

# **Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Dr. Ulrike M.E. Schulze  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm

## Der Struwwelpeter

in seiner zweiten Gestalt

von Dr. Heinrich Hoffmann

Erstmalige Ausgabe des Originals von 1858



Rütten & Loening • Der Struwwelpeter-Original-Verlag

Das erste deutsche  
kinder- und  
jugendpsychiatrische  
Buch:

„**Der Struwwelpeter**“  
von Dr. Heinrich  
Hoffmann, erstmals  
erschienen 1844 in  
Frankfurt/Main

# Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 1845: „Psychische Krankheiten sind Krankheiten des Gehirns“ (Griesinger)
- 1867: „Physiology and Pathology of Mind: Insanity of Early Life“ (Maudsley)
- 1887: erstes kinderpsychiatrisches Lehrbuch (Emminghaus)
- 1899: „Kinderpsychiatrie“ (Mannheimer)

# Kinder- und Jugendpsychiatrie (Deutschland)

- 1921: „Kinder-, Kranken- und Beobachtungsstation“ (Karl **Bonhoeffer**), Psychiatrische und Nervenklinik („Milieu-Anlage beim psychopathischen Kind“) in der Berliner **Charité**: Ärzte, Heilpädagogen
- 1922: „Klinisches Jugendheim“, Tübingen (Oberarzt und Leiter: **Werner Villinger**)
- 1937: erster internationaler Kongress in Paris, Gründung der "**Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik**"

# Kinder- und Jugendpsychiatrie (Deutschland)

- 1954: erster Lehrstuhl in Marburg (Werner Villinger)
- 1959: Gründung der Lebenshilfe mit Tom Mutters und Hermann Stutte
- 1964: Anerkennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als selbständiges Gebiet im Sinne eines Facharztes auf Initiative von Hubert Harbauer und Heinrich Albrecht

# Kinder- und Jugendpsychiatrie (Deutschland)

- 1968: erster Lehrstuhl (Marburg)
- 1975: Psychiatrie-Enquête  
(Mißstände, Reformen)
- 1990: Gründung des  
Berufsverbundes
- nach der Wende: gemeinsame  
Kinder- und Jugendpsychiatrie

# Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

- Elternberatung (Erziehung,...)
- Milieuthherapie
- Psychotherapie (einzeln, Gruppe)  
(verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch orientiert)
- Familientherapie
- Heilpädagogik
- Psychopharmakotherapie

# Diagnosestellung: **Multiaxiales Klassifikations-Schema (MAS)**

(Remschmidt et al., 2001)

- I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
- II: Umschriebene Entwicklungsrückstände
- III: Intelligenzniveau
- IV: Körperlich-neurologische Erkrankung
- V: Abnorme psychosoziale Belastungsfaktoren
- VI: Psychosoziale Adaptation (global)

# **Indikation zur stationären Aufnahme von Kindern und Jugendlichen (Nissen u. Trott, 1995)**

- Krisenintervention
- dringend notwendige Separation aus pathogenem Milieu
- schwere psychische Erkrankung
- Suizidalität
- Schizophrene oder affektive Psychosen
- krankheitsbedingte Unfähigkeit, eine ambulante Behandlung aufzunehmen

# Unterschiede zur Psychiatrie des Erwachsenenalters

- im Vordergrund: emotionale, kognitive, soziale, zerebrale und entwicklungsbedingte Störungen
- Kontakt mit Eltern/Bezugspersonen, Lehrern,... und damit der biologischen und entwicklungspsychologischen Biographie (Anamnese, Therapie)

# Entwicklung

„Entwicklung ist die nicht zufällige, erklärbare Veränderungsreihe, die mit einem Lebenslauf verknüpft ist“.

(OERTER, 1977)

# Körperliche Entwicklung

## - Wachstum, Reifung

- Steuerung durch *endogene*, mögliche Veränderung durch *exogene* Faktoren
- Neugeborenenzeit, Säuglingsalter, Kleinkind- und Vorschulalter, Schulalter, Vorpubertät, Pubertät bzw. Adoleszenz
- Beschreibung weitgehend an diesen durch das Lebens- und Entwicklungsalter bestimmten körperlichen Erscheinungsbildern

# Psychische Entwicklung

## - Bindung an somatische Prozesse (Hirnreifung, „innere Uhr“)

- Prozess der Ausdifferenzierung der nervösen Substanz, vorläufiger Abschluss mit Beginn der Schulzeit (Impulse)
- Ausreifung: frühes Erwachsenenalter
- individuell unterschiedliche psychophysische Determiniertheit psychischer Abläufe (Anlage-Umwelt; konstitutionell-psychogen)

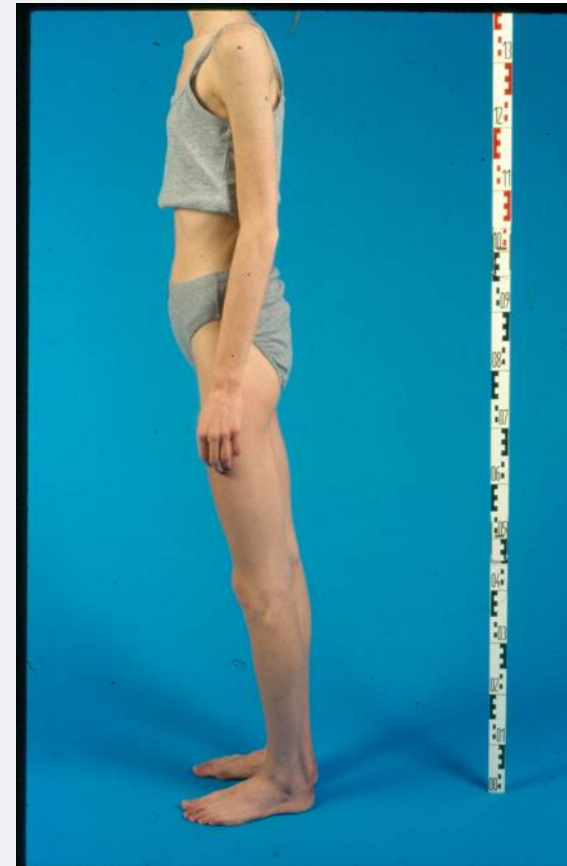
# Stadien der psychischen Entwicklung (Nissen u. Trott, 1995)

- 1. Jahr: Kontaktaufnahme  
(Bezugspersonen, Vulnerabilität)
- 1.-3. Lj: motorische Integration  
(Welteroberung, das Ich als Mittelpunkt, hemmen/fördern)
- 3.-5. Lj: kritische Realitätsprüfung (Fragen)
- 5.-10. Lj: soziale Einordnung (Peers, Umwelt)
- ab 14. Lj: Neuorientierung (Pubertät: biologische und psychische Reifung; Überprüfung und Korrektur der Elternbilder; Ambivalenz, Rollen, Identität, Sexualität)



# Diagnosekriterien (ICD 10, WHO)

- BMI  $\leq 17.5 \text{ kg/m}^2$
- Gewichtsverlust
  - Vermeidung
  - Erbrechen
  - Abführen
  - Hyperaktivität
  - Medikamente



# Kriterien nach DSM IV (American Psychiatric Association)

A: Gewichtsabnahme

B: Angst vor  
Gewichtszunahme

C: Körperschemastörung

D: Amenorrhoe

Subtypen:

restriktiver Typus

binge eating/purging



# Anorexia nervosa (F 50.0)

## - weitere Kernsymptome

- **Körperschemastörung**
- **endokrine**  
Störung  
(Amenorrhoe)
- verzögerte oder  
gehemmte Abfolge  
pubertärer  
**Entwicklungsschritte**



# Bulimia nervosa:

## Unterscheidung und Gemeinsamkeiten

- Hauptgemeinsamkeit:  
**Körperschemastörung**  
Hauptunterscheidungs-  
merkmal:  
**Heißhungerattacken**
- **Erbrechen:**  
Gewichtsregulation oder im  
Wechsel mit Fressanfällen



# Epidemiologie

- **Inzidenz** ansteigend (15 bis 24-Jährige) in westlichen Industrienationen
- **Erkrankungsgipfel**: 14 bzw. 18 Lebensjahr
- **Auftreten** gehäuft in der sozialen Mittel- und Oberschicht
- Überwiegend: sehr gute bis gute **Intelligenz**

# Prävalenz

- 0.3% - adoleszente Mädchen  
(Herpertz-Dahlmann, 1994)
- 0.7-1% - Jugendliche allgemein  
(Eggers, 1994)
- bis zu 7% - Risikogruppen  
(Models, Ballettschülerinnen,...)

# Inspektion

Lanugobehaarung

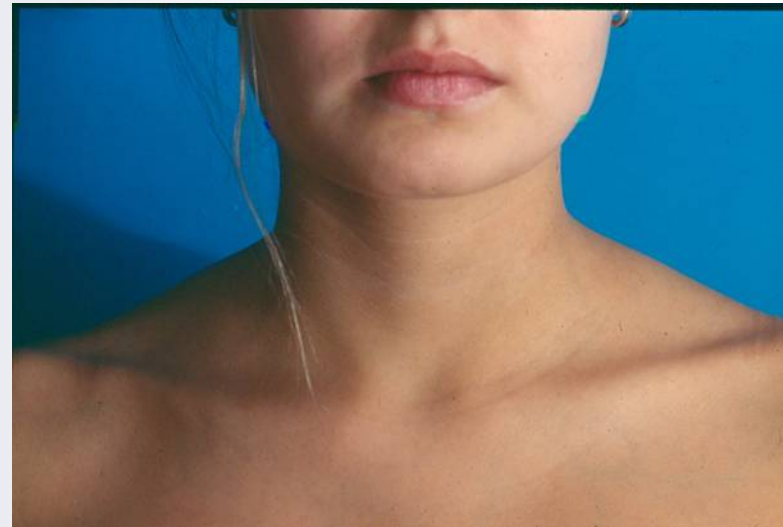
Xerodermie

Akrozyanose

Haarausfall

Speicheldrüsen

Cutis marmorata



# Laborbefunde

- Blutbildveränderungen (Leukopenie)
- Elektrolytstörungen
- Erhöhung von Transaminasen, Amylase, harnpflichtigen Substanzen
- Veränderungen im Lipidstoffwechsel
- Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin

# Hormonveränderungen

- Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (Cortisol, CRH)
- Schilddrüsenachse (Low-T3-Syndrom)
- Gonadenachse (Östrogene)
- Erhöhung des Wachstumshormons

# Weitere mögliche körperliche Veränderungen

- Pseudoatrophia cerebri (CT)
- Ösophagitis
- EKG-Veränderungen
- Folgen des Laxantienabusus (Obstipation, Malabsorptions-Syndrome, Osteomalazie...)
- Osteoporose

# Ätiologie

- erbliche Komponente (auch partiell)
- Persönlichkeitsstruktur (perfektionistisch)
- „adverse event“
- Reifungsängste
- biologisches Ungleichgewicht (zentral)

# Psychiatrische Comorbidität

- Depressivität (gewichtsabhängig)
- Angstsymptome (u.U. auch prämorbid)
- Zwanghaftigkeit („anankastisch“)
- autoaggressive Tendenzen

**Bulimia nervosa:** Suchtmittelabhängigkeit  
„Beschaffungskriminalität“

# Autoaggressive Tendenzen (I)



# Autoaggressive Tendenzen (II)



# Therapie

- ┌ körperliche Restitution
- ┌ begleitende Gesprächstherapie
- ┌ Familiengespräche
- ┌ Psychopharmakotherapie
- ┌ Zukunftsplanung

# Therapieprinzipien

- verhaltenstherapeutische Pläne:  
Sicherheit
- Umgang: größtmögliche Klarheit

# Langzeitverlauf, Mortalität

- **Langzeitfolgen:** psychiatrische und körperliche Störungen, Osteoporose,...
- **Haupttodesursachen:** direkte (körperliche) Folgen der Erkrankung und Suizid

# **Auswirkungen** der psychiatrischen Begleiterkrankungen

- psychiatrische Erkrankungen können das weitere Leben möglicherweise über sehr lange Zeit begleiten

# Soziale Ängste

- verschlechterte Gesamtprognose durch Vorhandensein und Persistieren einer **sozialen Phobie** (Therapieansatz!)