

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/001 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage 2007 (ISBN: 978-3-7691-0492-9), Seite 1 - 12

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Das Krankheitsbild umfasst psychische Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, z.B. bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Hirn direkt oder in besonderem Maße betreffen, oder sekundär, z.B. bei Systemerkrankungen oder Störungen, die auf das Gehirn nur als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen übergreifen.

Wesentliches Merkmal der Störung sind auffällige und tief greifende Veränderungen gegenüber dem prämorbidem Verhalten, die sich auf kognitive Fähigkeiten, Affektlage, Bedürfnisse und Handlungen beziehen. Die Veränderungen können sich stärker auf den kognitiven Bereich erstrecken und äußern sich dann in einer Unfähigkeit oder reduzierten Fähigkeit, eigene Handlungen zu planen und ihre wahrscheinlichen Konsequenzen vorauszusehen, wie beim sog. Frontalhirnsyndrom. Sie können sich aber auch überwiegend im emotionalen Bereich manifestieren, wobei emotionale Labilität, Stimmungsumschwünge, Reizbarkeit, Wut und Aggressionszustände oder auch Apathie im Vordergrund stehen.

Durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen verursachte Störungen der Hirnfunktion, die dem Wesen nach zu dieser Gruppe gehören, werden an anderer Stelle klassifiziert (F10-F19). Interventionen und Behandlung können aber weitgehend den weiter unten aufgeführten Leitlinien entsprechen.

1.2 Leitsymptome

Organische Persönlichkeitsstörungen

Der zeitliche Zusammenhang der Persönlichkeitsveränderung mit einer Hirnerkrankung, Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung muss gegeben sein oder als wahrscheinlich gelten. Darüber hinaus gründet sich die Diagnose auf mindestens 2 der folgenden Merkmale:

- Andauernd reduzierte Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über längere Zeiträume durchzuhalten und Befriedigungen aufzuschieben
- Verändertes emotionales Verhalten, das durch emotionale Labilität, flache und ungerechtfertigte Fröhlichkeit (Euphorie, inadäquate Witzelsucht) und leichten Wechsel zu Reizbarkeit oder kurz andauernden Ausbrüchen von Wut und Aggression charakterisiert ist; in manchen Fällen kann Apathie mehr im Vordergrund stehen
- Äußerungen von Bedürfnissen und Impulsen meist ohne Berücksichtigung von Konsequenzen oder sozialen Konventionen (der Patient kann unsoziale Handlungen begehen, wie Stehlen, unangemessene sexuelle Annäherungsversuche, gieriges Essen, oder die Körperpflege vernachlässigen)
- Kognitive Störungen in Form von Misstrauen oder paranoidem Denken und/oder exzessiver Beschäftigung mit einem einzigen, meist abstrakten Thema (z.B. Religion, Recht und Unrecht)
- Auffällige Veränderungen in der Sprachproduktion und des Redeflusses, Umständlichkeit, Begriffsunschärfe, zähflüssiges Denken und Schreibsucht
- Verändertes Sexualverhalten (verminderte Sexualität oder Wechsel in der sexuellen Präferenz).

Dazugehörige Begriffe sind: Frontalhirnsyndrom, Leukotomiesyndrom, Lobotomiesyndrom, organische Pseudopsychopathie, organische pseudoretardierte Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung bei limbischer Epilepsie.

Postenzephalitisches Syndrom (F07.1)

Führendes Merkmal ist eine häufig bleibende Verhaltensänderung nach einer viralen oder bakteriellen Enzephalitis, die, je nach Alter und Entwicklungsstand, interindividuell variabel ist und, je nach Erreger, auch unterschiedlich verlaufen kann. In manchen Fällen ist die Symptomatik auch teilweise oder ganz reversibel, was einen Unterschied zur organischen Persönlichkeitsstörung darstellt. Im Einzelnen sind folgende Symptome für die Störung charakteristisch:

- Allgemeines Unwohlsein, Apathie oder Reizbarkeit
- Einschränkung kognitiver Funktionen, die sich als Tempoverlangsamung und Lernstörung bemerkbar macht
- Veränderung vegetativer Funktionen (Ess-, Schlaf- und Sexualverhalten)
- Deutliche Einschränkung der sozialen Anpassung und der sozialen Urteilsfähigkeit
- Bleibende neurologische Funktionsstörung wie Lähmung, Taubheit, Aphasie, Apraxie oder Akalkulie.

Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2)

Die für das Syndrom kennzeichnenden Veränderungen ergeben sich definitionsgemäß nach einem Schädelhirntrauma ausreichender Schwere (der Schweregrad bemisst sich nach der Dauer des Bewusstseinsverlustes) und umfassen folgende Symptome:

- Vegetative Symptome wie Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Wetterfühlbarkeit
- Einschränkung kognitiver Funktionen wie Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Verlangsamung des psychischen Tempos und Umstellungserschweris
- Emotionale Störungen wie Ängstlichkeit, depressive Verstimmung oder Reizbarkeit
- Mitunter auch hypochondrische Befürchtungen, deutlich verringertes Selbstwertgefühl und Flucht in eine Krankenrolle.

Man nimmt an, dass die Symptomatik sowohl durch organische Faktoren als auch durch deren psychische Verarbeitung bedingt ist.

Dazugehörige Begriffe sind: nichtpsychotisches posttraumatisches (organisches) Psychosyndrom, postkommotionelles Syndrom, postkontusionelles Syndrom (Enzephalopathie).

Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07.8)

Diese Kategorie umfasst eine Reihe von kognitiven und affektiven Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die den bisher genannten Syndromen nicht zugeordnet werden können. Als noch einigermaßen abgrenzbares Syndrom lässt sich die "rechts-hemisphärisch bedingte affektive Störung" herausstellen, die durch eine Einschränkung der Fähigkeit, Emotionen auszudrücken oder zu erkennen, gekennzeichnet ist und die bei Patienten mit einer rechts-hemisphärischen Störung vorkommt. Diese wirken im ersten Eindruck oft depressiv, in Wirklichkeit sind sie aber nur unzureichend in der Lage, Emotionen auszudrücken.

In die Rubrik F07.8 gehören ferner weitere Störungsmuster:

- Jedes andere umschriebene, aber nur vermutete Syndrom einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung als Folge einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, das nicht unter F07.0-F07.2 fällt
- Zustandsbilder mit leichter kognitiver Störung, die noch nicht das Ausmaß einer Demenz bei kontinuierlich fortschreitenden Störungen erreicht haben.

1.3 Schweregradeinteilung

Keine bekannt.

1.4 Untergruppen

Die organisch bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F07) gliedern sich in folgende Untergruppen auf:

- Organische Persönlichkeitsstörung (F07.0)
- Postenzephalitisches Syndrom (F07.1)
- Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2)
- Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07.8).

Im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) werden die organisch bedingten Persönlichkeitsstörungen durch die vorherrschende Symptomatik näher beschrieben (affektiv labiler, enthemmter, aggressiver, apathischer, paranoider Typus sowie die Restkategorien anderer, kombinierter und nicht näher bezeichneter Typen).

1.5 Ausschlussdiagnose

- Störungen, die mit erheblicher Beeinträchtigung kognitiver Funktionen und/oder des Sensoriums einhergehen (Demenz, amnestisches Syndrom, Delir: F00-F05)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder nach psychischer Krankheit (F62.0, F62.1)
- Persönlichkeitsstörungen (F60, F61).

2. Störungsspezifische Diagnostik

Die Bedeutung der Lokalisation von Hirnschädigungen im Kindesalter wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Als gesichert kann angesehen werden, dass infolge der Plastizität des kindlichen Gehirns die klassischen hirnllokalen Ausfälle und Syndrome des Erwachsenenalters erst in der Adoleszenz einigermaßen sicher diagnostiziert werden können. Unabhängig von dieser Frage sind die folgenden 6 diagnostischen Maßnahmenbündel durchzuführen:

- Genaue Erhebung der Vorgeschichte unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhangsfrage
- Sorgfältige und vollständige neurologische Untersuchung
- Umfassende klinisch-psychopathologische Untersuchung
- Testpsychologische und neuropsychologische Untersuchung
- Untersuchung mithilfe elektrophysiologischer Verfahren (EEG, evozierte Potenziale) und bildgebender Verfahren (Röntgen, CT, MRT, ggf. Positronen-Emissions-Tomographie)

- Laborchemische Untersuchung, je nach Syndrom bzw. einzelfallspezifischen Verdachtsmomenten.

2.1 Symptomatik

Die Symptomatik der einzelnen Syndrome ergibt sich aus der Anamnese, der Exploration und der klinischen Beobachtung. Sie wird detaillierter und spezifisch erhoben durch die testpsychologische und neuropsychologische Untersuchung, deren Ergebnisse zu jenen der elektrophysiologischen und bildgebenden Verfahren in Beziehung gesetzt werden.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern oder anderen Bezugspersonen:

- Eruiieren der prämorbidn Persönlichkeitsstruktur und des prämorbidn Verhaltens durch Befragung von Bezugspersonen, ggf. Heranziehung von externen Beurteilungen durch Lehrer oder Erzieher. Insbesondere Abklärung prämorbidn Störungen, die in kausalem Zusammenhang mit der Hirnschädigung stehen können (z.B. Hyperkinetisches Syndrom als möglicher Risikofaktor für ein Schädelhirntrauma)
- Sorgfältige Klärung der Zusammenhangsfrage zwischen dem schädigenden Ereignis (z.B. Tumor, Enzephalitis, Schädelhirntrauma) und der Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsveränderung
- Klärung der Bedingungen nach Einsetzen des schädigenden Ereignisses. Dabei geht es um die Verarbeitung der Schädigung durch das Kind, um die familiäre Situation (strukturelle Besonderheiten in der Familie, Reaktionen auf das schädigende Ereignis) und um die schulischen oder beruflichen Anforderungen

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Gehäuft kommen vor: Selbstwertprobleme, depressive Verstimmungen und Versagensängste, mitunter auch hypochondrische Befürchtungen und eine Vielzahl kognitiver Auffälligkeiten.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Eltern, anderen Bezugspersonen und den Patienten selbst: Die Klärung der störungsspezifischen Rahmenbedingungen erstreckt sich auf 3 Bereiche:

- Bedingungen vor dem schädigenden Ereignis: Hierbei geht es um mögliche zerebrale Vorschädigungen des Kindes, mögliche Verhaltens- oder Persönlichkeitsauffälligkeiten vor dem schädigenden Ereignis und das Lebensumfeld des Kindes oder Jugendlichen in Schule, Familie und Beruf.
- Bedingungen und Folgen im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis: Erhebungen sind anzustellen über die Art und Schwere des schädigenden Ereignisses (z.B. Hirntrauma), über mögliche neuropsychologische Störungen (Aphasien, Apraxien), über intellektuelle und kognitive Leistungsausfälle sowie über emotionale Störungen und ihre möglichen zerebralen oder psychoreaktiven Komponenten.
- Bedingungen nach dem schädigenden Ereignis: Hier geht es um die Verarbeitung der zerebralen Schädigung oder Funktionsstörung durch das Kind, die familiäre Situation sowie die möglichen schulischen und beruflichen Anforderungen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Apparative Diagnostik

Sie umfasst, sofern keine einschlägigen Vorbefunde vorliegen, die gängigen elektrophysiologischen Verfahren (EEG, evozierte Potenziale) und die modernen bildgebenden Verfahren (Schädelübersichts- und Spezialaufnahmen, CT, MRT, Positronen-Emissions-Tomographie). Die Indikation ergibt sich aus der Symptomatik und den Entstehungsbedingungen für Hirnschädigungen bzw. Hirnfunktionsstörungen.

Laboruntersuchungen

Sie umfassen neben der allgemeinen Labordiagnostik (Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte etc.) störungsabhängig und indikationsgeleitet spezielle Untersuchungsmethoden, die sich vor allem auf die Liquordiagnostik beziehen (Liquorzitogramm, Liquor-Elektrophorese).

Psychologische Untersuchung

Die allgemeine testpsychologische Untersuchung erstreckt sich auf die Feststellung des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus (Intelligenz- und Leistungstests) sowie auf den emotionalen Bereich und die Persönlichkeit (objektive und ggf. auch projektive Persönlichkeitstests).

Die spezielle neuropsychologische Untersuchung zielt darauf ab, umschriebene Defizite oder auch besondere Fähigkeiten bzw. Restfähigkeiten zu objektivieren. Hier geht es z.B. um Gedächtnis (Gedächtnistests), Lernfähigkeit und visuomotorische Fähigkeiten (GFT, DCS), Reagibilität und Reaktionszeitverhalten (z.B. Wiener-Determinationsgerät) und um den Versuch (trotz der altersgegebenen Einschränkungen), hirnlokale Syndrome festzustellen. In diesem Sinne kann bei Verdacht auf ein Frontalhirnsyndrom der Object-Sorting-Test durchgeführt werden, bei Verdacht auf Aphasien der Token-Test oder der Aachener-Aphasie-Test (allerdings für Erwachsene entwickelt). Die Konzentration kann mit dem d2-Aufmerksamkeits-Belastungstest oder mit Untertests aus den Wechsler-Skalen überprüft werden. Letztere sollten in jedem Falle zur Kennzeichnung des kognitiven Leistungsprofils vollständig durchgeführt werden (HAWIK-III, HAWIE-R). Einer differenzierten Prüfung der intellektuellen Fähigkeiten dient auch die Kaufman-Testbatterie (K-ABC).

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Sie ergibt sich jeweils aus der Symptomatik, dem möglichen Entstehungszusammenhang und der aktuellen Problematik.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

- Aufwendige Doppeluntersuchungen
- Bildgebende Diagnostik nur bei bislang ungeklärter Ursache
- Projektive Verfahren
- Familiendiagnostische Verfahren.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Dieser erste Schritt wird dadurch erschwert, dass die Abgrenzung der einzelnen Untergruppen voneinander aufgrund der sich überlappenden Symptomatik nicht einfach ist. Die Zuordnung der Symptomatik zu den einzelnen Syndromen ergibt sich meist aus der Klärung der Zusammenhangsfrage (s. Abb. 1 und 2).

Abb. 1: Diagnostische Kriterien, Klassifikation und Differenzialdiagnosen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

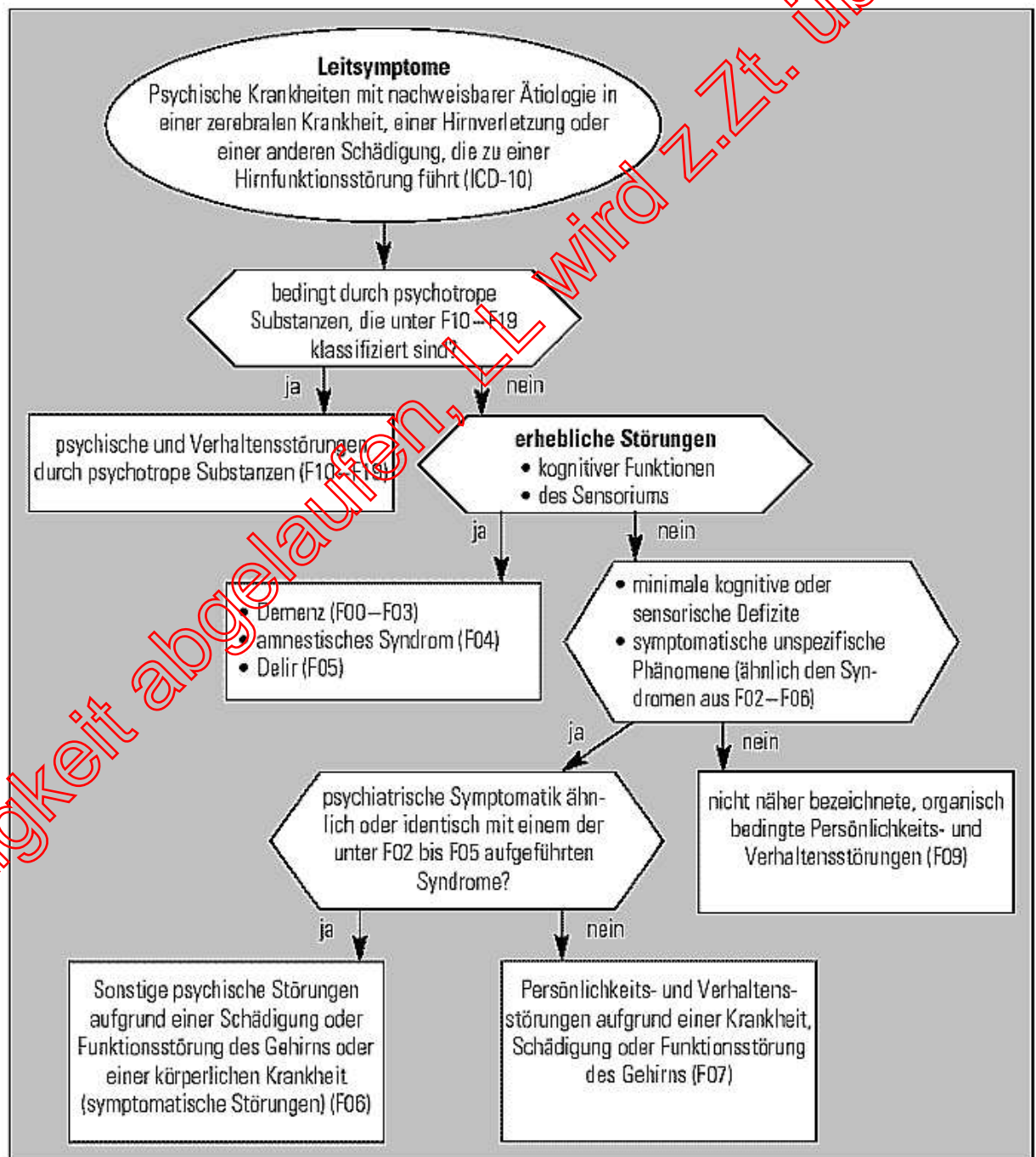
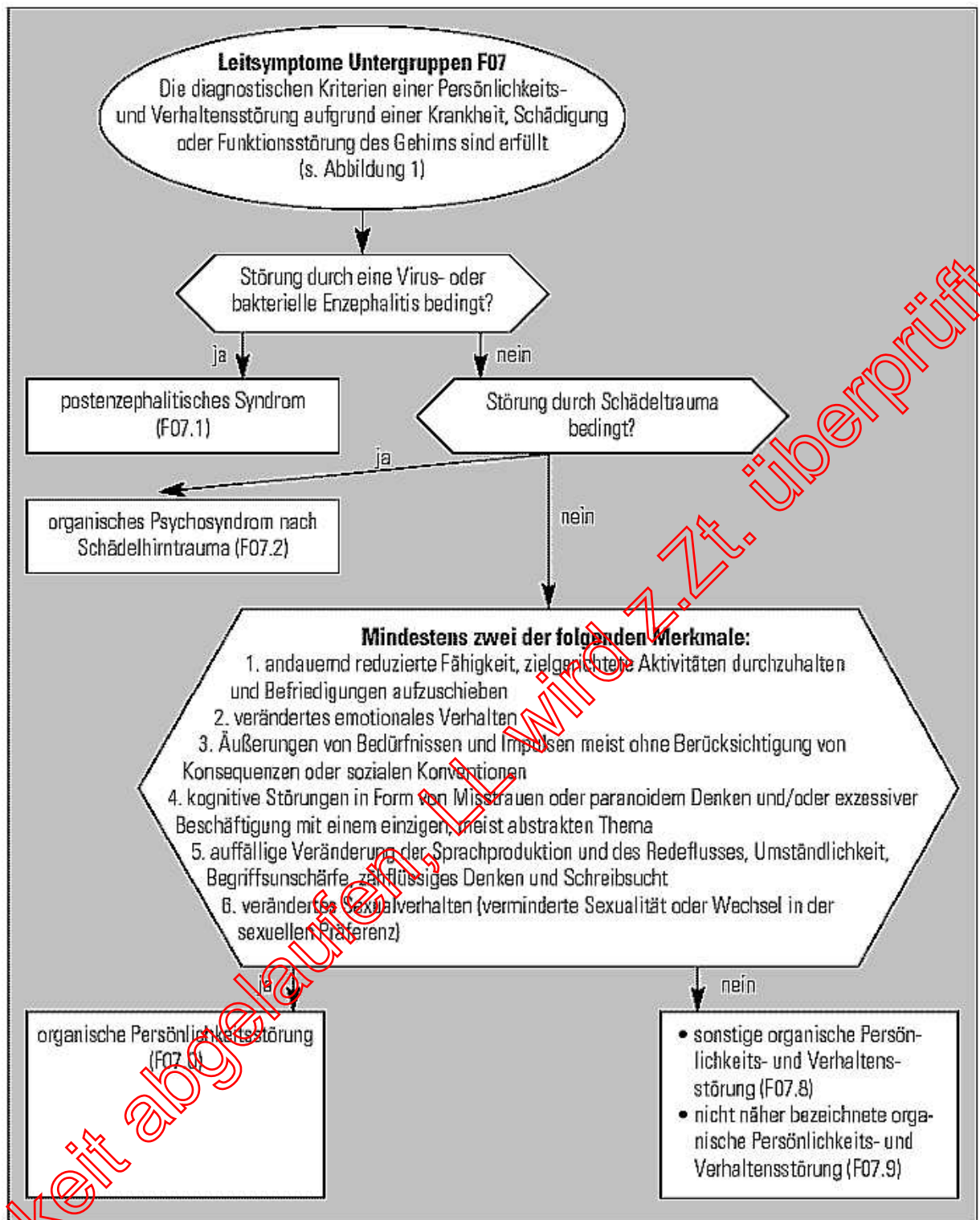


Abb. 2: Klassifikation der Untergruppen nach diagnostischen Kriterien bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns



3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Zunächst geht es um die Klärung der Frage, ob vor dem schädigenden Ereignis umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse II) oder kognitive Einschränkungen (Achse III) vorhanden waren, die die Symptomatik zusätzlich beeinflussen haben könnten. Dies geschieht über anamnestische Erhebungen und die Hinzuziehung etwaiger Vorbefunde oder schulischer Leistungsnachweise. Weitere organische Faktoren des Gehirns oder anderer Organe (Achse IV), ebenso wie die psychosozialen und familiären Umstände (Achse V) und das Niveau der psychosozialen Anpassung (Achse VI), müssen im Hinblick auf die Erstellung eines Therapieplanes berücksichtigt werden, um insbesondere eine Überforderung des Patienten bzw. seiner Familie durch die Therapie zu vermeiden.

3.3 Differentialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

- Andere hirnorganische Störungen (s. Abb. 1 und 2)
- Prämorbid Störungen mit möglichem Einfluss auf die Symptomatik (z.B. Hyperkinetisches Syndrom, Teilleistungsstörungen)
- Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60-F60.9)
- Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (F61)

- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirnes (F62).

4. Interventionen

Die organische Persönlichkeitsstörung und ihre Untergruppen sind chronische Syndrome, die einer langfristigen therapeutischen bzw. rehabilitativen Intervention bedürfen, welche vom Alter und Entwicklungsstand des Patienten, vom Schweregrad der Störung, von etwaigen zusätzlichen Komplikationen (z.B. epileptischen Anfällen bzw. der Komorbidität) und von den familiären bzw. psychosozialen Bedingungen des jeweiligen Lebensumfeldes abhängen. Da die möglichen oder auch Erfolg versprechenden Maßnahmen sich bei den einzelnen Untergruppen (Syndromen) stark überlappen, empfiehlt es sich, die einzelnen Interventionsmaßnahmen nach bestimmten Zielbereichen auszurichten, die bei allen Untergruppen (Syndromen) mehr oder weniger ausgeprägt vorkommen können.

4.1 Auswahl des Interventions-Settings

Die Auswahl des Interventions-Settings ist abhängig von

- den zu erwartenden zeitlichen Rahmenbedingungen (Krisenintervention oder langfristige Behandlung)
- dem Schweregrad der Störung (bestimmt durch das Vorliegen neurologischer Ausfallserscheinungen, das kognitive Leistungsniveau und das Niveau der psychosozialen Anpassung an die jeweilige Lebenssituation)
- dem Alter und Entwicklungsstand des Patienten
- den vorhandenen familiären Ressourcen

Ein höherer Schweregrad der Störung bedingt in der Regel auch intensivere therapeutische Maßnahmen, die oft nur in teil- oder vollstationären Einrichtungen erbracht werden können. Die Entscheidung zwischen Klinik und Rehabilitationseinrichtung ist in Abhängigkeit von zeitlicher Perspektive und erforderlicher Behandlungsintensität zu treffen.

Indikationen für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Aufnahme.

- Diagnostische Abklärung mit Einleitung weitergehender Behandlungsmaßnahmen
- Krisenintervention bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung
- Intensive Behandlung definierter Symptombereiche, die in vertretbarer Zeit Erfolg versprechend durchgeführt werden kann.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Je nach Auffälligkeitsart und Zielsymptomatik empfiehlt sich ein multimodales Vorgehen. Das übergeordnete Ziel aller Maßnahmen ist, die jeweiligen Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, ihren alterstypischen Aufgaben gerecht zu werden. Im Einzelnen geht es dabei um die Förderung in folgenden Zielbereichen:

Kognitiver Bereich

Bei im Vordergrund stehenden Störungen in diesem Bereich können, je nach Alter, Entwicklungsstand und Schweregrad, Übungsprogramme angewandt werden, die sich an entsprechende diagnostische Maßnahmen anschließen und die zur Verbesserung von Einschränkungen in der Konzentrationsfähigkeit, im Gedächtnisbereich, im Lernverhalten, im Denken und im Problemlösen geeignet sind. Entscheidend ist, dass es nicht beim Üben in einer Einzelsituation bleibt, sondern dass der Transfer in eine Gruppensituation oder eine Realsituation mit praktischen Anforderungen gelingt. Letzteres geschieht z.B. bei Jugendlichen im Rahmen einer Berufsfelderprobung mit kontinuierlich steigenden Leistungsanforderungen.

Emotionaler Bereich

Bei ausgeprägter Affektlabilität und starker depressiver Verstimmung empfiehlt sich ein Behandlungsversuch mit Antidepressiva. Ängste und Zwangssymptome lassen sich in der Regel durch Verhaltenstherapie positiv beeinflussen.

Sozialverhalten

Störungen im Sozialverhalten lassen sich erfahrungsgemäß am schwersten beeinflussen. Es lohnt sich jedoch der Versuch, dem Patienten Einsicht in soziale Problemlagen und in die Konsequenzen von Handlungen zu vermitteln. Hierfür existieren soziale Trainingsprogramme, die auf den Abbau unangemessener Verhaltensweisen und den Aufbau von sozialer Kompetenz abzielen. Bei ausgeprägter Aggressivität kann eine medikamentöse Behandlung indiziert sein, insbesondere wenn diese mit fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten einhergeht.

Impulskontrolle

Bei Patienten, die ihre Handlungsimpulse unzureichend kontrollieren können, sind Übungen bzw. Behandlungsprogramme empfehlenswert, die auch bei hyperkinetischen Kindern angewandt werden und zum Ziel haben, zwischen Handlungsimpuls und Handlungsausführung eine reflexive Zäsur einzubauen nach dem Motto: "Erst denken, dann handeln". Zusätzlich kann eine medikamentöse Behandlung indiziert sein.

Vegetative Symptome

Vegetative Symptome wie Schlafstörungen oder Essstörungen können, je nach Schwere und Ausmaß, verhaltenstherapeutisch und/oder medikamentös behandelt werden.

Neurologische Ausfallserscheinungen und neuropsychologische Syndrome

Bei neurologischen Ausfallserscheinungen (z.B. Lähmungen) sind, wie auch bei autochthonen neurologischen Erkrankungen, Krankengymnastik und Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt. Bei neuropsychologischen Syndromen (Aphasie, Apraxie, Akalkulie) müssen gezielte Übungsprogramme, die den jeweiligen Störungsbereich zum Fokus haben, durchgeführt werden. Bei Vorliegen epileptischer Anfälle ist eine entsprechende antiepileptische Behandlung

einzuleiten.

Psychotherapie

Bewährt hat sich hier ein verhaltenstherapeutischer Ansatz mit dem Ziel, möglichst viel Alltagsnähe zu vermitteln und gezielte, symptombezogene Verbesserungen zu erreichen. Ein tiefenpsychologisch fundierter Therapiezugang ist nur in seltenen Fällen gegeben und aussichtsreich.

Medikamentöse Behandlung

Hier ist aufgrund der vorbestehenden oder anzunehmenden Hirnschädigung besondere Vorsicht geboten (z.B. Senkung der Krampfschwelle, paradoxe Wirkungen, Zunahme kognitiver Defizite). Je nach Auffälligkeiten des Patienten kann aber eine Indikation für eine medikamentöse Behandlung gegeben sein.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Bei leichtem Schweregrad der Störung ist, wo immer möglich, eine ambulante Behandlung durchzuführen. Der Schweregrad kann nach der Symptomatik und der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse V) eingeschätzt werden. Ambulante Behandlung beinhaltet:

- Psychotherapeutische und/oder medikamentöse Beeinflussung von Problemverhalten und Symptomen
- Durchführung von Förder- und Trainingsprogrammen
- Einbeziehung der unmittelbaren Bezugspersonen in den Behandlungsplan
- Koordination und Verordnung zusätzlicher Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Logopädie)
- Beratung über weitere Fördermöglichkeiten (z.B. durch Schule, Jugendamt, Arbeitsamt)
- Aufgrund des oft chronischen Verlaufs Bereitschaft zu langfristiger Betreuung.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Die teilstationäre Behandlung hat den Vorteil, über einen längeren Zeitraum hochstrukturierte Behandlungsprogramme zu ermöglichen, wobei der Transfer in das häusliche Milieu unmittelbar beobachtet und beurteilt werden kann. Dem stehen folgende Nachteile gegenüber:

- Aufgrund der Grunderkrankung bestehen evtl. größere Schwierigkeiten, den täglichen Milieuwechsel von Familie und Tagesklinik zu verkraften.
- Die Patienten sind für längere Zeit aus dem schulischen bzw. beruflichen Umfeld herausgenommen.
- Die Patienten profitieren evtl. weniger von den in Tageskliniken üblichen Gruppenstrukturen.
- Zeitlich begrenzte Behandlung.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Die stationäre Behandlung bleibt, wenn man von Kriseninterventionen kürzerer Dauer absieht, schweren Fällen mit sehr ausgeprägten neurologischen Ausfallserscheinungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten vorbehalten, die häufig anschließend einer Rehabilitationsbehandlung bedürfen.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Sie sind immer dann erforderlich, wenn aufgrund von chronischen neurologischen oder neuropsychologischen Folgezuständen sowie extremen kognitiven und/oder emotionalen Auffälligkeiten eine ambulante und teilstationäre Behandlung nicht hinreichend ist, um eine Reintegration in das jeweilige Lebensumfeld zu ermöglichen. Ist zu erwarten, dass durch eine kurzfristige Rehabilitation (bis 6 Monate) eine akzeptable Reintegration in den alterstypischen Lebensbereich erwartet werden kann, so kann Jugendhilfe in Anspruch genommen werden (KJHG); bei chronifizierten Störungen ist die Zuständigkeit des BSHG gegeben.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und der Seltenheit im Kindes- und Jugendalter liegen nur unzureichende Wirksamkeitsnachweise einzelner Interventionsmaßnahmen und Behandlungsformen vor. Analogschlüsse aus dem Erwachsenenalter sind nur begrenzt möglich. Nootropika sind bisher einen überzeugenden Wirkungsnachweis schuldig geblieben.

Rein konfliktorientierte, psychodynamische Behandlungsansätze sind in der Regel nicht indiziert. Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf zusammengetragenem Erfahrungswissen respektierter Experten beruht (V).

Literatur:

1. Esser G, Schmidt MH (1987) Minimale cerebrale Dysfunktion - Leerformel oder Syndrom? Enke, Stuttgart
2. Franulic A et al., Organic personality disorder after traumatic brain injury: Cognitive, anatomical, and psychosocial factors. A six months follow-up. Brain Injury (2000), 14, 431-439
3. Geddes JF et al., Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage. Brain (2001), 124, 1290-1298
4. Goodman R (2003) Brain disorders. In: Rutter M, Taylor E (Ed.), Child and adolescent psychiatry, 4. ed., Blackwell, Oxford
5. Kapfhammer HP, Organisches Psychosyndrom. Internist (2001), 42, 1387-1406
6. Leviton A, Dammann O, Brain damage markers in children. Neurobiological and clinical aspects. Acta Paediatr (2002), 91, 9-13

7. Levin HS, Hanten G, Executive functions after traumatic brain injury in children. *Pediatric Neurology* (2005), 33, 79-93
8. Limond J, Leeke R, Practitioner review: Cognitive rehabilitation for children with acquired brain injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (2005), 46, 339-352
9. Lösslein H, Deike-Beth C (2000) Hirnfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Neuropsychologische Untersuchungen für die Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
10. Michaelis R, Niemann G (1999) Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Grundlagen und diagnostische Strategien, 2. Aufl. Hippokrates, Stuttgart
11. Neuhäuser G (1985) Psychische Störungen nach entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. II. Thieme, Stuttgart
12. Neuhäuser G, Heubrock D (2000) Neuropsychologische Störungen. In: Petermann F (Hrg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 4. Aufl., 323-357. Hogrefe, Göttingen
13. Remschmidt H, Stutte H (1980) Neuropsychiatrische Folgen nach Schädel-Hirn-Traumen im Kindes- und Jugendalter. Huber, Bern, Stuttgart, Wien
14. Ruf-Bächtiger L (2003) Frühkindliches psychoorganisches Syndrom, POS, ADS, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart
15. Rutter M, Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (1977), 18, 1-21
16. Teeter PA, Semrud-Cleikman N (1997) Child neuropsychology. Assessment and interventions for neurodevelopmental disorders. Allyn & Bacon, Boston
17. Wetterling T (2005) Organische psychische Störungen. Hirnorganische Psychosyndrome. Steinkopff, Darmstadt
18. Whitaker AH, Birmaher B, Williams D (2001) Traumatic and infectious brain injury in children: Psychiatric sequelae. In: Lewis M (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry*. 4. ed., 431-447. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter

Helmut Remschmidt, Klaus Hennighausen

Jetziger Bearbeiter dieser Leitlinie

Helmut Remschmidt

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Klinik für Kindes- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
der Philipps-Universität Marburg
Hans-Sachs-Straße 6
D - 35039 Marburg
Tel.: 06421 / 286-6260
Fax: 06421 / 286-8975
e-mail: remschm@post.med.uni-marburg.de

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überarbeitung geplant:

k.A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)
Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)
Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.01.2008; 12:46:10

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft