



Universitätsklinikum RTWH Aachen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

(Klinikdirektorin: Prof. Dr. med. B. Herpertz-Dahlmann)

Zuständigkeitswechsel von Kinder- und Jugendpsychiater zum Erwachsenenpsychiater:

Frust und Abbruch oder neue Chance für erwachsen werdende psychisch kranke Jugendliche?

Dr. med. Ulrich Hagenah

Psychiatrische Störungen im Jugendalter

- Chronisch verlaufende Formen von bereits im Kindesalter beginnenden Störungen:
 - Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) mit und ohne Störung des Sozialverhaltens
 - Angststörungen
 - Tic-Störungen und Tourette-Syndrom
- Typische Störungen der Pubertät und Adoleszenz:
 - Anorexia nervosa (Pubertätsmagersucht)
 - Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter
- Frühe Formen Erwachsenen-typischer Störungen:
 - Depressionen
 - Bipolare Störungen
 - Schizophrenie

Prävalenzraten bei Jugendlichen

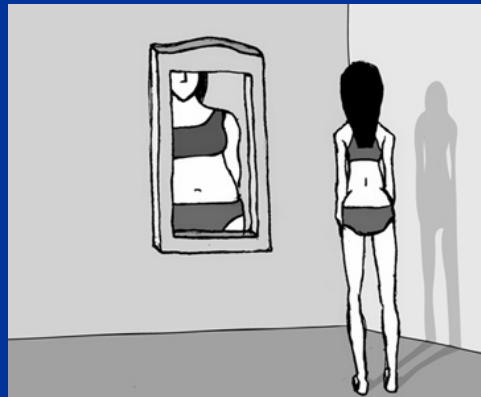
- Essstörungen
 - Anorexia nervosa: ~ 1 % der weiblichen Jugendlichen
 - Bulimia nervosa: 2-3 %
- Depressionen: 4-8 %
- Schizophrenie: 10 % aller schizophrenen Erkrankungen beginnen vor dem 20. LJ
- ADHS: ~ 40 % persistieren in Jugend und Erwachsenenalter

Langzeitverlauf am Beispiel der Anorexia nervosa

Anpassungs-
schwierigkeiten,
Angststörungen



Anorexia nervosa



Psychiatrische
Erkrankungen,
Persönlichkeitsstörungen



Kindheit

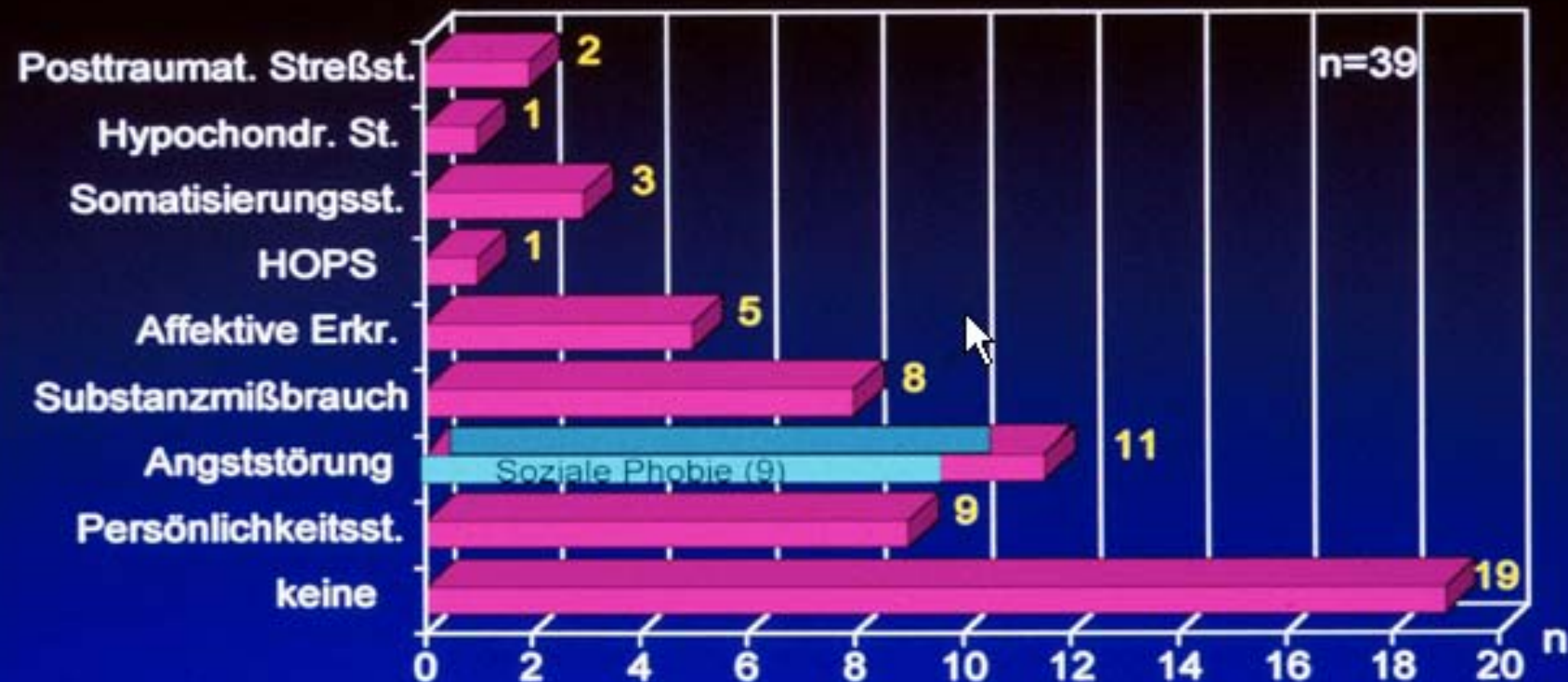
Jugend

Erwachsenalter

10-Jahres-Katamnese bei Anorexia nervosa

(Herpertz-Dahlmann et al., 2001)

Psychiatrische Komorbidität zum Zeitpunkt der 10-Jahres-Katamnese



Schizophrenie im Jugendalter

- Oft schleichender Beginn
- Prognose schlechter als bei Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter (z. B. *Remschmidt et al., 2007, Schmidt & Blanz, 1992, Weiner, 1982*: mehr als 50% der in Kindheit und Jugend erkrankten schizophrenen Patienten zeigen einem ungünstigen Langzeitverlauf)
- Fehlende Zulassung für atypische Neuroleptika:
 - Behandlung unter den Rahmenbedingungen des „individuellen Heilversuchs“
- Ausgeprägtere Nebenwirkungen unter pharmakologischer Behandlung

Schizophrenie: Kernsymptom-Cluster

1. Positive Symptome

- Wahn
- Halluzinationen
- Desorganisierte Sprache
- Katatonie

2. Negative Symptome

- Flacher Affekt
- Anhedonie
- Desorganisierte Sprache
- Rückzug

Soziale/schulisch-berufliche Dysfunktion

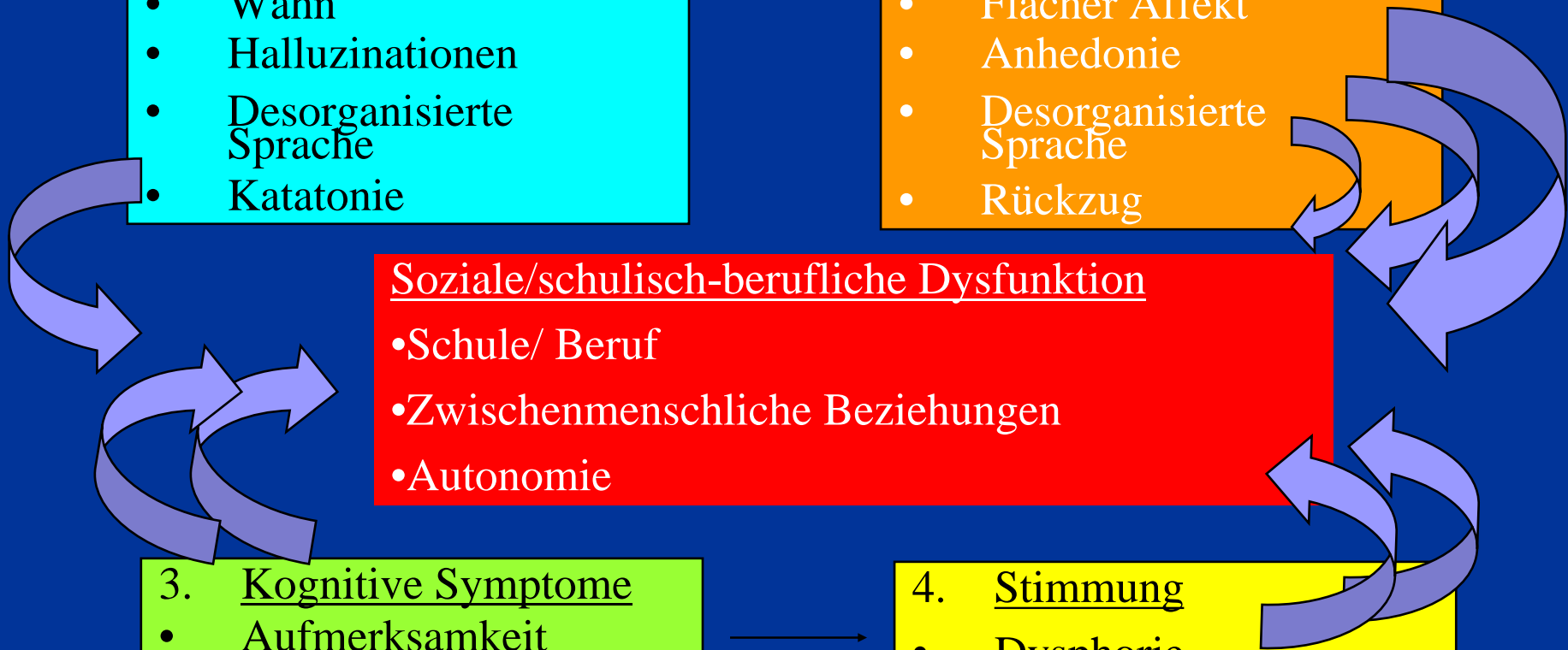
- Schule/ Beruf
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Autonomie

3. Kognitive Symptome

- Aufmerksamkeit
- Gedächtnis
- Exekutive Funktionen (z. B. Abstraktion)

4. Stimmung

- Dysphorie
- Suizidalität
- Hoffnungslosigkeit



Häufigkeit von Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen unter Olanzapin (Woods et al. 2002)

AE Complaint Category	Children		Adolescents		Adults		Risk Ratio (95% Confidence Interval)		
	No.	Risk per 10,000	No.	Risk per 10,000	No.	Risk per 10,000	Children vs. Adults	Adolescents vs. Adults	Children vs. Adolescents
Agitation	6	2.5	26	1.1	279	0.7	3.6 (1.5–8.5)	1.6 (1.1–2.5)	2.2 (0.8–5.7)
Arrhythmia	5	2.1	30	1.3	671	1.6	1.3 (0.5–3.1)	0.8 (0.5–1.1)	1.6 (0.6–4.4)
Convulsions	7	2.9	30	1.3	296	0.7	4.0 (1.7–8.8)	1.8 (1.2–2.6)	2.3 (0.9–5.4)
Death	1	0.4	2	0.1	97	0.2	1.8 (0.1–11.5)	0.4 (0.1–1.5)	4.9 (0.2–68.0)
Diabetes	0	0.0	22	0.9	460	1.1	0.0 (0.0–1.8)	0.8 (0.5–1.3)	0.0 (0.0–2.2)
Dizziness or hypotension	5	2.1	23	1.0	403	1.0	2.1 (0.8–5.3)	1.0 (0.6–1.5)	2.1 (0.7–5.9)
Extrapyramidal syndrome	8	3.3	54	2.3	789	1.9	1.7 (0.8–3.6)	1.2 (0.9–1.6)	1.4 (0.6–3.1)
Hostility	6	2.5	18	0.8	184	0.5	5.5 (2.2–12.9)	1.7 (1.0–2.8)	3.2 (1.2–8.7)
Increased appetite	5	2.1	12	0.5	35	0.1	24.2 (8.4–64.7)	6.0 (2.9–11.9)	4.1 (1.3–12.4)
Leukopenia	1	0.4	47	2.0	456	1.1	0.4 (0.0–2.4)	1.8 (1.3–2.4)	0.2 (0.0–1.4)
Liver function tests abnormal	13	5.4	70	3.0	641	1.6	3.4 (1.9–6.1)	1.9 (1.5–2.4)	1.8 (1.0–3.4)
Neuroleptic malignant syndrome	1	0.4	11	0.5	242	0.6	0.7 (0.0–4.6)	0.8 (0.4–1.5)	0.9 (0.0–6.6)
Prolactin increase	1	0.4	8	0.3	29	0.1	5.9 (0.3–39.9)	4.8 (2.0–11.0)	1.2 (0.1–9.5)
Pyrexia	3	1.2	31	1.3	399	1.0	1.3 (0.3–4.1)	1.4 (0.9–2.0)	0.9 (0.2–3.2)
Rash	3	1.2	25	1.1	179	0.4	2.8 (0.7–9.2)	2.4 (1.6–3.8)	1.2 (0.3–4.1)
Sedation	19	7.9	79	3.4	718	1.8	4.5 (2.8–7.2)	1.9 (1.5–2.4)	2.3 (1.4–4.0)
Suicide or attempt	11	4.6	55	2.4	779	1.9	2.4 (1.3–4.5)	1.2 (0.9–1.6)	2.0 (1.0–3.8)
Tardive dyskinesia	3	1.2	6	0.3	123	0.3	4.1 (1.1–13.4)	0.8 (0.3–2.0)	4.9 (1.0–21.8)
Vomiting or nausea	5	2.1	40	1.7	240	0.6	3.5 (1.3–8.9)	2.9 (2.0–4.1)	1.2 (0.4–3.2)
Weight gain	6	2.5	44	1.9	236	0.6	4.3 (1.7–10.0)	3.2 (2.3–4.5)	1.3 (0.5–3.3)

Note: Boldface risk ratios for confidence interval not containing 1.000.

Dr. med. U. Hagenah

Einbeziehung der Eltern/Familie

- **Formal:** Eltern sind verantwortlich (Personensorge)
- Initiative zur Behandlung meist durch Eltern
- Zusätzlich:
 - Oft hohe Belastung der Familie durch die psychische Erkrankungen eines/einer Jugendlichen
 - Krankheitsspezifische Veränderungen werden als Veränderungen „durch die Pubertät“ bewertet und mit erzieherischen Mitteln beantwortet (Zunahme von „Expressed-emotion“ in der Familie)
 - Schuldgefühle auf Seiten der Eltern für die Entstehung der Krankheit (oft durch Ärzte/Therapeuten verstärkt, z. B. „schizophrenogene Mutter“, „anorektische“ Familie)
 - Sorgen um die Zukunft des Kindes (Ausbildung, Selbstständigkeit)
- Psychiatrische Erkrankungen der Eltern (genetische Belastung)

Jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Multimodal:

- Einbeziehung der Eltern obligat!
- Störungsspezifische Psychotherapie
- Bei schwereren und/oder chronischen Verläufen
zusätzliche Pharmakotherapie
- Bei drohender seelischer Behinderung: Eingliederungshilfe
nach Paragraph 35a SGB VIII

Therapiestrategien bei stationärer Behandlung

(Remschmidt et al., 2004)

Durchgeführte Therapien je Stichprobe			
Therapie	Schizophrenien	Affektive Störungen	Dissoziale Störungen
Psychotherapeutische Verfahren	272 90,1%	285 89,9%	823 84,2%
Familienbezogene Maßnahmen (Ersatz)-Eltern/Familie	215 70,5%	255 80,7%	742 76,0%
Übungsbehandlungen/weitere Therapien	228 74,8%	208 65,8%	633 65,0%
Soziotherapeutische Maßnahmen	229 75,1%	224 70,9%	761 78,0%
Medikamentöse Therapien	298 97,7%	133 41,8%	227 23,1%

Angabe in % der jeweiligen Stichprobe, Mehrfachnennungen möglich

Therapeutische Grundhaltung

- Therapeut aktiver und direkter als in der Erwachsenenpsychotherapie
- Ausmaß der Direktive ist auf den Entwicklungsstand und das Störungsbild abzustimmen
- Therapeut muss Orientierung vermitteln/ einen festen Standpunkt vertreten
- In der Regel höhere Flexibilität (Setting, Stundenzahl etc., Inhalte) nötig

Störungsspezifische Therapie

Kombinationen verschiedener Methoden:

- Psychoedukation
- Kognitiv-behaviorale Therapieverfahren („Verhaltenstherapie“)
- Psychotherapie (tiefenpsychologisch, Gesprächstherapie)
- Gruppentherapie
- Eltern- und Familienberatung
- Elterntraining in der Gruppe
- Pharmakotherapie

Störungsspezifische Behandlung

Wichtig:

- Adaption an Alter und Entwicklungsstatus
- „Spagat“ zwischen Schweigepflicht (auch gegenüber den Eltern) und Informationspflicht gegenüber den Personensorgeberechtigten

Orientierung an Entwicklungsaufgaben

Adoleszenten-Therapie:

- Häufig schwierig, ein stabiles Behandlungsbündnis zu erreichen:
 - Entwicklungsaufgaben: Autonomie gegenüber Erwachsenen
 - » Jugendlichen fällt es deshalb oft schwer, Zustände der Ratlosigkeit und Hilflosigkeitserwachsenen gegenüber zuzugeben (Mattejat, 2007).
- Auf der anderen Seite: Gefahr der Identifizierung mit der Positionen des Jugendlichen gegen die Eltern („die Eltern sind schuld“)

Ziele der Elternarbeit

- Vermittlung von Wissen zu Krankheit und Behandlung (Psychoedukation)
- Abbau von Schuldgefühlen auf Seiten der Eltern
- Stärkung der Rolle der Eltern als Ressourcen für die erkrankenden Jugendlichen
- Überwindung von Hilflosigkeit
- Verminderung von im Verlauf der Erkrankung entstandenen Konflikten und Spannungen zwischen den Familienmitgliedern
- Angemessenes Zulassen-Können von Autonomie des Jugendlichen
- Behandlung bei eigener klinisch relevanter elterlicher Psychopathologie
- Paartherapie bei starken Konflikten in der Paarbeziehung

Autonomie

- So viel altersadäquate Autonomie wie möglich:
 - Umgang mit der Erkrankung
 - Umgang mit Familie
 - Zurechtkommen mit schulischen Anforderungen
 - Freizeitverhalten
- Aushandeln in gemeinsamen Gesprächen (Dreieck: Arzt – Eltern- Jugendliche/r)!