

ZAPPELPHILIPP UND TRAUMSUSE

ADHS im Kindergartenalter

— Auch beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS), das nach Dr. Alexander von Gontard schon im Vorschulalter erkennbar ist, liegt der Schlüssel in einer differenzierten Diagnose. „Sehr wichtig bei jüngeren Kindern ist die Abgrenzung gegenüber der entwicklungsbedingten Hyperaktivität: Kleinkinder dürfen eine vermehrte motorische Aktivität zeigen“, erklärte der Psychologe. Daneben müssen



ADHS oder bloß Bewegungsmangel?

komorbide Störungen und andere Erkrankungen, die mit Hyperaktivität einhergehen, beachtet werden. Wichtigstes Beispiel ist die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD).

Besonderheiten der ADHS im Vorschulalter sind Störungen des Sprechens oder der Sprache sowie kognitive Defizite und Defizite in sozialer Interaktion, Kompetenzen und Beziehungen zu Gleichaltrigen. Der hyperaktive und impulsive Typ überwiegt in dieser Altersgruppe.

„Im Vorschulalter sollte eine Psychotherapie in Form von Elternterapie immer die erste Wahl sein“, so der Rat des Experten. Ist doch z. B. Methylphenidat angezeigt (ab vollendetem dritten Lebensjahr einsetzbar) sind Nebenwirkungen wie verlangsamtes Wachstum gründlich abzuwägen. Von Gontard betonte, dass sich die externalisierte Störung ADHS nicht „auswächst“ und unbedingt behandelt werden muss.

DR. CLAUDIA HESS ■

■ Veranstaltung: Pädiatrie-Update, Wiesbaden, 30.–31. Mai 2008

VERHALTENAUFFÄLLIGES KIND

Wo liegt die Grenze zur psychischen Störung?

— Was ist „normal“ bei einem Kind? Immer stärker liegt in den letzten Jahren ein Fokus der Kinder- und Jugendmedizin auf entwicklungspsychologischen Aspekten wie Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen sowie seelischen Störungen.

Vorschul-, Schul- und Jugendalter stellen entwicklungspsychologisch getrennte Stufen dar. Dr. Alexander von Gontard vom Universitätsklinikum des Saarlandes hob deshalb die Wichtigkeit einer separa-

ten Sichtweise dieser Altersstufen hervor. „Psychische Störungen sind im frühen Kindesalter mindestens genauso häufig wie zu einem späteren Zeitpunkt“, betonte von Gontard. „Sie werden nur oft übersehen oder als nicht behandlungsbedürftig angesehen.“ Er wies auf neue Diagnostik-Leitlinien der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung hin. Kritisch ist der Zeitfaktor, mindestens drei bis fünf Sitzungen à 45 Minuten werden für die Diagnostik empfohlen.

WENN DER WEG DUNKEL WIRD

Depressionen bei Jugendlichen werden oft nicht erkannt

— Gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Interessensverlust oder ein Knacks im Selbstwertgefühl: Oft werden solche Symptome als Begleiterscheinungen der Pubertät gedeutet. Depressionen bei Jugendlichen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag bis hin zu Suizidgedanken führen können, bleiben daher häufig unbehandelt. Mädchen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Zur Behandlung eignen sich psychotherapeutische Verfahren wie kognitive Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining oder familientherapeutische Inter-

ventionen. Wegen der Rückfallhäufigkeit sind Nachkontrollen und eine Begleitung auch nach Therapieende ein absolutes Muss. Ist eine Pharmakotherapie notwendig, sollten die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) erste Wahl sein. Auch hier spielen die bekannten Nebenwirkungen wie Diarrhö, Tremor, Unruhe, Schlafstörungen und besonders die mögliche Suizidalität eine wichtige Rolle bei der Therapieentscheidung. Sinnvoll ist daher die Kombination beider Therapien; sie führt am schnellsten zur Überwindung einer depressiven Episode.

AUSSCHIEDUNGSSTÖRUNGEN BEI SCHULKINDERN

Vor Angst in die Hose gemacht?

— Bei Kindern im Schulalter sind Ausscheidungsstörungen häufige Themen beim Arztbesuch. Die Leitlinien der International Children's Continence Society unterscheiden folgende Typen: Nässt ein Kind tags und nachts ein, hat es zwei Diagnosen: Harninkontinenz und Enuresis nocturna. Auch bei Enkopresis ist es wichtig, zwischen zwei Störungen zu differenzieren: der funktionellen Obstipation und der nicht retentiven Stuhlinkontinenz.

In einer aktuellen Studie zur Enuresis nocturna zeigten die betroffenen Kinder kognitive Auffälligkeiten. Damit wird die

Hypothese, dass die Erkrankung eine Störung des ZNS darstellt, untermauert. Die IQ-Unterschiede zur Kontrollgruppe waren jedoch in den allermeisten Fällen gering.

Kinder mit Einkoten wiesen ein heterogenes Muster von psychischen Auffälligkeiten wie z.B. Trennungs- und allgemeine Ängste, soziale Phobien, ADHS oder Depressionen auf. Besonders Patienten mit hoher Einkotfrequenz litten unter diesen Störungen. Diese Zusammenhänge sollten bei Diagnostik und Therapie beachtet werden.