

Psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter Alexander Marcus

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier

Häufigkeitsraten

Die Angaben zu Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter variieren sehr stark. In einer am Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim durchgeführten prospektiven Längsschnittstudie wurden folgende Häufigkeitsraten gefunden:

Alter	8 Jahre	13 Jahre	18 Jahre
N	216	191	181
	16,2%	17,8%	16,0%

Im Verlauf der Studie zeigte sich eine hohe Persistenz der Auffälligkeiten. Kinder im Alter von 8 Jahren waren zur Hälfte auch mit 13 Jahren noch auffällig (Esser et al. 1992). Ähnliche Häufigkeiten wurden auch zwei Jahrzehnte später im Bericht zum Kinder-Gesundheits-Survey (KiGGS) angegeben (Holling et al. 2007 und 2014):

Alter 3 – 17 Jahre	
Mädchen	11,5%
Jungen	17,8%

Dieses Ergebnis zeigt ein deutliches Überwiegen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Jungen häufiger die leichter zu beobachtenden Auffälligkeiten zeigen, die als externalisierende Störungen bezeichnet werden:

	♀	♂
Verhaltensprobleme:	11,9%	17,6%
Emotionale Probleme:	9,7%	8,6%
Hyperaktivität:	4,8%	10,6%

Die emotionalen Probleme (z.B. Angst, Herabgestimmtheit, Ess- oder Schlafprobleme, Zurückgezogenheit) sind weniger offensichtlich.

Spezifische, schulbezogene Störungen:

In der Regel fällt ein Schüler dann auf, wenn er in der Schule fehlt. Nach Kearney (2007) wird ein Fernbleiben von der Schule für:

2 Wochen bis 1 Jahr als **akut**

Zwei aufeinanderfolgende Schuljahre als **chronisch**

bezeichnet. Fernbleiben von der Schule kommt bei etwa 28 Prozent aller Kinder irgendwann einmal vor, chronisch wird es lediglich bei 0,4 Prozent (Granell de Aldaz et al. 1984, Heyne et al. 2001a & 2001b).

Als Ursache für das Fernbleiben kommen überwiegend folgende Ursachen infrage:

- Schulangst

- Schulphobie
- Schulschwänzen.

Schulangst

Die gesamte Schulsituation ist angstbesetzt und kann vom Kind nicht selbst überwunden werden, so dass es, unter dem Druck weiterhin zur Schule gehen zu müssen, zu psychischen und somatischen Reaktionen kommt. Das heißt aber auch, dass das Kind in der Regel weiterhin, trotz seiner Angst, zur Schule geht. Häufig besteht eine gewisse Leistungserwartung bei den Eltern.

Häufige Auslöser für eine Schulangst sind:

- Umstände, die auf den Schulweg bezogen sind (Mobbing, Streitbeziehungen)
- Angst vor Leistungsanforderungen (Besorgnis über Leistungsversagen, umschriebene Entwicklungsstörungen wie Legasthenie, Dyskalkulie, Dyspraxie)
- Soziale Ängste (eventuell begleitet von körperlichen Symptomen wie Epilepsie)
- Selbstunsicherheit mit negativer Kompetenzerwartung (Schüchternheit, Versagen wird vorweggenommen)
- Schlechtes Klassenklima
- Ungünstiges pädagogisches Verhalten von Lehrpersonen

Wenn es zum Verweigern des Schulbesuchs kommt, geschieht es in der Regel ohne Wissen der Eltern.

Ein Teilaspekt der Schulangst ist die **Prüfungsangst** (Angst vor Klassenarbeiten, Prüfungen, Referaten):

Körperliche Merkmale sind:

- Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall am Morgen des Prüfungstages, Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Zittern, Harndrang, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen.

Auslöser:

- sie tritt in der Regel vor der angstbesetzten Situation auf
- Versagen wird antizipiert
- Schlimme Reaktionen der Eltern werden befürchtet
- Unzureichende Vorbereitung wird angenommen

Aus den Auslösern wird auch bereits die mögliche Intervention ersichtlich. Generell ist eine Angststörung eine psychische Auffälligkeit, die im schulischen Kontext entsteht und dort auch bewältigt werden muss.

Schulphobie

Der Begriff der Schulphobie ist eine nicht korrekte Bezeichnung. Phobie ist die Bezeichnung für eine spezifische Angst, in deren Terminus das Objekt der Angst beinhaltet ist wie z.B.:

- Claustrophobie (Angst vor geschlossenen Räumen) oder eine
- Arachnophobie (Angst vor Spinnen).

Die Schulphobie ist eigentlich eine Störung mit Trennungsangst. Die angstbesetzte Situation ist die zeitlich befristete Trennung von der Hauptbezugsperson. Typisch ist also:

- Vermeidungsverhalten ohne direkten Bezug zur Schulsituation.
- Die zentrale Rolle spielt die Trennungsangst, eine extreme Angst vor der Trennung von der Bezugsperson.
- Zwei Drittel der Kinder, die an einer diagnostizierten Trennungsangst leiden, verweigern den Schulbesuch.

Die Erkennungsmerkmale einer Schulphobie sind:

- in der Regel gibt es keine Überforderung in der Schule
- Schularbeiten werden gemacht, die Schultasche wird am Abend gepackt
- am Morgen heftige psychosomatische Beschwerden (Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen) und können das Haus nicht verlassen (vermeiden der Trennung)
- oder kehren auf dem Schulweg wieder um
- bleiben die Kinder bei ihrer Bezugsperson, verschwinden die Beschwerden
- von den Eltern werden sie häufig überbehütet (binden dadurch das Kind an sich)
- die Verweigerung geschieht, anders als bei der Schulangst, mit Wissen der Eltern/der Bezugsperson
- Bezugsperson häufig psychisch krank
- Das Kind hat eine starke Position innerhalb der Familie (im Sinne einer Machtposition)
- Wochenende und schulfreie Nachmittage sind ohne Probleme, wenn die Bezugsperson das Haus verlässt fragt das Kind aber immer nach
- Häufig Einschlafstörungen (Einschlafen = Trennung)

Zusätzliche Erkennungsmerkmale einer Schulphobie

- körperliche Ursachen (erfolglose Suche nach organischen Gründen durch den Arzt) stehen im Vordergrund
- Angst, dass ihrer Hauptbezugsperson etwas zustoßen könnte
- soziale Ängste gegenüber anderen Kindern „schüchtern“, zurückgezogen
- häufig ausgeprägte Angst vor Krankheit/Sterben/Tod
- Alpträume von Trennungssituationen

Schulschwänzen

Erfolgt in der Regel ohne Wissen der Eltern. Die Kinder verlassen zu Schulbeginn das Elternhaus und kehren nach Schulende dorthin zurück. Häufig treffen sich die Kinder mit anderen „Schulschwänzern“. Typische Aufenthaltsorte sind Spielplätze, Kaufhäuser mit Medienabteilungen.

Das Fernbleiben ist:

- lustbetont
- dient dem Vermeiden unlustbetonter Situationen

Abgrenzung von Störungen im Sozialverhalten vs. ADHS:

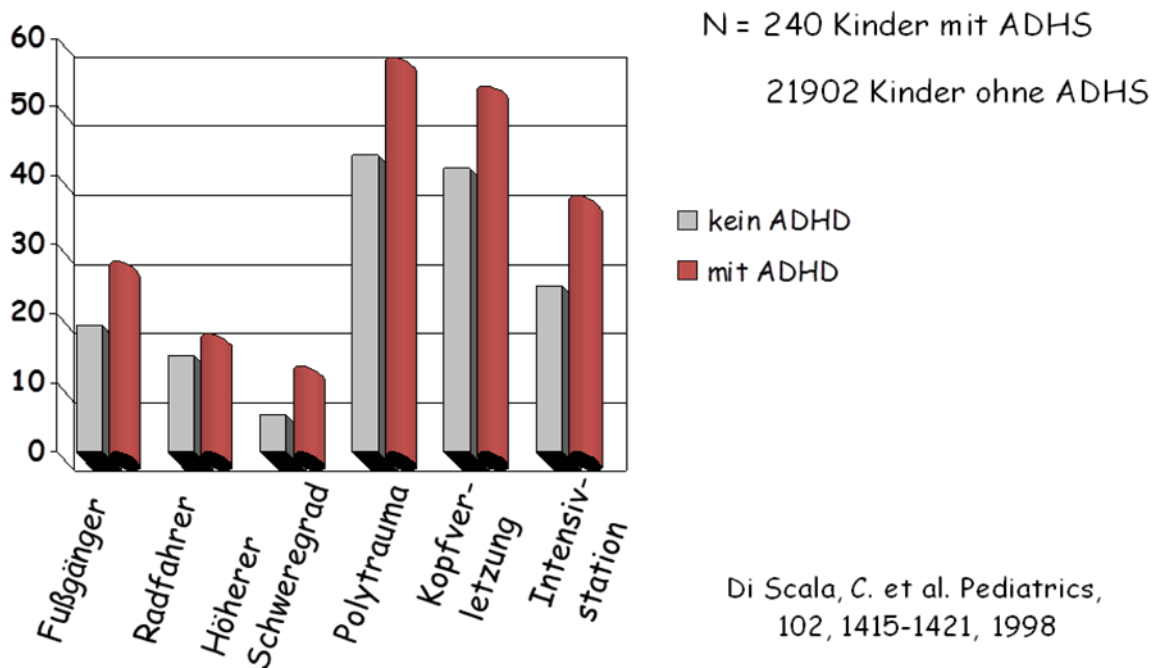
- die Regelverletzungen geschehen dabei nicht im Rahmen der erhöhten Unruhe und Impulsivität
- sondern sind geplant und gesteuert.
- Übertreten von Regeln aus Unachtsamkeit rechtfertigen keine Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens

ADHS

Häufigkeit:

Etwa 5 bis 6 Prozent aller deutschen Kinder leiden an einer ADHS. Auch in Ländern wie Brasilien sind 8 Prozent der Kinder von einer ADHS betroffen. Niedrigere Raten finden sich in Japan und der Schweiz.

ADHS und Risiken



Kinder mit einer ADHS verunglücken häufiger als Kinder ohne ADHS. Sie erleiden dabei schwerere Verletzungen und müssen deutlich öfter auf Intensivstationen behandelt werden.

Definition der ADHS

In den (derzeit nicht mehr gültigen) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik heißt es:

Hyperkinetische Störungen (ADHS) sind gekennzeichnet durch ein durchgehendes Muster von:

- Unaufmerksamkeit
- Überaktivität
- und Impulsivität

in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß .

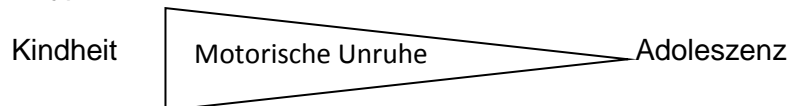
Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren (nach den Leitlinien der Kinder- und Jugendärzte 7 Jahre) und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen / Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

Im DSM-5 der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft heißt es seit 2013 über den Beginn der Symptomatik:

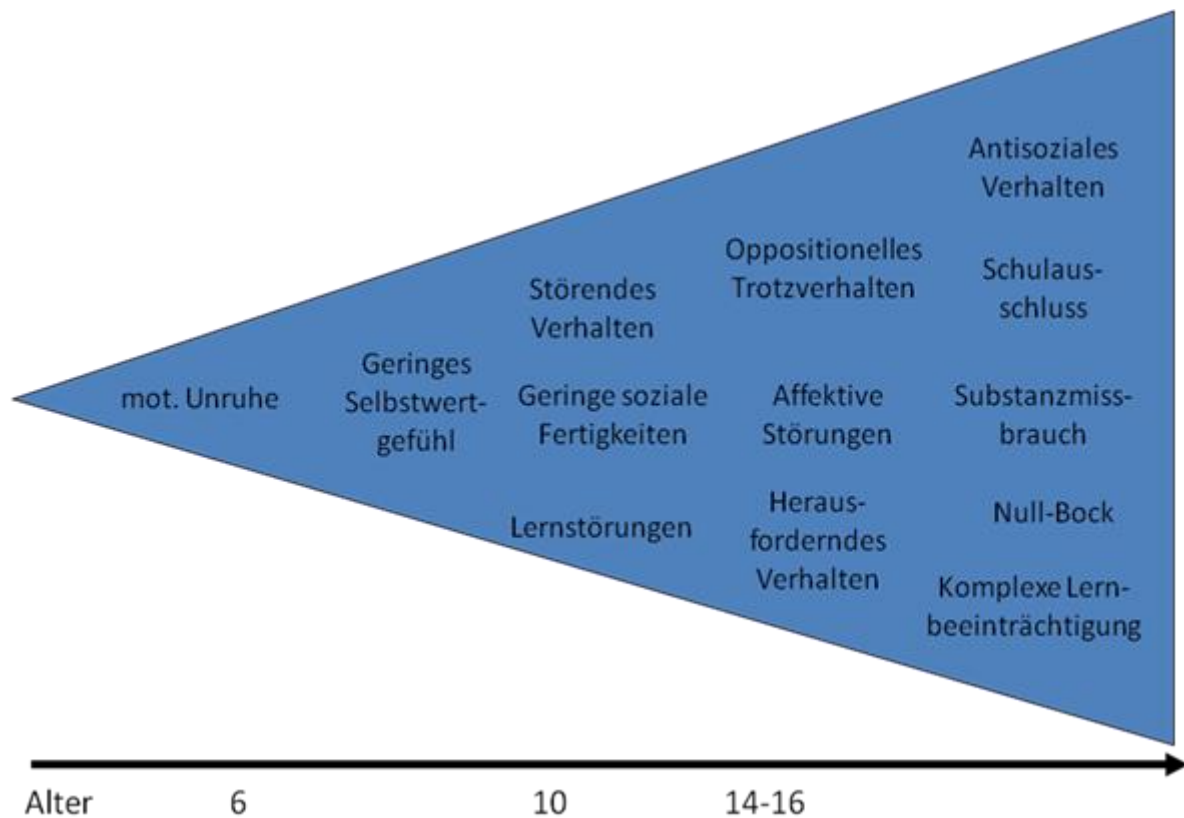
- einige Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität oder Unaufmerksamkeit sind bereits vor dem 12. Lebensjahr vorhanden

Dieses Merkmal wird zukünftig in die gemeinsamen Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und der Kinder- und Jugendärzte übernommen werden.

Verlauf der Hyperaktivität



Das Erscheinungsbild verändert sein Gesicht und täuscht oft eine Besserung vor. Es zeigen sich aber im Verlauf einer ADHS zahlreiche begleitende Störungen oder als Reaktion darauf weitere Beeinträchtigungen (vgl. folgende Abbildung, u.a. nach Classi et al. 2012).



u.a. Classi et al. 2012

Autismusspektrumstörung

Derzeit werden in Deutschland gemäß der ICD-10 noch verschiedene Autismusformen voneinander abgegrenzt. In der DSM-5 wird diese Einteilung aufgrund der neueren Forschungsergebnisse aufgegeben. Es wird davon ausgegangen, dass es sich um eine unterschiedlich starke Ausprägung von Autismussymptomen handelt, die ein Kontinuum

bilden und sich nicht einzelne Störungen angrenzen und klassifizieren lassen. Die ICD-11 wird dieses System übernehmen.

Bei der Autismusspektrumsstörung soll nach der DSM-5 aber weiter unterschieden werden ob:

- ❖ mit oder ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigung
- ❖ mit oder ohne begleitende Sprachbeeinträchtigung
- ❖ assoziiert mit einer bekannten medizinischen oder genetischen Erkrankung oder einem bestimmten Umgebungsfaktor
- ❖ mit Katatonie (Zusatzkodierung 293.89)

und es soll der Ausprägungsgrad eingeschätzt werden:

Ausprägungsgrad	Soziale Kommunikation	Eingeschränktes repetitives Verhalten
Grad 1 „erfordert Unterstützung“	Ohne Unterstützung vor Ort verursachen Defizite in der sozialen Kommunikation erkennbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme sowie klare Belege für atypische oder erfolglose Reaktionen auf Angebote Anderer.	Inflexibilität im Verhalten führt zu bedeutsamen Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehr Bereichen. Schwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Aktivitäten zu wechseln. Probleme bei der Organisation und der Planung hemmen die Entwicklung zu unabhängigem Leben
Grad 2 „erfordert <u>umfangreiche</u> Unterstützung“	Ausgeprägte Defizite in den verbalen und non-verbalen sozialen Kommunikationsfertigkeiten; soziale Beeinträchtigungen, sogar mit Unterstützung vor Ort; eingeschränkte Kontaktaufnahme und verminderte oder abnorme Reaktion auf Angebote Anderer.	Inflexibilität im Verhalten, Probleme mit Veränderungen umzugehen oder anderes eingeschränktes/ sich wiederholendes Verhalten tritt so häufig auf, dass es dem zufälligen Beobachter auffällt. Es wirkt sich auf die Funktion in einer Vielzahl von Gelegenheiten aus. Unbehagen oder Probleme seine Interessen oder Handlungen zu verändern
Grad 3 „erfordert <u>sehr</u> umfangreiche Unterstützung“	Schwere Defizite in den verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfertigkeiten führen zu schweren Funktionsbeeinträchtigungen, sehr eingeschränkter Kontaktaufnahme und sehr geringer Reaktion auf Angebote Anderer	Inflexibilität im Verhalten, extreme Probleme mit Veränderungen umzugehen, sich wiederholendes Verhalten interferiert deutlich mit dem Funktionieren in allen Bereichen. Großes Unbehagen/ erhebliche Probleme seine Interessen oder Handlungen zu verändern

Im Folgenden soll aber in der Klassifikation noch Bezug auf die ICD-10 genommen werden, die derzeit noch gültig ist.

Häufige Merkmale von Kindern mit Asperger Syndrom (ICD-10 F84.5) (nach S. Baron-Cohen 2005):

das Kind

- kann von Mustern fasziniert sein, wie Formen (Fahrplänen), Nummern- schilder, Listen (von Liedern etc.)
- kann von Vorgängen in der Umwelt angezogen sein, die einfach (Lichtschalter, Wasserhähne) oder etwas komplexer (Wolkenformationen) oder abstrakt (Mathematik) sein können
- kann einen starken Sammeltrieb für bestimmte Kategorien von Objekten haben wie Flaschenverschlüsse, Zugfahrpläne oder von Informationen wie Arten von Echsen, Steinen, Fabriken etc.
- bevorzugt deutlich kontrollierbare gegenüber unvorhersehbare Erfahrungen, Alltagsroutinen

Zusammenfassung:

Schulprobleme können ihre Ursache u.a. in

- Schulangst, Schulphobie
- Sozialverhaltensstörung (Schulschwänzen)
- ADHS
- Autismus

haben

Literatur:

Baron-Cohen S, Belmonte M Autism: a window onto the development of the social and the analytic brain. Annual Review of Neuroscience, 28, 109-126, 2005

Classi P, Milton D et al. Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 6, 33, 2012

DiScala C, Lescohier I, et al. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics. 102, 1415-1421, 1998

DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington, Va, 2013

Esser G, Schmidt MH, et al.). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20, 232-242, 1992

Granell de Aldaz E, Vivas E, et al. Estimating the prevalence of school refusal an school-related fears in a Venezuelan sample. Journal of Nervous and Mental Disorders, 172, 722-729, 1984

Heyne D, King N J, et al. School refusal: Epidemiology and management. Paediatric Drugs, 3, 719-732, 2001a

Heyne D, King NJ, et al. School refusal: Epidemiology and management. Paediatric Drugs, 3, 719-732, 2001b

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5/6), 784–793, 2007

Hölling H, Schlack R, et al. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57, 807-819, 2014

Kearney Ch A. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. Clinical Psychology Review, 28, 451–471, 2008