



Psychische und seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen – und unser jeweiliger therapeutischer Ansatz.

In Einzel- und/oder Gruppentherapie behandeln wir alle psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10, wie z.B. folgende:

Angststörungen und Phobien

Ängste im Kindes- und Jugendalter können sehr vielfältig sein: Die Trennungsangst beschreibt eine übermäßig stark ausgeprägte Angst des Kindes davor, sich von seinen Hauptbezugspersonen zu trennen.

Bei einer spezifischen Phobie bezieht sich die Angst auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation (z.B. Spinnen, Hunde, Blut, Höhen, Arztbesuche, Spritzen, Fahrstühle, Gewitter, etc.). Im Rahmen einer sozialen Ängstlichkeit macht sich die Angst in sozialen Situationen bemerkbar, in denen Kinder und Jugendliche Angst davor haben, sich zu blamieren. Aus diesem Grund vermeiden sie solche Situationen, wie z.B. Referate halten, auf Kindergeburtstage gehen, etc.

Eine generalisierte Angststörung beschreibt übermäßig ausgeprägte (alltägliche) Ängste und Sorgen gepaart mit körperlichen Symptomen wie Ruhelosigkeit, Gefühle von Müdigkeit oder Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Muskelverspannungen sowie Schlafstörungen. Bei einer Panikstörung kommt die Angst ganz plötzlich in Form von Panikattacken, ohne vorhersagbare Gründe oder Auslöser.

Eine Agoraphobie beschreibt die Angst oder Vermeidung von Menschenmengen und öffentlichen Plätzen.

Therapie:

Nachdem wir uns ein Bild über die Art der Ängste, die Herkunft der Angst sowie über aktuell aufrechterhaltende Faktoren der Angst gemacht haben, klären wir das Kind/den Jugendlichen und die Eltern über den typischen Verlauf sowie den Sinn von Angst auf. Mit diesem Therapieverständnis erarbeiten wir gemeinsam hilfreiche Strategien zum Umgang mit der Angst. Danach erstellen wir gemeinsam eine Angsthierarchie (die angstausslösenden Situationen in aufsteigender Reihenfolge). Mit den zuvor erarbeiteten Strategien begeben wir uns schrittweise und mit dem Tempo des Kindes/Jugendlichen in die Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen, um einen Gewöhnungseffekt (Habituation) zu erzielen und die Angst schrittweise zu verlieren. Gleichzeitig gewinnt das Kind/der/die Jugendliche Selbstvertrauen und ein erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben.

Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen

Wenn ein Kind/Jugendlicher auf ein belastendes Ereignis, z.B. die Trennung der Eltern, Verlust einer liebevollen Beziehung, familiäre oder schulische Stressoren, etc. mit auffälligen, z.B. depressiven oder aggressiven, Symptomen reagiert, spricht man von einer Anpassungsstörung.

Therapie:

Die Therapie einer Anpassungsstörung besteht vor allem in einem Gesprächsangebot über die belastende Situation und knüpft an bereits vorhandene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten mit dem Ziel an, diese in der aktuellen Situation zu stärken. Dabei kann der Einbezug des sozialen Umfeldes zur Unterstützung des Kindes/Jugendlichen von großer Bedeutung sein. Des Weiteren können ein Problemlöse- oder Stressbewältigungstraining sowie Interventionen zur Selbstwertstärkung zum Einsatz kommen.



Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS/ADS)

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, zeichnet sich durch drei Leitsymptome aus: die Kinder sind unaufmerksam (unkonzentriert, leicht ablenkbar), überaktiv (können nicht still sitzen bleiben, bringen Aufgaben nicht zu Ende) und impulsiv (können nicht abwarten). Manchmal wird eine ADHS deshalb auch als „Zappelphilipp-Syndrom“ bezeichnet.

Bei der Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) fallen die Kinder durch verträumtes und unkonzentriertes Verhalten auf, sogenannte „Träumerchen“.

Therapie:

Bei diesem Störungsbild besteht die Therapie aus einem multimodalen Behandlungsansatz, d.h. dass die Therapie aus verschiedenen Bausteinen besteht. Diese sind u.a. Aufklärung des Kindes und der Eltern über das Störungsbild, Einbezug der Schule/des Hortes und entsprechende Interventionen zur Verminderung der Symptomatik in der Schule/im Hort, Elternt raining, Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining, Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement, Neurofeedback und in vielen Fällen auch eine Anbindung an einen Kinder- und Jugendpsychiater zur medikamentösen Einstellung.

Autismus

Die autistischen Störungen zählen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und beinhalten drei Kernbereiche der Beeinträchtigungen: einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit oder Sprachentwicklung, eingeschränkter gegenseitiger sozialer Interaktionen sowie eingeschränkter, sich ständig wiederholender Interessen und Verhaltensmuster. Die jeweiligen Beeinträchtigungen variieren von Fall zu Fall stark in ihrer Ausprägung und können auch mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten einhergehen.

Therapie:

Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung ist nicht heilbar. Die Therapie zielt darauf ab, die Integration an die Anforderungen des Alltags zu verbessern. Je nach Einzelfall kann eine Verbesserung der gegenseitigen sozialen Interaktion, eine Förderung der Selbstständigkeit oder eine Verbesserung der sozialen Kompetenz und Emotionserkennung im Vordergrund der Therapie stehen.

Bindungsstörungen

Eine Bindungsstörung zählt zu den Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Sie beginnt vor dem fünften Lebensjahr und resultiert meist aus elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung. Die Bindungsstörung ist charakterisiert durch Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit anderen Menschen (z.B. widersprüchliches, ambivalentes Verhalten, Überängstlichkeit oder Aggressionen) sowie emotionalen Auffälligkeiten (z.B. anhaltendes Unglücklich-sein, sozialer Rückzug, fehlende emotionale Ansprechbarkeit). Teilweise kommt auch enthemmtes, wahllos aufmerksamkeitsuchendes Verhalten hinzu.

Therapie:

Zur Therapie gehört der Aufbau äußerer und innerer Sicherheit für die Kinder bzw. Jugendlichen. Kinder mit einer Bindungsstörung brauchen viel Struktur, Zeit und Verständnis, um neue Bindungserfahrungen im Rahmen der Therapie machen sowie die erlebten Traumata verarbeiten zu können. Bezugspersonen werden im Rahmen der Therapie in ihrer Feinfühligkeit trainiert sowie zu einem erhöhten Verständnis für das Verhalten des Patienten/der Patientin angeleitet.



Depressionen

Depressive Episoden machen sich durch eine ungewöhnlich gedrückte, traurige oder gereizte Stimmung, Interessenverlust und einem verminderten Antrieb bzw. gesteigerter Ermüdbarkeit bemerkbar. Halten diese Symptome über zwei Wochen lang an, spricht man von einer depressiven Episode. Hinzu kommen können vermindertes Selbstvertrauen, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle, Gedanken an den Tod, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen oder Appetitverlust.

Therapie:

Die Therapie beinhaltet eine ausführliche Informationsvermittlung zum Störungsbild sowie eine Selbstbeobachtung in Form von Stimmungsprotokollen, um das Verständnis über die eigene Situation zu verbessern. Weiterhin geht es um die Vermittlung hilfreicher Strategien im Umgang mit der eigenen Stimmung: Aufbau positiver Gedanken, Verbesserung der sozialen Kompetenz, Schaffung von Erfolgserlebnissen, Vermittlung allgemeiner Problemlösestrategien, Aktivitätsaufbau und Tagesstrukturierung. Eventuell muss eine begleitende medikamentöse Behandlung in Erwägung gezogen werden.

Enuresis (Einnässen)

Unter Enuresis versteht man ein unwillkürliches Einnässen ab dem Alter von 5 Jahren, bei Tag und/oder Nacht. Behandlungsbedürftig wird die Enuresis, wenn sie länger als drei Monate anhält und bei Kindern unter sieben Jahren mindestens zwei Mal monatlich, bei älteren Kindern mindestens ein Mal monatlich auftritt.

Therapie:

Zu Beginn der Therapie erfolgt, neben einer Beratung über das Störungsbild und einem Motivationsaufbau für die Therapie, eine Erhebung des Ist-Zustandes des Einnässens mittels eines Protokolls (Sonne-Wolken-Kalender). Sollte die Enuresis dann noch Bestand haben, ist Mittel der ersten Wahl eine apparative Verhaltenstherapie. Dabei bekommt das Kind durch eine sog. „Klingelhose“ oder „Klingelmatte“ durch einen akustischen Signalton sofort Rückmeldung, wenn es einnässt. Das Ziel dieser Maßnahme ist, dass das Kind dadurch lernt, entweder nachts durchzuschlafen oder, wenn die Blase gefüllt ist, nachts aufzuwachen und auf die Toilette zu gehen. Ergänzt werden kann diese Maßnahme mit Interventionen des Kontinenzmanagements, z.B. Belohnung, wenn es schafft, nachts aufzustehen.

Enkopresis (Einkoten)

Das Einkoten gilt als behandlungsbedürftig, wenn die Kinder mindestens vier Jahre alt sind und das Einkoten mindestens ein Mal monatlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftritt.

Therapie:

Bei einer Enkopresis hängt die Therapie davon ab, ob zugleich auch eine Verstopfung vorliegt oder nicht. Therapiebausteine in beiden Fällen sind eine ausführliche Informationsvermittlung über das Störungsbild, eine Motivationssteigerung für die Therapie sowie ein Toilettentraining.



Esstörungen

Patientinnen und Patienten mit einer Anorexia nervosa (kurz: Anorexie) empfinden ihren Körper als zu dick und führen deshalb auf unterschiedlichste Weise einen Gewichtsverlust herbei, z.B. durch übermäßiges Diät-Halten und das Vermeiden fettreicher Nahrung.

Patientinnen und Patienten mit einer Bulimia nervosa (kurz: Bulimie) haben mindestens zwei Mal pro Woche in einem Zeitraum von drei Monaten unkontrollierbare Fressattacken, in denen sie in relativ kurzer Zeit eine große Menge an Nahrung zu sich nehmen. Um dadurch nicht übermäßig zuzunehmen, setzen diese Patienten verschiedene Verhaltensweisen, wie z.B. Erbrechen oder Abführmittel ein.

Bei einer Binge eating disorder/Störung dienen unkontrollierbare Essanfälle den Patienten als Trost, Kompensation oder für den Umgang mit emotional belastenden Ereignissen. Die Betroffenen leiden nicht selten unter Übergewicht.

Therapie:

Die verschiedenen Esstörungen sind sehr vielfältig. Gemeinsame Therapieziele aller Esstörungen ist die Behandlung der Symptome (z.B. Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens durch Esspläne und Aufklärung) sowie weiterer psychischer Beschwerden (z.B. Verbesserung der Selbstwertprobleme, Schulung eines adäquaten Umgangs mit Emotionen).

Mutismus

Unter dem selektiven Mutismus versteht man die Unfähigkeit eines Kindes, in bestimmten sozialen Situationen zu sprechen (z.B. in Anwesenheit von fremden Personen, in der Schule). In anderen Situationen, z.B. Zuhause, ist das Sprechen aber möglich.

Therapie:

Da der selektive Mutismus als eine Art Angststörung (die Angst vor dem Sprechen) gilt, wird die Therapie analog der Therapie bei anderen Angststörungen durchgeführt. Nachdem wir uns ein Bild über die Angst, die Herkunft der Angst sowie über aktuell aufrechterhaltende Faktoren gemacht haben, klären wir das Kind/den Jugendlichen und die Eltern über den typischen Verlauf sowie den Sinn von Angst auf. Mit diesem Therapieverständnis erarbeiten wir gemeinsam hilfreiche Strategien zum Umgang mit der Angst. Danach erstellen wir gemeinsam eine Angsthierarchie (die angstauslösenden Situationen in aufsteigender Reihenfolge). Mit den zuvor erarbeiteten Strategien begeben wir uns schrittweise und mit dem Tempo des Kindes/Jugendlichen in die Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen, um einen Gewöhnungseffekt (Habituation) zu erzielen und die Angst schrittweise zu verlieren. Gleichzeitig gewinnt das Kind/der Jugendliche Selbstvertrauen und ein erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben.



Posttraumatische Belastungsstörungen

Hat ein Kind/Jugendlicher eine traumatische Situation, z.B. einen Unfall, eine Naturkatastrophe, eine Vergewaltigung, etc., erlebt, so können sich innerhalb von sechs Monaten Symptome einer Posttraumatischen Belastung entwickeln, die therapiebedürftig sind. Diese Symptome sind: 1. ständige Erinnerungen oder ein Wiedererleben der Belastung in Form von Flashbacks, Alpträumen, oder ähnlichem. 2. Anhaltendes Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, Personen oder Orten, die an das Trauma erinnern. 3. Symptome einer psychischen Übererregung: Schlafprobleme, Aggressionen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, erhöhte Schreckhaftigkeit, etc.

Therapie:

Da viele Patienten das Gefühl haben, verrückt zu werden oder durchzudrehen, geht es in Rahmen der Therapie zunächst darum, dem Kind/Jugendlichen verständlich zu machen, dass seine Symptome eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis darstellen. Im Verlauf der Therapie wird das Kind behutsam zur Auseinandersetzung mit den erlebten traumatischen Erfahrungen angeleitet, um eine adäquate Verarbeitung dessen zu gewährleisten.

Außerdem werden die durch das Trauma veränderten Gedanken über Sicherheit, sich selbst und die Umwelt gemeinsam überprüft und angepasst. Die Patienten lernen so, nach und nach das Vermeidungsverhalten abzubauen und wieder normal am Alltag teilzunehmen.

Regulationsstörungen

Unter Regulationsstörungen versteht man Schwierigkeiten von Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von 3 Jahren bzgl. Essen, Schlafen, Schreien oder sonstiger psychischer Auffälligkeiten, z.B. Trennungsängste oder Wutanfälle.

Therapie:

Die Therapie umfasst eine ausführliche Diagnostik, Eltern-Kind-Beobachtung und Elternberatung. Eltern sollen in die Lage versetzt werden, mit den Problemen ihres Kindes umgehen zu lernen, ihr Kind besser zu verstehen, um sich besser auf die Probleme ihres Kindes einlassen zu können.

Schlafstörungen

Unter Schlafstörungen verstehen wir sowohl Störungen des Schlafes, die die Dauer, Qualität und den Zeitpunkt des Schlafes beeinträchtigen (z.B. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) als auch abnorme Phänomene, die während des Schlafes auftreten (z.B. „Nachtschreck“ Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Alpträume).

Therapie:

Mittels einer ausführlichen Diagnostik, u.a. mittels Schlafprotokollen, wollen wir uns gemeinsam mit den Kindern/Jugendlichen bzw. Bezugspersonen ein Bild vom genauen Störungsbild machen. Es folgt eine ausführliche Aufklärung darüber. Des Weiteren beraten wir über die Eigenschaften eines „normalen“ Schlafes und klären über eine angemessene Schlafhygiene auf. Weitere spezifische Therapieinhalte können je nach Störungsbild erforderlich sein. Dies muss im Einzelfall entschieden werden. Wir beraten Sie hierzu gerne im Rahmen der Therapie.



Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen charakterisieren körperliche Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.), die medizinisch nicht behandelt werden können, da keine organische Ursache festgestellt werden kann. Man geht in so einem Fall davon aus, dass die körperlichen Beschwerden einen psychosomatischen Hintergrund haben.

Therapie:

Im Sinne eines Stresstrainings soll das Kind/der/die Jugendliche in der Therapie zunächst sensibilisiert werden, mögliche Auslöser der Schmerzen zu erkennen und wahrzunehmen. Dann werden sowohl Stress- als auch Schmerzbewältigungsstrategien erarbeitet und gemeinsam eingeübt. Die Patienten lernen dabei, günstige von ungünstigen Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Schmerzen zu unterscheiden und nach und nach wieder am normalen Alltag teilzunehmen.

Störungen des Sozialverhaltens

Unter Störungen des Sozialverhaltens versteht man ein Kontinuum von aufsässigem, unangemessen oppositionellem Trotzverhalten (mit Wutausbrüchen, Ungehorsam, häufigem Streit und Ärgern anderer) bis hin zu aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen (z.B. Gebrauch von Waffen, Klauen, absichtliches Feuerlegen, Weglaufen von Zuhause).

Therapie:

Die Therapie der Störungen des Sozialverhaltens ist abhängig vom Schweregrad der Störung. Bausteine der Therapie sind u.a. ein Elterntaining, in dem Eltern zu einem adäquaten und konsequenten Erziehungsstil angeleitet werden, ein Problemlösetraining für das Kind/den Jugendlichen, in dem hilfreiche und adäquate Verhaltensstrategien für den Umgang mit Wut erarbeitet und in Rollenspielen ausprobiert und eingeübt werden. In manchen Fällen kann die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt angestrebt werden, um weitere unterstützende Maßnahmen für die Familie zu gewährleisten.

Ticstörungen

Ein Tic ist laut ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation definiert als „eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische motorische Bewegung [z.B. Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken und Grimassieren] oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient [z.B. Räuspern, Bellen, Schnüffeln und Zischen]“. Motorische und vokale Tics können auch kombiniert auftreten; in dem Fall spricht man von einem Tourette-Syndrom.

Therapie:

Die Therapie besteht zunächst aus einer ausführlichen Aufklärung des Kindes/Jugendlichen und der Eltern über das Störungsbild. Der verhaltenstherapeutische Fokus im Rahmen der Therapie liegt auf der Erarbeitung eines verbesserten Selbstmanagements zur Kontrolle der Tics. Das heißt, dass die Patienten, z.B. durch Entspannung und einen adäquaten Umgang mit Stress, lernen sollen, ihre Tics zu kontrollieren und dadurch deren Häufigkeit und Intensität zu verringern.



Zwangsstörungen

Zwänge kommen entweder in Form von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder in einer gemischten Form vor. Zwangsgedanken sind beschrieben als quälende Ideen oder Vorstellungen, die sich immer wieder aufdrängen und die kaum zu kontrollieren sind. Zwangshandlungen sind Rituale, die immer wieder wiederholt werden müssen, um eine gefürchtete gefährliche Situation zu vermeiden (z.B. ständiges Händewaschen, um nicht von Keimen belastet zu werden).

Therapie:

Die kognitive Verhaltenstherapie ist die wirksamste Therapiemethode bei Zwangsstörungen. Hierbei geht es zunächst darum, im Sinne einer Selbstbeobachtung herauszufinden, warum, wie häufig und wann die Zwänge auftreten. Gleichzeitig wird den Patienten ein umfangreiches Wissen über das Störungsbild vermittelt.

Die Patienten werden anschließend behutsam und im jeweils individuellen tempo des Kindes/Jugendlichen dazu angeleitet, sich mit den Situationen zu konfrontieren, vor denen sie normalerweise Angst haben oder eine Anspannung verspüren. Ziel ist es, dass die Patienten die Erfahrung machen können, dass die befürchteten negativen Folgen (z.B. krankmachende Keimbelastung) nicht eintreten.



Facharztzentrum
am Westend

Mainzer Landstraße 65
60329 Frankfurt/Main

Telefonzentrale

Mo - Fr von 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Tel: 069 · 58 30 37 · 0

Fax: 069 · 58 30 37 · 111

E-Mail: frankfurt@arztzentrum.de
www.frankfurt.arztzentrum.de