

Neues aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Dr. Franz Joseph Freisleider



Dr. Dieter Schlamp

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sind vielfältig. Die Erforschung der Variationsbreite der psychischen Entwicklung in Kindheit und Jugend und deren Abgrenzung von behandlungsbedürftigen Störungen bildet einen Schwerpunkt. Gleichmaßen wichtig ist es, störungsspezifische, oft multimodale Therapiestrategien zu entwickeln und empirisch auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Psychiatrie und Pädiatrie, Psychologie und Pädagogik fließen in das kinder- und jugendpsychiatrische Fachgebiet ein – aktuelle Ergebnisse der genetischen, neurobiologischen wie auch der psychotherapeutischen Forschung ermöglichen ein besseres Verständnis der engen Verschränkung von Anlage und Umwelt bei der Organisation des reifenden Gehirns und der damit zusammenhängenden psychischen Funktionen. Die hohe gesellschaftliche Relevanz des Faches wird besonders deutlich in der Auseinandersetzung mit medienwirksamen Themen wie Depression und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, hyperkinetischen Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen – ADHS), Dissozialität und Drogenmissbrauch sowie besorgniserregenden Phänomenen der vergangenen Jahre wie Mobbing, Computerspielsucht und Amokläufen und deren Androhung.

Sozialverhaltensstörungen mit Aggressivität, neue Phänomene

Mobbing, im angelsächsischen Sprachraum auch als „bullying“ bezeichnet, gab es unter Schülern wohl immer schon, hat aber in den vergangenen Jahren in Verbindung mit technischen Möglichkeiten, die Handys und Internet bieten, eine besondere Ausgestaltung erfahren. Schwächere Mitschüler werden oft nicht nur gehänselt und körperlich drangsaliert, sondern derartige Übergriffe auch foto- oder videografiert, über Handys rasch weiter verbreitet oder ins Internet gestellt, was bei den Betroffenen Scham und Schmerz über ihr Ausgeliefertsein potenziert und nicht selten zu schweren depressiven oder gar suizidalen Reaktionen Anlass gibt. Beim „happy slapping“ werden körperliche Attacken auf Unbeteiligte gefilmt und diese öffentlich bloßgestellt. Opfer solcher Attacken nehmen häufig eine Abseitsposition ein und bedürfen fachlicher Hilfe, ebenso wie

auch die Täter. Aus sozialen Außenseitern innerhalb ihrer peer-group, die bei oberflächlicher Betrachtung durchaus den Anschein „sozialen Funktionierens“ erwecken können, rekrutieren sich vereinzelt auch spätere Amokläufer. Eine derartige Tat stellt den Endpunkt einer oft über Jahre andauernden Fehlentwicklung dar, deren Rekonstruktion zahlreiche Gemeinsamkeiten aufzeigt: Persönlichkeitsakzentuierungen mit narzisstischen und antisozialen Zügen, mangelnde Kommunikation innerhalb der Familie, chronische Frustrationen aufgrund von Konflikten mit Autoritätspersonen sowie Gleichaltrigen, innerer Rückzug in eine zunehmend von der Realität entfremdete Eigen- und Phantasiewelt, Ausagieren von aggressiven Gewaltphantasien in endlos wiederholten brutalen Computerspielen („Ego-Shooter“) oder realen Kampfspielen, Abbau von Gewalt- und Tötungshemmungen sowie Verzerrungen der internalisierten Normen, oft ein äußerlich düsteres oder martialisches Erscheinungsbild, Verfügbarkeit von Waffen im nahen sozialen Umfeld, Beschäftigung mit früheren

Amokläufen, vorbereitende Handlungen und vage oder konkrete Andeutungen gegenüber anderen und im Internet. Diese Kaskade mündet schließlich in einen Hass gegen die ganze Welt (und oft sich selbst), der sich dann in einem sowohl verzweifelten wie sich selbst überhebenden vermeintlichen Befreiungsschlag entlädt und den eigenen Tod bewusst in Kauf nimmt oder selbst herbeiführt. Bei derartig schwerwiegenden Fehlentwicklungen müssen bestimmte Konstellationen von Risikofaktoren zusammentreffen (oder protektive Faktoren fehlen). Die äußerst verantwortungsvolle Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiaters besteht nicht nur darin, im Nachhinein derartige Entwicklungsverläufe zu analysieren und unter psychiatrischen wie gegebenenfalls strafrechtlichen Gesichtspunkten zu bewerten, sondern vor allem darin, entsprechend gefährdete Jugendliche rechtzeitig zu erkennen, von noch wesentlich häufigeren „Trittbrettfahrern“ (mit einer eigenen Psychopathologie) abzugrenzen und wirksam zu intervenieren.



Kinder beim Computerspielen.

Foto: Jochen Tack – mauritius images.

Genetik und Neurobiologie

In den vergangenen Jahren konnten vertiefte Erkenntnisse über die genetischen Ursachen psychischer Störungen und das Zusammenwirken von genetischer Disposition und Umwelteinflüssen auf neurobiologischer Ebene gewonnen werden. Die große Mehrzahl psychischer Störungen ist multigenetisch bedingt. Dies gilt zum Beispiel für ADHS, Legasthenie, Autismus, Schizophrenie, aber auch Zwangsstörungen und depressive Störungen, wie Schulte-Körne 2008 in einer Übersicht darlegte. Da der relative Beitrag von Einzelgenen zur Verursachung von Störungen vergleichsweise gering ist, bedarf es großer und klinisch gut charakterisierter Stichproben, um mittels molekulargenetischer Untersuchungen störungsrelevante Gene identifizieren zu können. Von Bedeutung sind einerseits die Summe relevanter Einzelgene, die zu einer neurobiologischen Disposition und in der Folge einer erhöhten Vulnerabilität für bestimmte psychische Störungen führen, aber auch bestimmte Einzelgene, deren

Funktion in diesem Zusammenhang aufgeklärt werden konnte.

Ein Beispiel für Gen-Umwelt-Interaktionen findet sich in der Ätiopathogenese depressiver Störungen: Von dem Serotonintransportergen 5-HTTLPR gibt es ein kurzes (s) und ein langes (l) Allel. Zahlreiche Untersuchungen haben belegt, dass Träger des kurzen Allels (s/s oder s/l) ein wesentlich höheres Risiko als Träger des langen Allels (l/l) haben, später an einer depressiven Störung zu erkranken, wenn erhebliche lebensgeschichtliche Belastungen oder Traumatisierungen eintreten. Ist dies nicht der Fall, sind die Unterschiede deutlich geringer. Neuere Untersuchungen zeigen andererseits aber auch, dass sich dieses Risiko durch die Präsenz von protektiven Faktoren vermindern lässt.

Gut untersucht ist auch, dass Stress oder Traumatisierungen vor allem in frühen Lebensabschnitten (gleichgültig, ob physischer Stress, zum Beispiel in Form von perinatalen Komplikationen oder psychischer Stress, zum Beispiel

aufgrund von Vernachlässigung oder Misshandlung) das Risiko späterer Depressionen erhöht – das sich entwickelnde menschliche Gehirn lernt seine Lebenswelt als eine potenziell feindliche kennen, über die Ausschüttung von Stresshormonen kommt es dann offenbar zu frühen Prägungen im Bereich des limbischen Systems. Auch haben Kinder depressiver Eltern nicht nur aufgrund einer genetischen Belastung ein höheres Risiko für Depressionen, vielmehr trägt auch ein „depressiver Lebensstil“ betroffener Eltern auf verschiedene Weise dazu bei. Auch solche „Lerneffekte“ haben neurobiologische Auswirkungen bis hin zur neuronalen Organisation entsprechender funktioneller Netzwerke – zudem weiß man heute, dass auch epigenetische Mechanismen von einer Generation zur anderen wirksam werden können.

Epidemiologie/Prävention/ Früherkennung

Aktuelle Untersuchungen zur seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, etwa die Bella-Studie, kommen zu dem Ergebnis, dass ca. 18 bis 20 Prozent dieser Altersgruppe psychische Auffälligkeiten mit Abklärungsbedarf aufweisen; bei etwa der Hälfte von ihnen soll ein längerfristiger Behandlungsbedarf bestehen (deren Anteil wird von anderen Untersuchern mit etwa fünf Prozent angegeben). Zu ähnlichen, überraschend hohen Zahlen kamen verschiedene epidemiologische Untersuchungen im In- und Ausland aber bereits vor zwei bis drei Jahrzehnten. Die oft pauschal postulierte Zunahme psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bedarf daher einer differenzierten und auch kritischen Betrachtung.

Steigende Prävalenzraten gibt es in den westlichen Industrieländern beispielsweise bei Essstörungen, in den meisten Ländern bei depressiven Störungen. Das Lebenszeit-Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt dagegen unverändert bei etwa einem Prozent. Für hyperkinetische Störungen kommen seriöse Studien aus zahlreichen Ländern seit langem zu einer Häufigkeit in der Größenordnung von vier bis sechs Prozent, auch wenn eine „gefühlte“ Zunahme und tatsächlich steigende

Inanspruchnahme feststellbar sind, welche größtenteils auf eine weitere Verbreitung des Wissens um dieses Störungsbild und eine frühere und flächendeckendere Erkennung zurückzuführen sein dürfte. Bei autistischen Störungen wurden die diagnostischen Kriterien ausgeweitet, sodass deren Häufigkeit auch dadurch deutlich höher erscheint als in früheren Jahren.

Die frühe Erkennung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (aber auch deren Abgrenzung gegenüber „Befindlichkeitsstörungen“ im Rahmen der normalen Variationsbreite) stellen eine wichtige Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar, ebenso die Entwicklung geeigneter frühzeitiger Interventionsstrategien, welche die Prognose zu verbessern in der Lage sind.

Psychopharmakotherapie und Psychotherapieforschung

Die Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter beruhte lange Zeit auf einer unzureichenden Datenbasis – Kinder- und Jugendliche sind aber keine kleinen Erwachsenen. Die Entwicklungspsychopharmakologie erforscht pharmakokinetische und pharmakodynamische Besonderheiten der Altersgruppe. Im Rahmen eines multizentrischen Projekts zum Therapeutischen Drug Monitoring (TDM) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kompetenznetz TDM KJP e. V.) werden für die gebräuchlichsten, insbesondere neueren Psychopharmaka systematisch Dosis, Blutspiegel, Veränderungen des psychopathologischen Befundes sowie Nebenwirkungen erfasst und auch pharmakogenetische Untersuchungen durchgeführt. Einer von den psychiatrischen Kliniken in Bayern bereits seit längerem durchgeführten Erfassung von Psychopharmakanebenwirkungen (Pharmakovigilanz) haben sich auch zahlreiche kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken angeschlossen. Die neuere Europäische Arzneimittelgesetzgebung schließlich sieht vor,

dass neu entwickelte Wirkstoffe in der Regel auch durch klinische Studien im Kindes- und Jugendalter untersucht werden sollen und gewährt dafür wirtschaftliche Anreize für die forschende pharmazeutische Industrie (Patentschutzverlängerung). Diese Maßnahmen sollten in den nächsten Jahren zu einer deutlichen Verbreiterung der wissenschaftlichen Grundlagen der Psychopharmakotherapie führen.

Vielfach unsachlich und verzerrt wurde in den Medien in letzter Zeit vor allem die Therapie mit neueren Antidepressiva dargestellt: Sie seien wirkungslos bzw. mit hohen Nebenwirkungen (Suizidrisiko!) behaftet. Dies entspricht auch für das Kindes- und Jugendalter nicht den Tatsachen. Richtig ist, dass Antidepressiva umso weniger wirksam sind, je jünger der Patient ist. Das Ansprechen auf Antidepressiva nimmt von der späteren Kindheit über das Jugendalter bis zu einem Maximum im frühen und mittleren Erwachsenenalter zu, um dann im Alter wieder abzunehmen. Auch das Risiko potenziell antriebsfördernder Antidepressiva, zum Beispiel der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor – SSRI), vor allem in der Anfangsphase der Behandlung den Antrieb rascher zu bessern als die Stimmungslage und suizidale Impulse zu triggern, ist seit langem bekannt und bei klassischen Substanzen (zum Beispiel trizyklischen Antidepressiva) ausgeprägter als bei neueren, auch insgesamt nebenwirkungsärmeren und weniger toxischen Wirkstoffen. Dieses Phänomen ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgeprägter als im späteren Erwachsenenalter. Dennoch ist das Suizidrisiko bei schweren depressiven Erkrankungen ohne wirksame (auch medikamentöse Behandlung) ungleich höher. Es ist wichtig, sich gerade zu Beginn der Therapie engmaschig ein Bild von den psychopathologischen Veränderungen bei den Patienten zu machen, gegebenenfalls kann in der Initialphase ein Benzodiazepin (zum Beispiel Wirkstoff Lorazepam) zugegeben werden. Seit 2003 haben Expertenkommissionen im

Auftrag der Amerikanischen Arzneimittelbehörde Food and Drug Administration (FDA) alle verfügbaren Studiendaten (auch zuvor zurückgehaltene) sorgfältig analysiert. Es zeigte sich, dass das Risiko einer Triggersung suizidaler Impulse von Substanz zu Substanz unterschiedlich ist. Bei den SSRI, die heute zumeist als Mittel erster Wahl zu betrachten sind, waren derartige Effekte bei Fluoxetin (zum Beispiel Flucetin® oder Generika) am geringsten ausgeprägt. Für Fluoxetin liegen im Unterschied zu anderen Wirkstoffen auch methodisch fundierte Wirksamkeitsnachweise für das Kindes- und Jugendalter vor, weshalb Fluoxetin auch als erstes (und bislang einziges) Antidepressivum für die Behandlung von Depressionen ab dem Alter von acht Jahren zugelassen wurde. SSRI sind nicht nur gegen Depressionen, sondern auch bei Angst- und Zwangsstörungen wirksam. Im Kindes- und Jugendalter ist der Wirkstoff Fluvoxamin (zum Beispiel Fevarin® oder Generika) für die Behandlung von Zwangsstörungen zugelassen. In letzter Zeit gibt es auch Wirksamkeitsnachweise für Sertralin bei Angst- und Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Bei Depressionen wie auch Angst- und Zwangsstörungen deuten Langzeit-Verlaufsuntersuchungen darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung mit wirksamen Substanzen zwar in vielen Fällen die Symptomatik deutlich bessern kann, die Langzeitprognose aber vor allem durch eine (alleinige oder begleitende) Psychotherapie verbessert werden kann.

Auch die Psychotherapieforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in den vergangenen Jahren Fortschritte gemacht. In zwei Übersichtsarbeiten aus dem Vorjahr von Bachmann et al. aus Marburg werden Metaanalysen zur Wirksamkeit verschiedener psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei den vier häufigsten psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen systematisch ausgewertet. Für Angststörungen, depressive Störungen und Sozialverhaltensstörungen wird Psychotherapie als die wirksamste Methode

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	männlich	weiblich										
10 bis 14 Jahre	3	–	3	1	–	–	4	1	3	–	4	3
15 bis 19 Jahre	43	8	38	15	33	7	39	8	42	11	27	13
Gesamt	54		57		40		52		56		47	

Tabelle: Suizide bei 10- bis 19-jährigen Kindern und Jugendlichen in Bayern.

(Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung)

beschrieben: kognitive Verhaltenstherapie bei Angst- und depressiven Störungen, bei letzteren auch Interpersonale Psychotherapie. Bei ADHS ist die pharmakotherapeutische Behandlung effektiver. Die Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung ist vor allem für die Behandlung von ADHS und depressiven Störungen von Bedeutung. Bezieht man alle Behandlungsmöglichkeiten mit ein, lassen sich bei Angststörungen und ADHS höhere Effektstärken erreichen als bei depressiven und Sozialverhaltensstörungen.

Funktionelle Psychosen

Funktionelle Psychosen umfassen schizophrene Psychosen und affektive Psychosen (monopolare Depressionen und Manien sowie bipolare Störungen). Schizoaffective Psychosen nehmen dabei eine Zwischenstellung ein. Diese klassische, vor allem auf Kraepelin zurückgehende und vorwiegend an der Prognose orientierte kategoriale Einteilung lässt sich in dieser Form im Lichte neuerer genetischer Studien und Familienuntersuchungen nicht mehr aufrechterhalten, was auch seinen Niederschlag bei der Entwicklung der nächsten Generation der einschlägigen Klassifikationssysteme (Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-11 und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen – DSM-V) finden wird. Die Behandlung wird sich zunehmend, wie auch jetzt bereits, an Zielsyndromen orientieren.

Die drei Säulen der Therapie bei schizophrenen Störungen stellen medikamentöse Therapie,

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Psychosomatik und interdisziplinäre Zusammenarbeit waren Schwerpunktthemen des diesjährigen XXXI. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Hamburg (4. bis 7. März 2009). Psychosomatische Störungen umfassen seelische Störungen mit körperlicher Symptomatik ebenso wie organische Erkrankungen mit psychischen Symptomen. Auch Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch stellen interdisziplinäre Aufgabenbereiche dar. Verschiedene Modelle der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie wie Konsil- und Liaisondienste und die Zusammenarbeit auf interdisziplinären Stationen wurden vorgestellt und diskutiert. Ein weiteres wichtiges Feld der Kooperation zwischen den beiden Fachrichtungen stellt die Versorgung von Patienten mit ADHS dar. Pressemitteilungen und Statements können unter www.dgkjp.de/de_kongress2009-pressemitteilungen_190.html heruntergeladen werden.

An der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie gilt es, geeignete Übergänge zu finden, gemeinsame Stationen für ältere Jugendliche und junge Erwachsene befinden sich im Aufbau.

Psychotherapie und Soziotherapie dar. Entscheidend für ein Gelingen aller therapeutischer Anstrengungen sind jedoch speziell bei jugendlichen Patienten eine geeignete Psychoedukation unter Einbeziehung der Bezugspersonen sowie ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis, weil sich nur auf diese Weise eine ausreichende Compliance erzielen lässt, was auch zur Vermeidung von Rezidiven und einer Verbesserung der Langzeitprognose beiträgt. Bei der medikamentösen Therapie werden heute wegen der deutlich geringeren Nebenwirkungen (Spätdyskinesien!) weit überwiegend die neueren Antipsychotika Risperidon, Amisulprid, Ziprasidon, Olanzapin, Quetiapin und Aripiprazol eingesetzt, auch wenn noch keine dieser Substanzen für Jugendliche zugelassen

ist (es handelt sich trotz guter empirischer Belege um individuelle Heilversuche).

Depressionen und bipolare Störungen zeigen bei Kindern und Jugendlichen oft ein relativ uncharakteristisches klinisches Bild, auch hier sind frühe Erkennung und Intervention (vor allem mit geeigneten psychotherapeutischen Verfahren) von prognostischer Bedeutung. Ätiopathogenese und Pharmako- wie Psychotherapie depressiver Störungen wurden bereits in vorangegangenen Abschnitten diskutiert. Die Suizidprävention bleibt eine wichtige Aufgabe, glücklicherweise kam es in den vergangenen Jahren zumindest nicht zu einer Zunahme der Suizidraten bei Kindern und Jugendlichen in Bayern (siehe Tabelle 1).

Anzeige

Wir sind in unserem Element...

... wenn es um Ihre Privatabrechnung geht. Unsere Profis betreuen seit fast 30 Jahren 1700 Kunden in ganz Deutschland. Erstklassige Referenzen geben Ihnen die Sicherheit mit einem kompetenten Partner zusammen zu arbeiten. Fragen Sie nach und testen Sie uns ohne Risiko mit „Geld-zurück-Garantie“!

T E L E F O N

089 14310-115

Die GOÄ-Experten. Herr Wieland www.medas.de





MEDAS privatärztliche
Abrechnungsgesellschaft mbH

Bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit frühem Beginn – ein neues umstrittenes Konstrukt

- Erkrankungsbeginn vor Pubertät, möglicherweise schon im Kleinkindesalter.
- Prävalenz: unter zehn Jahre 0,3 bis 0,5 Prozent, im Jugendalter ca. ein Prozent (in den USA wird eine höhere Prävalenz angegeben).
- Unspezifische, zeitlich schwer limitierbare Verstimmungszustände mit depressiven und (hypo-)manischen Ausgestaltungen
- Typische Symptome:
 - häufig: dysphorisch-gereizter Affekt, Irritabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Aggressivität, Antriebssteigerung, Rededrang, manisch-depressive Mischzustände,
 - manchmal: sehr rascher Stimmungswechsel, riskantes oder bizarres Verhalten,
 - seltener: affektive Gehobenheit mit Euphorie, Schlafstörungen, paranoide Symptome.
- Keine längeren symptomfreien Intervalle, eher chronischer Verlauf.
- Differenzialdiagnose manchmal schwierig, Überlappung bzw. Komorbidität mit ADHS (wird in Europa und den USA unterschiedlich diskutiert).

Tabelle 2.

ADHS

Die ADHS ist eine multifaktoriell und multi-genetisch bedingte Erkrankung, bei der anlagebedingte Faktoren und äußere Einflüsse sowohl in Form von somatischen Störungen als auch und besonders von erzieherischen Rahmenbedingungen und sozialem Umfeld in enge Wechselwirkung treten und die Entwicklung von Aufmerksamkeitsfunktionen wie von Selbststeuerungsmechanismen maßgeblich modulieren. Neuere funktionelle bildgebende und neurophysiologische Verfahren sowie molekularbiologische Erkenntnisse lieferten hier weitere Aufschlüsse. Bei der Diagnostik dieser Störungen sind andere mögliche Ursachen von Aufmerksamkeitsdefiziten sorgfältig in Betracht zu ziehen: auch depressive, überforderte, teilleistungsgestörte oder somatisch erkrankte Kinder zeigen Konzentrationsstörungen. Eine sorgfältige Analyse solcher Faktoren, ihrer Zusammenhänge und des zeitlichen Verlaufs gibt hier in der Regel Aufschluss. Zu beachten ist zudem, dass häufig komorbide Störungen vorliegen. Von den in die Multimodal Treatment Study in ADHD (MTA) in den USA eingeschlossenen Patienten wiesen 54 Prozent Sozialverhaltensstörungen auf (40 Prozent oppositionelles Trotzverhalten und 14 Prozent Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne), 38 Prozent Angst- und andere affektive Störungen sowie elf Prozent Ticstörungen. Komorbide Störungen sind daher bei ADHS eher die Regel als die Ausnahme und sollten bei der Therapieplanung in geeigneter Weise berücksichtigt werden. In den USA ist seit Jahren vor allem die Abgrenzung gegenüber bipolaren Störungen in der Diskussion, wofür nicht zuletzt eine Unschärfe der diagnostischen Kriterien in der amerikanischen DSM-IV-Klassi-

fikation verantwortlich ist, dennoch ist diese in manchen Fällen tatsächlich nicht einfach. Tabelle 2 gibt hierfür einige Hinweise.

Eingehende und fortgesetzte Aufklärung, Beratung und Elterntaining im Sinne der Psycho-edukation stellen die Basis der Behandlung dar, eine Zusammenarbeit beteiligter Einrichtungen (Ärzte und Psychotherapeuten, Kindergärten und Schulen sowie Jugendhilfe) in Form von Netzwerken verbessern die Betreuungsmöglichkeiten, störungsspezifische Verhaltenstherapie oder heilpädagogische Maßnahmen dienen einer längerfristigen Verhaltensmodifikation unter Einbeziehung der Bezugspersonen. Auch für die medikamentöse Behandlung steht heute eine differenzierte Palette von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zahlreiche Methylphenidat-Retardpräparate mit einer Wirkungsdauer von acht Stunden (Ritalin® LA, Medikinet® retard, Equasym® Retard) bis zwölf Stunden (Concerta®) und unterschiedlichem Freisetzungsprofil (zwischen 22 Prozent sofortiger Wirkstofffreisetzung bei Concerta® über 30 Prozent bei Equasym® Retard bis zu 50 Prozent bei Ritalin® LA und Medikinet® retard) ermöglichen eine Vereinfachung und individuell angepasste Behandlung. Insbesondere bei komorbiden Tic-, Angst- und Suchtstörungen sowie beim Auftreten ausgeprägter Rebound-Phänomene oder wenn eine durchgehende Wirkung erforderlich ist, hat der selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer Atomoxetin (Strattera®) Vorteile. In den USA stehen noch weitere neuere Medikamente zur Behandlung der ADHS zur Verfügung: Bei dem Wirkstoff Lisdexamphetamin ist an das Amphetaminmolekül eine Lysingruppe gebunden, welche enzymatisch protrahiert abgespalten wird, wodurch dieser einen intrinsischen Retardeffekt von bis

zu zwölf Stunden aufweist – auch in Europa sollen klinische Studien zur Zulassung führen. Zu erwähnen ist auch ein neues Guanfacin-Retardpräparat in den USA – Guanfacin ist ein direkter zentraler Alpha-2-Rezeptor-Agonist, der unaufmerksames, hyperaktives und impulsives Verhalten zu bessern vermag. Als weitere nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeit hat sich die Wirksamkeit von Neurofeedback-Verfahren aufzeigen lassen, vorausgesetzt, dass sie von kundigen Therapeuten eingesetzt werden und der Transfer in den Alltag gelingt. Bei der Beurteilung der Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsverfahren werden heute nicht nur die Auswirkungen auf Konzentrations- und Steuerungsfähigkeit, sondern auch übergreifende emotionale und soziale Effekte der Behandlung vermehrt in Betracht gezogen.

Besondere Problemgruppen und neue Wege in der Patientenversorgung

Einige Problemgruppen von Kindern und Jugendlichen bedürfen besonderer kinder- und jugendpsychiatrischer Beachtung.

Mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen der stationären Jugendhilfe untergebracht sind, leiden unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, wie von Beck und Warnke kürzlich ausgeführt. Deren Erkennung und Behandlung unter Einbeziehung sowohl der Familien als auch der Bezugspersonen in den Heimen ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Prognose dieser zumeist multipel belasteten Zielgruppe (und nicht zuletzt auch zur Reduktion der hohen Folgekosten für die Gesellschaft bei ungünstigen Verläufen). Die aufsuchende Betreuung in den Heimen hat hierbei Vorteile, ganz besonders gilt dies auch für geistig Behinderte und/oder autistische Menschen, bei denen bereits ein Umgebungswechsel wie eine Fahrt in die Klinik die Symptomatik verschlimmern und die psychopathologische Einschätzung wie auch therapeutische Maßnahmen erheblich erschweren kann.

Ausblick und Perspektiven

Die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt zu, die Versorgungslage hat sich zwar deutlich verbessert, ist aber nach wie vor nicht flächendeckend und ausreichend, vor allem im Hinblick auf akut behandlungsbedürftige Störungen. Es ist zu hoffen, dass sich auch unter schwierigeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch niedergelassene

Fachärzte, Ambulanzen und Kliniken weiter verbessern lässt und dass kinder- und jugendpsychiatrische Forschung und Lehre auch weiterhin wichtige Impulse geben können.

Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten haben, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Dr. Franz Joseph Freisleder, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Ärztlicher Direktor

Dr. Dieter Schlamp, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Stellvertretender Ärztlicher Direktor, beide Heckscher-Klinik gGmbH, Deisenhofener Straße 28, 81539 München

Innovative Therapieansätze für spezielle Patientengruppen

Das Heckscher-Klinikum in München hat in den vergangenen Jahren einen mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst zur aufsuchenden Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen aufgebaut, auch andernorts gibt es ähnliche Ansätze wie in Ulm für die Betreuung von Patienten in heilpädagogischen Heimen. Je früher wirksam interveniert werden kann, umso eher lassen sich aufwändige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen vermeiden. Für Menschen mit autistischen Störungen wurden Autismus-Kompetenzzentren aufgebaut, die vorwiegend eine beratende und koordinierende Funktion haben.

Für Kinder und Jugendliche mit Suchterkrankungen gibt es an mehreren Kliniken in Bayern spezialisierte Suchtambulanzen und -stationen. Häufig handelt es sich um polyvalenten Drogenabusus, auch nicht stoffgebundene Verhaltensstörungen mit Suchtcharakter (zum Beispiel bestimmte Computerspiele) nehmen zu und bedürfen einer adäquaten Behandlung.

Die Begutachtung von jugendlichen Straftätern steht immer wieder im Fokus der Medien, seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde vor einem Jahr das Zertifikat „Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung“ eingeführt, um einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten. Leider fehlt in Bayern nach wie vor eine jugendpsychiatrische Forensik, um im Maßregelvollzug befindlichen jugendlichen Straftätern mit psychischen Störungen besser gerecht werden zu können.

Weitere Informationen:

E-Mail: info@heckscher-klinik.de, Internet: www.heckscher-klinik.de

E-Mail: info@autkom-obb.de, Internet: www.autkom-obb.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Aufgrund des Beschlusses des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vom 31. Januar 2009 kann das freiwillige Fortbildungszertifikat der BLÄK wie bisher weitergeführt werden; das heißt, Ärztinnen und Ärzte können auf Antrag das freiwillige Fortbildungszertifikat erhalten, wenn sie bei der BLÄK gemeldet sind und innerhalb von maximal drei Jahren mindestens 150 Fortbildungspunkte erwerben und dokumentieren (davon können zehn dieser geforderten Punkte pro Jahr durch Selbststudium erworben werden „Kategorie E“). Die hier erworbenen Punkte sind selbstverständlich auch anrechenbar für das Pflicht-Fortbildungszertifikat.

Weitere Punkte können durch strukturierte interaktive Fortbildung (Kategorie D) gesammelt werden, zum Beispiel erhalten Sie für das

Durcharbeiten des Fachartikels „Neues aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von Dr. Franz Joseph Freisleder und Dr. Dieter Schlamp mit nachfolgender richtiger Beantwortung folgende Punkte (Lernerfolgskontrolle muss komplett beantwortet sein):

zwei Punkte bei sieben richtigen Antworten, drei Punkte bei zehn richtigen Antworten.

Fortbildungspunkte können in jeder Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* online erworben werden. Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen finden Sie unter www.blaek.de/online/fortbildung oder www.blaek.de (Rubrik Ärzteblatt/Online-Fortbildung).

Falls kein Internetanschluss vorhanden, schicken Sie den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag an Bayerische Landesärztekammer, Redaktion *Bayerisches Ärzteblatt*, Mühlbauerstraße 16, 81677 München.

Unleserliche Fragebögen können nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist nur eine Antwort pro Frage richtig.

Die richtigen Antworten erscheinen in der Juni-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes*.

Der aktuelle Punkte-Kontostand und die entsprechenden Punkte-Buchungen können jederzeit online abgefragt werden.

Einsendeschluss ist der 7. Juni 2009.