



# Rückzug, Ängste, Schlafstörungen bei Kindern - harmlos oder nicht ?

Daniel Barth. Schulmedizinische  
Fortbildung September 2012

## Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

- „*Problemanzeigendes Verhalten*“ bei 20 bis 25% der Kinder und Jugendlichen (Specht 1992, Jandl-Jager 2000)
- „Verhaltensprobleme, welche *Beizug von Fachleuten* aus dem sozio-psycho-pädagogischen Bereich erfordern“ bei 10 bis 15%
- „*Spezifische kinder-oder jugendpsychiatrische Behandlung notwendig*“ bei 3 bis 5% aller Minderjährigen. **Im Kanton Solothurn entspricht dies etwa 2500 Kindern und Jugendlichen (<18jährig)**

# Externalisierende und internalisierende Störungen

- ADHS
- Aggression
- Delinquenz

- Ängste
- Depressivität, affektive Probleme
- Sozialer Rückzug
- Körperliche Beschwerden, Schlafstörungen



# Häufigkeit internalisierender Störungen im Kindergartenalter

(S. Denner, K. Schmeck; Dortmund 2003)

Klinisch relevante Auffälligkeiten	Jungen (N=520)	Mädchen (N=530)
Emotional Reaktiv	1,2%	1,7%
Ängstlich / Depressiv	4,9%	5,8%
Körperliche Beschwerden	3,5%	5,0%
Sozialer Rückzug	2,4%	3,0%

# Häufigkeit externalisierender Störungen im Kindergartenalter

(S. Denner, K. Schmeck; Dortmund 2003)

Klinisch relevante Auffälligkeiten	Jungen (N=520)	Mädchen (N=530)
Steuerung Aktivität und Aufmerksamkeit	3,5%	1,8%
Aggressives Verhalten	4,4%	1,8%

## Neben den «lauten» Verhaltensschwierigkeiten drohen internalisierende Störungen übersehen zu werden

Internalisierende Störungen treten bei Vorschulkindern (signifikant) häufiger auf als externalisierende.

Das gilt für beide Geschlechter. Ängste, Rückzugsverhalten, depressives Verhalten und Somatisierungsstörungen sind also nicht auf Mädchen beschränkt. Jungen zeigen zwar mehr aggressives Verhalten als Mädchen, leiden insgesamt aber dennoch häufiger an internalisierenden als an externalisierenden Störungen.

Diese Ergebnisse gelten sowohl für Kinder mit als auch ohne Migrationshintergrund.

## Statistik soH KJPD 2011

### 2011: ambulanter Bereich ICD-Diagnosen 1. Achse KJPD Solothurn

Organisch bedingte psychische Störungen	6
Störungen durch psychotrope Substanzen	5
Schizophrenien	7
Affektive Störungen	55
Belastungs- und somatoforme Störungen	510
Kombination mit körperlichen Störungen	28
Persönlichkeitsstörungen	20
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	61
Verhaltens- und emotionale St. im Kindesalter	853
Keine psychiatrische Diagnose	145
Noch in Abklärung	174
<b>Total</b>	<b>1864</b>

## Normfragen

- Ängste und Stimmungswechsel gehören zum Leben und sind insbesondere bei Kindern als normales, häufiges, alterstypisches Phänomen anzutreffen.
- So ist beispielsweise die Entwicklung einer gewissen sozialen Ängstlichkeit im Vorschulalter als Entwicklungsschritt einzustufen, dessen völliges Ausbleiben wenn schon eher zu Sorge als zu Freude Anlass gibt.
- Bei kritischen altersspezifischen Übergängen ist mit entsprechenden Anpassungsreaktionen zu rechnen
- Einen Störungswert erhalten emotionale Symptome, wenn eine unübliche Ausprägung, eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus und deutliche Einschränkungen in sozialen Funktionen auftauchen und grosser Leidensdruck entsteht.



## Fallvignette 1

- 8-jähriges Mädchen, das sich eindrücklich emotional verändert hat. Wirkt plötzlich allgemein sehr bedrückt, zeigt panische Angst vor Spinnen, kann abends nicht mehr allein einschlafen, will auch tagsüber nie allein sein, ist rasch den Tränen nahe, isst weniger und will morgens immer häufiger nicht mehr zur Schule gehen.
- Vorherige Entwicklung +/- unauffällig. War eher fröhliches Kind.
- Keine psychischen Erkrankungen in der Verwandtschaft bekannt
- Aktuell: Nach Umzug der Familie vor wenigen Monaten am neuen Wohnort langer, einsamer Schulweg. Findet keine Freundinnen in der neuen Klasse. Fühlt sich ausgegrenzt. Erlebt die Lehrerin als harsch im Umgangston, pedantisch und ungerecht.

## Verlauf Vignette 1

- Die Eltern stossen bei Kontaktnahme mit der Lehrerin – welche die Klasse als Stellverteterin für einige Zeit übernommen hat und offenkundig überfordert ist - vorerst auf wenig Verständnis
- Nach Rückkehr der ursprünglichen Lehrerin der Klasse aus dem Mutterschaftsurlaub allmählich Änderung des Klassenklimas. Gezielte Bemühungen zur Integration der neuen Schülerin führen dazu, dass 2 Klassenkolleginnen am Morgen einen kleinen Umweg machen, um das Mädchen bei der Bushaltestelle abzuholen.
- Rückbildung der Symptomatik. Abklärung beim KJPD wird hinfällig.
- Viele Jahre später kurze, selbstheilende anorektische Episode im Zusammenhang mit Trennungskonflikt der Eltern. Später persönlich und beruflich erfolgreiche Entwicklung

Rein phänomenologisch sind Depressionen im Kindes- und Jugendalter nicht von Ängstlichkeit und sozialem Rückzug zu trennen, weshalb eher von internalisierender Symptomatik gesprochen wird.

Je nach Entwicklungsphase, in welcher Kinder oder Jugendliche stehen, lassen sich gewisse alterstypische Unterschiede bei der Symptomatik ausmachen.

## Depressive Symptome bei Kleinkindern

- Spielhemmung, Unruhe, Rückzug mit Weinen und Protest, Traurigkeit, Angst, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Verzweiflung, Resignation
- Appetitstörungen, häufiges Bauchweh; Schlafstörungen; Infektanfälligkeit; motorische Stereotypien, Kopfwackeln, Oberkörperwiegen; ab Alter 4 auch sekundäres Einnässen; Nägelkauen

*(Aufzählung nicht abschliessend)*

## bei jüngeren Schulkindern

- Gereiztheit, Unsicherheit, Spielhemmung, Rückzug, Lernhemmung, leichte Erschöpfbarkeit, Überängstlichkeit
- Geben an, sich elend, dumm, ausgestossen, verloren, minderwertig zu fühlen
- Wechselnd starke Bauch- und Kopfschmerzen, häufiges Kranksein, Wein- und Schreianfälle, Ein- und Durchschlafstörungen; seltener auch sekundäres Einnässen oder gar Einkoten

## Fallvignette 2

- 9-jähriger Bub. Eine jüngere Schwester. Seit Einschulung Mühe morgens aus dem Haus zu gehen. Bereits im Kiga sehr sensibel. Zunehmende Lust- und Freudlosigkeit. Entwertet sich selbst. Traut sich nichts zu. Schulleistungen im oberen Durchschnittsbereich. Schämt sich wegen langsamen Arbeitstempos. Fühlt sich von den Schulkollegen aber auch von der Schwester ungerecht behandelt und missverstanden. Leidet unter Einschlafstörungen, Essattacken und Gewichtszunahme.
- Sehr bedrückt, schüchtern, verschlossen, resigniert
- Obhut bei der Mutter; Eltern getrennt; beidseits enorme Verletztheit; kein Dialog über Elternaufgaben möglich; bereits zuvor uneinig über Erziehung. Mutter überfordert. Vater verfiicht hohes Leistungsideal.
- Depressive Erkrankungen in beiden Herkunftsfamilien

## Verlauf Vignette 2

- Das ambulante Gesprächsangebot vermag zwar die Mutter etwas zu unterstützen. Der Sohn fasst aber nicht wirklich Vertrauen und der Vater lässt sich nicht auf Therapiegespräche ein.
- Der Sohn schafft die Übertrittshürde ins Gymnasium, gerät dort aber an seine Leistungsgrenzen und wird ernsthaft suizidal. Die Mutter kann den Sohn, der immer anhänglicher aber auch irritabler wird, nur noch schlecht aushalten und muss für kurze Zeit wegen einer Erschöpfungs-Depression hospitalisiert werden.
- Unter dem grossen Leidensdruck wird es möglich, mit den Eltern gemeinsame Gespräche zu führen und Entlastungsangebote zu diskutieren. Auch die überhöhten Leistungsziele der Familienmitglieder können thematisiert werden.
- Die Gesamtsituation bleibt aber schwerlastig und schwierig.

## bei älteren Schulkindern

- Bedrücktheit, Grübeln, Rückzug, Schulversagen, Minderwertigkeitsgefühle, Stimmungsschwankungen, Suzidgedanken und – impulse; pausenlose Beschäftigung mit elektronischen Medien, „*Hikokomori-Syndrom*“
- Essstörungen, Bauchweh, Übelkeit, Kopfschmerzen, Anfälligkeit für Infekte, chronische Müdigkeit, unausgeschlafen, erhöhter Schlafbedarf, Schlaf-Wachumkehr

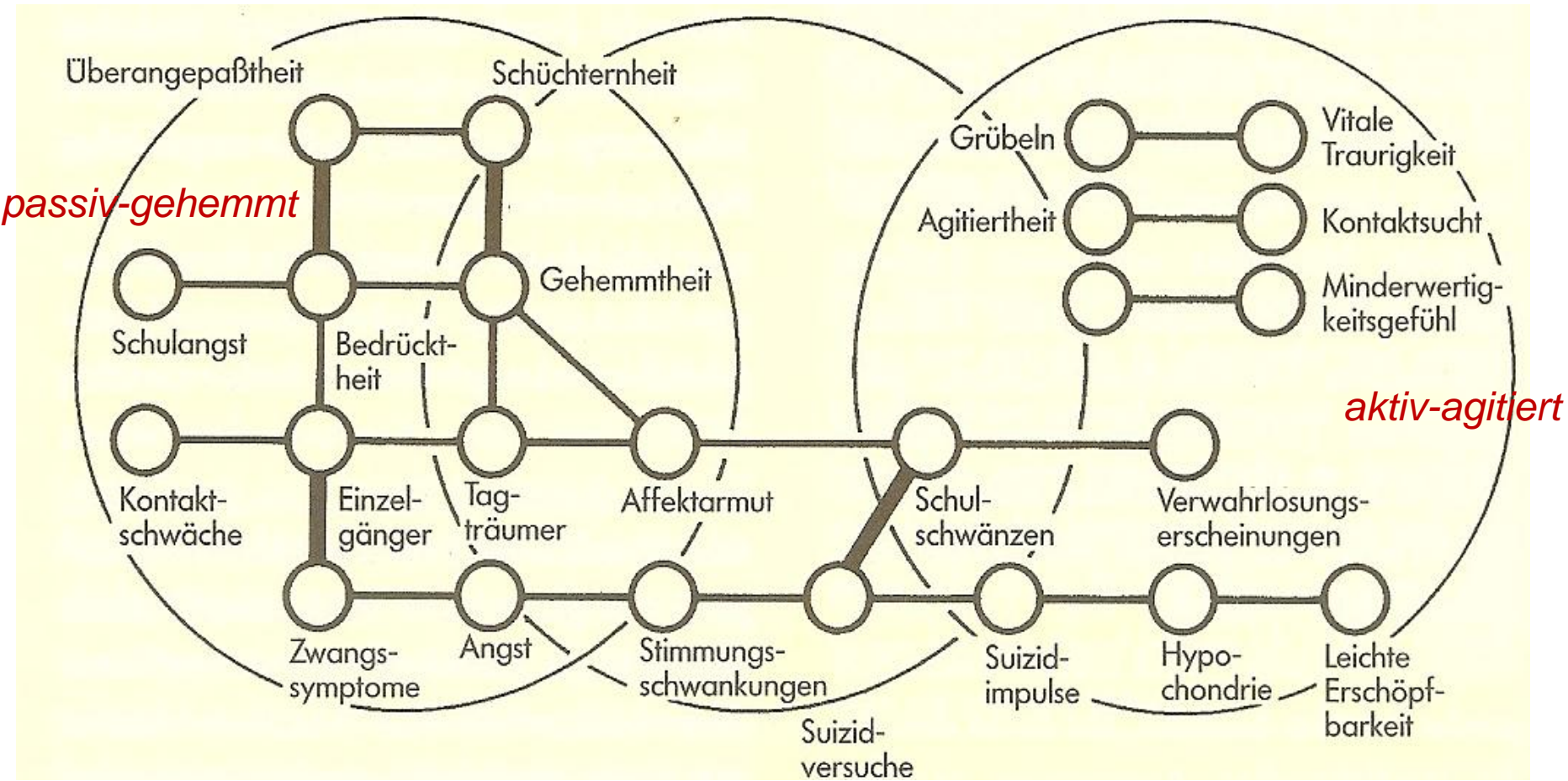


## Unterschiede zu Erwachsenen

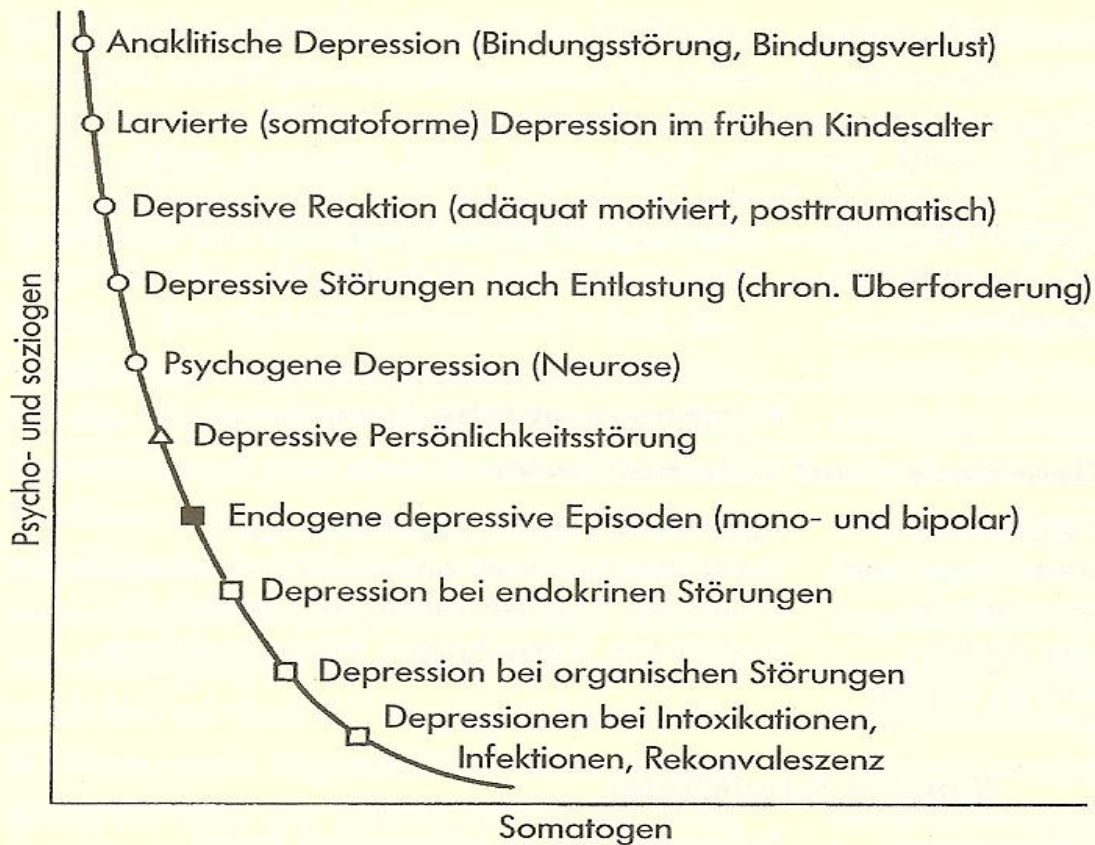
- Kaum Versündigungs- oder Verarmungsideen
- Je jünger Kind, desto geringer die Fähigkeit, die innere Befindlichkeit zu erkennen und benennen
- Missempfindungen auf körperlicher Ebene bei Kindern deutlicher im Vordergrund als bei Erwachsenen

# Depressiver Symptomenkomplex beim Kind

(Gerhardt Nissen 2002)



## Ursächliche Modelle: Bio-psycho-soziales Bedingungsgefüge



(G. Nissen, 2002)

**Abb.4.5** Ätiopathogenese depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Depressive Störungen haben unterschiedliche, meistens mehrere Ursachen. Schwerpunktmäßig handelt es sich um (○) psychogene Depressionen, um (△) depressive Persönlichkeitsstörungen, um (■) endogen-depressive Episoden und um (□) organisch bedingte Depressionen

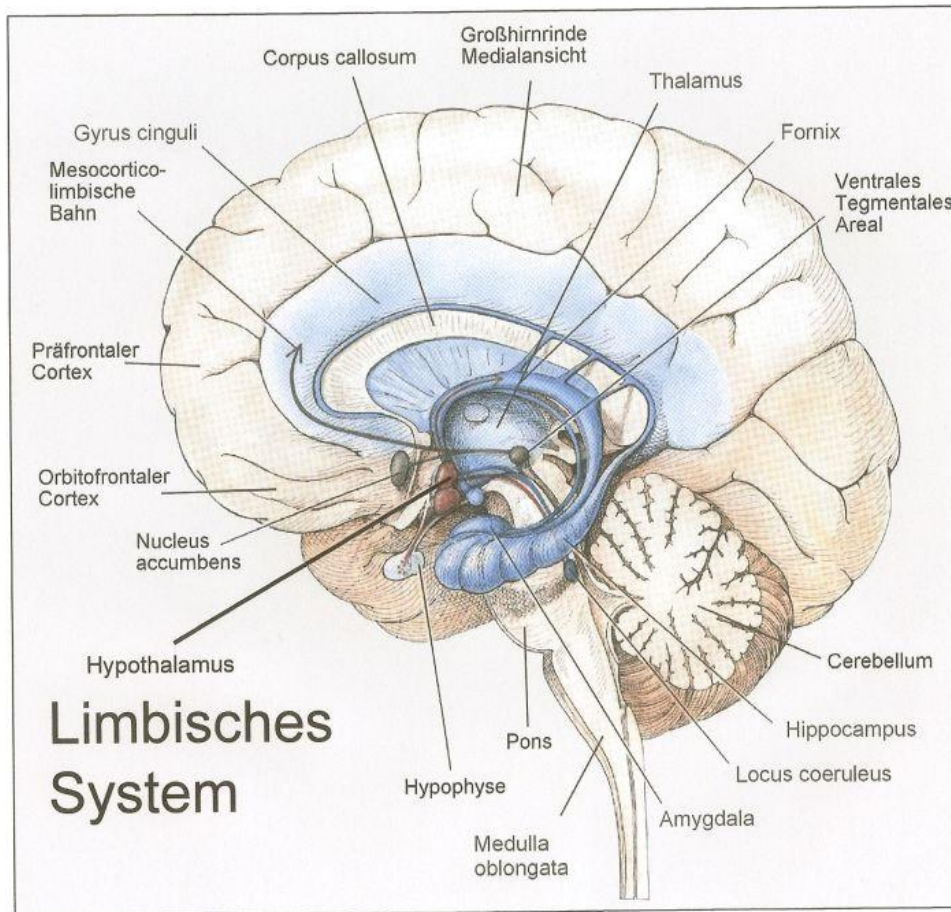
# Neurobiologische Zusammenhänge

- Störungen der emotionalen Entwicklung sind stets verbunden mit Störungen von Hirnfunktionen – vor allem im sogenannt limbischen System - und umgekehrt.
- Grosshirnrinde: Planungsfähigkeit; sprachlich-kognitive Fähigkeiten
- Persönlichkeit im engeren Sinn hat wenig zu tun mit Grosshirnrinde, sondern mit dem limbischen System
- Nur wenige Teile des limbischen Cortex sind dem Bewusstsein zugänglich
- Limbisches Zentrum hilft den Organismus in allen lebenswichtigen Funktionen zu steuern
- Bildet Basis der psychischen Entwicklung. *Entwickelt sich sehr früh.*



Grosshirnrinde gräulich-  
transparent dargestellt,  
restliche Hirnstrukturen  
bläulich  
(zur Veranschaulichung  
der Verhältnisse)





(nach Spektrum der  
Wissenschaft,  
verändert)

Die hier bläulich  
eingefärbten  
Strukturen werden  
als Limbisches  
System  
bezeichnet, wobei  
unterschiedlich  
beurteilt wird, was  
alles genau dazu  
zu rechnen ist.

# Drei limbische Ebenen sind involviert in die Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen

*(gemäss Prof. Gerhard Roth, SGKJPP Kongress ZH 9/2012)*

- Unterste Ebene: Hypothalamus (unten innen, als schmaler Steg): Steuert vegetative Funktionen, aber auch Temperament und weitere grundlegende – kaum wesentlich veränderbare, weil angeborene – Persönlichkeitszüge (Offenheit, Verschlossenheit, Selbstvertrauen, Kreativität, Misstrauen, Risikobereitschaft, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein, ...)
- Mittlere Ebene: Mandelkern und N. accumbens: Zentrum für emotionale Konditionierung und das Registrieren emotionaler Erfahrungen in der frühen Kindheit, z. B. Bindungserfahrungen. (Prägung von Blick, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Pheromonhaushalt, auch „sensation-seeking“)

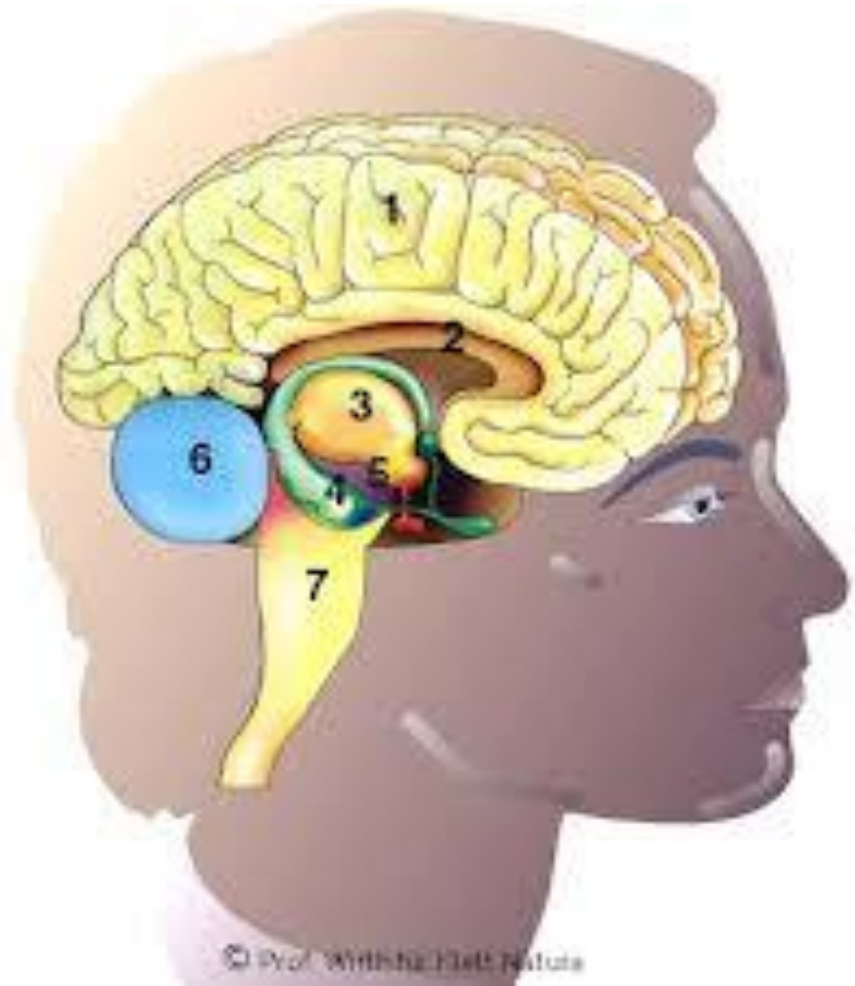
Oberste Ebene:

Bewusstes sozio-emotionales Lernen (Gewinn- und  
Erfolgsstreben, Anerkennung, Ruhm, Freundschaft, Liebe,  
soziale Nähe, Hilfsbereitschaft, Moral, Ethik; Empathie.

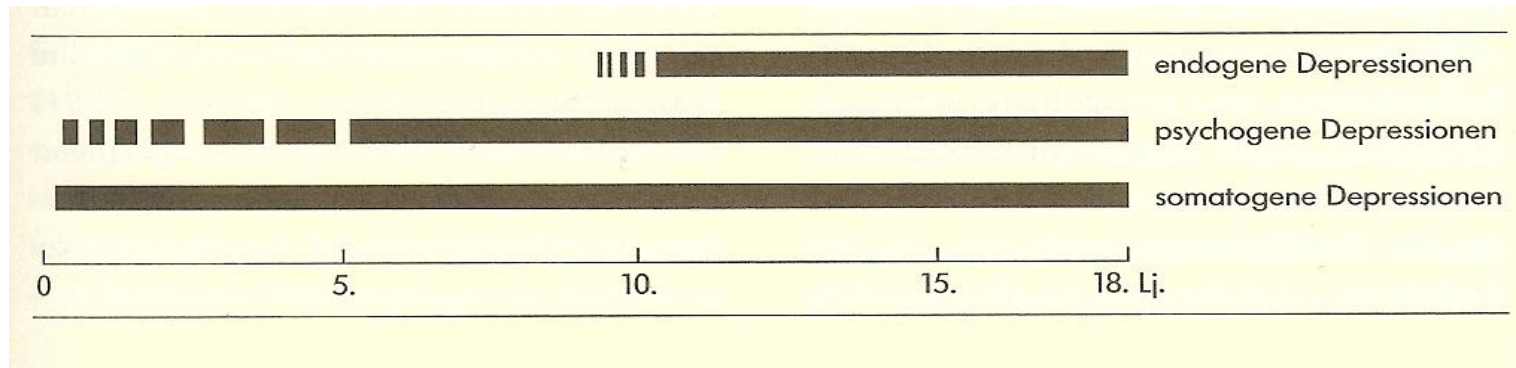


# Limbisches System (Skizze)

- 1 Grosshirn
- 2 Balken
- 3 Zwischenhirn
- 4 **Limbisches System**
- 5 Mittelhirn
- 6 Kleinhirn
- 7 Hirnstamm



## Depressionsformen auf den verschiedenen Altersstufen



## Fit oder Missfit ist entscheidend

- Ursachengefüge / Ressourcengefüge kann beim einzelnen depressiven Kind sehr komplex sein
- Hereditär vulnerable Kinder, widerstandsfähige Kinder; leichte Belastungen, chronische Belastungen, massive Belastungen, Mehrfachbelastungen; ent- oder belastendes Umfeld; .....
- Letztlich entscheidet meist die Frage, wie gut Herausforderungen und Ressourcen in Einklang gebracht werden können
- Fallen:
  - Orientierung an Altersnormen führt in Sackgasse
  - Leistungsversagen und hohe Leistungsziele depressiver Patienten
  - Körperliche Symptome sind (besonders) bewusstseinsfern und rationaler Argumentation nicht zugänglich
  - Suizidalität nicht übersehen

# Früherkennung und Unterstützungsmöglichkeiten

- Möglichkeit einer depressiven Entwicklung in Betracht ziehen
- Zuhören; behutsam auf Kind zugehen; Verständnis zeigen
- Betroffene fühlen sich meist nur unverstanden und alleingelassen, bei Aufmunterung durch gutgemeinte Ratschläge im Sinne von, „du musst nur ...“, „versuch doch einfach ...“, weil in der Depression eben kleinste Schritte schwer fallen.
- Allgemein entlastende Vorkehrungen anbieten, sofern keine spezifischen im Blickfeld. (Bsp. (Mini-)Entlastung von Perfektionszwang)
- Bezugspersonen ohne Schuldzuweisung einbeziehen
- Motivieren für professionelle Hilfe. Bei Unsicherheit selbst anfragen.

## Fallvignette 3

- 7-jähriger Bub; Adoptivkind; hatte bereits als Kleinkind vielgestaltige Ängste und reagierte auf Berührungen seltsam überempfindlich
- Anmeldungsgrund beim KJPD: Zunehmende Niedergeschlagenheit. Ausserdem Dunkelangst bis hin zur Panik. Schlafstörungen.
- Wirkt im Erstkontakt sehr bedrückt und traurig. Ist voller Sorgen um die Zukunft, aber auch wegen der Schule und wegen Konflikten zwischen den Eltern
- In erster Behandlungsphase Depression und Ängste im Fokus.
- Mit 12 Jahren entwickelt der Patient plötzlich ein grosses Misstrauen, zieht sich sozial zurück und will von einer Behandlung nichts wissen
- Ein halbes Jahr später gerät er in eine schwere psychotische Krise, halluziniert bedrohliche Gestalten, verliert jeden Realitätsbezug und muss längere Zeit hospitalisiert werden.
- Fremdanamnese ergibt analoge Erkrankung beim leiblichen Vater

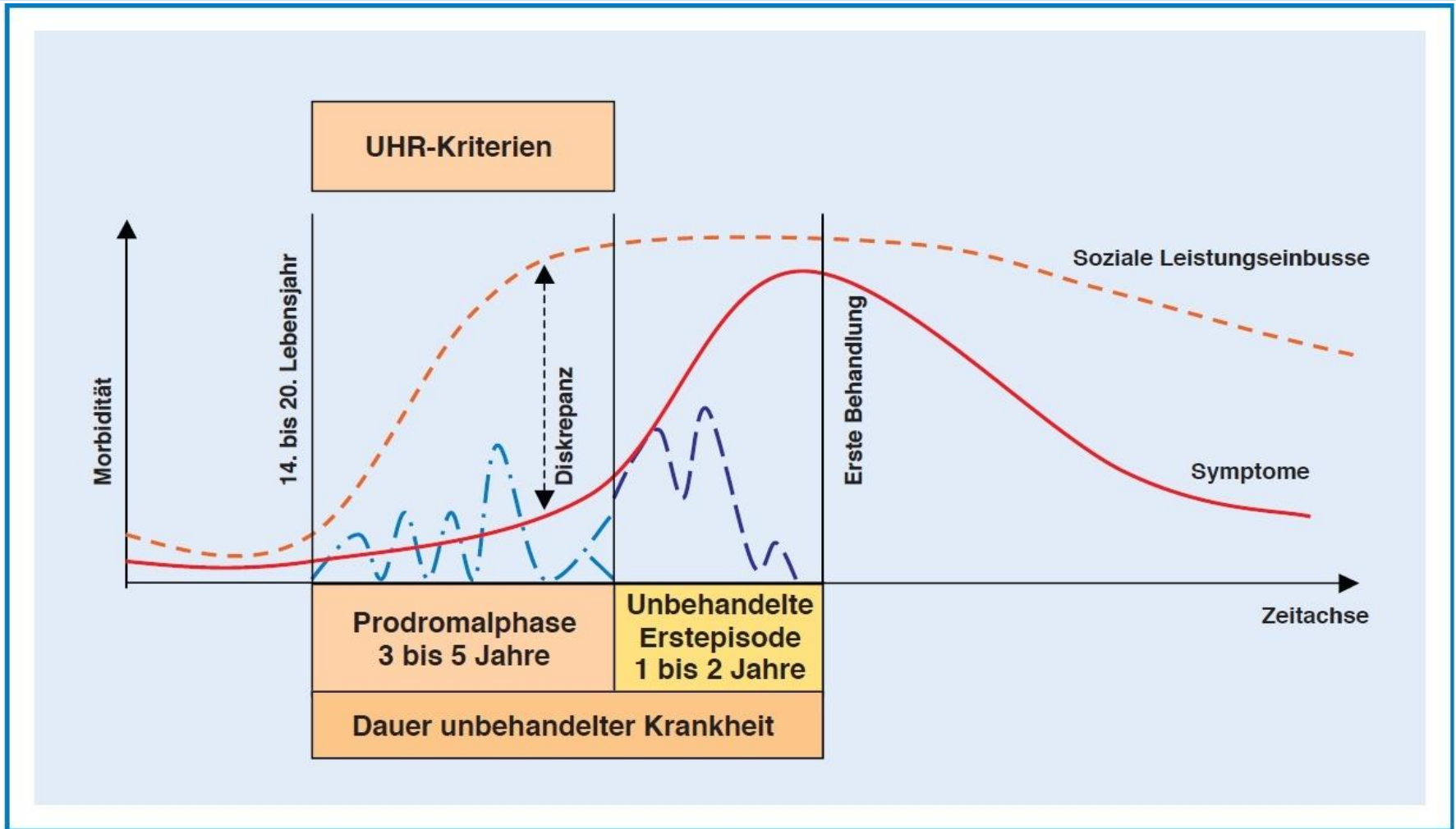
# Es gibt meistens eine längerdauernde uncharakteristische Vorphase bei psychotischen Erkrankungen

Zunehmende Nervosität, allgemeine **seelische Instabilität**, Merkfähigkeit lässt nach, Konzentrationsstörungen, **rasche Ermüdbarkeit**, Entschlussunfähigkeit, **Antriebslosigkeit**, **Verstimmungszustände**, **Reizbarkeit**, unmotiviert feindseliges Verhalten, nächtliches Umhergeistern, **Leistungsabfall in der Schule**, grundlose Genussunfähigkeit, **ängstlich gedrückte Stimmung**, Gefühl der inneren Leere, Erkalten der zwischenmenschlichen Beziehungen, **sozialer Rückzug**, Isolation

*Blau hervorgehoben (verwirrliche) Parallelen zu internalisierenden Störungen*

## Bei folgenden – subjektiv von Jugendlichen erfahrenen - Auffälligkeiten ist eine spezialisierte Abklärung nötig

- Eigener Denkablauf wird phasenweise verändert wahrgenommen. Gedanken drängen sich auf, unterbrechen andere Gedanken.
- Jugendlicher stellt fest, dass die Auffassung sprachlicher Informationen nicht mehr so gut wie früher gelingt
- Die Unterscheidung zwischen Vorstellung und Realität wird unsicher
- Vertraute Umwelt wird plötzlich als unwirklich wahrgenommen
- Zufällige Ereignisse werden vermehrt auf sich bezogen
- Gesteigertes Misstrauen gegen Umwelt
- Seltsame Störungen des Sehens, Hörens, Riechens oder Tastens treten auf.
- Schlaf- und Antriebsstörungen



Quelle: SMF Nr. 44 2009, Andor Simon, EPD Bruderholz



## (UHR) Ultra-High-Risk - Kriterien

### 3 Gruppen:

- **1: Abgeschwächte psychotische Symptome** wie Stimmenhören oder Beziehungsideen, von denen sich der Jugendliche aber noch distanzieren kann
- **2: Nur kurzdauernde psychotische Symptome**
- **3: Kombination von sozialem Funktionsverlust und erblichem Psychoseerisiko**

# Psychotische Erkrankungen treten bei jüngeren Kindern äusserst selten auf

- Bei Unklarheit, ob ein Vorstadium einer psychotischen Entwicklung vorliegt, braucht es in der Regel die (ambulante) Abklärung in einem spezialisierten Zentrum, weil das Erfragen und Einschätzen der entsprechenden Symptome sehr viel Erfahrung erfordert.
- Weil es sich um stark genetisch determinierte Störungen handelt, ist die Familienanamnese von grosser Bedeutung

## Zusammenfassung

- Internalisierende Störungen kommen bei Kindern häufiger vor als externalisierende, drohen aber übersehen zu werden
- Ängste, Rückzugsverhalten und Schlafstörungen *sind unspezifisch* und können sehr vielfältige Ursachen haben. (Marker fehlen bislang)
- Sie können normale Entwicklungsschritte anzeigen, aber auch auf Belastungssituationen hinweisen oder Notrufe sein und selten mal auch schwere psychische Erkrankungen ankündigen
- Vorurteile betreffend Ursachen und ein Normdenken seitens Helfer führen häufig zu zusätzlichen Belastungen für die Kinder
- Lehrpersonen und weiterem Umfeld kommt eine wichtige Rolle zu bei der (Früh-)Erkennung von Fehlentwicklungen
- Erstes Ziel ist meistens, Belastungen und Ressourcen in eine bessere Balance zu bringen