



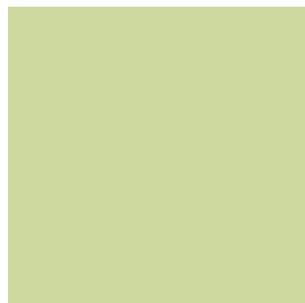
**KLINIKUM**  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS INNENSTADT

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE



Gerd Schulte-Körne



# PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI KINDER UND JUGENDLICHEN

- Häufigkeit weltweit: 10-20% auf
- In Deutschland: ca. 10%
- Alters- und Entwicklungsabhängigkeit:
  - Angststörungen > 6.Lj.,
  - Essstörungen > 11. Lj.
- Chronischer Verlauf, z.T. in Phasen
- Hohe Rate an weiteren, komorbiden Störungen (1/3)

# PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI KINDER UND JUGENDLICHEN

- 40% mittlerer bis hoher Schweregrad der Störung
- Geringe Inanspruchnahme der professionellen Hilfe in Deutschland (z.B. KIGGS-BELLA: 33% der akut und wiederholt psychisch Erkrankte 7-17Jährige)
- Behandlungsverzögerung: z.B. Depression 2,4 Jahre (je früher erkrankt, desto länger).
- Psychosoziale Belastungen in der Kindheit erhöhen das Erkrankungsrisiko um 30%.

# HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN

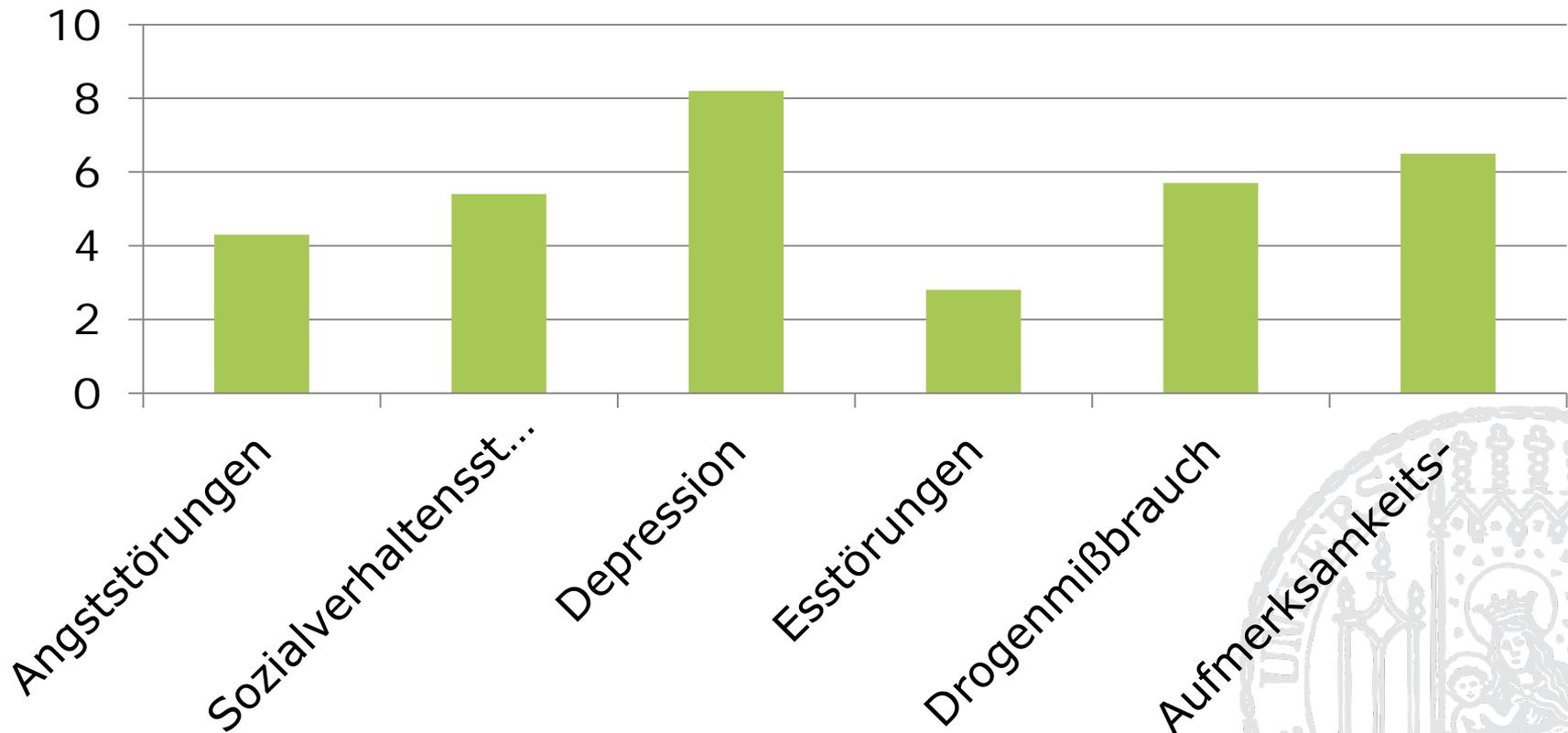


KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER STÖRUNGEN IN DEN USA BEI JUGENDLICHEN 13-17 JAHRE

## 12 Monatsprävalenz



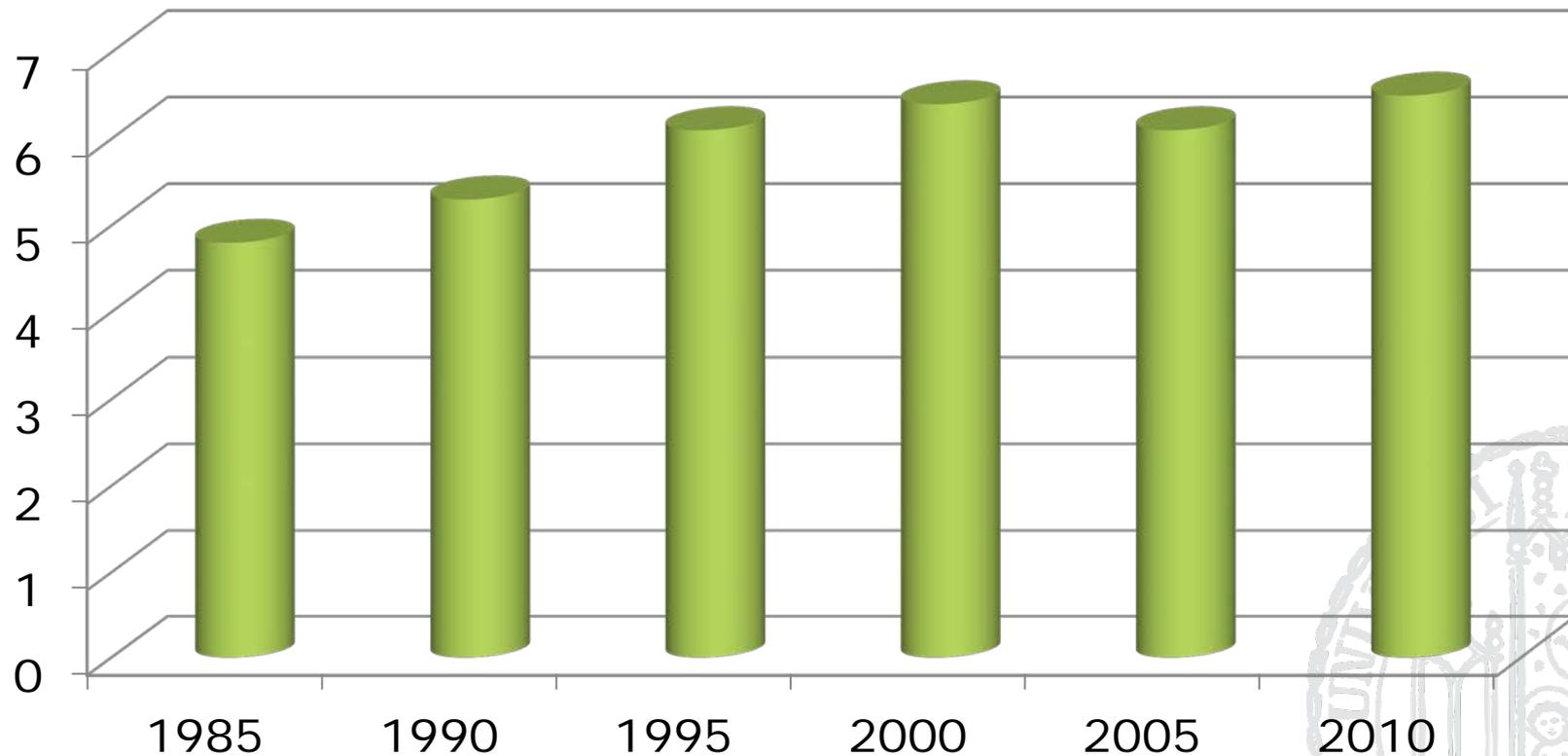
# HABEN PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI KINDER UND JUGENDLICHEN ZUGENOMMEN?

## Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

- Zunahme in den USA:
  - von 2001 bis 2010: Steigerung um 24%
- Zunahme Canada:
  - Von 1994 bis 2007: Verdoppelung der Neuerkrankungen

# Häufigkeit der ADHS anhand epidemiologischer Daten über 20 Jahre aus 154 Studien (Polanczyk et al. 2014)

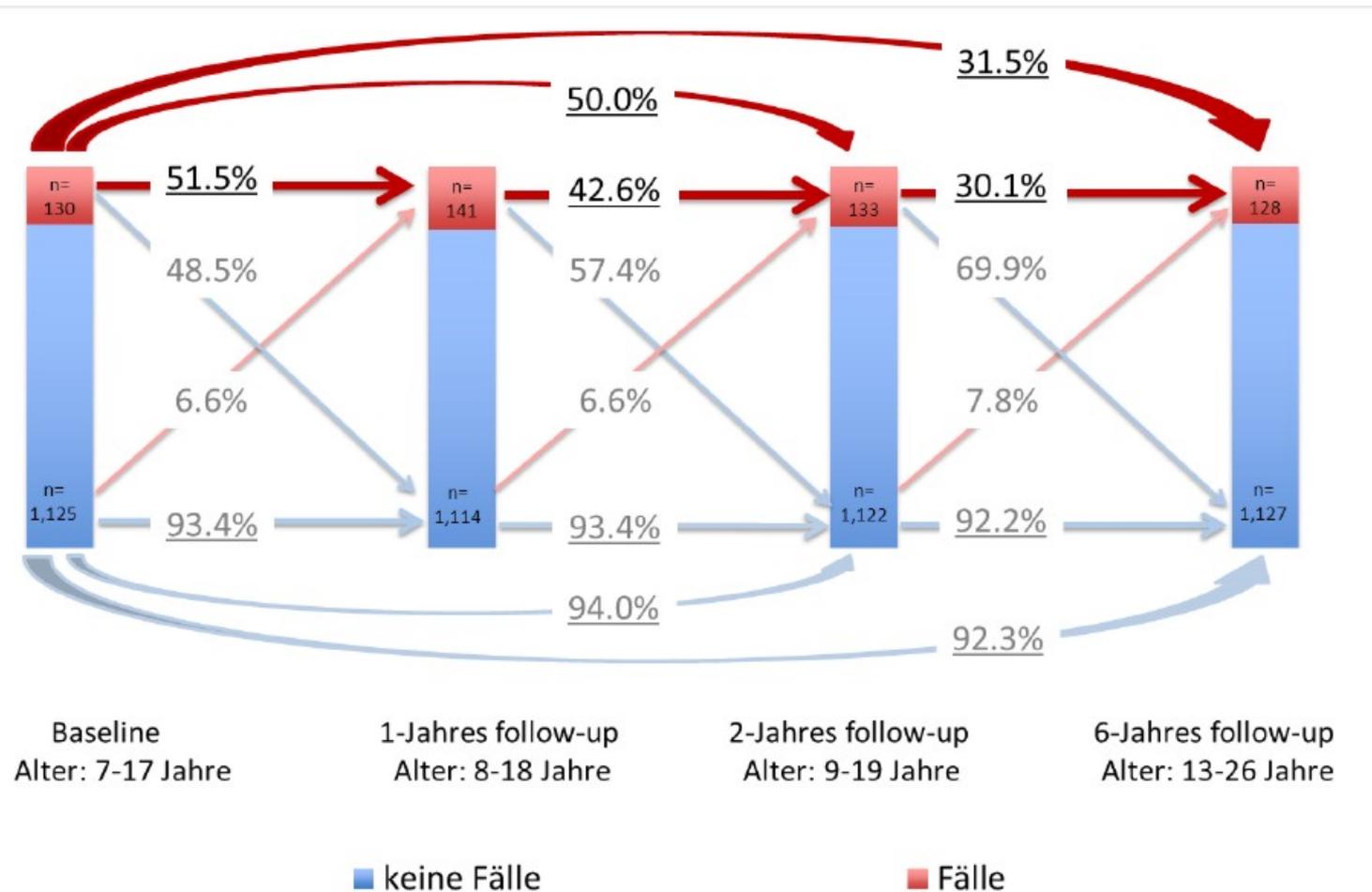
## Prävalenz in %



# GRÜNDE FÜR DIE UNTERSCHIEDLICHEN HÄUFIGKEITSANGABEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- Methoden: Unterschiedliche Klassifikationskriterien
- Diagnostische Kriterien: unterschiedliche Verfahren
- Informanden: Kind/Jugendliche – Lehrer –Eltern
- Kulturelle Unterschiede
- Geringere Prävalenz ICD-10 im Vergleich DSM-IV (bis 4%)
- Höhere Prävalenz bei Fragebogen im Vergleich zu diagnostischen Interview
- Lehrer überschätzen die Häufigkeit (bis zu 6%)
- ADHS z. B. seltener diagnostiziert in Asien und Europa

# VERLAUF PSYCHISCHER AUFFÄLLIGKEITEN – KIGGS-BELLA STUDIE (RAVENS-SIEBERER ET AL. 2015)



N=1,255; BELLA study participants who took part at all four measurement points (baseline and each follow-up); unweighted data

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

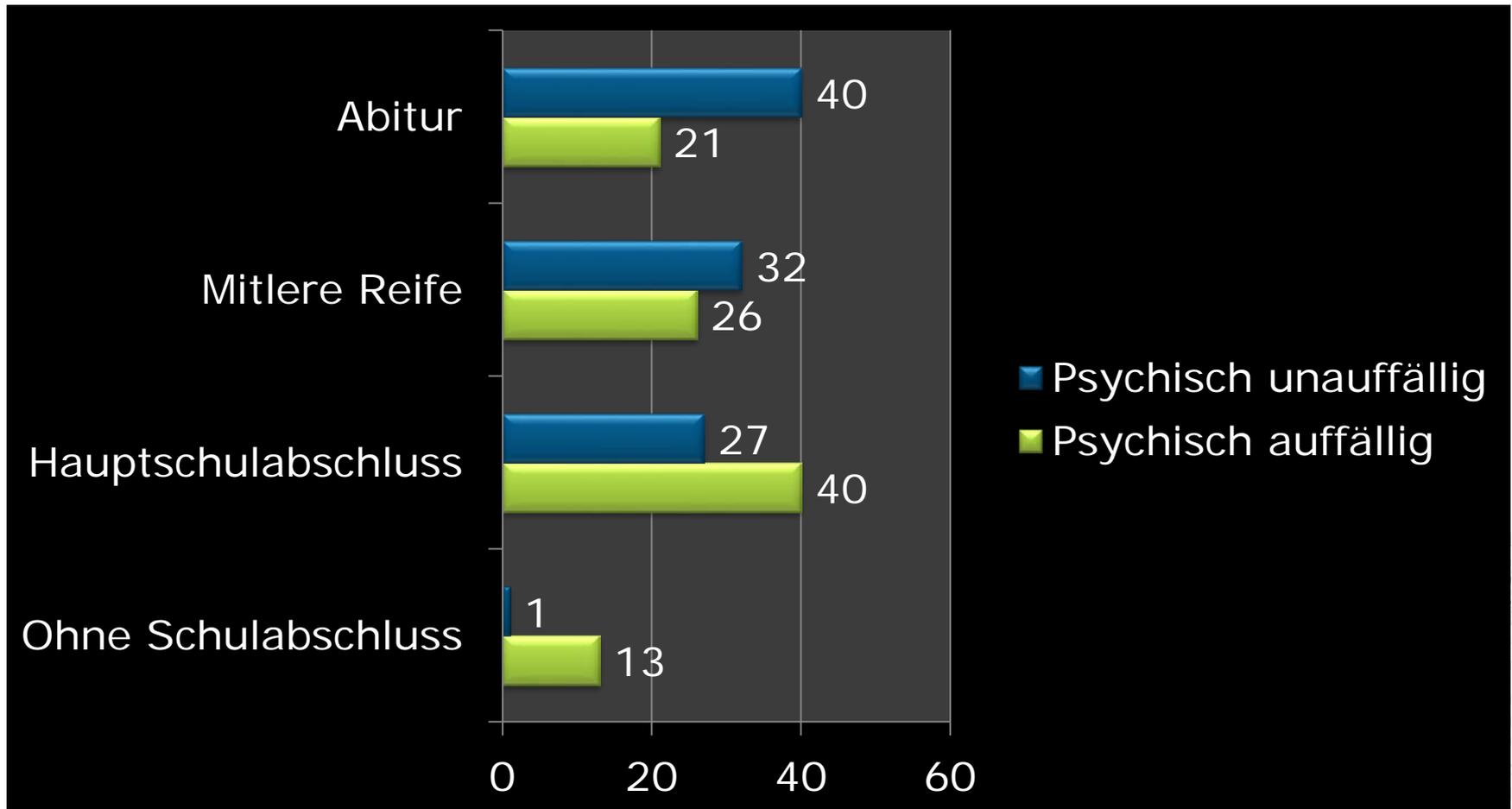
# Risikogruppen für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

- Risikogruppen:
  - Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (11%)
    - Zum Vergleich: Kinder von Nicht-Migranten 8,8%
  - Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ca. 12%.
    - Zum Vergleich: Kinder mit hohem SÖS 3,5%
  - Kinder psychisch kranker Eltern



# Psychische Auffälligkeit und Schulabschluss

(Esser et al. 2002)



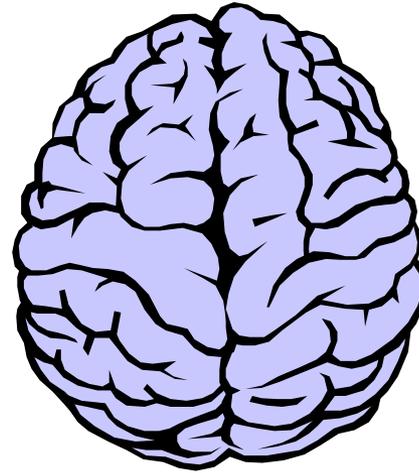
# RISIKEN FÜR PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

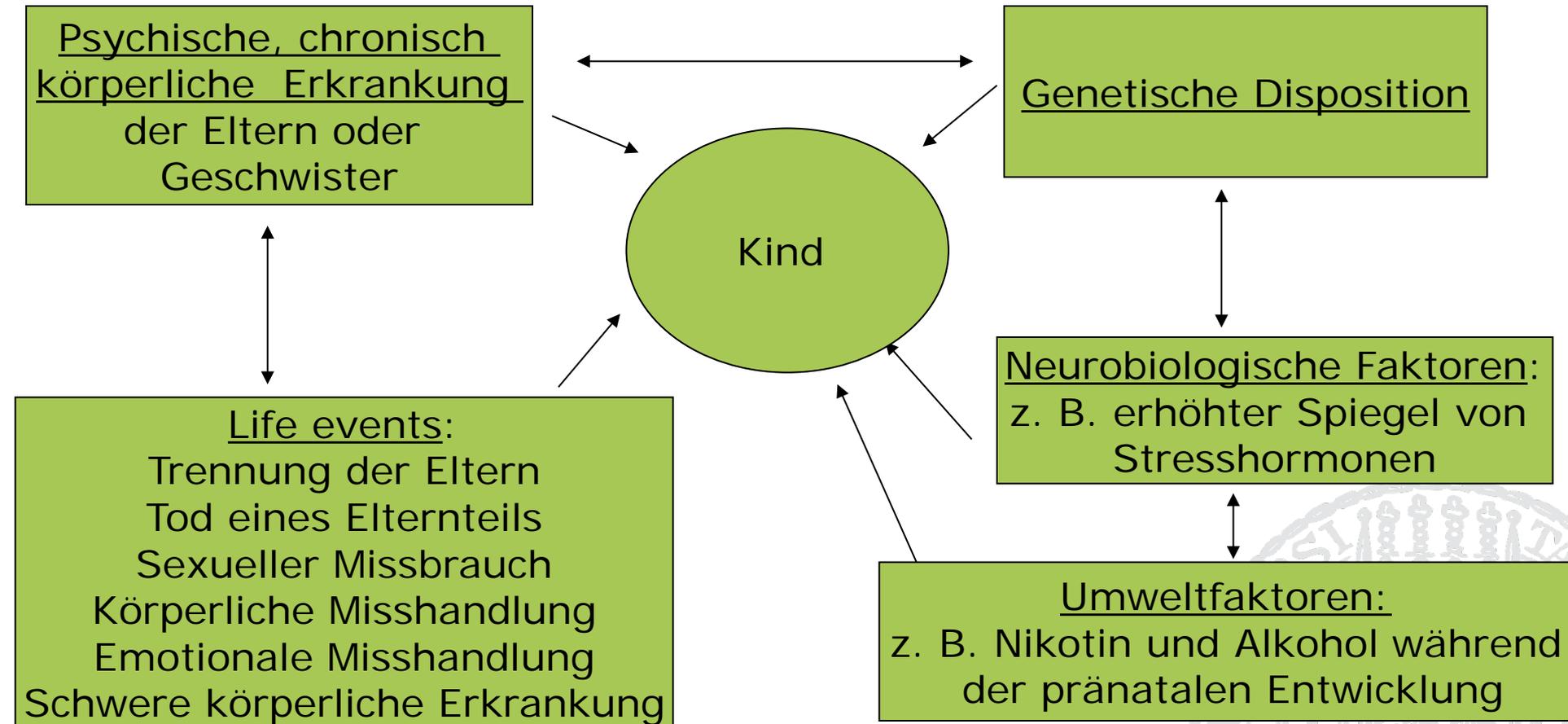
# Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# Risiko- und Belastungsfaktoren für die Entstehung psychischer Störungen



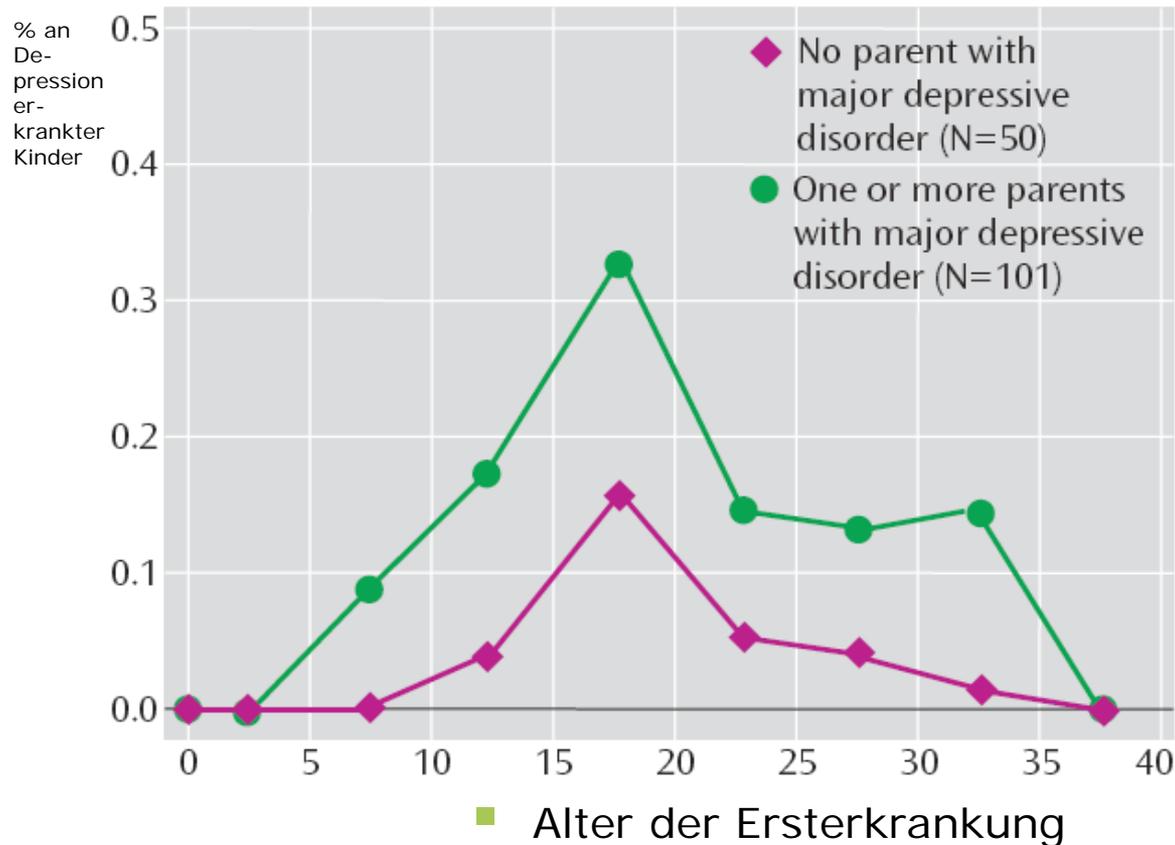
# Risiko für psychische Erkrankungen des Kindes durch belastende Lebensereignissen (Benjet et al. 2011)

	■ Risikoerhöhung (OR)
■ Psychische Erkrankung eines Elternteils	■ 2
■ Körperliche Misshandlung	■ 2,1
■ Sexueller Missbrauch	■ 2,0
■ Gewalt in der Familie	■ 1,7
■ Vernachlässigung	■ 1,7
■ Substanzmissbrauch eines Elternteils	■ 1,6
■ Verlust eines Elternteils	■ 1,4



# FAMILIÄRE BELASTUNG

Erkrankungswahrscheinlichkeit des Kindes in Abhängigkeit, ob die Eltern an einer Depression erkrankt sind.



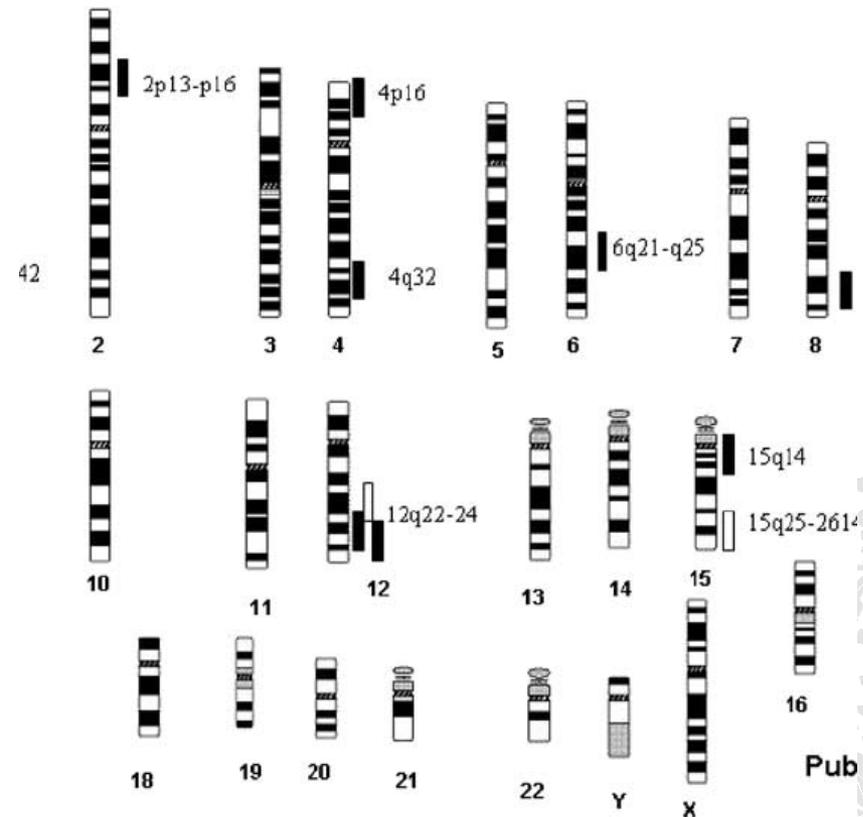
# GENETISCHE FAKTOREN

Heritabilität:  
37%-70%

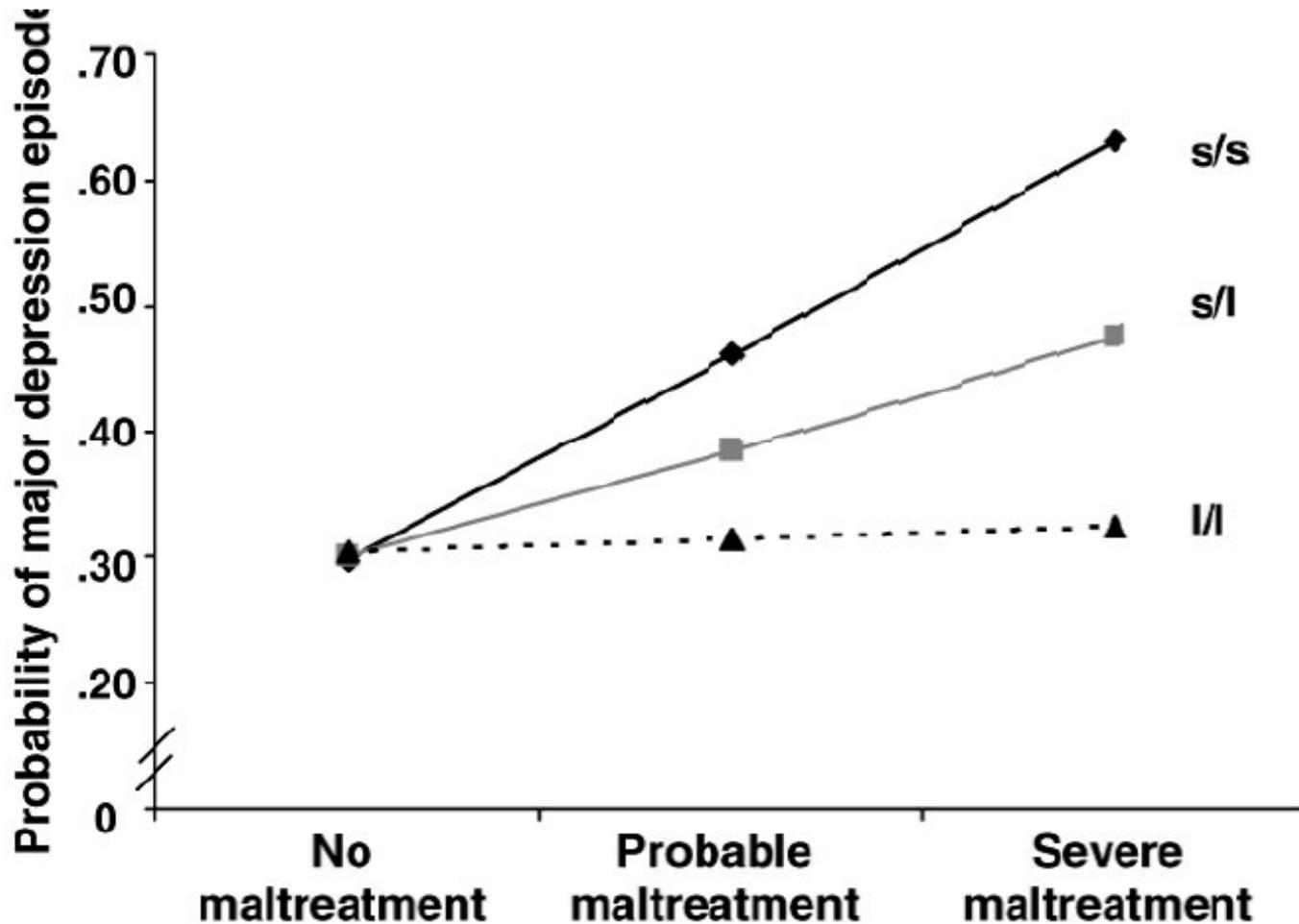
- Präpubertär:  
Umweltfaktoren  
bedeutend
- Postpubertär:  
genetische  
Faktoren

Gen-  
Umwelt-  
Interaktion

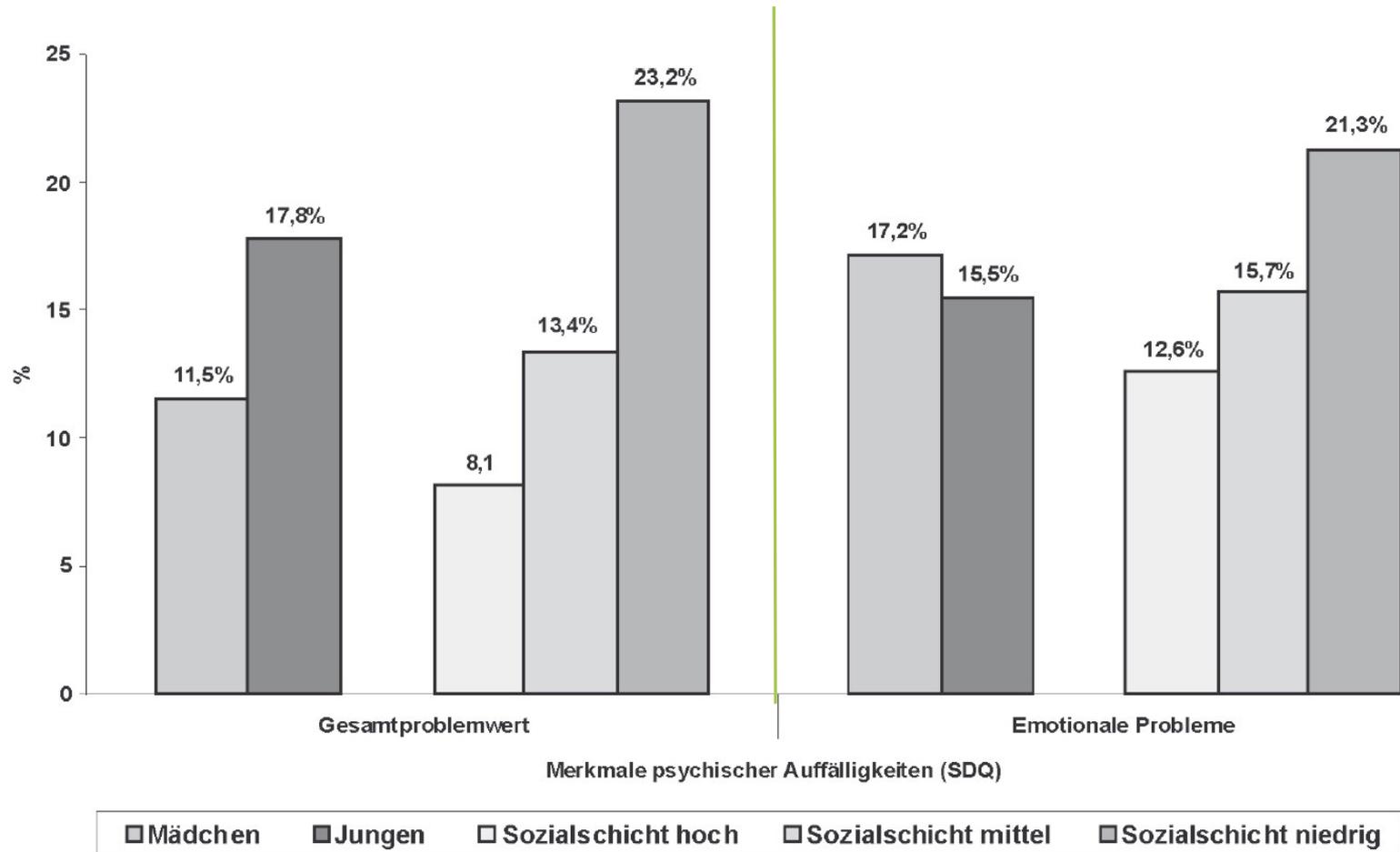
- Ca. 35% der  
Depression wird  
durch G-U-  
Interaktion erklärt.



# GEN-UMWELT-INTERAKTION AM BEISPIEL DER DEPRESSION



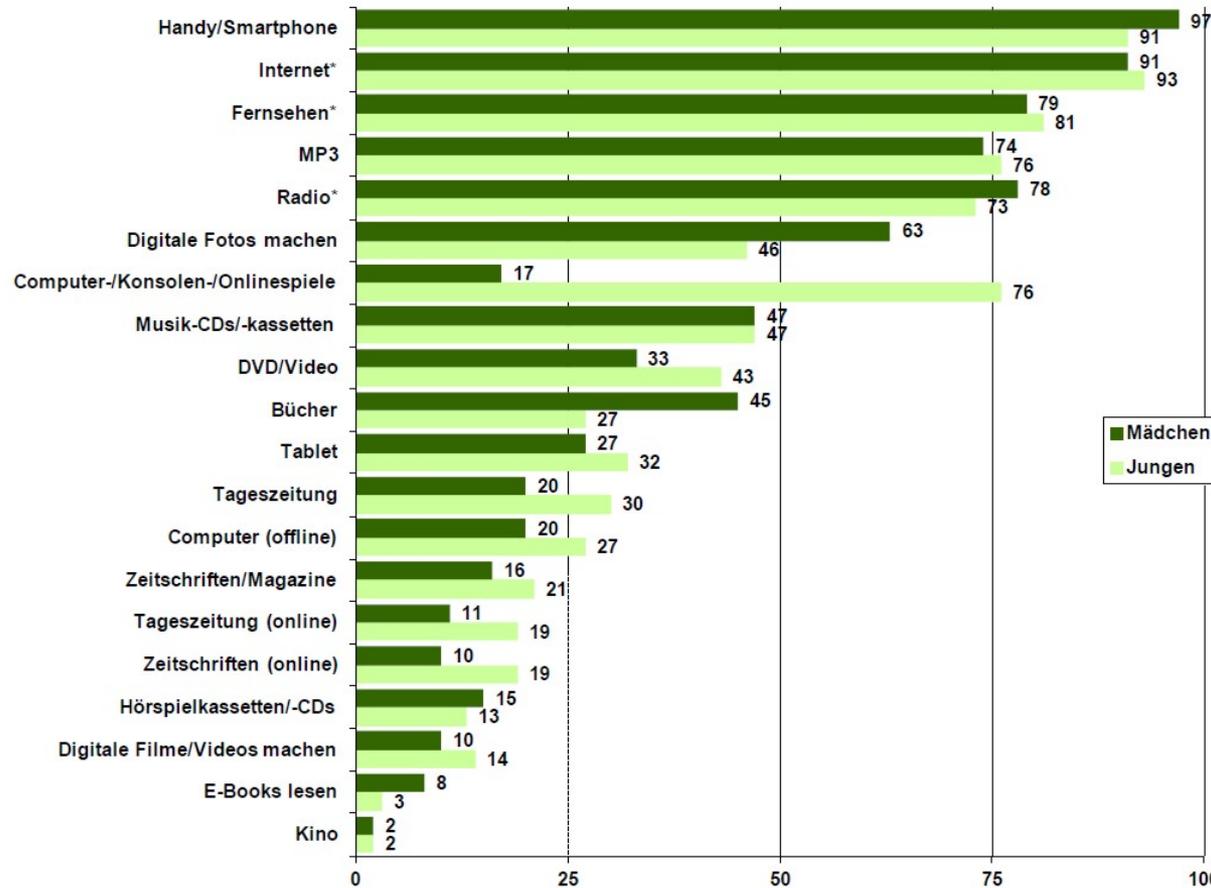
# RISIKO SOZIALER STATUS-KIGSS (HÖLLING 2007)



# MEDIEN-NUTZUNGSDAUER DER 12-19JÄHRIGEN- JIM-STUDIE 2015

## Medienbeschäftigung in der Freizeit 2015

- täglich/mehrmals pro Woche -



# Risikoverhalten von Jugendlichen

- Pathologische Internetnutzung:
  - Wenn Kinder und Jugendlichen den Internetgebrauch nicht mehr kontrollieren können,
  - verbunden mit erheblicher Gefährdung für die körperliche und psychische Gesundheit.
  - Zeitkriterium unklar: vorgeschlagen >4,5 Stunden tgl.
- Häufigkeit:
  - Ca. 4.0-15% der 14-16 Jahre exzessive Internetnutzung, davon 0,3-3% behandlungsbedürftig.
  - Stabilität der exzessiven Internetnutzung bis ins Erwachsenenalter gering
  - Gehäuft bei Angststörungen und Depression

# BEDEUTUNG PEER-GRUPPE

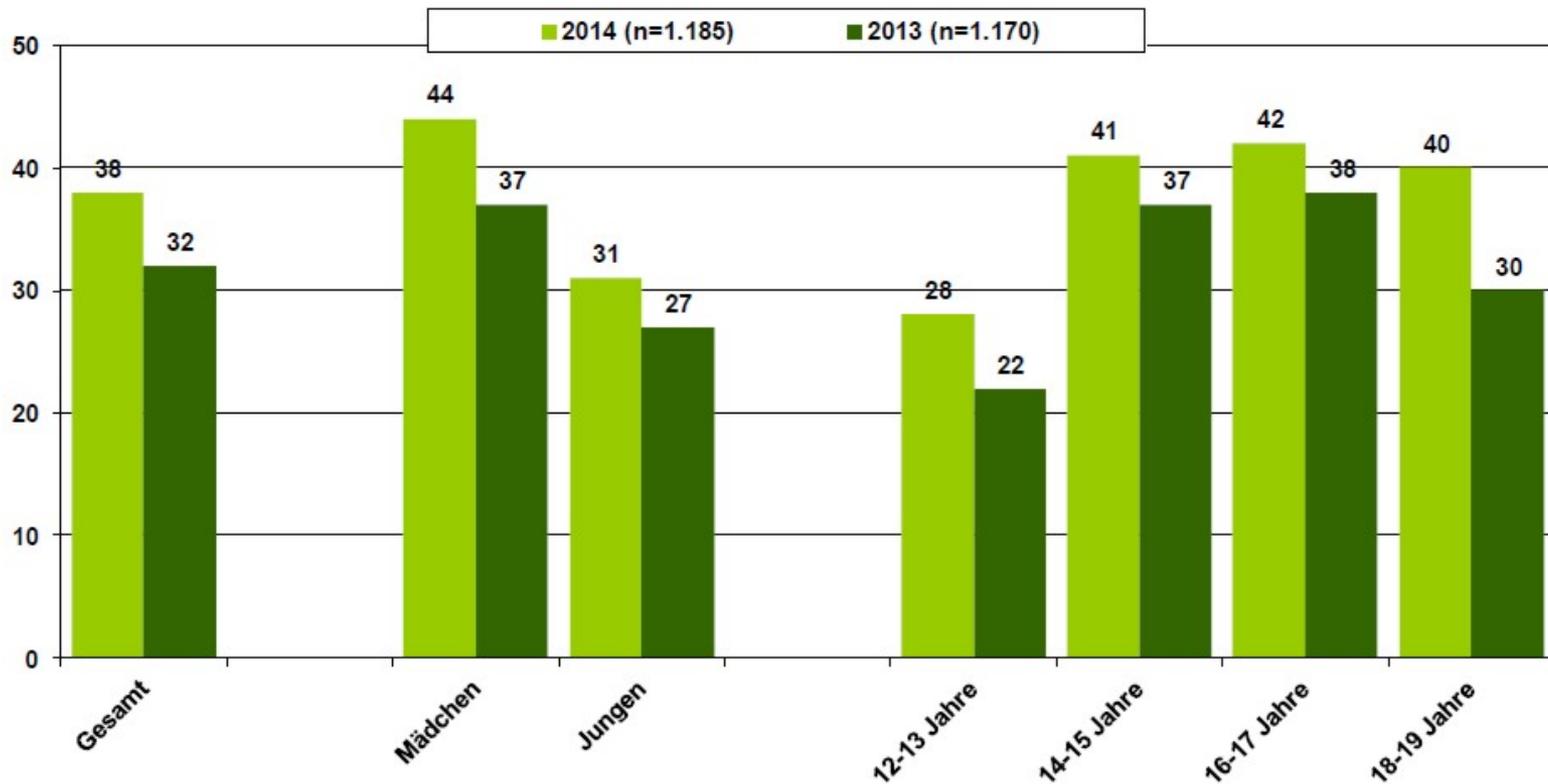
- Risikofaktoren für Emotional-und Verhaltensstörungen:
  - Schülerverhalten:
    - Beschimpfung, Verunglimpfung, andauerndes Necken, Hänkeln und belästigen von Mitschülern
    - Schupsen, Schlagen und Treten und Gewalt gegenüber Mitschülern
    - Ausschluss von Mitschülern, z.B. beim Spielen, im Sport, in der Gruppenarbeit
  - Mögliche Folgen:
    - eingeschränktere soziale Skills, da fehlende Möglichkeiten des Erlernens
    - Negative Verstärkung durch Peer-Gruppe
    - Erhöhung des Risikos, für dissoziale und aggressive Verhaltensweisen

# BEDEUTUNG PEER-GRUPPE

- Bullying (ca. 8% der 11-17jährigen Opfer)
  - Wiederholte Absicht und Tat, einen Schüler anzugreifen und/oder zu verletzen, zu beschimpfen, auszugrenzen.
  - Hilflosigkeit des Opfers
  - Machtungleichgewicht zwischen Täter und Opfer
  - Hat weitere Beteiligte, Assistenten, Verstärker, Verteidiger und Außenstehende
- Cyberbylling (3%-8% der 11-20jährigen Opfer)
  - Senden von belästigenden Mails
  - Verunglimpfung durch Verbreitung unwahrer, diffamierender Informationen im Internet
  - Digitale Verbreitung von Geheimnissen
  - Ausschließen von Onlineaktivitäten

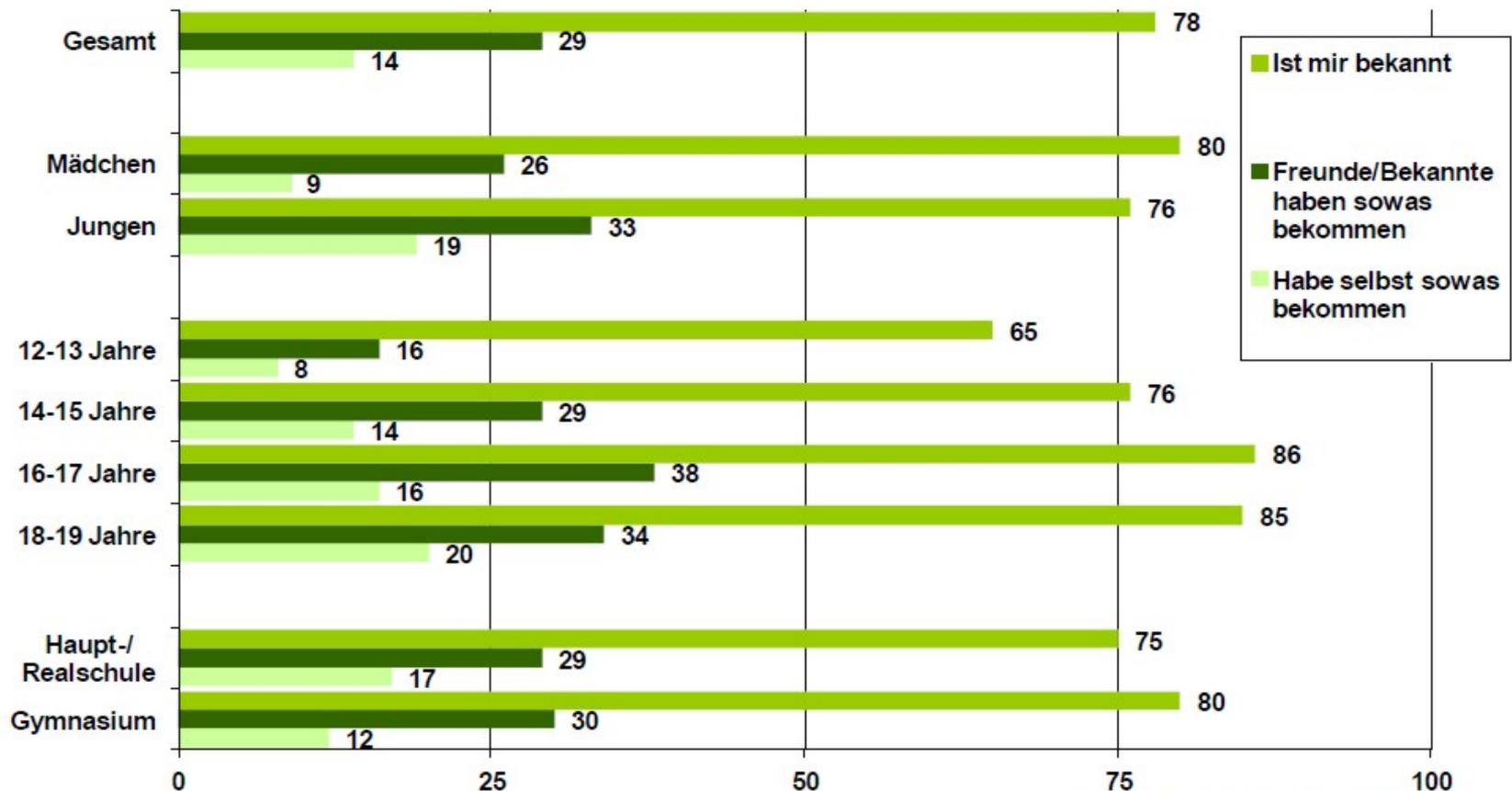
# CYBERMOBBING JIM-STUDIE 2014

**Gibt es jemanden in Deinem Bekanntenkreis, der schon mal im Internet oder übers Handy fertig gemacht wurde?**



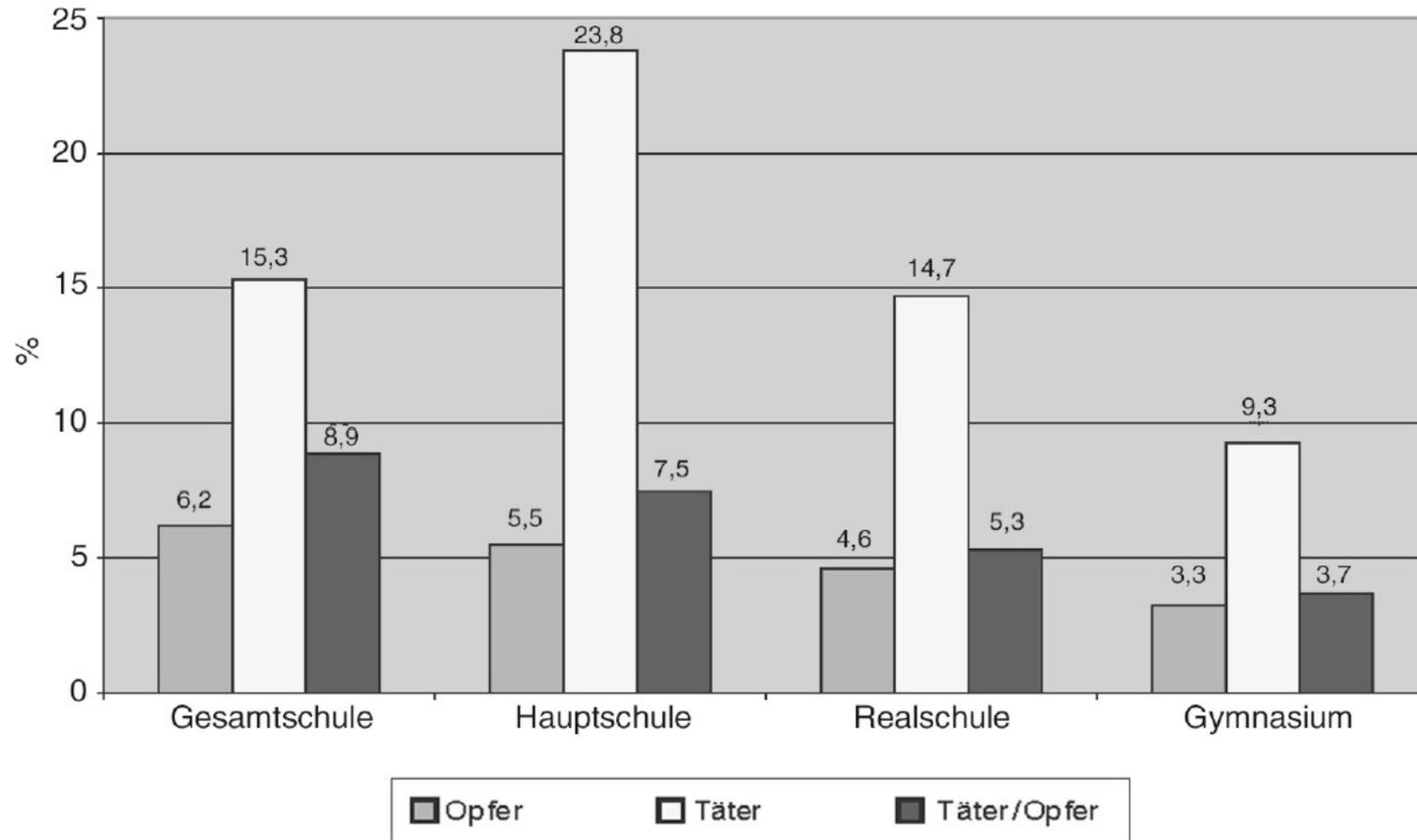
Quelle: JIM 2014, JIM 2013, Angaben in Prozent  
Basis: Internet-Nutzer

# VERSCHICKEN VON BRUTALEN VIDEOS ODER PORNOFILMEN AUFS HANDY 2014 - JIM-STUDIE



Quelle: JIM 2014, Angaben in Prozent  
Basis: Besitzer Handy/Smartphone, n=1.170

# GEWALTERFAHRUNG - KINDER UND JUGENDLICHE MIT GEWALTERFAHRUNGEN (12-MONATS-PRÄVALENZ): TÄTER, OPFER UND TÄTER/OPFER NACH SCHULTYP, ALTERSBEREICH 11-17 JAHRE (SCHLACK UND HÖLLING 2007)



# DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION

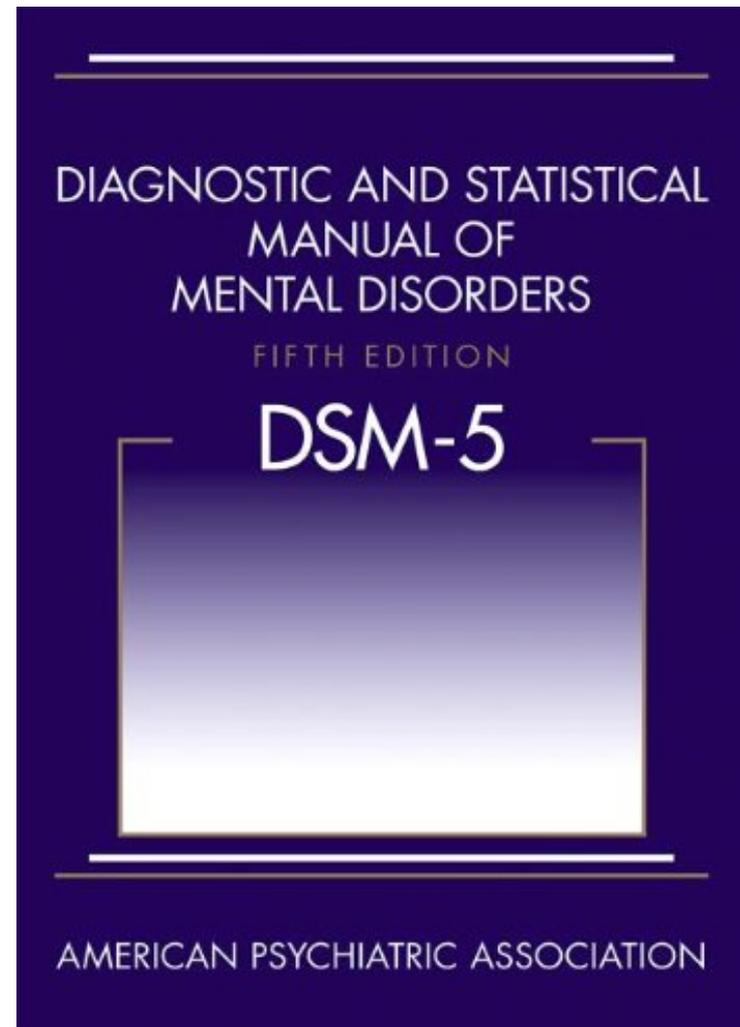
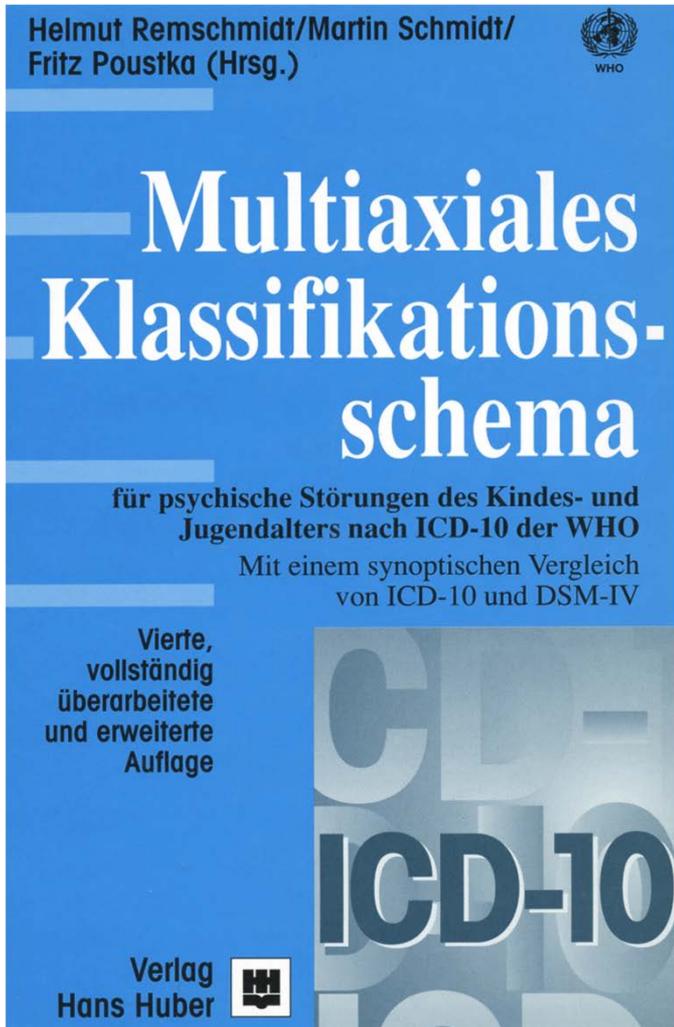


KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# DIAGNOSTIK IN DER KJP

- Anamnese:
  - Eigenanamnese
  - Fremdanamnese
  - Familienanamnese
- Psychopathologischer Befund
- Körperliche Untersuchung (Organische Ursachen!)
- Internistischer und neurologischer Status
- Bildgebende Verfahren:
  - EEG (Elektroenzephalogramm), gegebenenfalls Computertomographie des Gehirns (CT), Kernspin (MRT)
- Psychologische Untersuchung
- Laborchemische Untersuchung



# Die sechs Achsen des multiaxialen Klassifikations- schema psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt et al. 2012)

Erste Achse:

- Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Zweite Achse:

- Umschriebene Entwicklungsrückstände

Dritte Achse:

- Intelligenzniveau

Vierte Achse:

- Körperliche Symptomatik

Fünfte Achse:

- Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Sechste Achse:

- Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

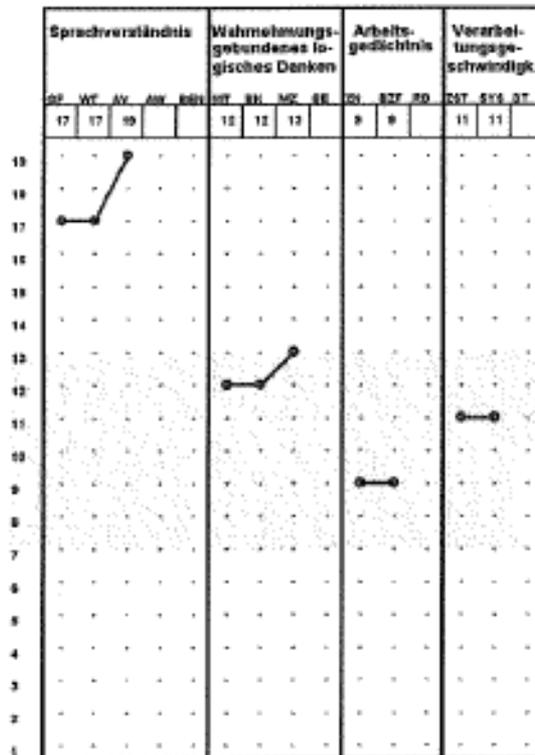
# PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND: BEISPIEL- VIDEO



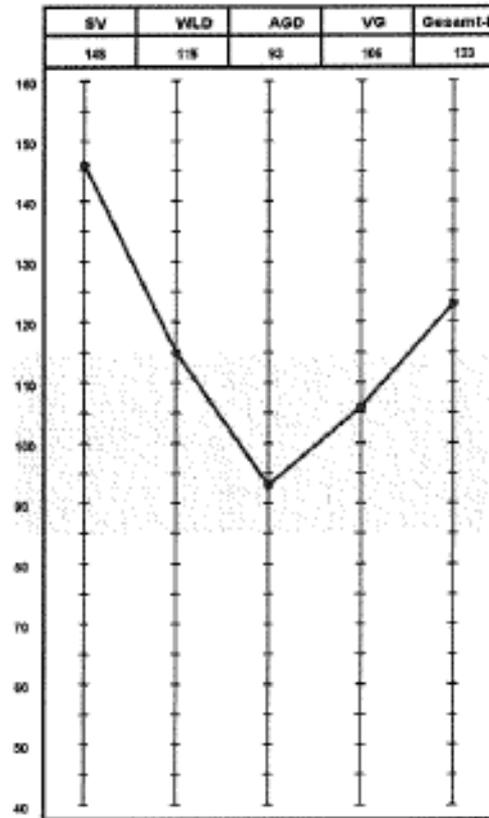
# INTELLIGENZTEST: HAWIK-IV

- Profil und Verhaltensbeobachtung

D. Untertest-Wertepunkte-Profil



E. Profil der Index-Werte und des Gesamt-IQ



# SELBSTBEURTEILUNG ANHAND FRAGEBOGEN

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Bist du morgens meistens gut ausgeschlafen? .....            | ja | nein |
| 2. Macht dir die Schule Spaß? .....                             | ja | nein |
| 3. Gibst du zu Hause manchmal freche Antworten? .....           | ja | nein |
| 4. Ärgerst du dich oft über dich? .....                         | ja | nein |
| 5. Denkst du in der Schule gerne an andere Dinge? .....         | ja | nein |
| 6. Schwätzt du oft? .....                                       | ja | nein |
| 7. Schläfst du in der Nacht immer sehr gut? .....               | ja | nein |
| 8. Hast du manchmal schreckliche Träume? .....                  | ja | nein |
| 9. Hast du oft Kopfschmerzen? .....                             | ja | nein |
| 10. Bist du oft den ganzen Tag müde? .....                      | ja | nein |
| 11. Würdest du gerne von der Schule zu Hause bleiben? .....     | ja | nein |
| 12. Musst du dich zwingen, deine Hausaufgaben zu machen? .....  | ja | nein |
| 13. Wirst du oft von anderen Kindern verspottet? .....          | ja | nein |
| 14. Weinst du oft nur aus Zorn? .....                           | ja | nein |
| 15. Gibst du manchmal in der Schule freche Antworten? .....     | ja | nein |
| 16. Sagst du deinen Eltern immer wohin du gehst? .....          | ja | nein |
| 17. Bist du zu Hause oft unfreundlich? .....                    | ja | nein |
| 18. Denkst du oft, dass du ein schlechter Mensch bist? .....    | ja | nein |
| 19. Findest du, dass du hässlich aussiehst? .....               | ja | nein |
| 20. Denkst du oft, dass andere Kinder besser sind als du? ..... | ja | nein |
| 21. Weinst du oft? .....  | ja | nein |
| 22. Wachst du in der Nacht oft auf? .....                       | ja | nein |
| 23. Tun dir manchmal andere Kinder absichtlich weh? .....       | ja | nein |
| 24. Bist du oft unglücklich wegen der Schule? .....             | ja | nein |
| 25. Bist du oft ohne Grund müde? .....                          | ja | nein |
| 26. Hast du oft Bauchweh? .....                                 | ja | nein |
| 27. Möchtest du manchmal jemandem sehr weh tun? .....           | ja | nein |

**SCHWERES DEPRESSIVES SYNDROM**

- 1.1 *Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind über eine längere Zeit hinweg ganz traurig oder aber auch ganz ärgerlich, gereizt und unzufrieden mit allem war?* JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Wie ist es zur Zeit?

Beschreiben: \_\_\_\_\_

- 1.2 *Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind das Interesse an den meisten Dingen, die es sonst gerne macht, verloren hat?* JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Wie ist es zur Zeit?

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls NEIN, bei depressiver/gereizter Stimmung und Interesseverlust, weiter zu Dysthymes Syndrom (S. 14)

Falls JA bei depressiver Stimmung oder Interesseverlust:

- 2.1 *Wann war/seit wann ist das so? (Genauer beschreiben lassen, mindestens 2 Wochen!)*  
Beschreiben: \_\_\_\_\_

- 2.2 *Gab es schon mehrere solcher Phasen, in denen Ihr Kind sich so gefühlt hat?* JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Erste Phase: von \_\_\_ bis \_\_\_  
Schwerste Phase: von \_\_\_ bis \_\_\_  
Weitere Phasen: von \_\_\_ bis \_\_\_  
                          von \_\_\_ bis \_\_\_

Falls keine der angegebenen Phasen über mindestens 2 Wochen anhielt, weiter zu Dysthymes Syndrom (S. 14)

3. *Wenn Ihr Kind solch eine schlechte Stimmung hat oder an vielen Dingen kein Interesse mehr hat:*

Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome während der gegenwärtigen oder letzten und der schwersten Episode (mindestens zwei Wochen) auf einer Skala von 0-4 ein:

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4  
gar nicht    ein wenig    mäßig    schwer    sehr schwer

- |   | <u>gegenwärtige/<br/>letzte Phase</u> | <u>schwerste<br/>Phase</u> |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 3.1 <i>Mag Ihr Kind dann auch gar nichts mehr essen, oder ißt es dann ganz viel? Hat Ihr Kind an Gewicht zu- oder abgenommen?</i>                               | _____                                 | _____                      |
| 3.2 <i>Wie ist dann sein Schlaf? Schläft es dann ganz wenig oder ganz viel?</i>   | _____                                 | _____                      |
| 3.3 <i>Ist Ihr Kind dann sehr unruhig, oder umgekehrt, fällt es ihm dann schwer, sich überhaupt zu bewegen, so daß es nur noch dasitzt und nichts mehr tut?</i> | _____                                 | _____                      |

BEISPIEL:  
KLINISCHES  
INTERVIEW

# BEHANDLUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# BEHANDLUNGSFORMEN

## Ambulant

- Institutsambulanz, Praxis, Beratungsstellen, Psychosoziale Dienste

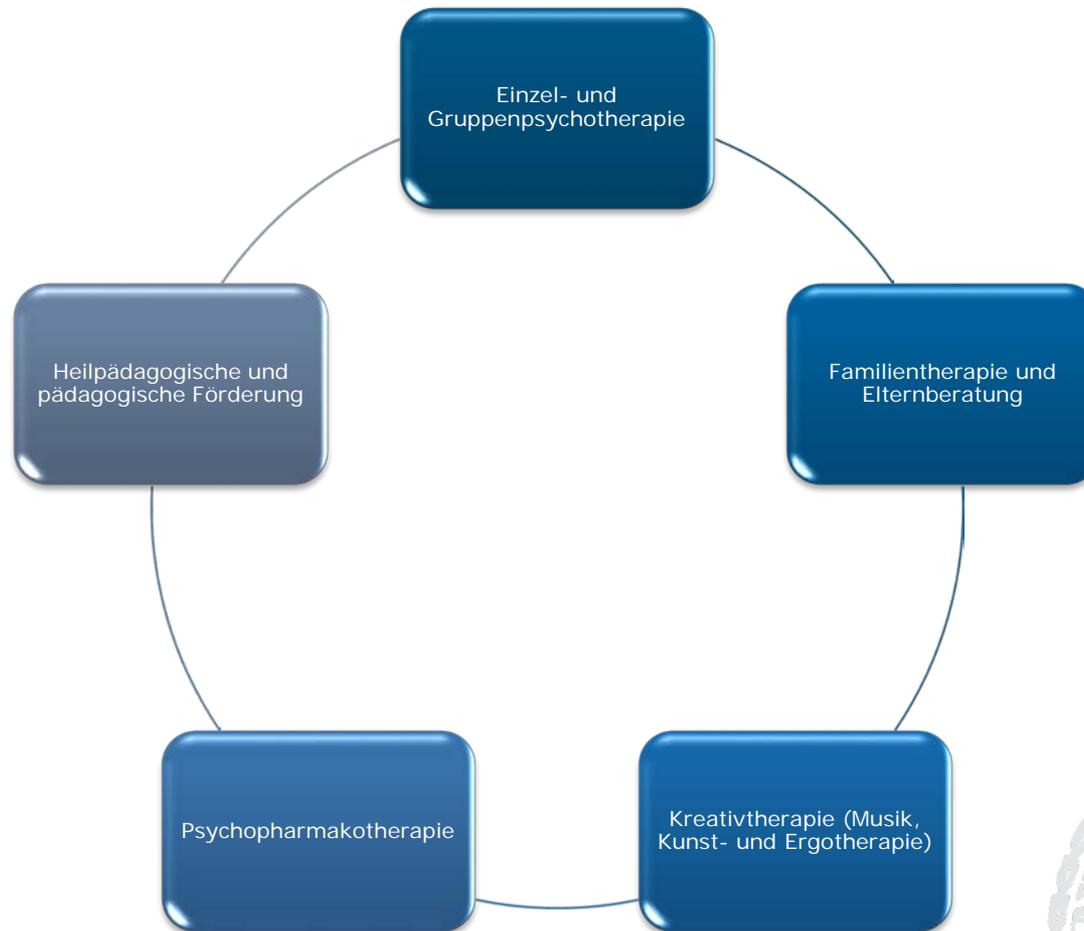
## Teilstationär

- Tagesklinik: von 08:00 bis ca. 16:30; keine Behandlung am Wochenende, aber in den Schulferien. Integrierte Schule, multimodale Behandlungskonzepte.

## Stationär

- Akutversorgung bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Bei fehlenden oder nicht mehr ausreichendem ambulanten Behandlungserfolg, bei besonderer Schwere der psychischen Erkrankung. Meist mehrere Woche oder Monate, multimodale Behandlungskonzeption

# METHODEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG



# BEHANDLUNGSFORMEN

## Ambulant

- Institutsambulanz, Praxis, Beratungsstellen, Psychosoziale Dienste

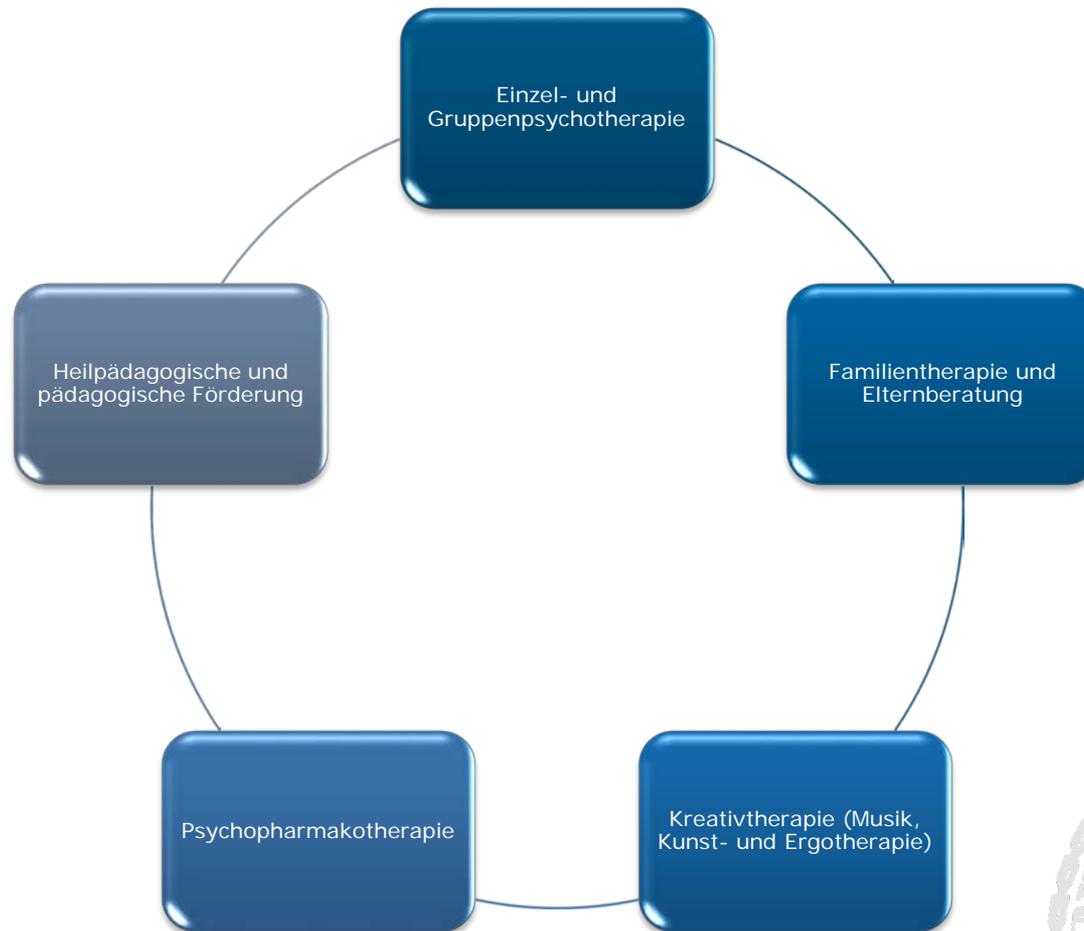
## Teilstationär

- Tagesklinik: von 08:00 bis ca. 16:30; keine Behandlung am Wochenende, aber in den Schulferien. Integrierte Schule, multimodale Behandlungskonzepte.

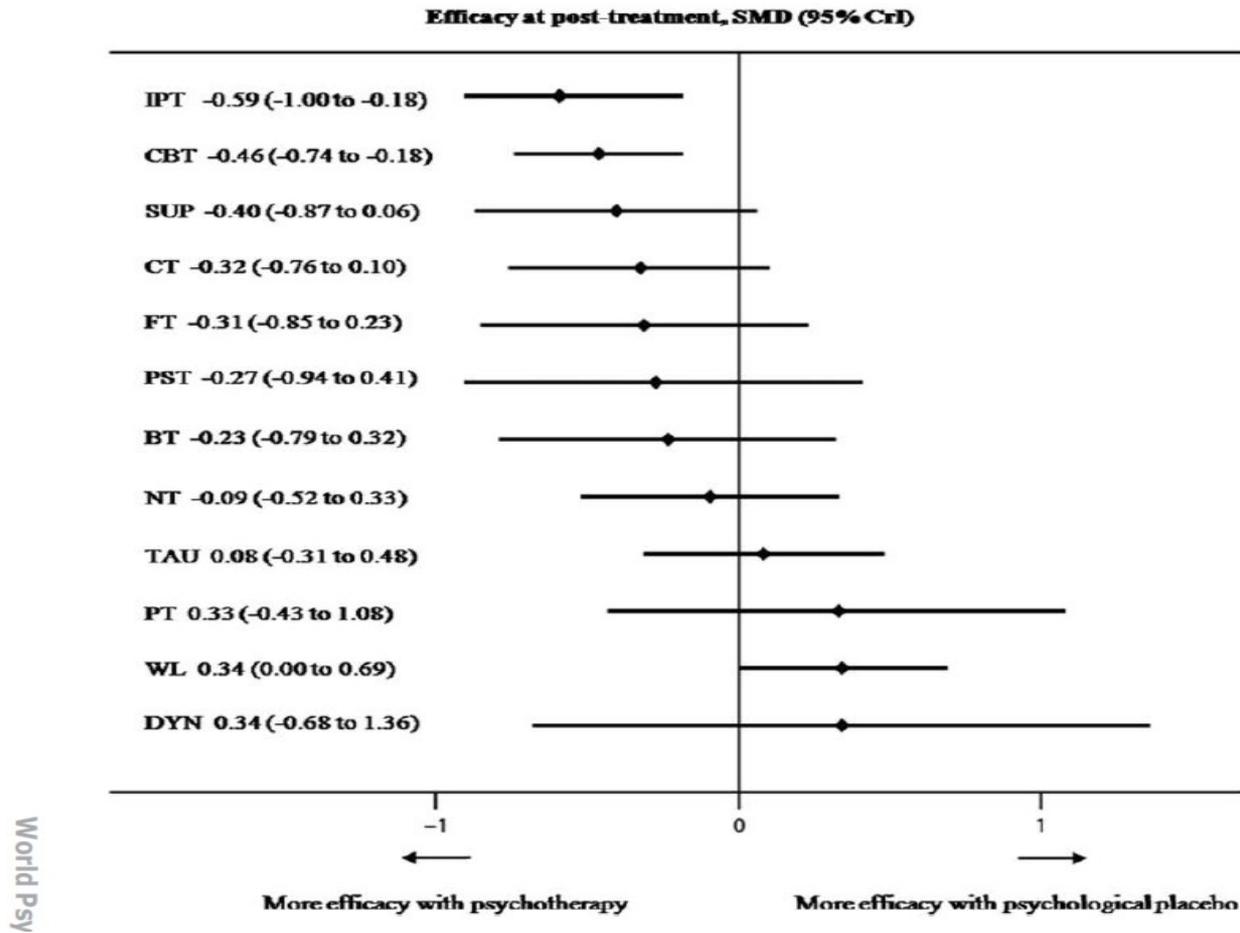
## Stationär

- Akutversorgung bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Bei fehlenden oder nicht mehr ausreichendem ambulanten Behandlungserfolg, bei besonderer Schwere der psychischen Erkrankung. Meist mehrere Woche oder Monate, multimodale Behandlungskonzeption

# METHODEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG

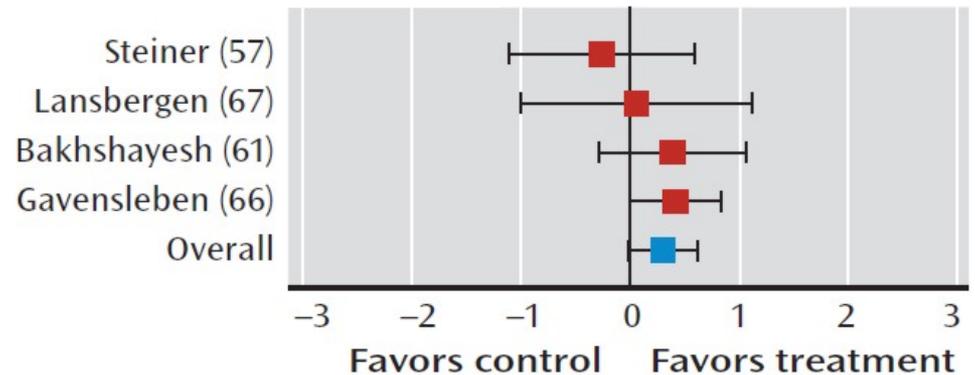


# BEHANDLUNG BEI DEPRESSIVEN STÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER (ZHOU ET AL. 2015)

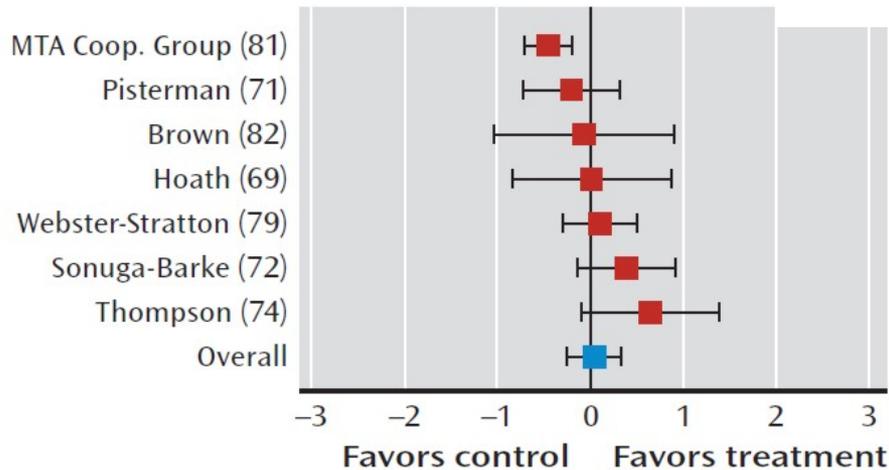


# BEHANDLUNGSMETHODEN BEI DER AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (SONUGA-BARKE ET AL. 2013)

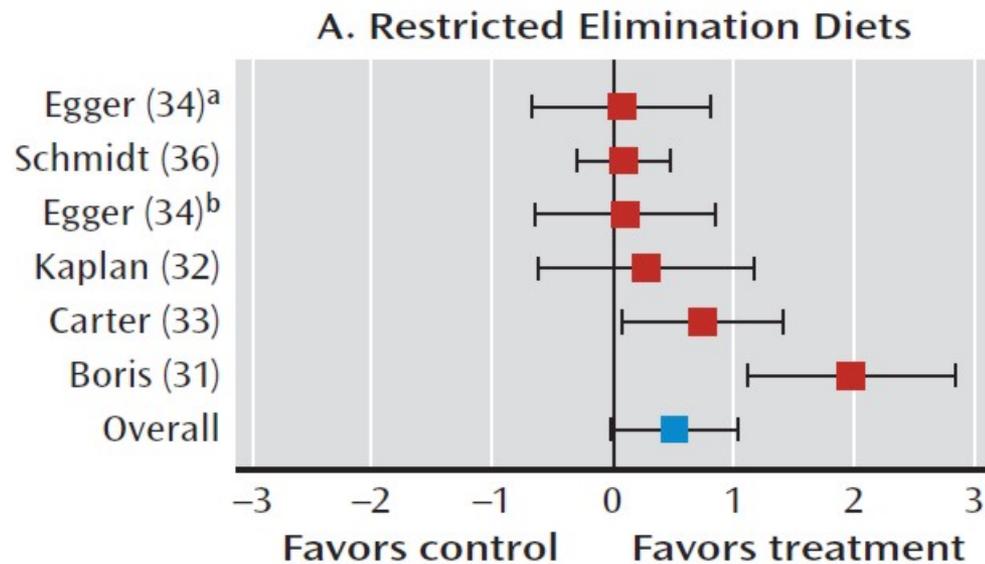
E. Neurofeedback



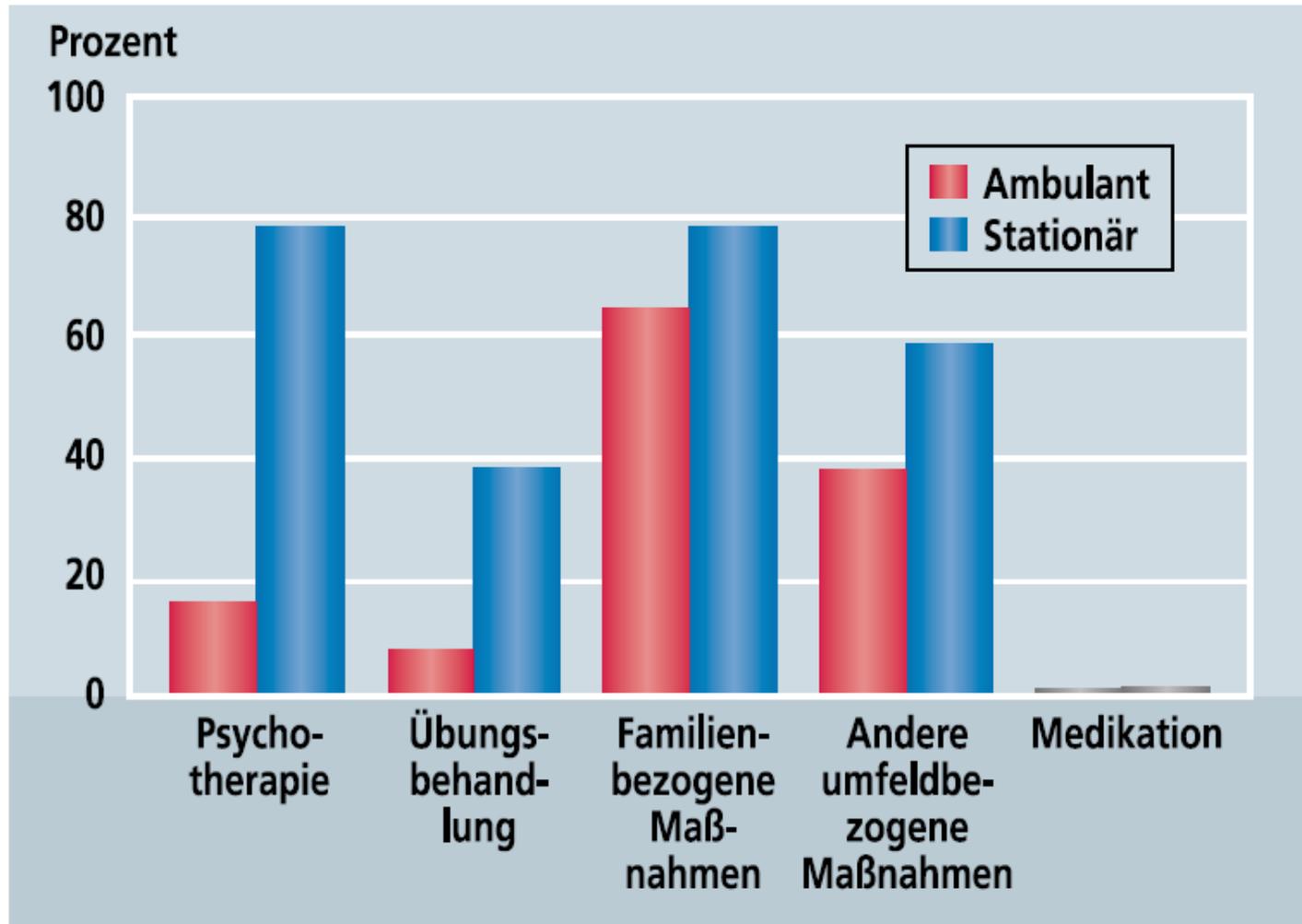
F. Behavioral Intervention



# BEHANDLUNGSMETHODEN BEI DER AUFMERKSAMKEITDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (SONUGA-BARKE ET AL. 2013)



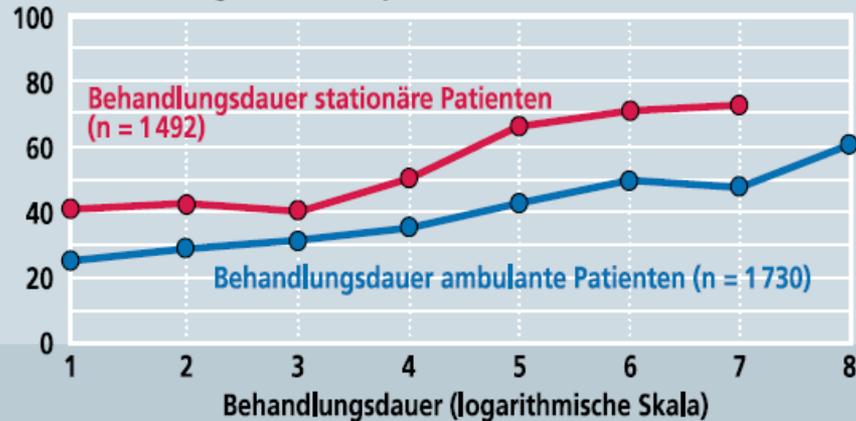
# Behandlungsprofile (Remschmidt und Mattejat 2003)



**Behandlungsprofile: Kinder mit der Diagnose Anpassungs- oder Belastungsreaktion (ambulante und stationäre Behandlung)**

# Behandlungsdauer und -intensität (Remschmidt und Mattejat 2003)

Prozentsatz erfolgreicher Therapien

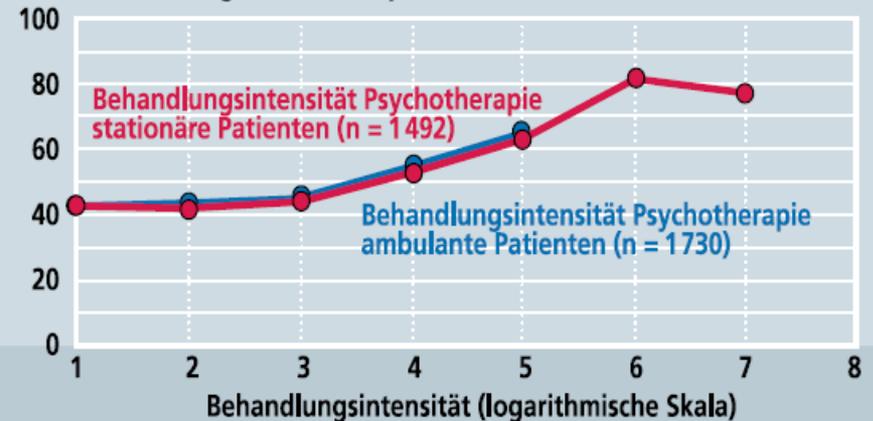


Behandlungsdauer: Anzahl der Tage

1: 1 – 10	4: 45 – 90	7: 365 – 729 (1 – 2 Jahre)
2: 11 – 21	5: 91 – 181 (3 – 6 Monate)	8: 730 – 1460 (> 2 Jahre)
3: 22 – 44	6: 182 – 364 (6 – 12 Monate)	

Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg

Prozentsatz erfolgreicher Therapien



Behandlungsintensität: Anzahl der Sitzungen

1: 1 – 3	3: 7 – 12	5: 25 – 48	7: > 96
2: 4 – 6	4: 13 – 24	6: 49 – 96	

Zusammenhang zwischen Behandlungsintensität (Psychotherapie mit dem Patienten) und dem Behandlungserfolg

# EINZELNE STÖRUNGSBILDER DER KJP BEISPIEL DEPRESSIVE STÖRUNGEN



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# EPIDEMIOLOGIE UND VERLAUF



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE



## Die Depression

gehört zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen weltweit mit einem frühen Krankheitsbeginn und größten Krankheitslast.

350 Millionen Menschen über die gesamte Altersspanne leiden an einer Depression (WHO).

Bis zum 19. Lj. haben ca. 20% der Jugendliche eine depressive Episode durchlebt.

Häufigste Ursache von Suiziden im Jugendalter.

Bisher wenig Evidenz für die Behandlungsmethoden im stationären und teilstationären Setting bei Kindern und Jugendlichen aufgrund fehlender Studien.

# HÄUFIGKEIT DEPRESSIVER STÖRUNGEN

Vorschulkinder ca. 0,5%

Schulkinder ca. 2%

Jugendliche 9 – 13%

Geschlechtsunterschiede ab Pubertät ♀ > ♂ (2:1)

# VERLAUF

Episodenhaften Verlauf - höhere Wiedererkrankungsrate bei jüngeren Menschen. Das Risiko, nach einer ersten Episode der Störung erneut zu erkranken, liegt innerhalb von fünf Jahren bei 75%.

Hohe Komorbidität bei Kinder und Jugendlichen: Störung des Sozialverhaltens (40%), Angststörungen (36%), Essstörungen (15-25%), schulische Entwicklungsstörungen (14%).

Hohe Komorbidität zu chronisch körperlichen Erkrankungen, wie z.B. Asthma, Adipositas

Schwere Formen der Depression beginnen meist früh und haben ein größeres Risiko, wieder aufzutreten.

# INANSPRUCHNAHME PROFESSIONELLER HILFEN

Depressive Störungen werden im allgemeinen Gesundheitssystem zu wenig und zu spät erkannt.

Hilfen werden zu wenig in Anspruch genommen.

- Finnland:
  - Nur die Hälfte der Familien mit einem 8Jährigen mit psychischen Problemen sucht professionelle Hilfen auf.
  - Nur 2% der 18Jährigen sucht professionelle Hilfe auf.
- Deutschland:
  - 12,7% Rate der psychische Auffälligkeiten, nur 3,3% der Kinder und Jugendlichen sind in professioneller Behandlung.
  - 83% der 14-17Jährigen mit psychischen Störungen blieben unbehandelt.
  - USA (2104): ca. 40% der Jugendlichen in Behandlung

# Warum wird ein Großteil der Depressionen bei Kindern und Jugendlichen übersehen?

Andere Probleme stehen im Vordergrund, z. B. Verhaltensauffälligkeiten (z.B. hyperaktives und oppositionelles Verhalten).

Angst der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien vor psychiatrischer Diagnose bzw. Kontakt zur Psychiatrie („Ich bin doch nicht krank“).

Diagnostische Abgrenzung von „normaler“ Entwicklung in der Pubertät schwierig.

Emotionen, Stimmung, Gefühle der Jugendlichen für Eltern und Lehrer häufig schwierig einzuordnen.

Jugendliche nehmen ihre veränderte Stimmung und Emotionen anders wahr.

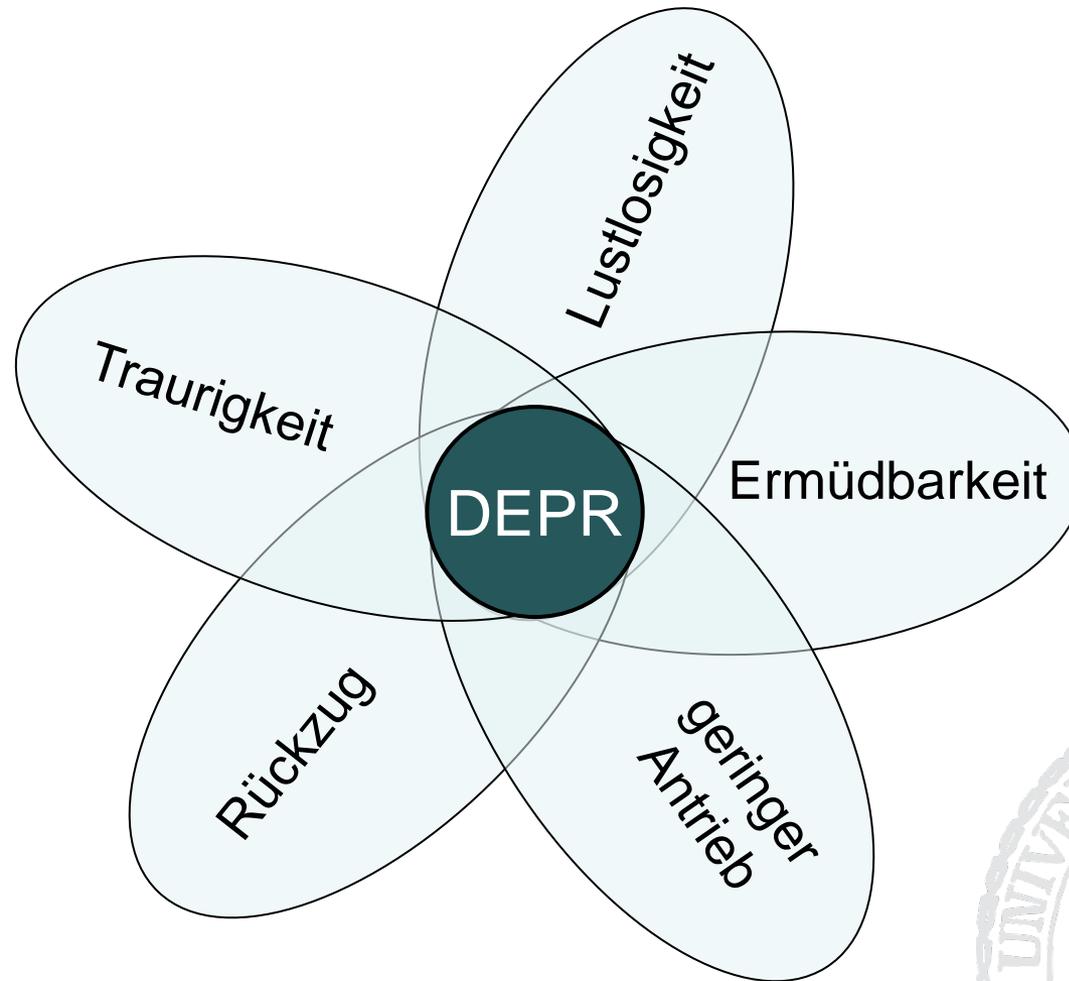
# SYMPTOMATIK



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# ALTERSUNABHÄNGIGE MERKMALE



# BEISPIEL: DEPRESSIVE STÖRUNG UND SCHULE



## BEI SCHULKINDERN

- Verbale Berichte über Traurigkeit
- Geringe Frustrationstoleranz
- Impulsdurchbrüche → Selbst-/ Fremdverletzung
- Schulleistungen nehmen ab
- Kopf-/ Bauchschmerzen
- Suizidale Gedanken



## IM PUBERTÄTS- UND JUGENDALTER

- Innere Leere
- Freudlosigkeit
- Suizidalität
- Sozialer Rückzug
- Vermindertes Selbstvertrauen
- Gereiztheit und Aggressivität
- Konzentrationsmangel → Leistungsstörungen
- Psychosomatische Störungen



# BEHANDLUNG



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

# SÄULEN DER DEPRESSIONSTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN



# HYPERKINETISCHE STÖRUNG ODER AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT/HYPER- AKTIVITÄTSSTÖRUNG



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

- HKS: Hyperkinetisches Syndrom („Zappelphilip“)
- ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (synonym zu HKS; engl.: ADHD)

### 3 Subtypen:

- „vorwiegend unaufmerksam “ (nur Konzentrationsstörung),
  - „vorwiegend hyperaktiv/impulsiv“ (nur hyperaktiv-impulsive Symptome),
  - „kombinierter Subtyp“ (Vollbild)
- ADS: Aufmerksamkeitsdefizit-Störung

# KERN-SYMPATOMATIK

- Beeinträchtigte Aufmerksamkeit
- Überaktivität (motorische Unruhe)
- Impulsivität



# AUFMERKSAMKEITSSTÖRUNG

Aufmerksamkeitsgestörte Kinder sind

- unaufmerksam gegenüber Details,
- werden häufig von externen Reizen abgelenkt,
- hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird;
- sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
- verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind
- und brechen Aufgaben vorzeitig ab.



# SYMPTOMATIK: HYPERAKTIVITÄT

- anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten,
- fuchteln mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen



# SYMPTOMATIK: IMPULSIVITÄT

- platzen häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage beendet ist,
- können häufig nicht in einer Reihe warten,
- unterbrechen und stören andere häufig,
- reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.



# DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

- Hinsichtlich des Alters und der kognitiven Fähigkeit nicht entsprechende Aufmerksamkeitsleistung und Ausdauer.
- Aufmerksamkeitsstörungen und Überaktivität in mehr als einer Situation (z. B. zu Hause, in der Schulklasse).
- Symptomatik mindestens über 6 Monate
- Auftreten der Symptome vor dem 6. Lebensjahr.

# VERLAUF

- Hohe Entwicklungsstabilität der hyperkinetischen Störungen (ca. 30%).
- Jugendliche mit einer HKS haben ein erhöhtes Risiko:
  - zum Alkohol- und Drogenmissbrauch,
  - bei Verkehrsunfällen beteiligt zu sein,
  - die Schule ohne Abschluss zu verlassen,
  - eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und
  - eine depressive Störung zu entwickeln.

# ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Insgesamt wird ein multifaktorielles Geschehen angenommen:

- Neurobiologische Risikofaktoren
- Genetische Risikofaktoren
- Psychosoziale Risikofaktoren
- Umweltbezogene Risikofaktoren



# UMWELTBEZUGENE RISIKOFAKTOREN

- Schädigung des Fötus durch Nikotin- und/ oder Alkohollabusus der Mutter
- Trauma während der Geburt
- Geringes Geburtsgewicht
- Pränatale Infektionen
- 



# Behandlung

Multimodalen Behandlung aus psychotherapeutischen, psychosozialen und pharmakotherapeutischen Ansätzen.

- 1. Aufklärung und Beratung
  - Beratung der Eltern hinsichtlich von Methoden der Verhaltenssteuerung.
  - Aufklärung des Kindes, Anleitung zur Selbstbeobachtung.
  - Aufklärung in der Schule und im Kindergarten über die Störung.
  - Beratung der Eltern und Lehrer hinsichtlich adäquater Beschulung und pädagogischer Strategie in der Schule.

- 2. Psychotherapie und psychosoziale Interventionen
  - Familientherapie/ Elterntraining
  - Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining, Selbstinstruktionstraining)
  - Psychoedukation
  
- 3. Medikamentöse Therapie



# THERAPIEPRINZIPIEN

- Klare Aufforderungen und Grenzsetzungen
- Regeln kurz und prägnant formulieren
- keine langen Diskussionen
- Konsequenzen müssen unmittelbar erfolgen
- Eine Warnung, dann Durchführen der Konsequenz
- Strukturierung des Tagesablauf (kein „Laufenlassen“)



# KINDZENTRIERTE INTERVENTIONEN

- Störungskonzept entwickeln
- Therapieziele formulieren
- Belohnerpläne
- Spieltraining (Ziel: Spieldauer)
- Selbstinstruktionstraining
- Selbstmanagement (Ziel: Eigenkontrolle)



[WWW.KJP.MED.UNI-MUENCHEN.DE](http://WWW.KJP.MED.UNI-MUENCHEN.DE)

Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie der

Universität München

Nußbaumstr. 5a

80997 München

Tel. –49 89 440055900

Fax.—49 89 440055902



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE