho-soziales Konstrukt gesehen.

Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird eine psychische Störung wie folgt definiert:

1. Psychische Störungen sind alle Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person, die von der/ den in einer Gesellschaft für gültig gehaltenen Norm(en) abweichen,
2. diese Abweichung von der Norm ist erheblich und besteht über einen längeren Zeitraum,
3. die von der Norm abweichenden Erlebens- und Verhaltensweisen sind mit einem Leidensdruck verbunden; sie werden für die betroffene Person als Belastung erlebt,
4. sie haben eine Beeinträchtigung für den Betroffenen und/oder seine soziale Umgebung zur Folge.

■ Verhalten und Erleben

Kinder und Jugendliche sind komplexe Wesen. Um sie zu verstehen, sind Kenntnisse über Verhalten und Erleben erforderlich (■ Tab. 1.1).

■ **Tab. 1.1** Erlebens- und Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen können auf der bio-psycho-sozialen Ebene unterschiedlich zum Ausdruck kommen

Körperliche Ebene	Psychische Ebene	Soziale Ebene
Psychosomatische Störungen	Psychiatrische Störungen	Sozialer Leistungsbereich
Magenschmerzen	Angststörungen: - Schulangst - Trennungsangst - spezifische Phobien	Lernstörungen: - Lese-Recht-Schreibschwäche - Dyskalkulie
Sprachstörungen	Zwangshandlungen	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) Hyperkinetische Störung (HKS) Mangelnde Ausdauer, Konzentration, kurze Aufmerksamkeitsspanne, erhöhte Ablenkbarkeit, Verträumtheit, fehlende Initiative, Schulversagen trotz angemessener Intelligenz
Atemstörungen	Schizophrene Störung	Sozial abweichendes Verhalten
Zähneknirschen	Essstörungen (Gier, Verweigerung)	Aggressionen: Streitsucht, häufiges Schlagen, Wutanfälle, Vandalismus
Schaukelbewegungen		Gehemmtheit, Kontaktstörungen, Clownereien, Überangepasstheit, Überempfindlichkeit
Daumenlutschen		Teilnahme an Diebstählen, Drogenhandel
Nägelkauen		Schule schwänzen
Trichotillomanie		Streuen, Lügen, Weglaufen von Zuhause
Motorische Störungen: Tics, Zittern		Brutalität gegenüber Gleichaltrigen, Bandenzugehörigkeit

Unter **Verhalten** wird die Gesamtheit aller von außen beobachtbaren Äußerungen eines Lebewesens verstanden. Diese sind über Fremdbeobachtungen wahrzunehmen.

Unter dem Konstrukt **Erleben** werden von außen nicht beobachtbare Vorgänge im Menschen verstanden, die der Betreffende nur an sich selbst wahrnehmen kann. Äußerungen des Erlebens, können durch Selbstbeobachtung der sozialen Umwelt mitgeteilt werden.

Fast alle psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter können als Ausdruck einer erhöhten affektiven Erregung angesehen werden, z. B. depressive Störung, Borderline-Störung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Substanzgebrauchsstörung.

Eine psychische Komorbidität geht meistens mit stärkerer Symptomschwere, höherem Chronifizierungsrisiko, höherer funktioneller Beeinträch-

tigung und einem erhöhten Suizidrisiko einher, was die Behandlung erschwert und die Prognose verschlechtert.

1.6 Kriterien zur Beurteilung psychischer Erkrankungen

1.6.1 Bewusstsein

➤ **Unter Bewusstsein wird bewusstes »Sein« verstanden. Es beinhaltet die Grundelemente aller psychischen Abläufe und Funktionen.**

Im Schlaf verlieren wir physiologisch das Bewusstsein. In diesem Zustand werden Gedächtnisinhalte verfestigt. Es handelt sich um einen aktiven Prozess, bei dem zentralnervöse Gedächtnisspuren reaktiviert und reorganisiert werden. In diesem Konso-

■ Tab. 1.2 Quantitative Störungen des Bewusstseins

Störung	Symptome
Benommenheit	Verlangsamte, unpräzise Reaktionen, Verständnisschwierigkeiten, erschwerte Orientierung, jederzeit erweckbar
Somnolenz (Schlafsucht)	Schläfrigkeit, Reaktion auf laute Ansprache und Berührung, schwer erweckbar
Sopor	Zustand des Tiefschlafs, Reaktion nur auf stärkste Schmerzreize, für kurze Zeit erweckbar
Koma	Tiefste Bewusstlosigkeit, keine Reaktion mehr auf Reize, d. h. Hirnstammreflexe sind verloren gegangen, Pupillenreflex erloschen, Veränderungen der Atmung und des Kreislaufs, nicht mehr erweckbar

■ Tab. 1.3 Qualitative Störungen des Bewusstseins

Störung	Ursachen	Symptome
Dämmerzustände	Hirnschädigungen, Epilepsie, pathologischer Rauschzustand	Angst, erhöhte Aggressionsbereitschaft, sinnlose Handlungen
Akute Verwirrtheit	Flüssigkeitsmangel, Intoxikation, Harnverhaltung, Stoffwechsellentgleisung	Desorientierung, Ratlosigkeit, motorische Unruhe, planlose Handlungen
Epileptischer Anfall	Störung der Hirnfunktion	Ablauf in vier Stadien

lidierungsprozess befördert Schlaf nicht nur den Transfer bestimmter Gedächtnisinhalte von einem temporären Speicher in das Langzeitgedächtnis, sondern begünstigt gleichzeitig auch eine qualitative Transformation dieser Gedächtnisrepräsentationen, die Prozesse wie die Neubildung expliziten Wissens und ermöglicht Einsicht in ungelöste Probleme.

■ Vigilanz

➤ **Der Begriff beschreibt den Wachheitsgrad eines Menschen, die Fähigkeit zur klaren Vergegenwärtigung von Sinnesreizen und Bewusstseinsinhalten.**

Es werden quantitative (■ Tab. 1.2) und qualitative (■ Tab. 1.3) Störungen des Bewusstseins unterschieden. Die quantitativen Störungen werden auch als Vigilanzstörungen oder Minderung der Wachheit bezeichnet.

■ Dämmerzustand

Das Bewusstsein ist nicht erkennbar getrübt, doch eingengt und in einer schwer zu beschreibenden Weise verändert. Die äußerlich geordneten Patienten sind auf den ersten Blick nicht auffällig, können

sich unterhalten und komplexe Handlungen ausführen.

Es besteht aber eine Einbuße an Steuerungs- und Besinnungsfähigkeit. Das Vermögen einer Selbstgegenwärtigung, zu einer distanzierenden, kritisch-reflektierenden und gefühlsmäßig-wertenden Stellungnahme sich selbst gegenüber ist verlorengegangen.

Einige wenige Strebungen und Triebe bestimmen unkontrolliert durch die Gesamtpersönlichkeit das Verhalten; es kann zu persönlichkeitsfremden Delikten, zu Gewalt- und Sexualverbrechen kommen.

Vorkommen Bei Epilepsien, pathologischen Rausch und gelegentlich bei Enzephalitiden oder auch bei Medikamentenintoxikationen.

Dauer Stunden bis Tage, hinterlässt eine partielle oder komplette Amnesie.

Ähnliche Zustände sieht man auch auf psychogener konstitutioneller Grundlage: Nachtwandeln, Schlaftrunkenheit, reaktive Dämmerzustände bei hochgradigem Affekt.