

Psychopharmakotherapie und Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Berücksichtigung neurobiologischer Aspekte

■ B. Steck

Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -Poliklinik KJUP, Basel

Summary

Steck B. [Psychopharmacological treatment and psychotherapy in child and adolescent psychiatry within a neurobiological perspective.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2002;153:308–15.

Child and adolescent psychopharmacological treatment is much more than writing prescriptions, even if psychopharmacological interventions in various psychiatric diseases of children and adolescents have been helpful to reduce psychological suffering and improve quality of life.

Psychopharmacological treatment for children and adolescents has to consider specific implications: the evaluation of psychopharmacological agents indicated for various psychiatric disorders is still insufficient and remains difficult in the child and adolescent age group, the majority of the drugs on the market are legally not yet approved for children und adolescents, the long-term effects of the psychopharmacological therapy on the development of children and adolescents are for most of the drugs still not known. In children and adolescents with a serious psychiatric symptomatology, knowledge and application of different treatment methods are mandatory. In most cases of severe psychiatric disorders psychopharmacological therapy is necessary, yet cannot be applied as the only therapeutic intervention. Combination with psychotherapy is indicated. The following question has to be asked: which symptoms or disorders should be treated in order to improve the child's relationship with its parents and to promote the child's psychological development? The autonomy of the patient and his or her parents has always to be respected. It is the task of the child and adolescent psychiatrist to integrate knowledge

of the mechanisms of pharmacological treatment and the underlying neurobiological processes, and at the same time to offer a significant relationship and a meaningful dialogue in order to meet the need of the ill child and its family.

The article discusses psychobiological aspects of early influences in brain development according to various research data, as well as effects on memory and the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. The differences of psychopharmacological treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with respect to adult psychopharmacotherapy are described: the child's symptomatology is closely related to its emotional, cognitive and psychosocial developmental process, as well as to the context in which the child is living. The differences in pharmacological efficacy in children are due to numerous factors such as differential expression of neurotransmitters and receptors in childhood. The importance of a therapeutic concept for each individual ill child and its family and the necessity to consider multiple factors are presented. The author deals with depressive syndromes and their treatment modalities in children and adolescents. Various interventions – psychopharmacology, different forms of psychotherapy – have shown their efficacy, demonstrating the complexity of the interactions of neurobiological processes and environmental influences, as well as the plasticity of neuronal structures and functions.

Coping with a psychiatric but also a somatic disease shows a great individual variability and depends on a multitude of individual psychological resources as well as external circumstances such as parental or family support. Even if psychopharmacological treatment improves symptoms, dysfunctions or impairment due to the illness, it is the psychotherapeutic relationship which may help the child or the adolescent to deal better with personal suffering and understand what subjective meaning the disease has for her- or himself. Early pharmacological and psychotherapeutic intervention in children who were subjected to deleterious environmental influences may prevent neuro-

Korrespondenz:

PD Dr. med. Barbara Steck
Kinder- und Jugendpsychiatrische
Universitätsklinik und -Poliklinik KJUP
Schaffhauserstrasse 55
CH-4058 Basel
e-mail: barbara.steck@unibas.ch

developmental changes and reduce the risk of developing psychopathology.

Keywords: psychopharmacology; psychotherapy; psychobiology; depressive disorders; child- and adolescent psychiatry

Einleitung

1895, nach jahrelanger Arbeit an seinem «Entwurf für eine wissenschaftliche Psychologie», gab Freud seinen Versuch, ein anatomisch-physiologisches Modell von Geist/Seele zu konstruieren, auf und wandte sich der Psychoanalyse zu, jedoch voraussetzend:

[...] man muss sich daran erinnern, dass all unsere psychologischen Vorläufigkeiten einmal auf den Boden organischer Träger gestellt werden [...]. ([1], S. 143–4)

Die Mängel unserer Beschreibung würden wahrscheinlich verschwinden, wenn wir anstatt der psychologischen Termini schon die physiologischen oder chemischen einsetzen könnten [...] die Biologie ist wahrscheinlich ein Reich der unbegrenzten Möglichkeiten, wir haben die überraschendsten Aufklärungen von ihr zu erwarten und können nicht erraten, welche Antworten sie auf die von uns an sie gestellten Fragen einige Jahrzehnte später geben würde. Vielleicht gerade solche, durch die unser ganzer künstlicher Bau von Hypothesen umgeblasen wird. ([2], S. 65)

Die Idee, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie zu kombinieren, ist nicht neu. Bereits 1962 betonte Ostow [3], Neurologe und Psychoanalytiker, den Nutzen von Psychopharmaka während einer psychoanalytischen Behandlung. Er beobachtete, dass eine der hauptsächlichsten Wirkungen der Psychopharmaka vor allem die Affekte betreffe, welche die Krankheit und das Verhalten der Patienten zu einem höheren Masse beeinflussen würden als z.B. Interpretationen. Später bestätigten Sanders [4] und Stern [5] die Aussage von Ostow, indem sie die Meinung vertraten, dass die Veränderungen im unbewussten prozeduralen Gedächtnis für den psychotherapeutischen Fortschritt bedeutsam und wichtiger seien als die bewusste Einsicht.

Heute werden Psychotherapie und Psychopharmakotherapie meist als die beste Kombination betrachtet, um optimale Langzeitergebnisse zu erzielen und Krankheitsrückfälle zu reduzieren, vor allem bei psychiatrischen Krankheiten, bei denen eine neurobiologische Störung zugrunde liegt [6]. Bei der Auswahl von Behandlungsverfahren darf es sich niemals um eine Entweder-Oder-Entscheidung handeln, sondern die jeweils dem Zeitpunkt angemessene optimale therapeutische Massnahme muss angewandt werden [7]. Beim Aufstellen eines Behandlungsplanes ist in bezug auf das Einsetzen von therapeutischen Verfahren

ein Vorgehen nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin anzustreben [8]. Eine Zusammenfassung der Indikationen der Psychopharmakaaanwendung bei Kindern und Jugendlichen, der zu berücksichtigenden Variablen und der hauptsächlich angewandten Psychotherapieformen ist in Tabelle 1 [9] dargestellt.

Psychobiologische Aspekte

Eine Diskussion der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten beim Kind – seien sie psychopharmakologischer oder psychotherapeutischer Natur – ist heute ohne die Berücksichtigung der psychobiologischen Aspekte der Gehirnentwicklung kaum mehr denkbar. In ihrer Übersicht zahlreicher Untersuchungen fasst Glaser [10] die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung auf der neurobiologischen Ebene zusammen.

Nach Price et al. [6] sind alle mentalen Prozesse letztlich biologisch fundiert, und Veränderungen von psychischen Prozessen sind mit entsprechenden organischen Modifikationen verbunden. Gehirn und Umwelt kommunizieren interaktiv und beeinflussen sich gegenseitig. Die neuronalen Konnektivitäten und Funktionen sind auf allen Organisationsebenen des Gehirns von einer ausserordentlichen Plastizität. Anatomische und chemische Veränderungen finden während des ganzen Lebens in einem komplexen Wechselspiel mit umgebenden Kräften statt und formen kontinuierlich Verhalten, Wissen und Können eines Individuums.

Das Zusammenwirken von genetischen und Umwelteinflüssen in der Entstehung von Psychopathologien zeigen verschiedenste Studien der Adoptionsforschung [11–15], nämlich wie hereditäre und Umweltfaktoren die psychische Entwicklung von Kindern beeinflussen. Studien, die diese Interaktion auf psychosoziale Störungen von Adoptierten untersuchen, ergeben, dass genetische Prädispositionen nur dann zum Ausdruck kommen, wenn sie durch Umweltfaktoren aktiviert werden. So haben z.B. Kinder von biologischen Eltern mit erwiesenen psychischen Krankheiten (wie z.B. einer Schizophrenie) ein höheres Risiko, selbst psychisch zu erkranken, wenn sie in psychopathologisch auffälligen Adoptivfamilien aufwachsen [16]. Wie Jacob [17] bereits 1970 sagte, ist das menschliche Wesen nicht Gefangener seines Genoms.

Der neuroanatomische Grundaufbau des Gehirns ist durch Erbanlagen bestimmt. Während der ersten Entwicklungsphasen beeinflussen Erfahrungsmuster die spezifische Gestalt der dendritischen Verzweigungen und neuronalen Synap-

sen, welche nach dem Prinzip der Häufigkeit des Gebrauchs erfolgt. Die sensorischen Signale werden in neurochemische und zelluläre Prozesse umgesetzt, die Auswirkungen auf die Struktur und Funktion des Gehirns haben [18]. Wegen der komplexen Interkonnektionen zwischen den verschiedenen Hirnregionen mit ihren eigenen sensiblen Reifezeitpunkten entstehen bei frühkindlichen ungünstigen Erfahrungen unterschiedliche Entwicklungskomplikationen und Krankheitssymptome [19].

Tabelle 1

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen, in denen psychopharmakologische Behandlung indiziert ist oder sein kann (gekürzt nach Kutcher 1997)

Psychosen
schizophrene
affektive
ADHD
Gilles de la Tourette
Ticstörungen
Zwangs-/Angststörungen
depressive Störungen
Essstörungen
PTSD
Persönlichkeitsstörungen
Autismus
geistige Behinderung
Enuresis
Schlafstörungen
somatische Störungen

zu berücksichtigende Variablen

Wann?
Wie lange?
Ausmass der Belastung/Behinderung
familiäres/soziales Umfeld
Einverständnis
Kooperation
Zuverlässigkeit

hauptsächlich angewandte Psychotherapien

begleitende Therapie
stützende Therapie
kognitive Therapie
Verhaltenstherapie
Systemtherapie
Familientherapie
Psychoanalyse
psychodynamische Psychotherapie

Frühkindliche traumatische Erfahrungen beeinträchtigen die normale Entwicklung des zerebralen Kortex, des limbischen Systems und der multiplen Neurotransmittersysteme [20]. Der Hippokampus, Teil des Temporallappens des Gehirns, ist wesentlich für das Gedächtnis verantwortlich. Er hat die Funktion, unbewusste präverbale Erinnerungen (prozedurales implizites Gedächtnis), die vor allem durch das amygdale System vermittelt werden, in bewusste verbale Erinnerungen zu überführen (explizites oder deklaratives Gedächtnis) [21, 22]. Zum Zeitpunkt der Erinnerung soll er die verschiedenen Gedächtnisaspekte integrieren und die Erinnerung nach Zeit, Ort und Kontext lokalisieren [23]. Der Hippokampus verfügt über eine hohe Konzentration an Rezeptoren für Glukokortikoide. Erhöhung des Serumcortisols ist eine physiologische Antwort auf akuten Stress, die bereits im Säuglingsalter beginnt [10].

Das limbische System steuert die Aktivität der Hypophyse und diese ihrerseits die Produktion von Hormonen in der Schilddrüse und Nebenniere. Funktionsstörungen dieser Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse (HHN oder HPA) gehören zu den Hauptbeeinträchtigungen mit den bei Erwachsenen bekannten psychopathologischen Folgen, zu denen z.B. auch die Depression gerechnet wird.

Studien bei depressiven Kindern und Jugendlichen zeigen nicht konsistent erhöhte Cortisolwerte. So fanden Kaufmann et al. [24] nur in depressiven misshandelten Kindern in aktuellen belastenden Situationen erhöhte Werte im Vergleich zu depressiven Kindern ohne Misshandlung und zu einer Kontrollgruppe. Die Hypothese einer HHN-Hyperaktivität bei Kindern wird zur Zeit kontrovers diskutiert [10].

Gunnar [25] postuliert, dass die sichere Bindung zur primären Betreuungsperson eine ausgleichende Schutzfunktion der HHN-Achse bei Säuglingen und Kleinkindern darstellt. So zeigten z.B. 18 Monate alte Kleinkinder mit einer sicheren Bindung keine erhöhten Cortisolwerte in Anwesenheit ihrer Mutter, wenn sie mit Angst auf die Annäherung einer fremden Person (Clown) antworteten [26].

Zur Psychopharmakotherapie

Die Kinder- und Jugendpsychopharmakologie ist eine noch relativ junge Disziplin. Die Evaluation von verschiedenen pharmakologischen Substanzen für die vielen psychiatrischen Störungen, in denen sie indiziert sind, ist immer noch ungenü-

gend und entsprechende Modelle fehlen. Unter dem Titel «Immer noch Waisenkinder der Medizin» fasst Kleist [27] die Vielzahl der Probleme bei der Entwicklung sicherer und wirksamer Arzneimittel für Kinder zusammen. Die grösste Anzahl der Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika) ist für Kinder und Jugendliche nicht offiziell zugelassen. Neuerdings sind unter den Antidepressiva zwei selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Sertralin und Fluvoxamin, für Kinder ab 6 beziehungsweise 12 Jahren zugelassen, die vor allem bei Zwangserkrankungen empfohlen werden. Die Verordnung von Psychostimulantien wie z.B. Methylphenidat (Ritalin®) an Kinder untersteht dem Betäubungsmittelgesetz wie beim Erwachsenen. Bei der Behandlung mit rechtlich nicht zugelassenen Psychopharmaka sind Eltern, Jugendliche und, wenn möglich, auch Kinder zu informieren. Die lang andauernde Wirkung der psychotropen Medikamente auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist zum grössten Teil ungenügend bekannt.

Die Untersuchung der Wirksamkeit psychotroper Substanzen ist im Kindes- und Jugendalter schwierig. Die Symptome des Kindes sind zum Teil sehr wechselhaft und vom entsprechenden Kontext abhängig. Das Kind kann oft nur ungenügend Veränderungen wahrnehmen und benennen. Deswegen ist man auf Beobachtungen durch Eltern, manchmal Lehrer angewiesen, die wenig objektiv sein können. Da viele Veränderungen des Kindes reifungsabhängig sind, lassen sich die medikamentösen Wirkungen oft schlecht davon abgrenzen. Die Symptomatologie ist beim Kind mit seinem kognitiven, affektiven und psychosozialen Entwicklungsprozess verbunden. Die therapeutische Wirksamkeit muss sich auf eine normale Entwicklung beziehen. Bei Längsschnittuntersuchungen können eventuell nicht erfasste psychosoziale Faktoren für die beobachtbaren klinischen Veränderungen wichtiger sein als die Einwirkung des Pharmakons.

Die bei Kindern im Vergleich zu Erwachsenen unterschiedlichen pharmakologischen Eigenschaften resultieren nach Trott [28] aus der schnelleren Absorption, der Metabolisierung vorwiegend durch Hydroxylierung, der verminderten Proteinbindung, der geringeren Speicherung im Fettgewebe und der vermutlich unterschiedlichen Rezeptoreigenschaften (Neurotransmitter und Rezeptoren zeigen vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz eine 10fache Variation).

Alle Psychopharmaka beeinflussen den Neurotransmitterhaushalt, wobei die Angriffspunkte sehr verschieden sind, sei es bei der Synthese, Speicherung, Ausschüttung oder Wiederaufnahme, die durch Rezeptoreninteraktionen vermittelt werden.

Nebenwirkungen, so z.B. extrapyramidale Symptome bei Neuroleptika, sind bei Kindern weitaus häufiger [29]. Kinder können auch paradoxe Wirkungen entfalten. Während die biologische Toleranz für hohe Dosen bei Kindern besser ist als diejenige der Erwachsenen, ist die psychologische Toleranz von einem Kind zum anderen sehr variabel und wird auch durch die Einstellung der Familienmitglieder gegenüber der Medikation beeinflusst.

Bei der Indikationsstellung ist zu fragen, welche Symptomatik des Kindes oder des/der Jugendlichen durch eine Psychopharmakotherapie so beeinflusst werden kann, dass die Beziehungsstrukturen und die psychische Entwicklung des betreffenden Kindes innerhalb seiner Familie und z.B. auch in der Schule gefördert werden können. Dabei spielt die Beziehung zwischen dem Kinderpsychiater, dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern oder Familie eine zentrale Rolle.

Zur Verordnung von Psychopharmaka nach Trott [28] gehören die genaue Information des Kindes und dessen Eltern, und zwar «in der Sprache» des Patienten; dabei müssen Persönlichkeitseigenschaften berücksichtigt werden wie z.B. ängstliche oder depressive Patienten und/oder Eltern. Die Bedeutung der Medikation für den Genesungsprozess und die Zielsymptome sind zu erläutern, eventuell sogar schriftlich. Befürchtungen und Ängste von Kind und Angehörigen sind anzusprechen. Immer ist auch nach früheren Erfahrungen mit Medikamenten zu fragen, und der Arzt muss seine eigene Einstellung zur Medikation reflektieren. Das Kind und seine Eltern oder Betreuungspersonen sind über den Wirkungseintritt, Nebenwirkungen, zu erwartende Verordnungsdauer, spezielle Vorsichtsmassregeln (z.B. Ernährung, Strassenverkehr) zu informieren. Schliesslich ist ein kurzfristiger neuer Vorstellungstermin zu vereinbaren.

Die Information an Patienten und Eltern ist wichtig, damit Ziele und Erwartungen des Kindes oder Jugendlichen und seiner Familie nicht unausgesprochen bleiben. Auch darf das Kind nicht durch die Psychopharmakotherapie in einer Rolle des designierten Patienten fixiert werden. Es ist notwendig, sich ein Bild zu machen, welche Vorstellungen und Phantasmen des Kindes und der Eltern sich mit der Einnahme eines Psychopharmakons verbinden. Kinder können Phantasmen von Kontrollverlust, Vergiftung, Sucht oder aber auch von allmächtigem Gewinn entwickeln. Wenn immer möglich soll das Kind als Partner einbezogen werden und altersentsprechend über die Medikamenteneinnahme informiert und zur Mitverantwortung initiiert werden. Die Frage stellt

sich auch, ob Medikamente ambulant verschrieben werden können, wenn Eltern sich als unzuverlässig oder unkooperativ erweisen.

Manchmal ist es notwendig – im Einverständnis mit den Eltern oder den legalen Vertretern des Kindes – andere wichtige Bezugspersonen oder Lehrer über die Störung und die Behandlung zu informieren.

Psychopharmaka können ausserordentlich hilfreich sein im Rahmen von psychotherapeutischen Interventionen und soziopädagogischen Massnahmen. Es ist notwendig, für jedes Kind oder Jugendlichen ein individuelles therapeutisches Projekt aufzustellen. Psychopharmakologische Interventionen sind eine notwendige, oft aber ungenügende Form der Behandlung der meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Zur Psychotherapie

Kontrollierte Studien von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit einer rigorosen Evaluation, Nachkontrollen und Langzeitbeurteilungen fehlen zum grössten Teil. Retrospektive Studien zeigten den Nutzen von intensiven Psychotherapien, so z.B. die Untersuchung von fast 800 durch Psychoanalyse behandelten Kindern und Jugendlichen im Anna-Freud-Center [30]. Fonagy und Target [31] fanden signifikant grössere Erfolgsraten beziehungsweise erzielte Besserungen bei emotionalen Problemen von Kindern und Jugendlichen gegenüber Verhaltens- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD).

Der Motivation und des Interesses des Kindes für diagnostische und therapeutische Arbeit muss Rechnung getragen werden. Kinder und Jugendliche suchen meist nicht von sich aus Hilfe, sondern werden von Eltern, Lehrern und Ärzten für eine Abklärung zugewiesen. Unabhängig von den vorliegenden Störungen ist es notwendig, das Alter und die kognitive, affektive und psychosoziale Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen sowie sein interpersonales Beziehungsfeld, d.h. seine familiäre und soziale Situation. Ebenso sind individuelle und familiäre Ressourcen bei der Beurteilung mit einzubeziehen.

Beim Kind und Jugendlichen sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung, in der Ausdrucks- und Mitteilungsfähigkeit, d.h. im Dialog sowie in der Art des Erlebens und der kognitiven Verarbeitung bei der Indikation einer psychotherapeutischen Massnahme in Betracht zu ziehen. Kann das Kind oder der/die Jugendliche

das Beziehungsangebot nutzen, kommt eine emotionale Bewegung und eine Vertiefung im diagnostisch-therapeutischen Gespräch zustande. Differentialdiagnostisch und im Hinblick auf eine Therapieindikation ist es notwendig, sich an der Art der Beziehung, die ein Kind mit dem Kinderpsychiater eingeht, und an den Übergangsräumen zwischen Kind/Jugendlichen und Therapeuten (Subjekt und Gegenüber) zu orientieren. Ferner müssen Ich-Funktionsniveau (im zeitlichen Verlauf des Gesprächs) und Abwehrqualitäten evaluiert werden [32].

Bei jeder Indikationsstellung einer Psychotherapie wird der Therapeut immer durch seine eigenen Referenzen, Ausbildung und Wertsysteme beeinflusst.

Oft ist eine multimodale, auf das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie oder Ersatzbetreuungspersonen abgestimmte Therapieplanung erforderlich. Die Kombination von therapeutischen Massnahmen kann während der Behandlung eines Kindes und seiner Familie variieren. So erweist sich manchmal im Verlaufe eines individuellen therapeutischen Prozesses eine Psychopharmakotherapie vorübergehend als notwendig, z.B. bei Kindern mit einer Borderline-Struktur oder einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung.

Zur Kunst des Legierens

Die Komplexität und die vielfältigen Möglichkeiten, mit denen der Kinderpsychiater beim Aufstellen eines Therapiekonzeptes konfrontiert ist, zeigt Tabelle 1 [9]: Psychopharmaka sind indiziert bei Psychosen, ADHD und bei der Behandlung eines Gilles-de-la-Tourette-Syndroms und finden Anwendung bei allen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorkommenden Störungen oder Krankheiten wie z.B. Zwangs-/Angst-/depressive, posttraumatische Belastungs-/Persönlichkeitsstörungen [9]. Die Frage des wann und wie lange stellt sich bei jeder Psychopharmakaindikation; ebenso müssen das Ausmass der psychischen Belastung beziehungsweise der Funktionsstörungen und des subjektiven Leidens eines betroffenen Kindes mitberücksichtigt werden.

Psychotherapeutische Interventionen mit oder ohne Psychopharmakotherapie sind ebenso indiziert bei Kindern mit schweren oder chronischen somatischen Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen unter Einbezug ihrer Eltern oder Familien.

Generell kann man vielleicht sagen, dass eine medikamentöse Behandlung nicht angezeigt ist

Tabelle 2 Klassifikation depressiver Syndrome nach ICD-10.

affektive Störungen (F 3)	Anpassungsstörungen (F 43.2)
manische Episode (F 30)	kurze depressive Reaktion (F 43.20)
bipolare affektive Störung (F 31)	längere depressive Reaktion (F 43.21)
depressive Episode (F 32)	Angst und depressive Reaktion, gemischt (F 43.22)
rezidivierende depressive Störung (F 33)	
anhaltende affektive Störungen (F 34)	
Dysthymia (F 34.1)	
Depressionen im Rahmen von	
traumatischen bzw. posttraumatischen Belastungsstörungen:	
Misshandlung (physische, sexuelle, emotionale), Vernachlässigung, Deprivation	
Verlust von geliebten Personen durch Tod, Trennung, multiple Plazierung	
chronisch somatischer oder psychischer Krankheit eines Elternteils, Unfällen, Operationen, eigener chronischer Krankheit	
kultureller Entwurzelung, Miterleben von grausamen Akten	
Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Symptomen)	
Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa)	
als Begleitsymptomatik bei Ängsten, Phobien, Zwängen	
schizophrenen oder schizoaffektiven Psychosen	

bei leichten Störungen eines Kindes oder Jugendlichen oder bei solchen, die durch soziale Veränderungen zu beeinflussen sind. In den Entwicklungsjahren gehört zur Therapie eines Kindes mit Psychopharmaka immer auch die psychotherapeutische Arbeit mit den Eltern [33].

Bei allen Überlegungen der wünschbaren therapeutischen Ansatzpunkte muss sich der Kinder- und Jugendpsychiater oft auch daran orientieren, welche therapeutischen Massnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt möglich sind.

Zu den depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Epidemiologische Studien zeigen, dass die lebenslängliche Prävalenz einer Depression bei Kindern 2% beträgt, bei Jugendlichen 5–8% [34]. Eine Veränderung von Depression zu manischen Störungen besteht bei Jugendlichen bis zu 30%.

Die diagnostische Zuordnung depressiver Symptome ist wegen der multikausalen Genese oft schwierig. Eine Zusammenstellung findet sich in Tabelle 2. Depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zeigen alters- und entwicklungsabhängige Variationen im klinischen Erscheinungsbild. Sie haben vielfältige Ursachen, treten gemeinsam mit anderen Störungen auf oder werden durch andere, auffälligere Probleme auch verdeckt.

Die Auswirkungen depressiver Störungen auf die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung

können schwerwiegend sein. Langfristig erhöhen depressive Erkrankungen in der Kindheit das Risiko für depressive Störungen im Erwachsenenalter [35].

Nach von Aster et al. [35] sind die wichtigsten diagnostischen Kriterien für eine klinische Depression: depressive und reizbare Verstimmungen, deutlich vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten, Appetitverlust oder -zunahme, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder Hemmung, Müdigkeit und Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen und unbegründete Selbstvorwürfe, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit, wiederkehrende Gedanken an Tod sowie suizidales Verhalten.

Rudolf und Hammen [36] untersuchten genderspezifische Unterschiede von depressiven Antworten auf verschiedene Stresssituationen. Mädchen zeigen eine erhöhte Vulnerabilität zu depressiven Antworten in interpersonalen familiären oder Peerkonflikt-Situationen und schreiben Konflikte ihrer eigenen Verantwortung zu. Knaben erfahren das höchste Ausmass an Stress nicht bei interpersonalen Konfliktsituationen, sondern bei durch selbstgenerierte Ereignisse erzeugtem Stress, so z.B. durch antisoziales Verhalten in Peer-Gruppen mit nachfolgender Intervention von Autoritätspersonen wie z.B. der Polizei. Knaben reagieren bei diesen Stresssituationen jedoch nicht mit depressiven Antworten.

Andere Studien zeigen ebenfalls genderspezifische Unterschiede im Zusammenhang mit einer

depressiven Symptomatik bei Jugendlichen: So haben psychosoziale Variablen wie Stress und soziale Unterstützung bei Mädchen eine grössere Auswirkung als bei Knaben [37].

Psychotherapeutische, kognitive, verhaltenstherapeutische und medikamentöse Behandlungsmethoden zeigen ihre Wirksamkeit bei depressiven Störungen. Antidepressive Medikamente, vor allem der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern SSRI, haben den Vorrang gegenüber trizyklischen Antidepressiva, die sich bei Kindern und Jugendlichen als wenig wirksam erwiesen [28, 35]. Die SSRI haben eine nachgewiesene Wirksamkeit sowohl bei einer zugrunde liegenden affektiven Störung als auch z.B. bei Anpassungsstörungen oder im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Sie haben sich ebenfalls als wirksam bei der Behandlung von Angst, Zwangs- und Essstörungen gezeigt [35].

Depressive Erkrankungen zeigen durch ihre Multikausalität und ihre Ansprechbarkeit auf verschiedenste therapeutische Massnahmen beispielsweise die hoch komplexen Interaktionen von neurobiologischen Prozessen und umgebenden Einflüssen sowie die Plastizität von neuronalen Strukturen und Funktionen. Viele diesbezüglichen Fragen bleiben jedoch offen: Führt die Therapie zu strukturellen Modifikationen am Ort der psychischen Störung, oder sind die durch therapeutische Massnahmen induzierten Veränderungen unabhängige kompensatorische Prozesse, die an anderen, jedoch verbundenen Orten stattfinden [38]?

Schlussbetrachtungen

Ob psychische oder physische Krankheit und deren medizinische Behandlung, sind Auseinandersetzung, Bewältigung und letztlich Verarbeitung einer Krankheit individuell sehr unterschiedlich und hängen von multiplen sowohl intrapsychischen als auch externen Faktoren ab. Das subjektive Erleben und die persönliche Bedeutung der Krankheit werden von Glaubensinhalten, Werten und Zielvorstellungen geprägt. Psychotherapeutische Interventionen dienen der Sinn- und Bedeutungszuschreibung von Lebensereignissen, zu denen auch eine psychische oder somatische Krankheit gehört, die die Kontinuität im menschlichen Erleben unterbrochen hat. Wenn auch eine Krankheit wie z.B. ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom durch Psychopharmaka wesentlich gebessert werden kann, muss dem subjektiven Leiden des Betroffenen oft in einer psychotherapeutischen Beziehung begegnet werden.

Eine Pharmakotherapie vermag je nach Krankheitsbild eine Stimmung aufzuheitern, Gedanken zu ordnen, Ängste zu mildern, und kann helfen, den Alltag zu bewältigen und Beziehungen nicht zu zerstören, sogar auch ermöglichen, dass ein psychotherapeutischer Prozess kontinuierlich vollzogen werden kann.

Die psychotherapeutische Beziehung erlaubt, Sinn und Bedeutung des Geschehens zu verstehen, in der therapeutischen Beziehung zu lernen, mit überwältigenden Gefühlen, Gedanken, Vorstellungen und Phantasmen umzugehen und zu erfahren, dass alle psychischen Zustände in der therapeutischen Beziehung ausgedrückt und gehalten werden können. Durch Verarbeitung auf einer semantischen und symbolischen Ebene können emotionale und sensorische implizite Erinnerungen von erlebten Ereignissen in explizite Erinnerungen übersetzt werden, d.h. in deklaratives Gedächtnis umgewandelt und müssen nicht mehr durch Handlungen zum Ausdruck kommen.

Obwohl die Wissenschaften von Seele und Geist und diejenige des Körpers und Gehirns verschiedene Sprachen, Konzepte, Instrumente und Techniken notwendig machen und gebrauchen, ist es Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiater, die ebenso notwendige Integration beider Wissen und Können zu vollziehen, damit sie in der Behandlung ihrer Patienten und deren Familien mit beiden therapeutischen Möglichkeiten umzugehen wissen. Es gehört zum Bemühen der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Brücken zu schlagen und die vielfältigen Gebiete der Gemeinsamkeiten besser kennenzulernen.

Abschliessend sollen mit den Worten von Oliver Sachs ([39], S. 164) folgende Gedanken betont werden:

Neuropsychologie wie Neurologie sind bestrebt, gänzlich objektiv zu sein, ihre grosse Macht und ihre Fortschritte werden gerade dadurch erzielt. Aber eine lebendige Kreatur, und vor allem ein menschliches Wesen, ist und bleibt ein Subjekt und nicht ein Objekt. Es ist gerade das Subjekt, das lebende Ich, das ausgeschlossen bleibt.

Und dieses Subjekt sollten Kinder- und Jugendpsychiater in ihre Disziplin einschliessen. Welche therapeutischen Fortschritte durch die Psychopharmakologie auch immer erreicht werden, wird es Ziel der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bleiben, dem leidenden Individuum einen bedeutungsvollen Dialog und eine tragfähige Beziehung anzubieten, was manchmal recht schwierig sein kann, wie dies Kafka in seiner Erzählung «Ein Landarzt» ausdrückte: «Rezepte schreiben ist leicht, aber im Übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.»

Literatur

- 1 Freud S. Zur Einführung des Narzissmus. Gesammelte Werke, Zehnter Band. 1946. S. 137–70.
- 2 Freud S. Jenseits des Lustprinzips. Gesammelte Werke, Dreizehnter Band. 1940. S. 46–69.
- 3 Ostow M. Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy. New York: Basic Books; 1962.
- 4 Sanders L. Introductory comment. *Infant Ment Health J* 1998;19:280–1.
- 5 Stern D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1998;19:300–8.
- 6 Price BH, Adams RD, Coyle JT. Neurology and psychiatry, closing the great divide. *Neurology* 2000;54:8–14.
- 7 Woggon B. Behandlung mit Psychopharmaka, aktuell und massgeschneidert. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 1998.
- 8 Wölk W. Was ist ein Behandlungsplan? *Spektrum* 2001;30:85–6.
- 9 Kutcher SP. Child and Adolescent Psychopharmacology. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1997.
- 10 Glaser D. Child abuse and neglect and the brain – a review. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:97–116.
- 11 Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:916–24.
- 12 Schleiffer R. Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997;46:645–59.
- 13 Plomin R. Genetics and children's experiences in the family. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:33–68.
- 14 Plomin R, Rutter M. Child development, molecular genetics and what do we do with genes once they are found. *Child Dev* 1998;69:1223–42.
- 15 Peters BR, Atkins MS, McKay MM. Adopted children's behavior problems: a review of five explanatory models. *Clin Psychol Rev* 1999;19:297–328.
- 16 Tienary PJ, Wynne LC. Adoption studies of schizophrenia. *Ann Med* 1994;26:223–37.
- 17 Jacob F. La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité. Paris: Gallimard, coll. «Bibliothèque des sciences humaines»; 1970.
- 18 van der Kolk BA. Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1998;1:19–35.
- 19 Kaudal E, Jessel T. Early experience and the fine tuning of synaptic connections. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM, editors. *Principles of Neural Science*. New York: Elsevier; 1991. p. 945–58.
- 20 Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Society of Biological Psychiatry* 2000;48:778–90.
- 21 van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. New York: Guilford Press; 1996.
- 22 Le Doux J. The Emotional Brain. New York: Simon & Schuster; 1996.
- 23 Bremner J, Narayan M. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications for childhood development and aging. *Dev Psychopathol* 1998;10:871–85.
- 24 Kaufman J, Birmaher B, Perel J, Dahl RE, Moreci P, Nelson B, et al. The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biol Psychiatry* 1997;42:669–79.
- 25 Gunnar MR. Quality of early care and buffering of neuro-endocrine stress reactions: potential effects on the developing human brain. *Prev Med* 1998;27:208–11.
- 26 Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S, Parritz R, Buss K. Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *Child Dev* 1996;67:508–22.
- 27 Kleist P. Immer noch Waisenkinder der Medizin. Die Entwicklung sicherer und wirksamer Arzneimittel für Kinder ist nach wie vor mit einer Vielzahl von Problemen verbunden. *Schweiz Ärztezeitung* 2001;82:2221–6.
- 28 Trott GE. Psychotherapy and pharmacotherapy as mutually complementary treatments. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1996;24:229–30.
- 29 Keepers GA, Clappison VJ, Casey DE. Initial anticholinergic prophylaxis for neuroleptic-induced extrapyramidal syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1113–7.
- 30 Fonagy P, Target M. Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc* 1996;44:27–77.
- 31 Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:45–55.
- 32 Bürgin D. Zur Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse* 1992;1:22–45.
- 33 Bürgin D. Pharmako- und Psychotherapie in der Kinderpsychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 1983;132:225–38 [Vortrag am Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie vom 4. 6. 1982].
- 34 Martin A, Kaufman J, Charney D. Pharmacotherapy of early-onset depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:135–57.
- 35 von Aster M, Schulz E, Braun-Scharm H, Woggon B. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81:2912–6.
- 36 Rudolph KD, Hammen C. Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Dev* 1999;70:660–77.
- 37 Schraedley PK, Gotlib IH, Hayward C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health* 1999;25:98–108.
- 38 Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156:505–24.
- 39 Sacks OA. Leg to Stand on. London: Duckworth; 1984.