



Heinrichs • Lohaus

Klinische Entwicklungs- psychologie **KOMPAKT**

Psychische Störungen
im Kindes- und Jugendalter

2. Auflage

↓ Online-Material

BELTZ

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort zur 2. Auflage | 13 |
| I Grundlagen | 15 |
| 1 Entwicklungspsychopathologie: Definition | 16 |
| 2 Erklärungsansätze für die Entwicklung von psychischen Störungen | 20 |
| 2.1 Biopsychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren | 20 |
| 2.1.1 Potenzielle Risikofaktoren | 21 |
| 2.1.2 Potenzielle Schutzfaktoren | 28 |
| 2.1.3 Vulnerabilität und Resilienz | 31 |
| 2.1.4 Mediation und Moderation | 33 |
| 2.1.5 Äquifinalität und Multifinalität | 35 |
| 2.2 Integrative Modelle | 36 |
| 2.2.1 Entwicklungsaufgaben-Modell | 36 |
| 2.2.2 Transaktionale Stresstheorie | 40 |
| 2.2.3 Modelle mit Betonung einzelner psychischer Funktionen bei der Störungsgenese | 41 |
| 2.2.4 Entwicklungspfadmodelle | 41 |
| 3 Ansätze zur Unterscheidung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter | 45 |
| 3.1 Kategoriale Klassifikationsansätze | 45 |
| 3.1.1 Das ICD-Klassifikationssystem | 46 |
| 3.1.2 Das DSM-Klassifikationssystem | 51 |
| 3.1.3 Das Zero-to-Three-Klassifikationssystem | 52 |
| 3.1.4 Diagnoseinstrumente für die kategorialen Klassifikationssysteme | 53 |
| 3.1.5 Vor- und Nachteile von kategorialen Klassifikationssystemen | 54 |
| 3.2 Dimensionale Klassifikationsansätze | 55 |
| 3.3 Diagnoseverfahren | 57 |
| 3.3.1 Interviewverfahren | 58 |
| 3.3.2 Fragebogenverfahren und Tests | 62 |
| 3.3.3 Beobachtungsverfahren | 66 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3.3.4 | Zusammenführung von Informationen aus dem Diagnoseprozess | 67 |
| 4 | Epidemiologie zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter | 69 |
| 4.1 | Methoden | 70 |
| 4.1.1 | Querschnitt- und Längsschnittmethode | 70 |
| 4.1.2 | Zeitwandelmethode | 70 |
| 4.2 | Prävalenz und Inzidenz | 71 |
| 4.3 | Zur Verbreitung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter | 73 |
| 4.4 | Erklärungen für Diskrepanzen in den Angaben zur Epidemiologie | 78 |
| 5 | Präventions- und Interventionsansätze | 80 |
| 5.1 | Prävention psychischer Störungen: Grundbegriffe | 80 |
| 5.1.1 | Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention | 80 |
| 5.1.2 | Universelle, selektive und indizierte Prävention | 81 |
| 5.1.3 | Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen | 83 |
| 5.1.4 | Unterscheidung von Präventionsansätzen nach ihrer Zielgruppe | 84 |
| 5.1.5 | Problemunspezifische vs. problemspezifische Präventionsmaßnahmen | 84 |
| 5.2 | Präventionsansätze: Beispiele | 86 |
| 5.3 | Effektivität von Prävention | 87 |
| 5.4 | Angebote zur Entwicklungsförderung | 91 |
| 5.4.1 | Allgemeine und spezielle Frühförderung | 91 |
| 5.4.2 | Kinder- und Jugendhilfe | 92 |
| 5.5 | Interventive Maßnahmen: Psychotherapie | 94 |
| 5.5.1 | Verhaltenstherapie | 95 |
| 5.5.2 | Systemische Therapie | 104 |
| 5.5.3 | Spieltherapeutische Ansätze | 105 |
| 5.5.4 | Elternberatung und Elterntaining | 106 |
| 5.5.5 | Familietherapie | 109 |
| 5.5.6 | Psychopharmakotherapie | 110 |

II Störungsbilder

115

| | | |
|----------|--|-----|
| 6 | Störungen mit überwiegendem Beginn im Säuglings- und Kleinkindalter | 116 |
| 6.1 | Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter | 116 |
| 6.1.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 116 |
| 6.1.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 120 |
| 6.1.3 | Epidemiologie | 121 |
| 6.1.4 | Verlauf und Prognose | 121 |
| 6.1.5 | Psychosoziale Belastungen | 122 |
| 6.1.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 123 |
| 6.2 | Bindungsstörungen | 124 |
| 6.2.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 124 |
| 6.2.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 129 |
| 6.2.3 | Epidemiologie | 130 |
| 6.2.4 | Verlauf und Prognose | 130 |
| 6.2.5 | Psychosoziale Belastungen | 131 |
| 6.2.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 131 |
| 6.3 | Enuresis | 132 |
| 6.3.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 132 |
| 6.3.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 138 |
| 6.3.3 | Epidemiologie | 139 |
| 6.3.4 | Verlauf und Prognose | 140 |
| 6.3.5 | Psychosoziale Belastungen | 140 |
| 6.3.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 141 |
| 6.4 | Enkopresis | 142 |
| 6.4.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 142 |
| 6.4.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 143 |
| 6.4.3 | Epidemiologie | 144 |
| 6.4.4 | Verlauf und Prognose | 144 |
| 6.4.5 | Psychosoziale Belastungen | 144 |
| 6.4.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 145 |
| 6.5 | Tiefgreifende Entwicklungsstörungen | 145 |
| 6.5.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 145 |
| 6.5.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 152 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.5.3 | Epidemiologie | 153 |
| 6.5.4 | Verlauf und Prognose | 154 |
| 6.5.5 | Psychosoziale Belastungen | 156 |
| 6.5.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 156 |
| 7 | Störungen mit überwiegendem Beginn im Kindesalter | 158 |
| 7.1 | Angststörungen | 158 |
| 7.1.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 158 |
| 7.1.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 169 |
| 7.1.3 | Epidemiologie | 174 |
| 7.1.4 | Verlauf und Prognose | 176 |
| 7.1.5 | Psychosoziale Belastungen | 178 |
| 7.1.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 179 |
| 7.2 | Hyperkinetische und Aufmerksamkeitsstörungen | 180 |
| 7.2.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 180 |
| 7.2.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 185 |
| 7.2.3 | Epidemiologie | 188 |
| 7.2.4 | Verlauf und Prognose | 189 |
| 7.2.5 | Psychosoziale Belastungen | 190 |
| 7.2.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 191 |
| 7.3 | Oppositionelles Verhalten und Störung des Sozialverhaltens | 192 |
| 7.3.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 192 |
| 7.3.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 198 |
| 7.3.3 | Epidemiologie | 200 |
| 7.3.4 | Verlauf und Prognose | 201 |
| 7.3.5 | Psychosoziale Belastungen | 203 |
| 7.3.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 204 |
| 7.4 | Zwangsstörung und Tic-Störungen | 205 |
| 7.4.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 205 |
| 7.4.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 211 |
| 7.4.3 | Epidemiologie | 215 |
| 7.4.4 | Verlauf und Prognose | 216 |
| 7.4.5 | Psychosoziale Belastungen | 217 |
| 7.4.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 218 |
| 7.5 | Umschriebene Entwicklungsstörungen | 219 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 7.5.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 219 |
| 7.5.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 224 |
| 7.5.3 | Epidemiologie | 225 |
| 7.5.4 | Verlauf und Prognose | 226 |
| 7.5.5 | Psychosoziale Belastungen | 226 |
| 7.5.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 226 |
| 8 | Störungen mit überwiegendem Beginn im Jugendalter | 229 |
| 8.1 | Essstörungen | 229 |
| 8.1.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 229 |
| 8.1.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 233 |
| 8.1.3 | Epidemiologie | 235 |
| 8.1.4 | Verlauf und Prognose | 236 |
| 8.1.5 | Psychosoziale Belastungen | 237 |
| 8.1.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 238 |
| 8.2 | Depression | 239 |
| 8.2.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 239 |
| 8.2.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 241 |
| 8.2.3 | Epidemiologie | 245 |
| 8.2.4 | Verlauf und Prognose | 245 |
| 8.2.5 | Psychosoziale Belastungen | 247 |
| 8.2.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 247 |
| 8.3 | Substanzmissbrauch und -abhängigkeit | 248 |
| 8.3.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 248 |
| 8.3.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 253 |
| 8.3.3 | Epidemiologie | 254 |
| 8.3.4 | Verlauf und Prognose | 256 |
| 8.3.5 | Psychosoziale Belastungen | 256 |
| 8.3.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 256 |
| 8.4 | Psychotische Erkrankungen | 257 |
| 8.4.1 | Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung | 257 |
| 8.4.2 | Annahmen zur Störungsgenese | 264 |
| 8.4.3 | Epidemiologie | 265 |
| 8.4.4 | Verlauf und Prognose | 265 |
| 8.4.5 | Psychosoziale Belastungen | 266 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 8.4.6 | Präventions- und Interventionsmöglichkeiten | 267 |
| 9 | Psychische Begleitsymptomatik bei körperlicher Erkrankung | 268 |
| 9.1 | Epidemiologie | 269 |
| 9.2 | Komorbidität von körperlichen Erkrankungen und psychischer Begleitsymptomatik | 270 |
| 9.3 | Anforderungen bei der Konfrontation mit einer chronischen Erkrankung | 271 |
| 9.4 | Ressourcen bei der Anforderungsbewältigung | 273 |
| 9.5 | Interventionsmöglichkeiten | 273 |
| | Hinweise zum Online-Material | 277 |
| | Glossar | 278 |
| | Nachweise Abbildungen und Tabellen | 292 |
| | Literatur | 293 |
| | Sachwortverzeichnis | 318 |

6 Störungen mit überwiegendem Beginn im Säuglings- und Kleinkindalter

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

In diesem Kapitel wird ein Überblick gegeben zu Störungen, die überwiegend bereits von Geburt an bestehen bzw. sich in den ersten Lebenswochen, -monaten und -jahren entwickeln, die sich jedoch weit darüber hinaus auswirken können. Dazu gehören Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die sich in exzessivem Weinen in den ersten Lebensmonaten, in Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen äußern können. Bereits frühzeitig können weiterhin Bindungsstörungen auftreten, die durch gestörte Interaktionen und Kontaktaufnahmen des Kindes im Umgang mit Bezugspersonen charakterisiert sind. Weitere frühkindliche Probleme beziehen sich auf Störungen der Ausscheidungskontrolle (Enuresis und Enkopresis). Als besonders gravierende Formen der frühkindlichen Störung sind weiterhin die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu nennen, die in erheblichem Umfang unterschiedliche Dimensionen des Erlebens und Verhaltens beeinträchtigen. In dieses Formenspektrum fallen vor allem die autistischen Störungen. Auf die einzelnen Störungsbilder wird im Folgenden genauer eingegangen.

6.1 Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

6.1.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Definition

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) wird unter einer **Regulationsstörung** eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen angemessen zu regulieren.

Bei den Regulationsstörungen besonders hervorzuheben sind exzessives Weinen in den ersten Lebensmonaten, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen. Auf diese Bereiche soll im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

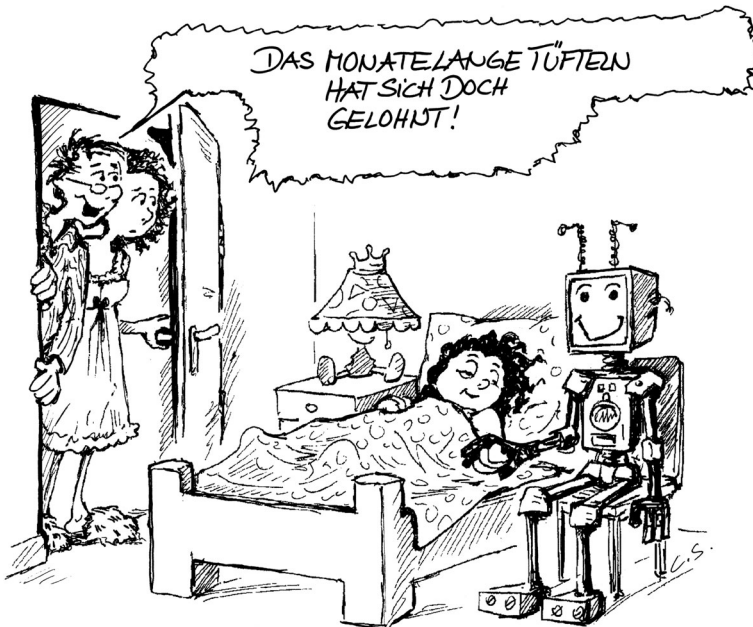
Gründe für das Weinen im Säuglingsalter. Betrachtet man das exzessive Weinen, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Weinen eines der wichtigsten Signale im Säuglingsalter ist, mit dem ein Kind schon früh seine Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann. Zu unterscheiden sind mindestens vier wesentliche Gründe für das Weinen eines Säuglings:

- ▶ Hunger
- ▶ Schmerz
- ▶ Müdigkeit
- ▶ Langeweile

Exzessives Weinen. Es kann eine Vielzahl von Bedingungen geben, die die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind weint, erhöhen. Dabei können sowohl personale Faktoren (wie ein schwieriges Temperament, unzureichende physische Reife) als auch situationale Faktoren (wie Schlafmangel) eine Rolle spielen. Wenn hinzukommt, dass die Bezugspersonen sich durch das Weinen belastet fühlen und unangemessen reagieren, kann sich die Situation weiter verschärfen. Es kann zu Weinattacken kommen, die sich über längere Zeitabschnitte erstrecken, ohne dass das Kind zu beruhigen ist. Da häufig auch die Schlaf-Wach-Regulation beeinträchtigt ist und es zu Einschlafproblemen kommt, finden sich nicht selten verkürzte Tag- und Gesamtschlafzeiten. Die Übermüdung wiederum ist ein Auslöser für weiteres Weinen und Quengeln, sodass es zu Aufschaukelungsprozessen kommt. Von einem exzessiven Weinen wird gesprochen, wenn das Weinen über drei Wochen hinweg an mindestens drei Tagen über jeweils mindestens drei Stunden auftritt (z. B. Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Häufig werden jedoch nicht nur objektive Kriterien herangezogen, da auch die subjektive Bewertung der Bezugspersonen im Sinne einer wahrgenommenen Belastung von Bedeutung ist. Das exzessive Weinen tritt vor allem in den ersten sechs Lebensmonaten auf und nimmt danach in der Regel hinsichtlich Frequenz und Dauer wieder ab.

Ein- und Durchschlafstörungen. Betrachtet man das Ein- und Durchschlafvermögen von Säuglingen, so ist zunächst zu konstatieren, dass der Schlaf-Wach-Rhythmus in den ersten Lebensmonaten relativ unabhängig von den Tag- und Nachtzeiten bei etwa drei bis fünf Stunden liegt. Ein Durchschlafen in der Nacht findet sich in der Regel frühestens in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Auch danach wachen viele Kinder noch während der Nacht auf, verfügen jedoch bereits über Selbstberuhigungsstrategien, um in den Schlaf zurückzufinden. Andere Kinder benötigen jedoch eine Fremdregulation durch Bezugspersonen, um wieder einschlafen zu können. In diesem Fall wird auch die Bezugsperson

aufgeweckt (z. B. durch Weinen), und dem Kind gelingt es nur durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen (z. B. im Bett der Eltern schlafen, Hand halten), wieder einzuschlafen (Parritz & Troy, 2018). Als problematisch gilt dabei, wenn jenseits eines Alters von zwölf Monaten die Einschlafzeit im Durchschnitt mehr als 30 Minuten beträgt und wenn das Einschlafen nur mit Einschlahilfen seitens der Bezugspersonen erfolgt. Beim Durchschlafen gilt als problematisch, wenn ein Kind in mindestens fünf Nächten pro Woche mehr als drei Mal aufwacht, dabei ohne elterliche Hilfen nicht wieder einschläft und die Aufwachperioden durchschnittlich mehr als 20 Minuten betragen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al., 2015).



Fütterprobleme. Vorübergehende Fütterprobleme kommen im Säuglingsalter nicht selten vor und sind per se kein Anlass zur Beunruhigung. Hervorgerufen werden sie beispielsweise durch Erkrankungen oder auch durch Nahrungsumstellungen, die für den Säugling ungewohnt sind und daher abgelehnt werden. Typische Anzeichen für Fütter- und Gedeihprobleme im Säuglingsalter sind nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al. (2015), dass (a) Fütterschwierigkeiten bereits in den ersten Lebensmonaten beginnen und mindestens zwei Wochen vorhanden sind und dass weiterhin (b) das Kind Schwierigkeiten hat,

einen ausgeglichenen Zustand der Wachsamkeit zu erreichen und aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig nimmt das Kind (c) nicht altersgerecht zu oder verliert sogar an Gewicht, wobei dies (d) nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärt werden kann. Häufig kommt hinzu, dass das Füttern des Kindes von den Bezugspersonen als subjektiv belastend erlebt wird und ungewöhnlich viel Zeit in Anspruch nimmt. Neben dieser Regulations-Fütterstörung kann im frühkindlichen Bereich auch eine Fütterstörung der reziproken Interaktion auftreten, die durch ein Fehlen alterstypischer Interaktionen mit der Bezugsperson während der Füttersituation charakterisiert ist, z. B. durch das Fehlen von Blickkontakt, Lächeln, Vokalisationen etc.. Hier kann eine Fütter- und Gedeihstörung Ausdruck einer Störung der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson sein. Auch beim Übergang auf neue Nahrungsmittel können Fütterprobleme auftreten, die durch Nahrungsaversionen ausgelöst werden.

Klassifikation

Regulationsstörungen

Da Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter häufig nur schwer abgrenzbare Störungsbilder darstellen, die vielfach kaum von den Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen zu trennen sind, werden sie in Klassifikationssystemen wie der ICD-10 nicht als eigenständige Störungen mit Krankheitswert geführt. Es gibt jedoch einige Klassifikationsmöglichkeiten, die sich nutzen lassen, wenn eine Klassifikation erforderlich ist. Hierzu gehören die folgenden Kategorien:

- ▶ F 43.2: Anpassungsstörung
- ▶ F 51.9: Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörung
- ▶ F 93.8: Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
- ▶ F 98.2: Fütterstörungen im frühen Kindesalter

Problematisch ist allerdings, dass die meisten dieser Kategorien nur jeweils Spezialfälle der Regulationsstörungen umfassen. Auch das Zero-to-Three-Klassifikationssystem (s. Abschn. 3.1.3) erfasst in dieser Hinsicht nur Teilgruppen (Papoušek, 2004), ermöglicht aber zusätzlich eine Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung, die bei den Regulationsstörungen Beachtung finden sollte.

Fallbeispiel

Die 15 Monate alte Leonie kann nur einschlafen, wenn ihre Mutter oder ihr Vater neben ihr auf dem Bett sitzen und ihre Hand halten. Selbst wenn dies geschieht, dauert es immer mindestens eine halbe Stunde, bis sie eingeschlafen ist. Häufig

versuchen die Eltern, ihre Hand vorsichtig wegzuziehen, aber sobald Leonie bemerkt, dass die Hand weggezogen wird, protestiert sie sofort und die Eltern müssen erneut ihre Hand halten. Die Eltern haben zunehmend den Eindruck, dass Leonie versucht, ein Einschlafen zu verhindern, weil sie dann befürchtet, dass ihre Eltern sie verlassen. Also versucht sie, möglichst lange wach zu bleiben, um sicherzugehen, dass ihre Hand weiter gehalten wird. Auch wenn Leonie nachts wieder wach wird, was regelmäßig mindestens einmal, manchmal auch mehrmals pro Nacht vorkommt, ruft sie sofort nach ihren Eltern. Ein Elternteil kommt dann und hält erneut ihre Hand, bis sie einschläft. Gelegentlich holen die Eltern Leonie in solchen Situationen auch entnervt in ihr Bett, damit Ruhe ist. Eigentlich möchten sie jedoch, dass Leonie in ihrem eigenen Bett schläft. Wenn Leonie eine der Nächte hinter sich hat, in denen sie spät eingeschlafen und mehrfach aufgewacht ist, schlägt sich dies am Folgetag in Müdigkeit nieder. Leonie wirkt unaufmerksam und quengelt häufig.

6.1.2 Annahmen zur Störungsgenese

Gemeinsamkeiten zwischen den Regulationsstörungen. Auch wenn unter dem Oberbegriff der Regulationsstörungen sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder zusammengefasst werden, so finden sich dennoch einige auffällige Gemeinsamkeiten. Diese Gemeinsamkeiten werden auch als Symptomtrias bezeichnet, die sich bei vielfältigen Regulationsstörungen im frühen Kindesalter findet und sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beiträgt. Sie lassen sich nach Papoušek (2004) wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen
- ▶ Überlastungssyndrom der Bezugsperson(en) beim Umgang mit dem schwierigen Säugling (möglicherweise verbunden mit weiteren Problemkonstellationen wie beispielsweise Partnerschaftsproblemen)
- ▶ Dysfunktionale Interaktionsmuster im Umgang mit den kindlichen Verhaltensproblemen

Aufschaukelungsprozesse. Die Symptomtrias weist darauf hin, dass am Anfang der Entwicklung häufig Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling bestehen, die durch besondere Situationen (wie beispielsweise Erkrankungen) oder besondere Konstitutionen (wie ein schwieriges Temperament) ausgelöst werden. Die Verhaltensauffälligkeiten können in erhöhten Weindauern und Weinfrequenzen, Ein- und Durchschlafproblemen oder Fütterproblemen bestehen. Wenn sie mit dysfunktionalen Interaktionsmustern seitens der Bezugspersonen zusammentreffen, können sich die Probleme verstärken. Als Folge können Überlastungsempfindungen auftreten, die es den Bezugspersonen weiter erschweren, ein angemessenes Ver-

halten im Umgang mit ihrem Säugling an den Tag zu legen. Insgesamt kann es zu vielfältigen Aufschaukelungsprozessen kommen, die bis zu Kindesmisshandlungen führen können, wenn die Eltern sich absolut hilflos fühlen und die Kontrolle über das Verhalten ihres Kindes und über ihr eigenes Verhalten verlieren (Blanz et al., 2006).

Merke

Vielfach liegt bei Regulationsstörungen im Säuglingsalter keine einfache Ätiologie vor, sondern ein Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren bei mangelnder Passung zwischen kindlicher Problemlage und elterlichem Erziehungs- und Interaktionsverhalten.

6.1.3 Epidemiologie

Frühkindliche Regulationsstörungen sind relativ weit verbreitet, wobei allerdings zu bedenken ist, dass in verschiedenen Studien uneinheitliche Abgrenzungskriterien verwendet werden. Die Wahrscheinlichkeit, eine Regulationsstörung im Säuglingsalter zu entwickeln, wird von Papoušek (2004) zusammenfassend mit 15 bis 30 Prozent angegeben. Betrachtet man die Störungsbilder im Einzelnen, so findet sich beim exzessiven Weinen nach Wolke (2008) eine Prävalenz zwischen 9 bis 25 Prozent in den ersten drei Lebensmonaten und danach zwischen ca. 5 bis 10 Prozent. Probleme beim Ein- und Durchschlafen finden sich bei 15 bis 25 Prozent der Kinder in den ersten drei Lebensjahren, während anhaltende Fütterprobleme mit einer Prävalenz von 4 bis 10 Prozent auftreten. Da Zusammenhänge zwischen den Störungsbildern bestehen, kommen sie nicht selten in Kombination vor (z.B. Schlafstörungen und exzessives Weinen). Etwa 3 bis 9 Prozent der Säuglinge bzw. Kleinkinder leiden unter mehr als einem Regulationsproblem in ihrem ersten Lebensjahr (Olsen et al., 2019). Die Regulationsprobleme sind einer der häufigsten Gründe, aus denen Bezugspersonen Abklärung und Unterstützung im Rahmen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen (Wolke, 2019).

6.1.4 Verlauf und Prognose



Viele Regulationsstörungen im Säuglingsalter treten vorübergehend auf und verschwinden nach einiger Zeit, auch wenn keine umfassende Intervention erfolgt. Wenn jedoch bei einem Kind mehr als eine

Regulationsstörung zeitgleich vorliegt und das Kind mindestens zwei Monate alt ist, ist es sinnvoll, hier bereits beratend zu begleiten.

Die passagere Natur der Regulationsstörungen wird bereits an der verbreiteten Bezeichnung des exzessiven Weinens als Drei-Monats-Kolik deutlich. Auch wenn kaum Bezüge des exzessiven Weinens zu Koliken nachgewiesen sind, weist die Bezeichnung darauf hin, dass das exzessive Weinen in den ersten Lebenswochen entsteht, um dann mit etwa drei Monaten seinen Höhepunkt zu erreichen. Danach sinken die Raten deutlich ab, obwohl es Kinder gibt, die auch über diesen Zeitpunkt hinaus exzessives Weinen an den Tag legen. Ähnliches gilt für das Schlaf- und Essverhalten, bei dem sich häufig ebenfalls im Laufe der Entwicklung eine Normalisierung zeigt.



Problematisch ist vielfach weniger das Problemverhalten selbst in seinem isolierten Auftreten, sondern es sind vor allem die vielfältigen Konsequenzen, die sich daraus für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung ergeben können.

Wenn in den ersten Lebensmonaten vielfältige Probleme zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen entstehen, kann dies den Beziehungsaufbau beeinträchtigen und darüber vermittelt Folgeprobleme nach sich ziehen. Unmittelbare Probleme können sich weiterhin bei einem Kontrollverlust der Eltern ergeben, wenn dies beispielsweise zu Misshandlungen führt. Insofern sollten Regulationsstörungen ernst genommen werden, auch wenn sie möglicherweise nicht längerfristig bestehen bleiben. Neben den objektivierbaren Indikatoren sollte daher vor allem auch der wahrgenommenen Belastung seitens der Bezugspersonen Beachtung geschenkt werden.

6.1.5 Psychosoziale Belastungen

Exzessives Weinen, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütterprobleme haben Signalcharakter und weisen auf eine Problemlage beim Säugling bzw. Kleinkind hin. Grundsätzlich sind dabei physische Probleme auszuschließen, da auch körperliche Probleme (wie z. B. Verdauungsstörungen) mit Signalen wie beispielsweise Weinen oder Nahrungsverweigerung im Zusammenhang stehen können. Da

ein Säugling bzw. Kleinkind nur ein eingeschränktes Spektrum zur Verfügung hat, um bestehende Problemlagen zum Ausdruck zu bringen, ist es also notwendig, die Ursache für die kindlichen Signale zu verstehen. Erst dadurch ist eine Entlastung sowohl beim Kind als auch bei seiner sozialen Umgebung, die häufig ebenso stark unter der Problematik leidet, zu erreichen. Bei den Belastungen der sozialen Umgebung ist nicht nur zu bedenken, dass die Bezugspersonen gegebenenfalls mitleiden, wenn sie die Problematik ihres Kindes sehen. Häufig nimmt das Kind durch seine Problematik so viel Raum ein, dass die Eltern sich zunehmend eingeschränkt fühlen. Die Eltern-Kind-Interaktion kann dadurch negativ beeinflusst werden und es kann zu negativen bis hin zu aggressiven Gefühlen dem Kind gegenüber kommen. Gleichzeitig steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Aufschaukelungsprozessen kommt.

6.1.6 Präventions- und Interventionsmöglichkeiten

Prävention. Präventionsmöglichkeiten ergeben sich durch frühzeitige Eltern-Kind-Trainings, die die Erziehungskompetenzen von Eltern steigern. Es geht dabei darum, dass Eltern lernen, die Signale ihres Kindes zu erkennen, richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen zu reagieren (Ainsworth et al., 1974). Beispielsweise sollten Überstimulationen vermieden werden und Müdigkeitssignale (wie Augenreiben, Gähnen etc.) rechtzeitig ernst genommen werden, damit das Kind zur angemessenen Zeit schlafen kann. Auch der Aufbau von Ritualen und Routinen kann hilfreich sein, um die Regulationsfertigkeiten eines kleinen Kindes zu unterstützen. Hinzu kommen Informationen zur kindlichen Entwicklung, um auch dadurch die Eltern zu entlasten, da viele Verhaltensprobleme im Säuglingsalter vorübergehender Natur sind und von vielen Eltern erlebt werden. Dies soll dazu führen, dass Eltern mehr Gelassenheit im Umgang mit ihren Säuglingen an den Tag legen, um negative Einflüsse auf die Eltern-Kind-Interaktion und Aufschaukelungsprozesse zu vermeiden. Wenn die Kinder jung sind und in mehr als einem Bereich eine Regulationsstörung vorliegt, ist es sinnvoll, Bezugspersonen spezifische Anleitung zur Verfügung zu stellen, um die kindliche Sensitivität und die Reaktionen des Kindes besser zu verstehen und angemessen zu begleiten (Olsen et al., 2019). Hier ist der Übergang zur Intervention fließend (s. u.).

Intervention. Wenn schon deutliche Probleme eingetreten sind, kann eine wichtige Maßnahme darin bestehen, die betroffenen Eltern sowohl physisch als auch psychisch zu entlasten. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass ein Kind übergangsweise durch andere Personen betreut wird, sodass eine Beruhigung bei den Bezugspersonen eintreten kann. Weiterhin können entlastende psychotherapeutische Gespräche von Bedeutung sein, um beispielsweise einseitige

Schulduweisungen seitens der Eltern zu vermeiden. Weiterhin kann eine entwicklungsorientierte Beratung helfen, um z. B. angemessene Anforderungen an das Kind zu stellen. Auch die Analyse von Videoaufzeichnungen der Interaktionen zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen kann hilfreich sein, um zu zeigen, welche Signale das Kind zeigt und wie darauf sinnvoll reagiert werden kann.

6.2 Bindungsstörungen

6.2.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Zentrale Entwicklungsaufgaben eines Kindes im ersten Lebensjahr. Eine Bindung zu erwerben, ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe im ersten Lebensjahr eines Kindes (und auch der primären Bezugspersonen). In dieser Zeit entwickelt ein Kind ein Gefühl für das eigene Selbst als unabhängiges Lebewesen ebenso wie ein grundlegendes Verständnis der Welt und anderer Menschen (Parritz & Troy, 2018). Dies beinhaltet den Aufbau von Erwartungen, wie sich primäre Bezugspersonen verhalten und was in neuen Situationen mit fremden Menschen passiert. Frühere Bindungserfahrungen sind dabei von großer Bedeutung für das Kind, wenn es neuen Situationen gegenübertritt.

Merke

Der Aufbau einer sicheren Bindung ist eine der Hauptaufgaben im ersten Lebensjahr eines Kindes, sowohl für das Kind als auch für die Bezugsperson.

Bindung reflektiert das Ausmaß, in dem das Kind sich sicher, geborgen und geliebt fühlt. Unter diesen Bedingungen gelangen Kinder zu der grundlegenden und wichtigen Überzeugung, dass die Welt ein sicherer Ort ist, dass sich jemand um sie kümmert und dass sie es wert sind, dass sich jemand um sie sorgt (Parritz & Troy, 2018). In stressreichen Zeiten (z. B. aufgrund der Erkrankung eines Elternteils) kann das Kind auf dieses Wissen zurückgreifen, und es schützt das Kind vor möglichen negativen Einflüssen. Bindung wird damit zum Kern der Eltern-Kind-Beziehung.



Eine sichere Bindung ist das Ergebnis einer angemessenen, emotional wärmenden und konsistenten Responsivität der Bezugsperson. Diese Responsivität kann aufgrund der eigenen Lebensgeschichte und psychischer Probleme der Bezugspersonen zeitweise oder dauerhaft beein-

Auseinandersetzung mit eigenen kognitiven Fehlern) und interpersonelle Strategien (z.B. Reflektion eigener Beziehungen und Beziehungskompetenzen). Beispiele solcher Präventionsangebote sind das deutschsprachige Programm LARS & LISA (*Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag*; Pössel et al., 2004 a, 2004 b) oder das australische Programm *Problem Solving for Life* (Spence et al., 2003, 2005) sowie *das Interpersonal Psychotherapy – Adolescent Skills Training* (IPT-AST, Young et al., 2006). Die Interpersonelle Psychotherapie ist eine zeitlich begrenzte Therapie, die herausarbeitet, wie interpersonelle Ereignisse jede einzelne Person in ihrem Gefühlzustand beeinflussen. Die individuellen Probleme des Jugendlichen werden in einem interpersonellen Rahmen in Bezug gesetzt, mit dem Ziel, problematische Beziehungen zu verändern. Es werden entsprechend des Verfahrens auch hauptsächlich interpersonelle Therapietechniken angewandt (z.B. die Klärung von Kommunikationsverhalten). Diese Therapie hat sich vor allem bei Jugendlichen mit depressiven Störungen als effektiv erwiesen und wurde nun – ähnlich den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen – in ein indiziertes Präventionsprogramm modifiziert.

Es wird berichtet, dass etwa 60 Prozent der bisher untersuchten Programme zu einer Reduktion depressiver Symptome führen (Christensen et al., 2010). Psychotherapeutisch kommen verschiedene Ansätze zum Tragen. Neben empirisch positiven Ergebnissen für die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Therapie kann auch eine fokussierte psychodynamische Therapie oder eine Familientherapie bei älteren Kindern und Jugendlichen depressive Störungen lindern (Trowell et al., 2007). Mit diesen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen kann man etwa 60 bis 75 Prozent der depressiven Kinder und Jugendlichen erfolgreich helfen. Auch medikamentöse Therapien (z.B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sind hilfreich, wobei hier auf ein initial erhöhtes Suizidrisiko geachtet werden muss aufgrund der im Vergleich zur Psychotherapie meist schneller eintretenden Wirkung auf den Antrieb. Eine Übersicht zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Interventionen bei depressiven Störungen findet sich bei Bachmann et al. (2008) sowie zu den primär psychologisch-psychotherapeutischen Ansätzen bei David-Ferdon und Kaslow (2008).

8.3 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

8.3.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Risikante Verhaltensweisen werden im Jugendalter deutlich häufiger gezeigt als im Kindesalter. Es gehört zu der Exploration des Erwachsenseins, dass potenziell gefährliches Verhalten von Jugendlichen initiiert wird (Parritz & Troy, 2018). Darunter fallen nicht nur die Einnahme von toxischen Substanzen, sondern auch

riskantes Autofahren oder sexuelle Aktivitäten. Diese sind demnach durchaus zu erwartende normative Verhaltensweisen von Jugendlichen, die es erschweren zu entscheiden, wann und wie sie für ein Kind mit kurz- oder langfristigen Nachteilen verbunden sind. Peers erhalten in dieser Zeit einen größeren Einfluss als Eltern und die Jugendlichen formieren ihre Identität unter Berufung auf die Freiheit, die mit dem Status eines Erwachsenen einhergeht, ohne die damit einhergehenden Verpflichtungen übernehmen zu müssen (Parritz & Troy, 2018). Es ist wie ein Erwachsensein auf Probe. Für viele Jugendliche verläuft diese Phase ungestört, aber manche Jugendliche geraten in einen Sog, zum Beispiel von Substanzen. Um diese Jugendlichen soll es in diesem Kapitel primär gehen.

Die ICD-10 unterscheidet in dem Abschnitt F 1 zwischen einer akuten Intoxikation (F 1x.0) durch eine Substanz, dem schädlichen Gebrauch (F 1x.1) und einer Abhängigkeit (F 1x.2) von Substanzen. Die Abhängigkeit wird häufig auch als Sucht bezeichnet und bezieht sich auf ein starkes, nicht kontrollierbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand, den man mit der Einnahme einer Substanz erzielen kann. Manchmal werden darunter auch Verhaltensweisen einbezogen (z. B. Arbeiten, Fernsehen, Beschäftigung mit dem Internet oder mit Videospiele), die nach dieser Auffassung ebenfalls Suchtpotenzial haben und als stoffungebundene Suchtmittel gelten können. In der ICD-10 findet man diese stoffungebundenen Süchte allerdings kaum, dort werden vor allem Störungen durch folgende Substanzen berücksichtigt:

- ▶ **F 10** Alkohol
- ▶ **F 11** Opioide (sedierend)
- ▶ **F 12** Cannabinoide (sedierend und halluzinogen)
- ▶ **F 13** Sedativa oder Hypnotika (sedierend)
- ▶ **F 14** Kokain (stimulierend)
- ▶ **F 15** andere Stimulanzen einschl. Koffein (stimulierend)
- ▶ **F 16** Halluzinogene (halluzinogen)
- ▶ **F 17** Tabak
- ▶ **F 18** flüchtige Lösungsmittel
- ▶ **F 19** multipler Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Während die Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter aufgrund der geringen Häufigkeit eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die akute Intoxikation und der Missbrauch von Substanzen einen sehr großen Stellenwert. So ist beispielsweise das Rauschtrinken im Jugendalter deutlich häufiger geworden (vgl. Absch. 8.3.3). Erwachsene Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben in der Regel mit dem Konsum der Substanz im Kindes- und Jugendalter begonnen. Wir werden uns daher in diesem Kapitel vor allem auf die Intoxikation und den schädlichen Gebrauch von Substanzen konzentrieren.

Akute Intoxikation. Bei einer akuten Intoxikation können Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts oder des Verhaltens auftreten. Die entsprechenden Symptome sind transient, da sie sich vollständig wieder zurückbilden, wenn die Substanz nicht weiter zugeführt wird. Es muss eine ausreichend hohe Dosis eingenommen worden sein, um das Zustandsbild damit zu erklären. Tabelle 8.2 listet das Zustandsbild nach einer akuten Intoxikation am Beispiel der Substanz Alkohol auf. Die unterschiedlichen Substanzen haben jeweils ein eigenständiges Zustandsbild einer Intoxikation in Abhängigkeit von der Wirkungsweise der Substanz.

Definition

Eine akute Intoxikation ist ein akuter, vorübergehender Rausch, der durch die Einnahme einer psychotropen Substanz erzeugt wird. Man kann auch von einer Vergiftung sprechen.

Tabelle 8.2 Mögliche Kriterien einer akuten Alkoholintoxikation (nach ICD-10)

| Funktiongestörtes Verhalten, erkennbar durch mindestens eines der folgenden Merkmale: | Weitere Anzeichen, davon mindestens eines zutreffend: |
|--|--|
| Enthemmung | Gangunsicherheit |
| Streitlust | Standunsicherheit |
| Aggressivität | Verwaschene Sprache |
| Affektlabilität | Nystagmus |
| Aufmerksamkeitsstörung | Bewusstseinsminderung |
| Einschränkung der Urteilsfähigkeit | Gesichtsröte |
| Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit | Konjunktivale Injektion |

Schädlicher Gebrauch. Ein schädlicher Gebrauch trifft nach der ICD-10 unter anderem dann zu, wenn

- ▶ es einen Nachweis gibt, dass der Substanzgebrauch für die körperlichen oder psychischen Schäden (inkl. eingeschränkte Urteilsfähigkeit, Behinderungen zwischenmenschlicher Beziehungen) verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat)

- ▶ die Art der Schädigung klar festgestellt werden kann
- ▶ das Gebrauchsmuster seit einem Monat besteht oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten auftrat

Abhängigkeitssyndrom. Ein Abhängigkeitssyndrom kann diagnostiziert werden, wenn mindestens drei der nachfolgenden Merkmale für mindestens einen Monat zutreffen:

- ▶ Starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren
- ▶ Verminderte Kontrolle über Substanzgebrauch
- ▶ Körperliches Entzugssyndrom
- ▶ Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz
- ▶ Einengung auf den Substanzgebrauch (Vernachlässigung anderer Dinge)
- ▶ Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

Eine körperliche Abhängigkeit kann angenommen werden, wenn die Substanz mit dem Ziel der Milderung von Entzugssymptomen eingenommen wird. Dann hat sich der Organismus auf einen verstärkten Abbau der Substanzen eingestellt, sodass die Unterbrechung der Einnahme zu Ungleichgewichten führt, die sich als Entzugssymptome bemerkbar machen. Von einem Entzugssyndrom spricht man, wenn man einen solchen Zusammenhang nach Reduktion oder Absetzen eines wiederholten Substanzkonsums nachweisen kann. Die jeweiligen Symptome eines Entzugssyndroms können für die entsprechend vorher konsumierte Substanz sehr spezifisch sein.

Exzessiver Konsum. Im Jugendalter spielt vor allem der exzessive Konsum eine besondere Rolle. Rauschtrinken wird beispielsweise häufig definiert als der Konsum von 4 (Mädchen) bzw. 5 (Jungen) oder mehr Getränkeinheiten (je 12 g Alkohol) pro Trinkgelegenheit (Zimmermann et al., 2008). Risikoarmer Konsum liegt deutlich darunter (bei erwachsenen Personen bei täglich bis zu 20 g bei Frauen und 30 g bei Männern; Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren e. V.). Ein Bier (0,5l) enthält beispielsweise ca. 19 g Alkohol und ein Glas Wein (0,2l) ca. 18 g. Ein exzessiver Konsum beinhaltet eine Reihe von Gesundheitsrisiken für Jugendliche: zum einen entsteht die Abhängigkeit immer zunächst über den exzessiven und regelmäßigen Gebrauch einer Substanz (Zimmermann et al., 2008). Damit ist der exzessive Konsum das Einstiegsfenster für eine Abhängigkeit im Erwachsenenalter. Zum anderen treten vorübergehende Risiken während des Konsums auf, die zu dauerhaften Schäden (z. B. im Fall eines Unfalls aufgrund eines veränderten Bewusstseinszustands) oder zu aversiven Erfahrungen (z. B. bei ungewollten und/oder ungeschützten sexuellen Aktivitäten) führen können. Schulische Leistungen können ebenfalls leiden, zum Beispiel durch Müdigkeit am Tage oder zunehmendes Desinteresse. Schließlich reagieren Jugendliche neurobiologisch besonders sensitiv auf toxische Substanzen aufgrund der noch im Prozess befindlichen

Reifungsvorgänge im Gehirn (z. B. bei Alkohol, Zimmermann et al., 2008). Ein exzessiver Konsum kann zu Beeinträchtigungen der Gehirnentwicklung und der kognitiven Leistungsfähigkeit führen.

Merke

Die ICD-10 unterscheidet eine akute Intoxikation, den schädlichen Gebrauch und eine Abhängigkeit von einer Substanz. Die einzelnen Substanzen haben jeweils entsprechend ihres Wirkmusters ein eigenständiges Vergiftungsbild sowie ein spezifisches Abhängigkeits- bzw. Entzugssyndrom. Bei Jugendlichen ist aufgrund der Prävalenz vor allem der exzessive Konsum von legalen Substanzen von großer Bedeutung.

Fallbeispiel

Jonas ist 16 Jahre alt. Er lebt mit seiner Mutter alleine in einer Zwei-Zimmer-Wohnung. Sein älterer Bruder und sein Vater sind vor einiger Zeit ausgezogen. Jonas besucht ein Gymnasium, wo die Jugendlichen seiner Klasse sich nach der Schule regelmäßig in der Stadt treffen. Dort verabredet sich dann eine kleinere Clique u. a. für den Abend zum Wetttrinken. Meistens geht es darum, wer wie viel trinken kann. Sieger ist, wer als letztes selbstständig laufen und klar sprechen kann. Manchmal machen sie auch Handy-Aufnahmen von den Abenden und lachen sich am nächsten Tag über ihr eigenes Verhalten am Abend »kaputt«. Diese Abende sind sehr witzig gewesen in der Vergangenheit und Jonas hat das Gefühl, seinen Kumpeln nahe zu stehen. Sie lachen viel und er ist froh, dass er sich mit ihnen so gut versteht. Er fühlt sich zu Hause auch wohl, aber ihm fehlen sein Vater und sein Bruder. Manchmal sehnt er sich richtig nach ihnen, aber sie wohnen zu weit weg, sodass er nicht eben mal zu ihnen kommen kann. Auch möchte er seine Mutter mit seinem Bedürfnis danach nicht verletzen, sodass er ihr darüber nichts sagt. Er überlegt, ob er in den Ferien mal zu ihnen fahren soll. Bevor er dies zu Ende durchdenken kann, geht er allerdings erstmal erneut mit seinen Freunden »einen trinken«. Erst als er dieses Mal im Krankenhaus aufwacht, weil er offensichtlich auf dem Weg nach Hause bewusstlos zusammengesackt ist (er kann sich nicht mehr erinnern), wird ihm klar, dass er vielleicht etwas weniger trinken sollte. Eine Woche später trifft er sich erneut mit seinen Freunden und schon bald sind sie in ihrem üblichen Wettspiel versunken. Jonas denkt, dass er seinen Konsum kontrollieren kann und nun nicht mehr so viel trinken wird, dass er bewusstlos wird.

8.3.2 Annahmen zur Störungsgenese

Wir gehen im Folgenden vor allem auf Faktoren ein, die zu einem schädlichen Gebrauch von Substanzen beitragen. Diese können, müssen sich aber nicht mit denen decken, die im Erwachsenenalter eine Abhängigkeit bedingen.

Individuelle Merkmale des Jugendlichen. Der Konsum von Substanzen kann eine Folge anderer psychischer Auffälligkeiten sein. So erhöhen aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen die Wahrscheinlichkeit eines Substanzkonsums. In der Mannheim-Risikokinderstudie fand sich ein solches erhöhtes Risiko für Störungen des Sozialverhaltens, die ab einem Alter von acht Jahren auftraten. Kinder mit vorherigen Verhaltensauffälligkeiten oder ausschließlichen hyperkinetischen Störungen zeigten keinen exzessiven Alkoholkonsum mit 15 Jahren (Blomeyer et al., 2007). Aber auch positive Erwartungen bezüglich der Wirkung sind vor allem bei Alkohol gut untersucht (z.B. sagt die Erwartung, dass die Substanz Ängste in sozialen Interaktionen reduziert oder allgemein entspannend wirkt, einen Konsum der Substanz vorher).

Familiäre Faktoren. In Familien, wo mindestens ein Familienmitglied (auch Geschwister) Substanzen konsumiert, ist das Risiko erhöht, dass ein Kind ebenfalls eine Substanz konsumiert. Wenn in der familiären Umgebung Alkohol oder Drogen akzeptiert und sozialisiert sind, werden Kinder aus solchen Familien auch wahrscheinlicher diese Substanzen selbst konsumieren. Ein weiterer Faktor ist das elterliche Aufsichtsverhalten: Eltern, die mit den Jugendlichen Ausgehzeiten festlegen und sich für den Freundeskreis ihres Kindes interessieren (»Monitoring«) haben Kinder, die weniger Substanzen konsumieren (Blomeyer et al., 2008). Ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Eltern wirkt ebenfalls protektiv in Bezug auf den Substanzkonsum (wie auch in Bezug auf viele andere psychische Auffälligkeiten).

Der Einfluss von Peers. Dasselbe gilt für die außerfamiliäre Bezugsgruppe des Jugendlichen. Wenn die Bezugsgruppe Konsumverhalten zeigt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Jugendliche dies auch zeigen wird (Blomeyer et al., 2008). Dabei neigen Jugendliche offensichtlich dazu, den tatsächlichen Konsum ihrer Freunde zu überschätzen, richten allerdings ihren eigenen Konsum an dem ihrer Einschätzung aus.

Nachbarschaftliche und gesellschaftliche Faktoren. Wenn eine Substanz in einer Nachbarschaft leicht verfügbar ist, dann ist der Konsum dieser Substanz wahrscheinlicher (Ihle et al., 2008). Auf gesellschaftlicher Ebene spielt alleine die Akzeptanz mancher Substanzen, wie sie sich auch in der Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen niederschlägt, eine Rolle bei der Wahrscheinlichkeit des Konsums und bei dem erstmaligen Zeitpunkt des Konsums (bei legalen Substanzen früher als bei illegalen; Ihle et al., 2008).

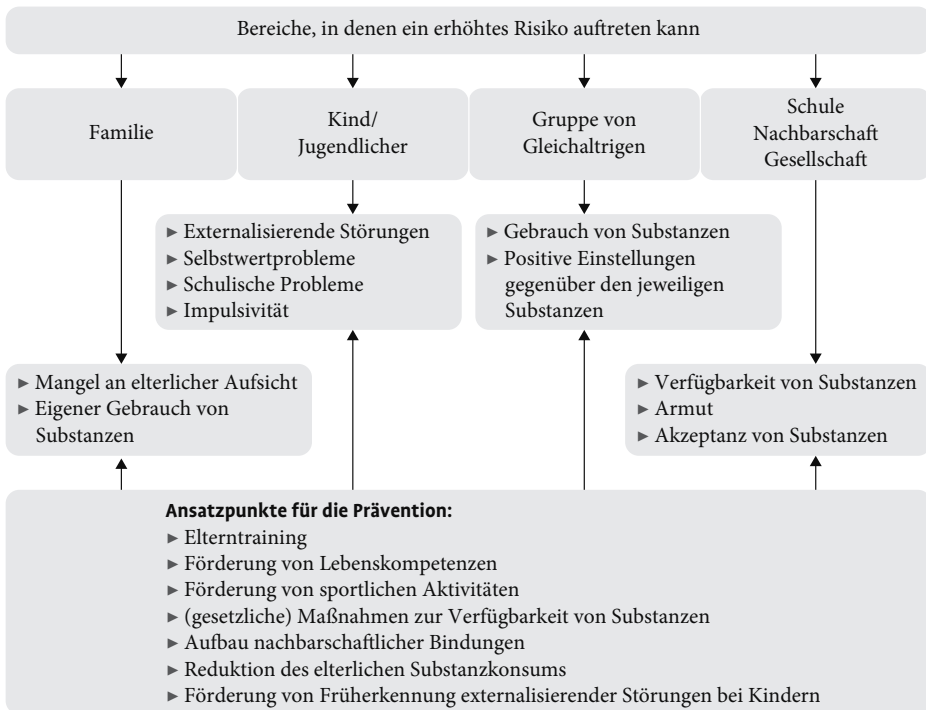


Abbildung 8.1 Zusammenhang zwischen Risikofaktoren für einen Substanzmissbrauch und Ansatzpunkten für präventive Maßnahmen (mod. n. Esser & Ihle, 2008)

Genetische Faktoren. Abhängigkeitserkrankungen treten familiär gehäuft auf. Mehr als 50 Prozent dieser Häufungen sind bei Alkoholerkrankungen auf genetische Effekte zurückzuführen (Zimmermann et al., 2008). Eine entsprechende Veranlagung spielt also neben den bereits genannten Ausführungen auch eine Rolle. Abbildung 8.1 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren für einen Substanzmissbrauch und Ansatzpunkten für präventive Maßnahmen (vgl. Esser & Ihle, 2008).

8.3.3 Epidemiologie

Seit vielen Jahren werden im Kindes- und Jugendalter Präventionskampagnen gegen den Konsum von legalen und illegalen Substanzen durchgeführt (z. B. seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA). Obwohl insbesondere der Nikotin- und Alkoholkonsum noch recht verbreitet ist, lassen sich mittlerweile einige Erfolge erkennen. So lässt sich beispielsweise dem Drogen- und Suchtbericht 2018 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung entnehmen, dass der riskante Alkoholkonsum bei Jugendlichen (mehr als 12g Reinalkohol pro Tag) seit 2007 um etwa zwei Drittel zurückgegangen ist, wobei die Anteile bei beiden Geschlechtern gleich hoch

sind. Im Jahr 2007 lagen die prozentualen Anteile der Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum bei 12,7 Prozent (Jungen) und 11,1 Prozent (Mädchen), während sie in 2016 bei 3,9 Prozent bzw. 3,5 Prozent lagen. Nach einer Repräsentativstudie der BZgA konsumieren 10,9 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen regelmäßig Alkohol (d. h. mindestens einmal pro Woche). 37,4 Prozent der Jugendlichen gaben an, innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung Alkohol getrunken zu haben. Bei diesen Indikatoren unterscheiden sich die Anteile in Abhängigkeit vom Geschlecht, männliche Jugendliche bejahten beide Fragen häufiger als weibliche (Orth, 2016). Auch beim Nikotinkonsum sind über die vergangenen Jahre hinweg deutliche Rückgänge zu verzeichnen, wenn man die verschiedenen Erhebungswellen des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys der Bundesrepublik Deutschland (KiGGS-Studie) miteinander vergleicht. Hier fand sich im Erhebungszeitraum von 2003 bis 2006 ein Anteil von 21,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die täglich oder gelegentlich rauchten. Im Zeitraum von 2009 bis 2012 fiel dieser Anteil auf 12,4 Prozent und im Zeitraum von 2014 bis 2017 noch einmal auf 7,2 Prozent. Geschlechtsunterschiede finden sich dabei kaum (s. zsf. Drogen- und Suchtbericht 2018). Beim regelmäßigen Konsum illegaler Drogen spielt im Jugendalter vor allem der Cannabiskonsum eine Rolle. Hier geben 2,5 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren nach der BZgA-Studie einen Konsum in den vergangenen 30 Tagen und 1,3 Prozent einen regelmäßigen Konsum an, wobei die Angaben bei den männlichen höher ausfallen als bei den weiblichen Jugendlichen. Nach dem Drogen- und Suchtbericht 2018 ist auch hier keine Zunahme zu erkennen. Die Werte für den regelmäßigen Konsum sowie für den Konsum in den vergangenen 30 Tagen sind vielmehr seit 1993 relativ stabil. Die Angaben zu weiteren illegalen Drogen (wie Heroin, Crystal Meth, Kokain oder Ecstasy) liegen in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen durchweg niedrig (jeweils deutlich unter einem Prozent für einen Konsum in den letzten zwölf Monaten).

Merke

Die legalen Substanzen Nikotin und Alkohol werden im Jugendalter am stärksten konsumiert. Obwohl der Konsum insgesamt in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten zurückgegangen ist, besteht weiterhin die Notwendigkeit zu präventiven Maßnahmen in diesem Bereich, um nicht nur das Niveau zu halten, sondern darüber hinaus zu einem weiteren Rückgang beizutragen.

8.3.4 Verlauf und Prognose

Prädiktiv für den Verlauf sind das Einstiegsalter und das Gebrauchsmuster. Ein frühes Einstiegsalter gepaart mit einem regelmäßigen Konsum geht mit einer erhöhten Gefahr für eine Abhängigkeit einher (40 Prozent bei Alkohol, wenn das Einstiegsalter bei 13 Jahren liegt im Vergleich zu 10 Prozent, wenn das Alter bei ca. 20 Jahren liegt; Grant & Dawson, 1997). Relevant ist auch, ob lediglich eine oder zwei Substanzen zu Beginn konsumiert werden: Hohm et al. (2007) berichten, dass Jugendliche, die rauchen und trinken, auch mit höherer Wahrscheinlichkeit Cannabis konsumieren. Sie haben daher vermutlich eine ungünstigere Prognose.

8.3.5 Psychosoziale Belastungen

Psychosoziale Belastungen treten vor allem durch die »Nebenprodukte« eines exzessiven Konsums von Substanzen und den daraus resultierenden Intoxikationen auf. Jugendliche sind wahrscheinlicher innerhalb dieser Zustände in kriminelle oder gewalttätige Handlungen involviert, sie erleben selbst häufiger Gewalt und nicht selten kommen ungewollte sexuelle Erfahrungen und ungeschützter Geschlechtsverkehr hinzu. Es wird dann für Jugendliche zu einer Entwicklungsaufgabe, das, was sie getan haben, in ihr eigenes Selbstbild zu integrieren und mit den Folgen zu leben. Auch schulische Leistungen können leiden. Das Ausmaß und die Art innerfamiliärer Konflikte hängt vermutlich davon ab, ob und in welchem Ausmaß die Eltern selbst die entsprechenden Substanzen konsumieren.

8.3.6 Präventions- und Interventionsmöglichkeiten

In den letzten Jahrzehnten ist es gelungen, viele Risikofaktoren eindeutig zu identifizieren, die zwischen Substanzkonsumierenden und Nicht-Substanzkonsumierenden im Quer- und Längsschnitt differenzieren. Diese sind gut geeignet, um über universelle und selektive Präventionsmaßnahmen zu entscheiden. Indizierte Präventionsmaßnahmen sind hingegen schwierig bei dieser Störungsgruppe, da es bisher nicht gelungen ist, Prodromalsymptome (Frühsymptome) verlässlich zu identifizieren (Costello & Angold, 2010). Insbesondere Jugendliche, die sowohl trinken als auch rauchen, sollten eine potenziell besonders relevante Zielgruppe für frühe Interventionen werden.

Prävention. Ein beispielhaftes Präventionsprogramm stellt das *Strengthening Families* Programm (Spath et al., 2004) für Familien mit Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren dar. Es empfiehlt Interventionsstrategien, die sich an Eltern, Kinder und die gesamte Familie richten. Inhaltlich ist es auf Stressbewältigung, Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit und eine Erhöhung der Widerstandsfähigkeit in der Gruppe

ausgelegt (vgl. die deutsche Adaptation von Stolle et al., 2010). Eltern werden zu einem autoritativen Erziehungsstil angeleitet. Weitere präventive Programme, die sich stärker auf das Kind bzw. den Jugendlichen beziehen, sind Lebenskompetenzprogramme (z. B. ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten, Walden et al., 2000; IPSY, Weichold & Silbereisen, 2014; oder Fit und Stark fürs Leben, Asshauer & Hahnewinkel, 2000). Typische Bestandteile solcher Programme sind Informationsvermittlungen über die jeweilige Substanz und ihre Wirkung, Übungen, um Gruppendruck zu widerstehen, Kommunikationstraining, Übungen zur sozialen Kontaktaufnahme, zum Ausdruck von Gefühlen, zum Erlernen von selbstsicherem Verhalten und ein Training zum Problemlösen bzw. Treffen von Entscheidungen.

Intervention. Eine psychotherapeutische Intervention bei Abhängigkeitserkrankungen ist hilfreich, die Erfolgsraten sind jedoch niedriger als bei anderen psychischen Störungen. Der Prävention dieser Störungen kommt damit eine besondere Bedeutung zu. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (www.dhs.de, 2019) umfasst das Versorgungssystem, das sich um Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kümmert, über 1.500 Beratungsstellen, 274 spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser, 190 Einrichtungen für qualifizierten Entzug, 241 Einrichtungen für eine vollstationäre Rehabilitation, 8.500 Selbsthilfegruppen sowie Tagesstätten und ambulante Unterstützungseinrichtungen für Abhängige.



Die Prävention hat einen herausragenden Stellenwert bei den psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit Substanzen auftreten.

8.4 Psychotische Erkrankungen

8.4.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Definition

Psychotische Erkrankungen sind eine Gruppe von psychischen Störungen, von denen Jugendliche und junge Erwachsene betroffen sein können. Ein Auftreten dieser Störungen vor der Pubertät ist selten. Meist beginnen sie erstmalig zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr (Huppert & Kienzle, 2010) und nehmen dabei häufig die Form einer schizophrenen Psychose an.