



Elisabeth Höwler

# Kinder- und Jugendpsychiatrie

für Gesundheitsberufe, Erzieher  
und Pädagogen

*2. Auflage*

 Springer

# Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen

Elisabeth Höwler

# **Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen**

2., überarb. Auflage

 Springer

Elisabeth Höwler  
Trier, Deutschland

ISBN 978-3-662-62057-1      ISBN 978-3-662-62058-8 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-62058-8>

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

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2016, 2020

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © [M] Africa Studio / stock.adobe.com

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

## Vorwort zur 2. Auflage

---

Aufgrund neuer Studienerkenntnisse nehmen die Erkenntnisse in der Psychiatrie zu und stellen nicht nur Berufsgruppen aus dem Gesundheitssektor vor komplexer werdende Herausforderungen. In der Gesellschaft entwickeln sich neue Risikofaktoren für psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen durch die Nutzung digitaler Medien, den Einfluss akuter globaler Krisen, welche die private Lebens- und Berufswelt bedrohen, durch Beschleunigungen, Flexibilisierung und Ökonomisierung von Arbeitsprozessen, welche Ängste und Unsicherheiten verursachen. Mit diesen gesellschaftlichen Anforderungen müssen sich bereits Kinder und Jugendliche, oftmals unreflektiert, auseinandersetzen.

Nach Schätzungen aus dem Jahr 2019 wachsen in Deutschland ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch kranken oder abhängigkeitskranken Elternteil auf. Bei dieser Gruppe ist das Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, sehr hoch.

Da es den betroffenen Eltern oft schwerfällt, sich geeignete Unterstützung von außen zu holen, ist eine interdisziplinäre Kooperation zwischen allen Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich, Erziehern und Pädagogen wichtig. Dies erfordert die Integration der neuro- und sozialwissenschaftlichen Fortschritte in die ambulante Sozialpsychiatrie. Nach den S3-Leitlinien zur Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen beweisen Methoden und Konzepte aus der Sozialpsychiatrie gegenwärtig die bessere Evidenz.

Somit gilt es, Prozesse und Strukturen der globalisierten Gesellschaft den geänderten wissenschaftlichen Erfordernissen der zukünftigen psychiatrischen Versorgung anzupassen.

Das überarbeitete Lehrbuch greift Herausforderungen veränderter Lebenswelten auf. Es ist Begleiter für die theoretische Ausbildung in therapeutischen, pflegerischen sowie pädagogischen Berufen. Fallbeispiele aus der Praxis sollen helfen, sich in das Thema einzufinden, um einen personenzentrierten Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen adäquat umzusetzen. Es ist auch vorbereitende Praxishilfe, um Erleben, Verhalten sowie Reaktionen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen verständnisvoller und empathischer nachvollziehen zu können.

**Elisabeth Höwler**

Trier im Juli 2020

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Psychiatrie</b> .....	<b>1</b>
1.1	Psychische Heilkunde .....	3
1.2	Kinder und Heranwachsende als ganzheitliche Wesen .....	4
1.2.1	Besondere Unterschiede im Verhalten von Mädchen und Jungen .....	4
1.3	Risikofaktoren psychiatrischer Erkrankungen .....	6
1.4	Protektive und hemmende Faktoren .....	9
1.4.1	Resilienz .....	10
1.4.2	Vulnerabilität .....	12
1.5	Merkmale psychischer Störungen .....	12
1.6	Kriterien zur Beurteilung psychischer Erkrankungen .....	13
1.6.1	Bewusstsein .....	13
1.6.2	Aufmerksamkeit und Gedächtnis .....	15
1.6.3	Orientierung .....	17
1.6.4	Wahrnehmung .....	18
1.6.5	Denken .....	19
1.6.6	Affektivität .....	20
1.6.7	Antrieb und Psychomotorik .....	21
1.6.8	Ich-Erleben .....	22
1.6.9	Intelligenz .....	22
1.7	Übersicht über psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter .....	24
1.7.1	Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	24
1.8	Besonderheiten psychiatrischer Sprache .....	25
1.9	Medizinische und psychiatrische Klassifikationssysteme .....	26
1.9.1	DSM-5 .....	27
1.9.2	ICD-11 .....	27
1.9.3	ICF .....	27
1.10	Epidemiologie psychischer Störungen .....	28
1.11	Der Fall „Lena“ .....	29
1.12	Chancen und Probleme aus psychiatrischer Sicht .....	31
1.13	Der Fall „Marco“ .....	34
1.14	Sind psychisch Kranke grundsätzlich gewalttätig? .....	34
	Literatur .....	35
<b>2</b>	<b>Grundlagen der Entwicklungsbeurteilung</b> .....	<b>37</b>
2.1	Entwicklung .....	38
2.2	Determinanten der Entwicklung .....	38
2.3	Abweichungen von der normalen Entwicklung .....	40
2.3.1	Abnormität .....	43
2.3.2	Beeinträchtigungen .....	43
2.4	Klassifikation von Entwicklungsstörungen .....	44
2.5	Psychische Störungen und Sprachverhalten .....	44
2.6	Der Fall „Lisa“ .....	45
	Literatur .....	48

# I Grundlagen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen

3	<b>Testdiagnostik</b> .....	51
3.1	<b>Voraussetzungen</b> .....	52
3.2	<b>Ziele</b> .....	52
3.3	<b>Screeningverfahren</b> .....	53
3.3.1	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik .....	54
3.3.2	Bayley Scales of Infant Development .....	55
3.4	<b>Der Fall „Luise“</b> .....	57
3.5	<b>Sprachentwicklung</b> .....	57
3.5.1	Normale Sprachentwicklung .....	57
3.5.2	Sprachentwicklungsstörung .....	57
3.5.3	Sprachfehlertypen .....	59
3.5.4	Sprachentwicklungsunterschiede .....	59
3.6	<b>Elternfragebögen</b> .....	60
3.7	<b>Neuropsychologische Screeningverfahren</b> .....	60
3.7.1	Intelligenztests .....	61
3.8	<b>Psychologische Diagnostik</b> .....	63
3.8.1	Tests zu Erfassung von Angst .....	63
3.8.2	Tests zu Erfassung von Depressionen .....	64
3.8.3	Persönlichkeitstests .....	64
	Literatur .....	65
4	<b>Therapieansätze</b> .....	67
4.1	<b>Rahmenbedingungen</b> .....	68
4.1.1	Belastungs- bzw. Leistungskurven .....	69
4.1.2	Normalisierungsprinzip .....	70
4.1.3	Grundhaltungen zum interaktiven Umgang .....	71
4.2	<b>Therapie in stationären Einrichtungen</b> .....	74
4.2.1	Spezifika: Akut- und Notfallpsychiatrie .....	76
4.2.2	Kurze Fallbeispiele .....	77
4.2.3	Rehabilitationseinrichtungen .....	79
4.3	<b>Ambulante psychiatrische Versorgung</b> .....	80
4.4	<b>Nichtmedikamentöse psychosoziale Interventionen</b> .....	83
4.4.1	Interventionen zur Verbesserung kognitiver Leistungen .....	84
4.4.2	Interventionen zur Stärkung des emotionalen Wohlbefindens .....	85
4.5	<b>Psychotherapeutische Verfahren</b> .....	87
4.5.1	Indikationen .....	88
4.5.2	Ausführende Berufsgruppen .....	88
4.5.3	Settings .....	89
4.5.4	Spezifische Verfahren .....	89
4.6	<b>Pharmakologische Interventionen</b> .....	95
4.6.1	Wirkungsweisen .....	95
4.6.2	Dosierungen .....	96
4.6.3	Sicherheit in der Medikamentenverabreichung .....	96
	Literatur .....	99

5	<b>Die Situation der Familienangehörigen</b> .....	101
5.1	<b>Belastungen</b> .....	102
5.1.1	Belastungen der Eltern .....	102
5.1.2	Belastungen der Geschwisterkinder .....	103
5.2	<b>Entlastungsmöglichkeiten</b> .....	104
5.2.1	Selbsthilfegruppen .....	104
5.2.2	Coping für Eltern .....	105
5.2.3	Coping für Geschwisterkinder .....	105
	Literatur .....	106
6	<b>Prävention psychischer Störungen</b> .....	107
6.1	Gesunder pädagogischer Umgang .....	108
6.2	Entwicklungsauswirkungen .....	108
6.3	Gesellschaftliche Aufklärung .....	109
6.4	Vorsorgeuntersuchungen .....	109
	Literatur .....	111
<b>II</b>	<b>Ausgewählte affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter</b>	
7	<b>Angststörungen</b> .....	115
7.1	<b>Definition</b> .....	116
7.2	<b>Epidemiologie</b> .....	116
7.3	<b>Komorbidität</b> .....	116
7.4	<b>Angstkreislauf</b> .....	117
7.5	<b>Ursachen</b> .....	118
7.6	<b>Spezifische Angstformen</b> .....	118
7.6.1	Angstformen im Entwicklungsverlauf .....	118
7.6.2	Formen der Angst .....	118
7.7	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	121
7.8	<b>Prävention</b> .....	122
7.9	<b>Der Fall „Julia“</b> .....	122
	Literatur .....	125
8	<b>Zwangsstörungen</b> .....	127
8.1	<b>Definition</b> .....	128
8.2	<b>Epidemiologie</b> .....	128
8.3	<b>Komorbidität</b> .....	129
8.4	<b>Ursachen</b> .....	129
8.5	<b>Diagnostik</b> .....	129
8.6	<b>Verlauf</b> .....	130
8.7	<b>Verhaltensanalyse</b> .....	130
8.8	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	130
8.9	<b>Der Fall „Christina“</b> .....	130
	Literatur .....	132



9	<b>Unipolare depressive Störungen</b> .....	133
9.1	Definition .....	134
9.2	Epidemiologie .....	134
9.3	Komorbidität .....	134
9.4	Diagnostik .....	135
9.5	Ursachen .....	135
9.5.1	Risikofaktoren .....	135
9.5.2	Auslösefaktoren .....	135
9.6	Symptomatik .....	136
9.6.1	Kernsymptome .....	136
9.6.2	Symptome nach Altersstufen .....	136
9.7	Therapeutische Interventionen .....	138
9.7.1	Somatisch-biologische Ebene .....	138
9.7.2	Psychosoziale Ebene .....	139
9.8	Der Fall „Jasmin“ .....	140
	Literatur .....	141
10	<b>Bipolare depressive Störungen</b> .....	143
10.1	Definition .....	144
10.2	Epidemiologie .....	144
10.3	Komorbidität .....	145
10.4	Ursachen .....	145
10.5	Verlauf und Prognose .....	146
10.6	Symptome .....	146
10.7	Therapeutische Interventionen .....	147
10.8	Vergleich zwischen Angst-, Zwangs- und depressiver Störung .....	147
10.9	Der Fall „Kevin“ .....	148
	Literatur .....	150
11	<b>Suizidales Verhalten</b> .....	151
11.1	Definition .....	152
11.2	Epidemiologie .....	152
11.3	Komorbidität .....	153
11.4	Ursachen .....	153
11.5	Alarmzeichen .....	154
11.5.1	Präsuizidale Merkmale .....	154
11.5.2	Suizidale Krise .....	155
11.6	Suizidversuche .....	155
11.7	Erkennen der Suizidgefährdung .....	156
11.7.1	Erfassung der Basissuizidalität .....	156
11.7.2	Fokusassessment bei akuten Gefährdungen .....	156
11.8	Maßnahmen zum Freitod .....	156
11.9	Therapeutische Interventionen .....	157
11.9.1	Einschätzung der Suizidgefährdung durch Beziehungsaufbau .....	157
11.9.2	Krisenintervention .....	157
11.10	Der Fall „David“ .....	158
	Literatur .....	160

12	<b>Schizophrene Störung</b> .....	161
12.1	Definition .....	162
12.2	Epidemiologie .....	162
12.3	Verlauf und Prognose .....	162
12.4	Komorbidität .....	163
12.5	Kriterien .....	163
12.6	Ursachen .....	163
12.7	Symptome .....	163
12.8	Erkennung der Störung .....	164
12.9	Therapeutische Interventionen .....	165
12.9.1	Medikamentöse Therapie .....	165
12.9.2	Psychotherapie .....	166
12.9.3	Soziotherapie .....	166
12.10	<b>Der Fall „Jörg“</b> .....	167
	Literatur .....	168

### III Psychische Störungen mit körperlichen Symptomen

13	<b>Psychogene Essstörungen</b> .....	171
13.1	<b>Anorexie</b> .....	172
13.1.1	Begriff „Anorexie“ .....	172
13.1.2	Definition .....	173
13.1.3	Epidemiologie .....	173
13.1.4	Komorbidität .....	173
13.1.5	Ursachen .....	174
13.1.6	Symptome .....	175
13.1.7	Therapeutische Interventionen .....	176
13.1.8	Prognose und Folgen unbehandelter Anorexie .....	178
13.2	<b>Der Fall „Julia“</b> .....	178
13.3	<b>Bulimie</b> .....	179
13.3.1	Definition .....	179
13.3.2	Epidemiologie .....	179
13.3.3	Komorbidität .....	180
13.3.4	Ursachen .....	180
13.3.5	Symptome .....	181
13.3.6	Therapeutische Interventionen .....	181
13.4	<b>Binge-Eating-Störung</b> .....	182
13.4.1	Epidemiologie .....	182
13.4.2	Ursachen .....	182
13.4.3	Symptome .....	183
13.4.4	Therapeutische Interventionen .....	183
13.5	<b>Der Fall „Karla“</b> .....	184
	Literatur .....	186
14	<b>Mutistische Störung</b> .....	189
14.1	Definition .....	190
14.2	Epidemiologie .....	190

14.3	<b>Komorbidität</b> .....	191
14.4	<b>Ursachen</b> .....	191
14.5	<b>Verlauf</b> .....	192
14.6	<b>Auslösefaktoren</b> .....	192
14.7	<b>Die Sinnhaftigkeit des Schweigens</b> .....	192
14.8	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	192
14.8.1	Familientherapie .....	193
14.8.2	Logopädie .....	193
14.9	<b>Der Fall „Fiona“</b> .....	193
	Literatur .....	195
15	<b>Bewegungsstörungen</b> .....	197
15.1	<b>Systematisierung</b> .....	198
15.2	<b>Definition</b> .....	199
15.3	<b>Epidemiologie</b> .....	199
15.4	<b>Komorbidität</b> .....	199
15.5	<b>Ursachen</b> .....	199
15.6	<b>Verlauf</b> .....	200
15.7	<b>Tourette-Syndrom</b> .....	200
15.7.1	Epidemiologie .....	200
15.7.2	Komorbidität .....	200
15.7.3	Symptome .....	201
15.7.4	Diagnostik .....	201
15.8	<b>Der Fall „Benjamin“</b> .....	201
15.9	<b>Vokale Ticstörung: Palilalie</b> .....	203
15.9.1	Definition .....	203
15.9.2	Epidemiologie .....	203
15.9.3	Symptome .....	203
15.10	<b>Therapeutische Interventionen bei Bewegungsstörungen</b> .....	204
15.10.1	Medikamentöse Interventionen .....	204
15.10.2	Psychotherapeutische Interventionen .....	204
	Literatur .....	205
16	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> .....	207
16.1	<b>Persönlichkeitsentwicklung</b> .....	208
16.1.1	Gesunde resiliente Persönlichkeitsmerkmale .....	208
16.1.2	Persönlichkeitsentwicklung fördern und unterstützen .....	208
16.2	<b>Typologien der Persönlichkeitsstörungen</b> .....	209
16.2.1	Definition .....	209
16.2.2	Kritik an der Benennung von Persönlichkeitsstörungen .....	212
16.3	<b>Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	212
16.3.1	Epidemiologie .....	212
16.3.2	Definition .....	212
16.3.3	Komorbidität .....	213
16.3.4	Diagnosekriterien .....	213
16.3.5	Symptome .....	214
16.4	<b>Ursachen</b> .....	215

16.5	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	215
16.6	<b>Weitere Persönlichkeitsstörungen</b> .....	216
16.7	<b>Der Fall „Susanne“</b> .....	217
	Literatur .....	219
17	<b>Abhängigkeitserkrankungen</b> .....	221
17.1	<b>Begriffsdifferenzierungen</b> .....	223
17.2	<b>Epidemiologie</b> .....	224
17.3	<b>Diagnostik</b> .....	224
17.4	<b>Ursachen einer Abhängigkeitsentwicklung</b> .....	225
17.5	<b>Therapieansätze</b> .....	227
17.6	<b>Alkoholabhängigkeit</b> .....	228
17.6.1	Epidemiologie .....	228
17.6.2	Komorbidität .....	229
17.6.3	Gefährdungsgrenzen .....	230
17.6.4	Ursachen .....	230
17.6.5	Symptome .....	231
17.6.6	Alkoholwirkungen .....	231
17.6.7	Alkohol in der Schwangerschaft .....	233
17.6.8	Folgen unbehandelter Alkoholabhängigkeit .....	233
17.6.9	Koabhängigkeit .....	233
17.6.10	Therapeutische Interventionen .....	234
17.6.11	Der Fall „Johannes“ .....	235
17.7	<b>Substanzgebrauchsstörung</b> .....	238
17.7.1	Klassifikation .....	238
17.7.2	Therapeutische Interventionen .....	239
17.7.3	Der Fall „Franz“ .....	239
17.8	<b>Medienabhängigkeit</b> .....	241
17.8.1	Epidemiologie .....	241
17.8.2	Definition .....	242
17.8.3	Diagnostik .....	243
17.8.4	Symptome und Warnzeichen .....	244
17.8.5	Gefahr im Internet: Cyber-Grooming .....	244
17.8.6	Der Fall „Timo“ .....	245
17.8.7	Therapieangebote .....	247
	Literatur .....	248
18	<b>Störungen im Sozialverhalten</b> .....	251
18.1	<b>Soziale Normen und soziales Verhalten</b> .....	252
18.2	<b>Begriffsdifferenzierungen</b> .....	252
18.3	<b>Definition</b> .....	253
18.4	<b>Epidemiologie</b> .....	256
18.5	<b>Komorbidität</b> .....	256
18.6	<b>Ursachen</b> .....	256
18.7	<b>Leitsymptome</b> .....	257
18.8	<b>Diagnostik</b> .....	257
18.9	<b>Folgen und Konsequenzen</b> .....	258

18.10	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	259
18.11	<b>Kurze Fallbeispiele</b> .....	259
18.12	<b>Der Fall „Thomas“</b> .....	260
18.13	<b>Der Fall „Erik“</b> .....	261
18.14	<b>Der Fall „Josefine“</b> .....	263
	Literatur .....	266
19	<b>Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen</b> .....	267
19.1	<b>Definition</b> .....	268
19.2	<b>Epidemiologie</b> .....	268
19.3	<b>Komorbidität</b> .....	268
19.4	<b>Ursachen</b> .....	268
19.5	<b>Diagnostik</b> .....	269
19.6	<b>Symptome</b> .....	269
19.6.1	Kernsymptome .....	269
19.6.2	Begleitsymptome .....	270
19.6.3	Differenzialdiagnose: Hochbegabung .....	271
19.7	<b>Therapeutische Interventionen</b> .....	272
19.7.1	Medikamentöse Behandlung .....	272
19.7.2	Psychosoziale Interventionen .....	273
19.7.3	Hinweise für Eltern und Pädagogen .....	274
19.7.4	Elternberatung in Kindergarten und Schule .....	274
19.8	<b>Der Fall „Julius“</b> .....	275
	Literatur .....	276
20	<b>Ausgewählte psychosomatische Störungen</b> .....	279
20.1	<b>Begriff „Psychosomatik“</b> .....	281
20.2	<b>Psychophysiologische Zusammenhänge</b> .....	282
20.3	<b>Ursachen</b> .....	282
20.4	<b>Diagnostik</b> .....	283
20.5	<b>Frühkindliche Regulationsstörung</b> .....	284
20.5.1	Epidemiologie .....	284
20.5.2	Symptome .....	284
20.5.3	Entstehung von Dysregulation .....	284
20.5.4	Beispiel Trennungssituationen .....	286
20.5.5	Beispiel Schreibabys .....	287
20.5.6	Therapeutische Interventionen .....	289
20.5.7	Der Fall „Jakob“ .....	290
20.6	<b>Bettnässen (Enuresis) und Einkoten (Enkopresis)</b> .....	292
20.6.1	Definition .....	292
20.6.2	Ursachen .....	292
20.6.3	Leitsymptome .....	292
20.6.4	Therapeutische Interventionen .....	292
20.7	<b>Herzerkrankungen</b> .....	293
20.7.1	Krankheitserleben .....	293
20.7.2	Therapeutische Interventionen .....	293
20.8	<b>Schlafstörungen</b> .....	294

20.8.1	Gesunder Schlaf.....	294
20.8.2	Definition.....	296
20.8.3	Epidemiologie.....	296
20.8.4	Komorbidität.....	296
20.8.5	Einteilung der Schlafstörungen.....	296
20.8.6	Ursachen.....	297
20.8.7	Determinanten.....	297
20.8.8	Diagnostik.....	298
20.8.9	Symptome.....	298
20.8.10	Therapeutische Interventionen.....	299
20.8.11	Der Fall „Melanie“.....	300
20.9	<b>Adoleszenzkrise</b> .....	301
20.9.1	Gesunde adoleszente Entwicklung.....	302
20.9.2	Definition.....	303
20.9.3	Epidemiologie.....	303
20.9.4	Krisen und psychische Störungen.....	303
20.9.5	Der Fall „Karina“.....	305
	Literatur.....	307
21	<b>Spezifische Lernstörungen</b> .....	309
21.1	<b>Autismus-Spektrum-Störung</b> .....	311
21.1.1	Begriff „Autismus“.....	311
21.1.2	Definition.....	312
21.1.3	Autismusformen.....	312
21.1.4	Epidemiologie.....	312
21.1.5	Komorbidität.....	312
21.1.6	Ursachen.....	313
21.1.7	Diagnostik.....	313
21.1.8	Symptome.....	313
21.1.9	Autismusformen.....	314
21.1.10	Therapeutische Interventionen.....	315
21.1.11	Der Fall „Jerome“.....	316
21.1.12	Beispiel zum frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom).....	318
21.2	<b>Legasthenie</b> .....	319
21.2.1	Begriff „Legasthenie“.....	319
21.2.2	Definition.....	319
21.2.3	Epidemiologie.....	319
21.2.4	Komorbidität.....	319
21.2.5	Ursachen.....	319
21.2.6	Diagnostik.....	320
21.2.7	Therapeutische Interventionen.....	320
21.2.8	Der Fall „Konstantin“.....	320
21.3	<b>Dyskalkulie</b> .....	321
21.3.1	Definition.....	321
21.3.2	Epidemiologie.....	321
21.3.3	Ursachen.....	321
21.3.4	Therapeutische Interventionen.....	322
	Literatur.....	322

22	<b>Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen</b> .....	325
22.1	<b>Neonataler Drogenentzug</b> .....	328
22.1.1	Diagnostik .....	328
22.1.2	Medikamentös überwachter Entzug .....	329
22.1.3	Symptome .....	330
22.1.4	Therapeutische Interventionen .....	330
22.1.5	Folgen des Drogenentzugs .....	330
22.2	<b>Gewalterfahrungen in der Kindheit</b> .....	331
22.2.1	Definition .....	331
22.2.2	Epidemiologie .....	331
22.2.3	Wie reagieren Kinder und Jugendliche auf Gewalterfahrungen in ihren Familien? .....	331
22.2.4	Hilfen für Betroffene .....	332
22.3	<b>Kindesmisshandlung</b> .....	333
22.3.1	Definition .....	333
22.3.2	Risikofaktoren .....	333
22.4	<b>Belastende Trennungssituationen</b> .....	334
22.4.1	Reaktionen infolge multifaktorieller Belastungen .....	334
22.5	<b>Sexueller Missbrauch</b> .....	335
22.5.1	Definition .....	336
22.5.2	Epidemiologie .....	336
22.5.3	Formen .....	336
22.5.4	Strategien der Täter .....	337
22.5.5	Erleben der Kinder .....	337
22.5.6	Erkennung sexuellen Missbrauchs .....	337
22.5.7	Symptome .....	338
22.5.8	Folgen .....	338
22.6	<b>Der Fall „Lisa“</b> .....	338
22.7	<b>Störung der sexuellen Präferenz: Pädophilie</b> .....	340
22.7.1	Definition .....	340
22.7.2	Komorbidität .....	341
22.7.3	Pädophile Handlungen .....	341
22.7.4	Epidemiologie .....	342
22.7.5	Tätertypologien .....	342
22.7.6	Diagnostik .....	342
22.7.7	Ursachen .....	342
22.7.8	Therapeutische Interventionen .....	343
22.7.9	Folgen für das Kind .....	344
22.7.10	Prävention .....	345
22.8	<b>Trauma</b> .....	345
22.8.1	Definition .....	345
22.8.2	Traumakriterien .....	346
22.8.3	Einteilung traumatischer Erlebnisse .....	346
22.8.4	Symptome .....	346
22.8.5	Diagnose .....	347
22.8.6	Allgemeine therapeutische Interventionen .....	347
22.8.7	Traumatische Erlebnisse verändern das Gehirn .....	347
22.8.8	Transgenerationale These .....	348
22.9	<b>Retraumatisierung</b> .....	348

22.9.1	Definition	348
22.9.2	Psychopathomechanismus	348
22.9.3	Symptome	349
22.10	<b>Akute Belastungsstörung</b>	349
22.10.1	Definition	349
22.10.2	Ursachen	349
22.10.3	Symptome	349
22.11	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	350
22.11.1	Definition	350
22.11.2	Epidemiologie	351
22.11.3	Symptome	351
22.11.4	Spezielle Traumatherapie	353
22.12	<b>Schütteltrauma</b>	355
22.12.1	Definition	355
22.12.2	Epidemiologie	356
22.12.3	Symptome	356
22.12.4	Therapeutische Interventionen	357
22.13	<b>Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom</b>	357
22.13.1	Definition	357
22.13.2	Epidemiologie	357
22.13.3	Ursachen	357
22.13.4	Psychopathomechanismus	358
22.13.5	Diagnostik	358
22.13.6	Therapeutische Interventionen	359
22.13.7	Der Fall „Ricarda“	359
22.14	<b>Entwurzelungssyndrom</b>	359
22.14.1	Definition	360
22.14.2	Epidemiologie	360
22.14.3	Definitionen	360
22.14.4	Ursachen	361
22.14.5	Verändertes Rollenverhalten in den Familien	362
22.14.6	Symptome	363
22.14.7	Therapeutische Interventionen	364
22.14.8	Der Fall „Osman“	365
22.14.9	Folgerungen	366
	Literatur	367
<b>Serviceteil</b>		
	Glossar	370
	Stichwortverzeichnis	377





# Grundlagen der Psychiatrie

## Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Psychische Heilkunde – 3**
- 1.2 Kinder und Heranwachsende als ganzheitliche Wesen – 4**
  - 1.2.1 Besondere Unterschiede im Verhalten von Mädchen und Jungen – 4
- 1.3 Risikofaktoren psychiatrischer Erkrankungen – 6**
- 1.4 Protektive und hemmende Faktoren – 9**
  - 1.4.1 Resilienz – 10
  - 1.4.2 Vulnerabilität – 12
- 1.5 Merkmale psychischer Störungen – 12**
- 1.6 Kriterien zur Beurteilung psychischer Erkrankungen – 13**
  - 1.6.1 Bewusstsein – 13
  - 1.6.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis – 15
  - 1.6.3 Orientierung – 17
  - 1.6.4 Wahrnehmung – 18
  - 1.6.5 Denken – 19
  - 1.6.6 Affektivität – 20
  - 1.6.7 Antrieb und Psychomotorik – 21
  - 1.6.8 Ich-Erleben – 22
  - 1.6.9 Intelligenz – 22
- 1.7 Übersicht über psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – 24**
  - 1.7.1 Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – 24

- 1.8 Besonderheiten psychiatrischer Sprache – 25**
- 1.9 Medizinische und psychiatrische Klassifikationssysteme – 26**
  - 1.9.1 DSM-5 – 27
  - 1.9.2 ICD-11 – 27
  - 1.9.3 ICF – 27
- 1.10 Epidemiologie psychischer Störungen – 28**
- 1.11 Der Fall „Lena“ – 29**
- 1.12 Chancen und Probleme aus psychiatrischer Sicht – 31**
- 1.13 Der Fall „Marco“ – 34**
- 1.14 Sind psychisch Kranke grundsätzlich gewalttätig? – 34**
- Literatur – 35**

## 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 zur 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) wurde 1993 gegründet. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen eine spezielle Weiterbildung und sind derzeit nicht flächendeckend vorhanden.

Laut Bundesärztekammer waren in Deutschland im Jahr 2015 ca. 2300 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte ist deutlich angestiegen, derzeit sind 1014 Fachärzte in Praxen tätig. Es gibt knapp 6000 stationäre bzw. teilstationäre Behandlungsplätze.

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

### ■ Begriffsklärung

Psyche = Seele, Iatrie = Heilkunde. Die Psychiatrie wird demnach auch als „Seelenheilkunde“ bezeichnet.

### Psychiatrie

Die Psychiatrie ist eine medizinische Teildisziplin und bezieht sich auf psychische bzw. seelische Störungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben, 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 beispielsweise 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. Daher braucht 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.

### ■ Psychiatrie als Beziehungsmedizin

Die Psychiatrie ist und bleibt auch zukünftig **Beziehungsmedizin**.

Die Beziehung zwischen Patient und Arzt bzw. Patient und Therapeut sowie auch zu seiner Familie, Umwelt und Gesellschaft ist bedeutsam. Es geht darum, mit psychisch kranken jungen Menschen und ihren Eltern über die geeignete Behandlung und die Ziele der Therapie zu entscheiden bzw. alle Betei-

ligten im Sinne des Dialogs einzubeziehen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie möchte heranwachsende Patienten von ihren belastenden Symptomen befreien, damit sie selbstständig, sozial integriert und entwicklungsfähig leben können.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird viel Zeit und Geduld benötigt, weil mit den Betroffenen und ihren Bezugsangehörigen oftmals unter schwierigen Bedingungen Gespräche geführt werden müssen, z. B., um zu einem gemeinsamen Verständnis der psychischen Störung zu gelangen, darüber hinaus in kritischen Situationen wie bei Suizidgefahr, Nahrungsverweigerung, Delir bei Drogenentzug oder wahnhafter Realitätsverkenntnis, wo weiterführende Grundsatzentscheidungen erforderlich sind.

## 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 danach streben, ein Ganzes zu sein. Alle Erscheinungen des Lebens werden aus einem ganzheitlichen Prinzip abgeleitet.

Eine holistische Betrachtung des Menschen auf ganzheitlicher Ebene unter Einbeziehung der Anteile auf biopsychosozialer Ebene und Wechselwirkungen bildet für Pflegenden 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 Epithelgewebe, Bindegewebe 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 von Mädchen und Jungen

#### 1.2.1.1 Neurobiologische Erkenntnisse

Angehörige des männlichen Geschlechts haben makroskopisch ein größeres Gehirn als die des weiblichen. Die Verbindung zwischen den beiden Hemisphären, der Balken, ist beim männlichen Geschlecht etwas dünner, dafür ist der Hippocampus etwas größer und der Kortex weist weniger Furchen und Wölbungen auf. Mit einer Magnetresonanztomografie (MRT) lassen sich bei Jungen und Mädchen unterschiedliche Verbindungsmuster, d. h. neuronale Bahnen zwischen der rechten und linken Hemisphäre 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. für die 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. und dem 18. Lebensjahr.

Erkenntnisse der Neurowissenschaften bringen uns der Frage nach dem geschlechtsspezifischen Verhalten von 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

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

### ✔ Erwartungshorizont

**Antwort:** Verhaltensunterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur zum geringen Teil angeboren, d. h., sie lassen sich nur zum Teil auf biologische Einflüsse zurückführen: Bereits im Mutter-

leib wirken auf das Gehirn Hormone, insbesondere das Testosteron, ein.

Das menschliche Gehirn ist allerdings 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 verändern die neuronale Vernetzung im Gehirn.

### 1.2.1.2 Verhaltensunterschiede als Produkt des soziokulturellen Umfelds

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 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 stillsitzen, 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. Männliche Jugendliche testen ihre Grenzen, besonders gegenüber Autoritätspersonen, sehr gerne aus. Sie 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 Figuren in den Computerspielen. 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 der damals kinderreichen Familien häufig 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 Vermeidung gefragt werden. Diese Entwicklung wird im Internet und infolge Druckmedien mit regelmäßigen Meldungen gefördert, wer in welchem Maß für eine neuropsychiatrische Erkrankung gefährdet ist und wie man seine eigenen Risiken für Depression, Angststörung oder Abhängigkeit anhand simpler Fragebögen per Smartphone berechnen kann.

Risikofaktoren verflechten sich auf genetisch-biologischer und psychosozialer 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 Risikofaktoren 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 tragen das Risiko für Entwicklungsverzögerungen.

Untersuchungen von Familienanamnesen verweisen auf ein gehäuftes Vorkommen der Merkmale gehemmttes 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, eine Angst- oder Essstörung.

Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen können Ursache oder Folge der somatischen Erkrankungen sein oder der Zusammenhang besteht nur zufällig. 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 können zu Depressionen führen.
- Eine somatische Komplikation einer psychischen Störung kann das Delir bei Alkohol- oder Drogenentzug 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. Bei unzureichendem Coping kann dies ebenso zu Depressionen führen.
- Der Arzt diagnostiziert bei Drogenabhängigkeit eines Jugendlichen neben der Hepatitis auch 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 untersuchen dabei 250 Familien, bei denen sich psychiatrische Störungen häufen, und greifen auf einen Datenpool von 80.000 Patienten aus einem internationalen Forscherkonsortium zu. Die Wissenschaftler untersuchen des Weiteren die Gehirnaktivität mittels Magnetresonanztomografie, um so einen kausalen Zusammenhang zwischen den Genen und Störungsursachen zu identifizieren (weitere Informationen unter ► <http://www.uni-bonn.de>).

#### ■ **Psychische Ebene: exogen oder externalisierend bedingt**

Nach außen gerichtete unangemessene und störende Verhaltensweisen wie hyperaktives oder aggressives Verhalten. Diese 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, Mutterdefizit durch deren Inhaftierung oder Krankheit, psychopathologische Zustände beim Vater (Gewalt, Sucht), Tod von nahestehenden Angehörigen, Wohnort- oder Schulwechsel, besonders zwischen dem 7.–15. Lebensjahr, Leistungsdruck in der Schule, körperliche chronische Erkrankungen, Verlust von Aufgaben und Rollen, Ungeduld und Ablehnung vonseiten der Eltern, Belastungen durch die Geschwisterschaft in Patchworkfamilien infolge eines Harmoniemythos, Interaktionsmuster der Eltern mit unterschiedlichen Wertemustern. All diese Faktoren können psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen verstärken.

Externalisierende Störungsbilder wie z. B. hyperkinetische Störungen des Sozial-



verhaltens gehören zu den am häufigsten diagnostizierten 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:

- das beobachtete 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 Konzentrationsbedürfnis.

In jedem dieser vier Bereiche kann es infolge psychischer Störung der Mutter zu einem Defizit beim Kind kommen, was die adäquate Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigen kann. 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 deren Mütter per Video bei einer 5-minütigen hausaufgabenähnlichen Interaktion. Die Auswertungen der Videosequenzen ergab: Die Mehrzahl der betroffenen Kinder und deren 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



## 1.4 · Protektive und hemmende Faktoren

Zuwendung oder zu starke emotionale Bindung in der Elternteil-Kind-Beziehung, indifferente, inkonsequente oder widersprüchliche Erziehungseinstellungen und -maßnahmen, Überforderung, Übertragung unbewusster Wünsche und Einstellungen der Eltern zum 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 sich anderweitig beschäftigen.

Diese Kinder werden in ihrer Entwicklung zur autonomen, selbstbewussten Persönlichkeit beeinträchtigt; sie erhalten kein eigenes Entscheidungsvermögen. 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, ein passender Platz in der Gesellschaft und eine geglückte Vernetzung mit Partnern und Freunden, u. U. auch mit Haustieren, zu den wichtigsten Faktoren zählen, um ein ausgeglichenes Gefühlsleben zu erreichen.

Eine zuverlässige und sensible Betreuung eines Kindes in seinen ersten Lebensjahren führt zur Fähigkeit, auch im späteren Leben

vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Personen eingehen zu können (Bowlby 1988). Versäumnisse bei der Entwicklung einer sicheren Bindungsfähigkeit in der Kindheit können in gewissem Ausmaß bei sozial anpassungsfähigen Menschen im späteren Leben aufgeholt werden.

Bei der 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. im Kindergarten oder in der Schule, immer weniger gerecht werden zu können, es fühlt sich überfordert und 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 sich dieser, je nach Prädisposition des Kindes, in einer psychischen Störung manifestieren. Daraus folgt, dass jeder Mensch im Grunde genommen in der Lage ist, depressiv, durch Substanzmissbrauch oder psychotisch auf belastende Lebenssituationen zu reagieren.

Das Gemeinsame aller psychischen Störungen ist der Versuch der Psyche, solche nicht aushaltbaren Gefühle aufzulösen. Die sog. Symptombildung wie z. B. das Depressivwerden, die Substanzmittelabhängigkeit oder das Psychotischwerden ist als ein Problemlösungsversuch anzusehen, jedoch leider nicht als erfolgreicher. Alle Lösungsversuche dienen letztendlich dazu, zu den belastenden Gefühlen Distanz herzustellen, um sie besser ertragen zu können. 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, genügend 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 damit, dass ein tiefes Vertrauensverhältnis zwischen dem Kind und dem behandelnden Therapeuten bestehen muss.

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

## 1.4.1 Resilienz

Der Begriff Resilienz (lat. *resilire*) bedeutet zurückspringen, abprallen. Er wurde von Emmy Werner im Jahr 1950 geprägt. Kinder werden als resilient bezeichnet, wenn sie 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, d. h. als die Fähigkeit, Krisen, Herausforderungen und Schicksalsschläge bewältigen zu können, ohne daran psychisch zu zerbrechen.

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 der 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 ge-

bräuchlich. 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 nach Vergewaltigung, dem plötzlichen Verlust nahestehender Angehöriger oder Kriegserlebnissen nicht aufgeben, sondern die Fähigkeit entwickeln, weiterzumachen, werden als resilient bezeichnet.

Wesentliche Faktoren, die Resilienz beeinflussen, sind 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 kollektiv als individuell orientiert sind und sich durch Werte und Normen auszeichnen, die von den meisten Mitgliedern 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, oder das Erleben vermeintlicher Minderwertigkeit wie z. B. Aussehen, Körpergestalt, Geschlecht, Behinderung erlitten haben, durch persönliche und sozial vermittelte Ressourcen 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.

#### ► Beispiel

Natascha wurde im Alter von zehn Jahren auf dem Heimweg von der Schule von einem Mann entführt und acht Jahre lang in einem fünf Quadratmeter kleinen Verlies im Keller des Entführers gefangen gehalten. Das Mädchen musste dem Mann zu Diensten sein. Schon zwei Wochen nach der Flucht, im August 2006, trat das Mädchen im Fernsehen auf und berichtete über ihr Martyrium. Die Zuschauer sahen eine junge Frau, die selbstbewusst und auf intelligente und reflektierte Weise über sich selbst, über die Jahre der Gefangenschaft und ihr Verhältnis zum Entführer sprach.

Natascha weist Resilienz als Ressource auf, eine psychische Widerstandskraft, die ihr die Fähigkeit verliehen hat, an dem Schicksalsschlag nicht zu zerbrechen, während andere Menschen schon infolge kleinerer Ereignisse psychisch krank werden können. ◀

Ausreichende Resilienz ermöglicht es Kindern außerdem, nach der Scheidung ihrer Eltern mit Wohnortwechsel und dem Verlust geliebter Schulfreunde bald wieder neue Freunde und neue Lebensfreude zu finden.

Resilienz sorgt auch dafür, dass Jugendliche nach dem Ende ihrer ersten Liebe bald neuen Sinn im Leben finden, während andere ihren Liebeskummer mit dem Konsum von zu viel Alkohol oder anderen Drogen zu kompensieren versuchen.

Resilienz hilft zudem, den Tod der Eltern infolge eines Unfalls zu überwinden oder eine schwere Krankheitsdiagnose wie Leukämie zu bewältigen, ohne den Lebensmut zu verlieren.

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

Das Gegenstück zur Resilienz ist Vulnerabilität. Dies bedeutet, dass ein Kind durch äußere Einflüsse besonders leicht seelisch verletzt ist. Vulnerable Kinder neigen 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 signifikanter Vulnerabilitätsfaktor erweist sich die Belastung durch eine traumatische Lebenserfahrung, z. B. Kampfhandlungen im Krieg, körperliche und/oder seelische Misshandlungen in der Kindheit, Flucht, Naturkatastrophen, oder das Beobachten eines gewaltsamen Todes oder eines schweren Unfalls.

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 und Narayan 1998; Maercker et al. 1999). Die legt nahe, dass Kinder eine geringere psychische, soziale und biologische Kompensationsfähigkeit aufweisen als Erwachsene, 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 psychosozialer Aspekte im allgemeinen Gesundheitsverständnis wird aus Public-Health-Perspektive betrachtet. Gesundheit wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als biopsychosoziales Konstrukt gesehen.

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) 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.

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

Unter **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.

Von der Norm abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen können auf der biopsychosozialen Ebene unterschiedlich zum Ausdruck kommen.

— **Körperliche Ebene (psychosomatische Störungen):**

- Magenschmerzen
- Sprachstörungen
- Atemstörungen
- Zähneknirschen
- Schaukelbewegungen
- Daumenlutschen
- Nägelkauen
- Trichotillomanie
- Motorische Störungen: Tics, Zittern

— **Psychische Ebene (psychiatrische Störungen):**

- Angststörungen:
  - Schulangst
  - Trennungangst
  - spezifische Phobien
- Zwangshandlungen
- Schizophrene Störung
- Essstörungen (Gier, Verweigerung)

**Soziale Ebene (sozialer Leistungsbereich):**

- Lernstörungen:
  - Lese-Rechtschreib-Schwäche
  - Dyskalkulie
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS), Hyperkinetische Störung (HKS), gekennzeichnet durch mangelnde Ausdauer und Konzentration, kurze Aufmerksamkeitsspanne, erhöhte Ablenkbarkeit, Verträumtheit, fehlende Initiative, Schulversagen trotz angemessener Intelligenz
- Sozial abweichendes Verhalten

- Aggressionen: Streitsucht, häufiges Schlagen, Wutanfälle, Vandalismus
- Gehemmtheit, Kontaktstörungen, Clownerieen, Überangepasstheit, Überempfindlichkeit
- Teilnahme an Diebstählen, Drogenhandel
- Schule schwänzen
- Streuen, Lügen, Weglaufen von Zuhause
- Brutalität gegenüber Gleichaltrigen, Bandenzugehörigkeit

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

Eine psychische Komorbidität geht meistens mit stärkerer Symptomschwere, höherem Chronifizierungsrisiko, höherer funktioneller Beeinträchtigung 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 Konsolidierungsprozess befördert Schlaf nicht nur den Transfer bestimmter Gedächtnisinhalte von einem temporären Speicher in das Langzeitgedächtnis, sondern begünstigt gleichzeitig auch eine qualitative Transformation dieser

1

Gedächtnisrepräsentationen und Prozesse wie die Neubildung expliziten Wissens und ermöglicht Einsicht in ungelöste Probleme.

**1.6.1.1 Vigilanz**

Der Begriff „Vigilanz“ beschreibt den Wachheitsgrad eines Menschen, die Fähigkeit zur klaren Vergegenwärtigung von Sinnesreizen und Bewusstseinsinhalten.

Es werden quantitative (■ Tab. 1.1) und qualitative (■ Tab. 1.2) Störungen des Bewusstseins unterschieden. Die quantitativen Störungen werden auch als Vigilanzstörungen oder Minderung der Wachheit bezeichnet.

**1.6.1.2 Dämmerzustand**

Das Bewusstsein ist nicht erkennbar getrübt, doch eingeengt 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, 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, pathologischem Rausch und gelegentlich bei Enzephalitiden oder auch bei Medikamentenintoxikationen.

■ Tab. 1.1 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. 1.2 Qualitative Störungen des Bewusstseins

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