



Med Uni
Graz

Pioneering Minds

WENN DIE PSYCHE WACKELT - WELCHE PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN BETREFFEN SCHÜLER UND WARUM?

I. Böge

Schule...

- Schule ist das Gesundheitssystem der Kinder (**Hoagwood, 1997**)
- 75% der Kinder und Jugendlichen fallen erstmals im Schulsystem auf. Nur 16% der Kinder erhalten die erste Versorgung über das Gesundheitssystem. (**Burns et al, 1995**)
- Effektive therapeutischen Interventionen in der Schule bzw. Kooperationen mit der Schule sind deswegen extrem wichtig.



Schule ist...

- ... ein Ort, den man in einem bestimmten Alter aufsuchen muss
- ... ein Ort an dem Wissen vermittelt wird
- ... ein Ort, an dem soziale Kontakte stattfinden
- ... ein Ort, an dem alle gleich behandelt werden



Schule ist...

... ein Ort an dem man versagen kann

... an dem man gemobbt werden kann

... an dem man Angst vor anderen Schülern /Lehrern entwickeln kann

... an dem man Konflikte austragen muss

... an dem man mobben kann

....



Schule ist...

... ein Ort, an dem 1/3-1/2 der wachen Zeit zugebracht wird

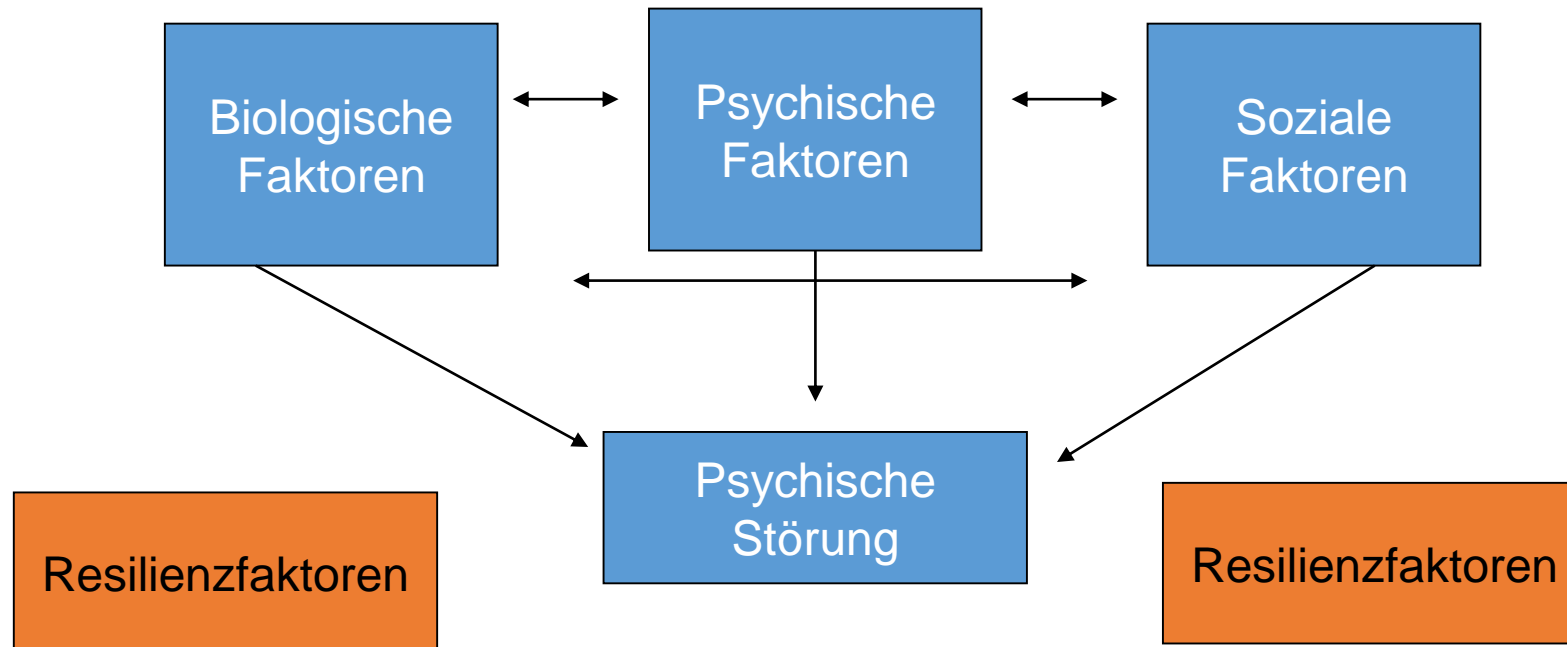
... und deswegen dort oft erste Auffälligkeiten auffallen



Bio-psycho-soziales Modell

► Erklärungsfigur für psychische Störungen und ihre Behandlung:

- Biologische Faktoren: z.B. Genetik
- Psychische Faktoren: z.B. negativer Denkstil („ich schaffe nichts“)
- Soziale Faktoren: z.B. Verlust einer liebevollen Beziehung, Arbeitslosigkeit

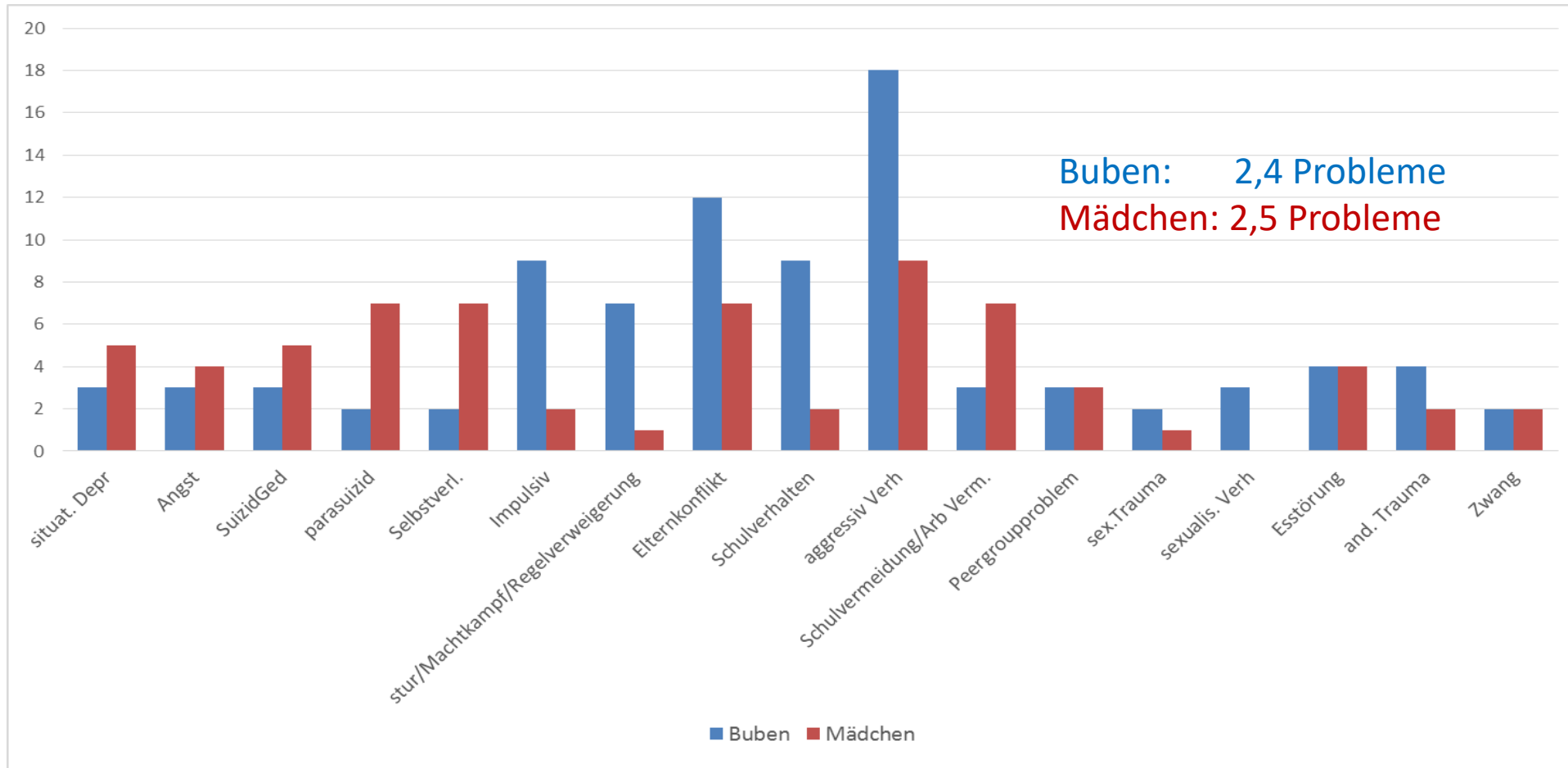


Vorstellungsgrund

Kinder und Jugendliche kommen nicht in die Psychiatrie,
weil sie schon manifest krank sind
sondern
weil sie Probleme haben!

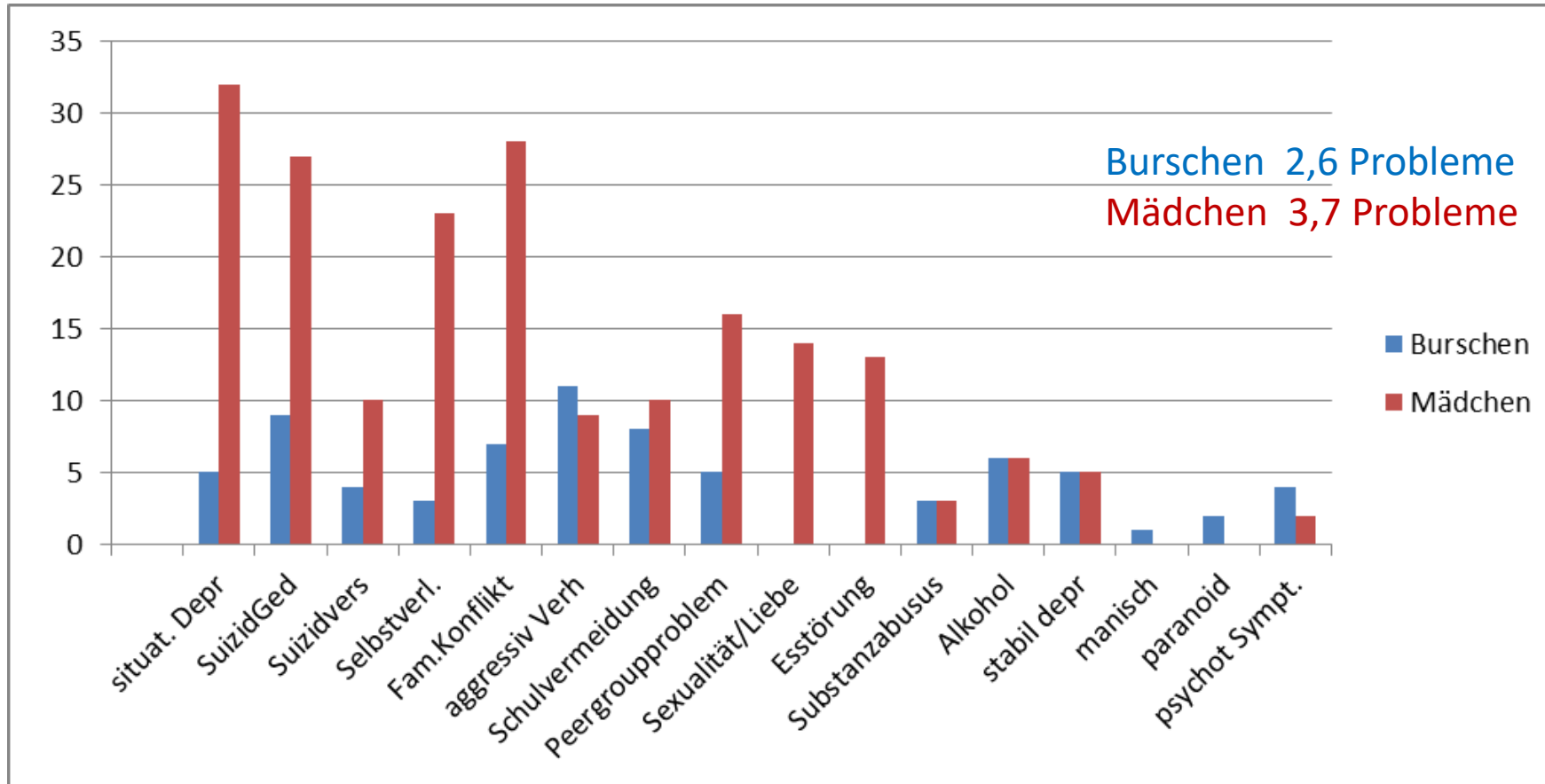


Häufigste Probleme im Aufnahmebefund Kinder 3-13 a



Bei den Buben dominieren **externalisierende** Symptome bei den Mädchen **internalisierende**
Die meisten Problemfelder sind nicht direkt einem Diagnosecode zuzuordnen

Häufigste Probleme im Aufnahmebefund Jugendliche 14-18a



Mädchen nennen mehr Probleme als Burschen. Familiäre Konflikte, Peergruppenkonflikte und Liebeskummer korrelieren mit situativer Depression und Suizidgedanken.

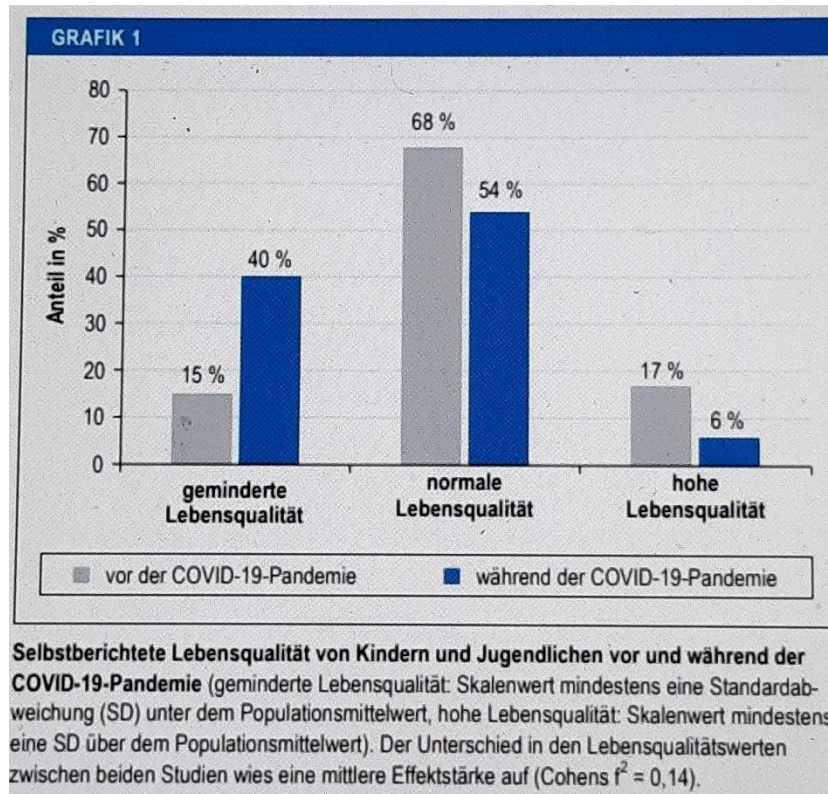
Symptome

- Online Studie (n=3052, Februar 2021: 14-20-jährige, m Alter: 16,47)
- Depressive Symptomatik: 55% → 58%
- Angststörungen: 47% → 46%
- Schlafstörungen: 23% → 25%
- Suizidale Gedanken: 37% (9% täglich) → 44%
- Zunahme an Smartphone Gebrauch

Erhebungszeitraum:
September-November 2021
(n=1.505)



Befragung von 1040 Kindern und Jugendlichen im Mai und Juni 2020 sowie von 1.586 Eltern von 7- bis 17-Jährigen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit, die Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten



Ergebnisse:

- Insgesamt gaben 40,2% der Befragten 11- bis 17-Jährigen eine geminderte Lebensqualität an, bei 31,0% der 7- bis 17-Jährigen lagen psychische Auffälligkeiten vor.
- Das Risiko für psychische Auffälligkeiten stieg von rund 18 % auf 30 % während der Pandemie (Cohens $f^2 = 0,04$).

ABER: Auch wenn

- 62.1% (n = 646) Konzentrationsprobleme berichteten
- 58.4% (n = 607) Interessenverlust, und
- 33.7% (n = 351) sich traurig fühlten

- ergab sich jedoch kein deutlicher Unterschied ($p > 0,05$) in der Häufigkeit selbstberichteter depressiver Symptome (CES-D) im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie

COPSY

STUDIE

Folgebefragung

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer geminderten Lebensqualität



Grafik 3

Risiko für psychische Auffälligkeiten bleibt stabil hoch



- **Dezember 2020 bis Januar 2021**
- (> 80% aller befragten Kinder und Eltern nahmen teil)
- Verminderte Lebensqualität wird von 70% der Kinder und Jugendlichen berichtet!
- Anstieg des Risikos für psychischen Auffälligkeiten von 20% auf 30%
- **Ängste und Sorgen** haben bei den Kindern im Vergleich zur ersten Befragung noch einmal deutlich zugenommen. Sie zeigen nun auch zudem **häufiger depressive Symptome** sowie **psychosomatische Beschwerden** wie zum Beispiel Niedergeschlagenheit oder Kopf- und Bauchschmerzen.

Studie in 10 Länder*

- Suizidalität:
 - März/April 2019: 1239 Notaufnahmen
 - März/April 2020: 834 Notaufnahmen

Aber:

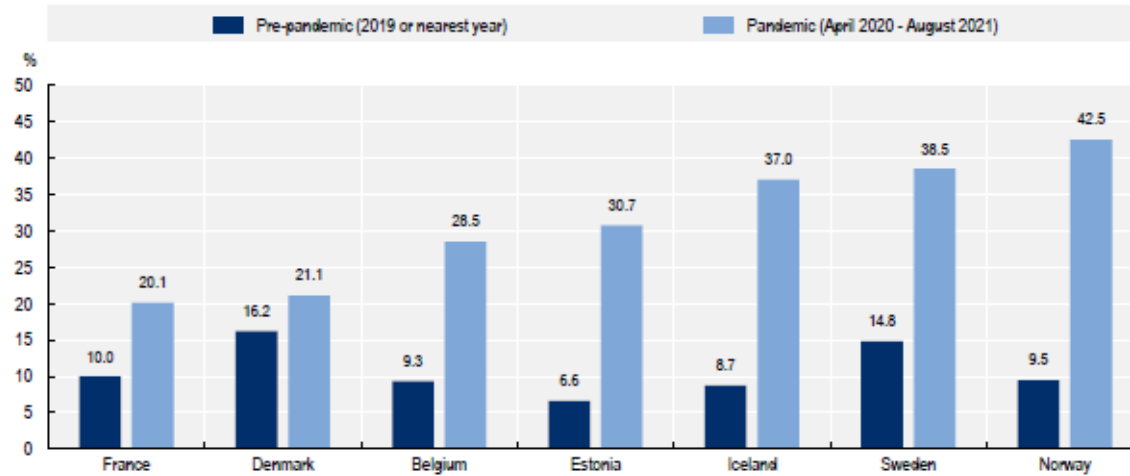
- Erhöhte Vorstellungen aufgrund von Selbstverletzung: 50% => 57%
- Mehr Jugendliche mit internalisierenden Störungen 58% => 66%

Dennis Ougrin, 2021

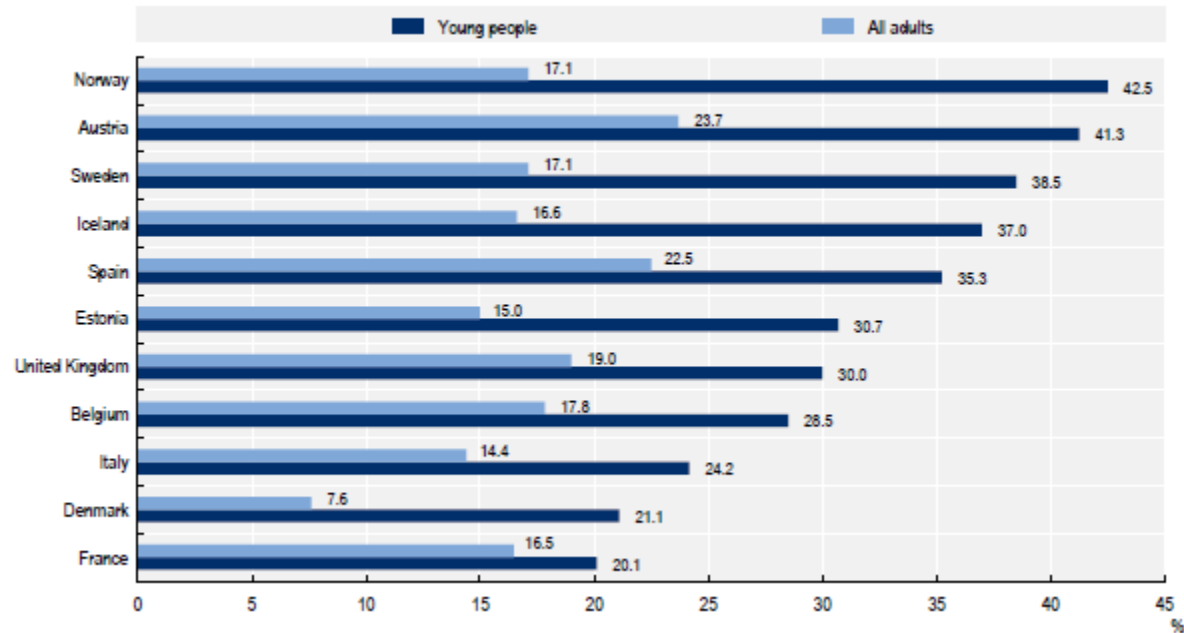
*GB, Österreich, Deutschland, Irland, Italien, Serbien, Ungarn, Oman, Türkei, Arabische Emirate

Seit Corona: Depressionen

Share of young people with symptoms of depression



Share of people with symptoms of depression, 2020-21 (or nearest year available)



Seit Corona: Essstörungen

- System Review (n=53 Studien) zu Essstörungen
 - 48% Zunahme an Krankenhausbehandlungen wegen Essstörungen
 - 83% Zunahme bei minderjährigen Patient:innen

Figure 1. Aggregate Inpatient Eating Disorder Admissions Across 14 Sites Before and After Onset of the COVID-19 Pandemic

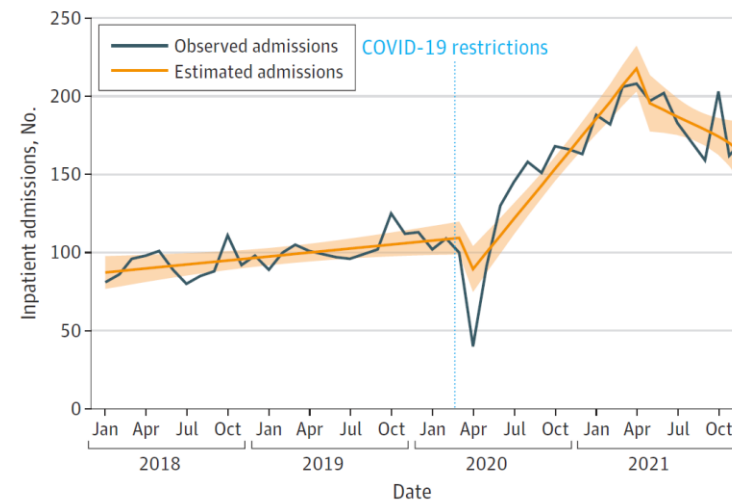
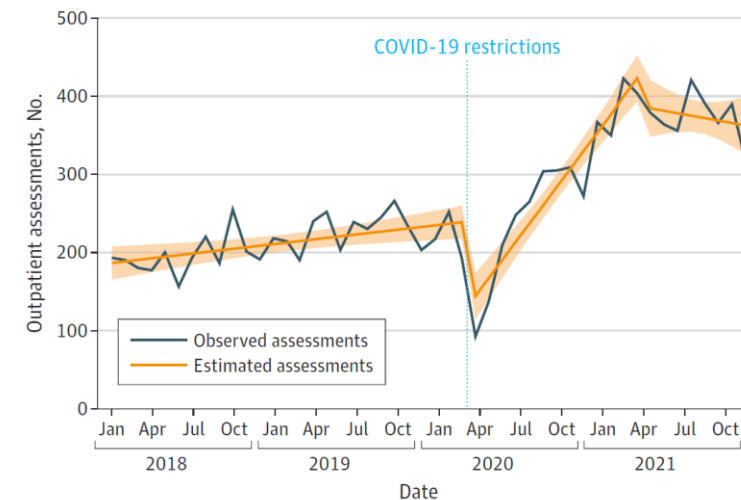


Figure 2. Aggregate Outpatient New Eating Disorder Assessments Across 14 Sites Before and After Onset of the COVID-19 Pandemic



Psychische Probleme (Lehrlinge Ö)

N=1442 Lehrlinge (w: 53,5%)

Online Befragung: März-Mai 2021

- Depressive Symptomatik: 48%
- Angststörungen: 35%
- Schlafstörungen: 27%
- Symptome einer Essstörung: 51%

Am stärksten betroffen:

- ▶ Weiblich oder non-binary
- ▶ Migrationshintergrund
- ▶ Arbeitslosigkeit



	Depression— PHQ-9 Cut-Off 10/11	Anxiety— GAD-7 Cut-Off 10/11	Disordered Eating—EAT-8 Cut-Off 2/3	Sleep— ISI7 Cut-Off 15
<i>Work situation</i>				
As before	44.8%	34.2%	49.7%	24.7%
Home office	50.5%	34.9%	51.3%	27.2%
Furlough	56.8%	35.1%	59.5%	33.8%
Lost job	80.8%	65.4%	53.8%	57.7%
Mixed *	55.4%	40.2%	48.9%	33.7%

Substanzkonsum

- 18% Zunahme der Überdosierungen, Zunahme der Opioidmortalität
- Zunahme am stärksten bei Jüngeren
- Änderung der Konsummuster:
 - Konsum zumeist alleine (49%),
 - mit Eltern (42%),
 - mit Freunden online (32%),
 - mit Freunden face-to-face (24%).
- Konsum alleine - mit depressiver Symptomatik und Angstsymptomen assoziiert

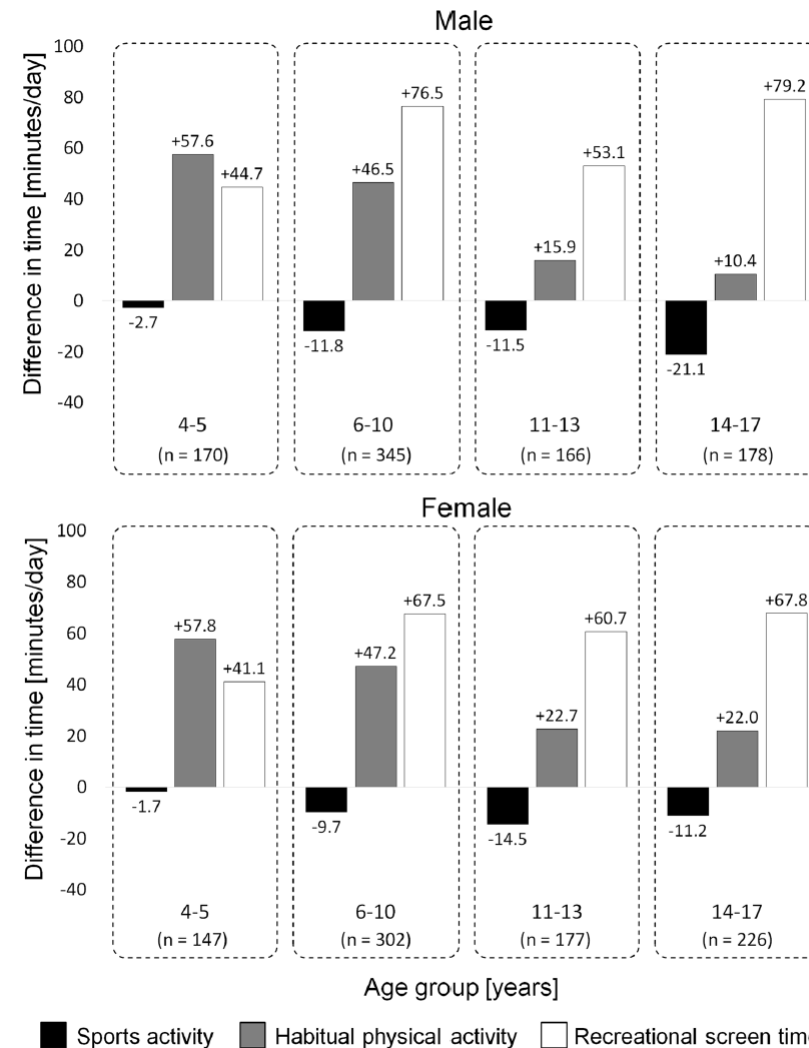


Bewegungsmangel

- Deutliche BMI Zunahme während des Lockdowns (n=1.770, USA, mAlter: 9 Jahre)

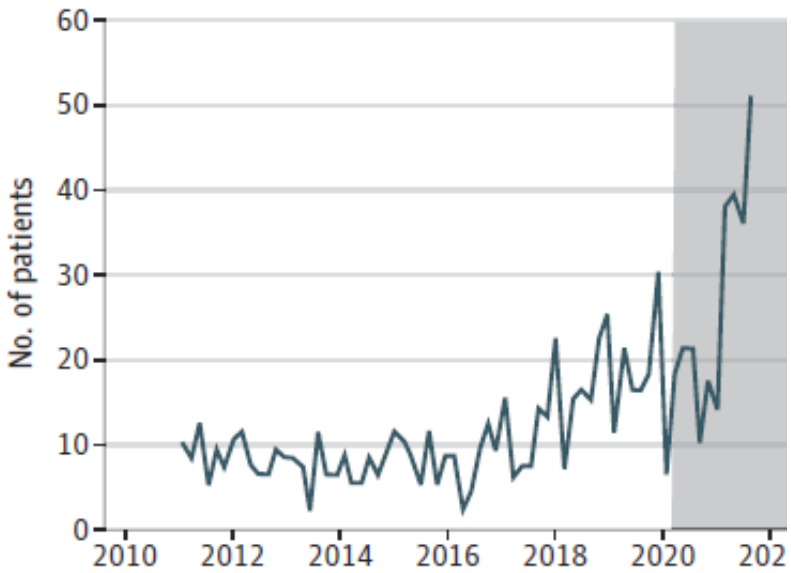
Übergewicht: 2017 → 2020: 41,5% → 58,8%

- Screen Zeit ↑ (D: n=1.711, 4-17a): ca. + 1h
- Baseline: 162 Minuten/d → +84 Minuten/d (+52%)
- V.a. bei 12-18-jährigen
- Sport ↓ (aber mehr Zeit zu Spielen)



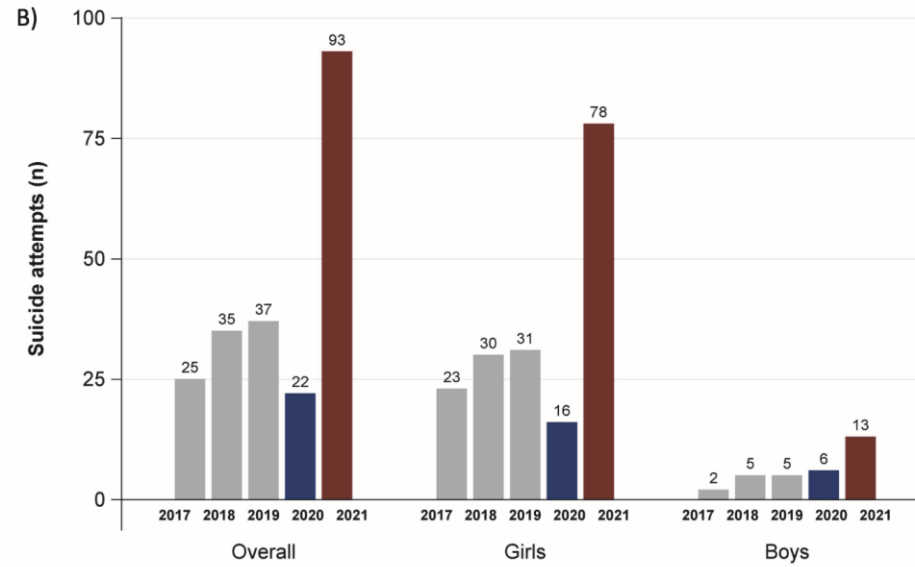
Suizidalität

A Raw data

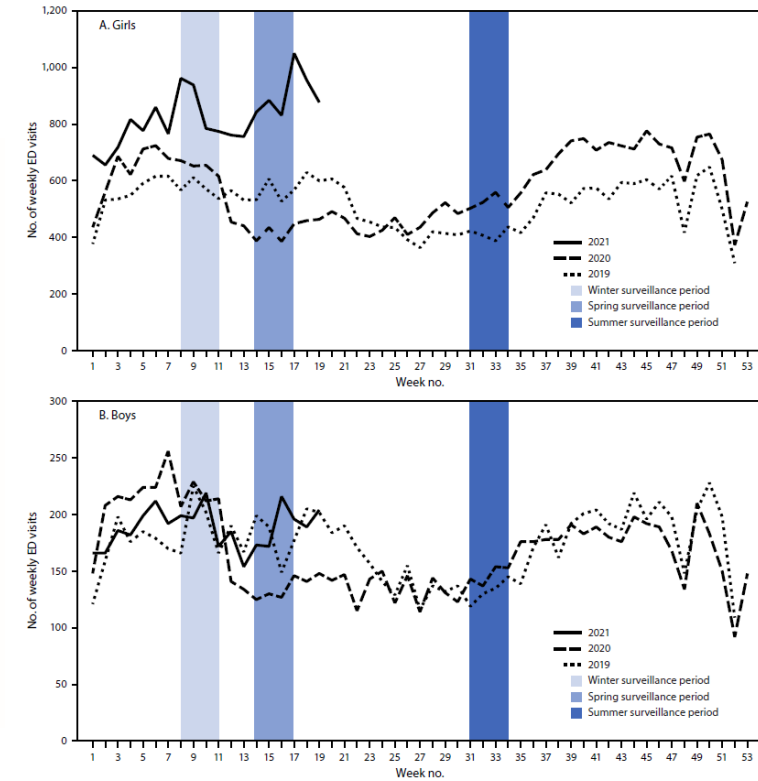


Frankreich

B)



Deutschland

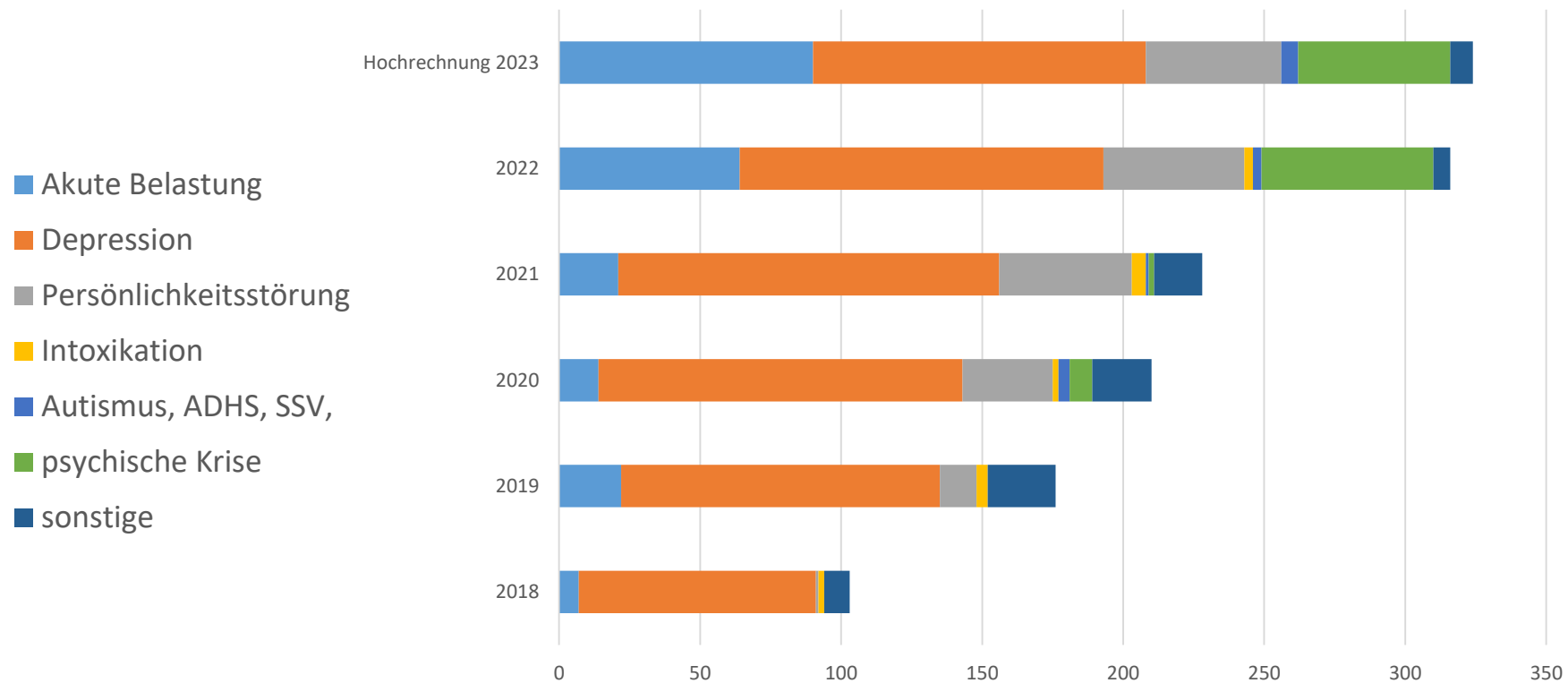


USA

Suizidalität Steiermark



Suizidalität bei zugrundeliegenden Diagnosen, KJP LKH Süd II





Schulmeidendes Verhalten

Prävalenz

- Wenig Studien, insbesondere hinsichtlich entschuldigter Fehlzeiten
- Studie von Fischer et al 2012
 - 2.679 Schüler, Ø 14 Jahren (M = 13.94, SD = 0.85, Range = 11-19)
 - 49,35 % ♂ und 50,65 % ♀
 - Schulfehlzeiten wurden fragebogenbasiert im Selbstbericht erhoben.
- 4,1 % der Schüler fehlten > 4 Tage/Mo
- 6,1 % fehlten > 10 Tage/Mo entschuldigt.
- Sowohl bei den unentschuldigten als auch bei den entschuldigten Fehlzeiten zeigte sich eine deutliche Zunahme von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Ausmaß des Fehlens.

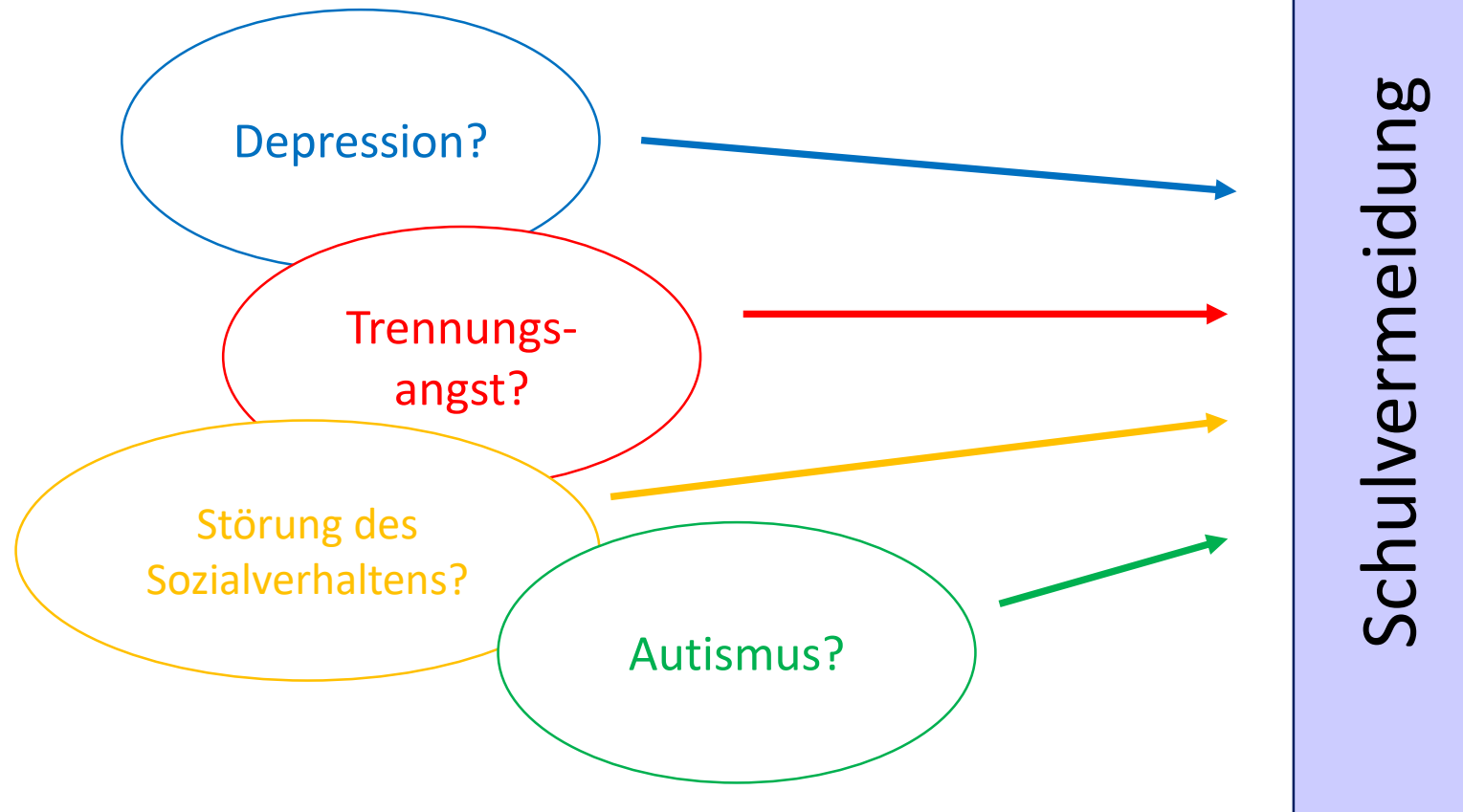


Fragen die wir uns bei Schulverweigerung stellen müssen

- Liegen ernsthafte (psychiatrische) Erkrankungen vor, die Schulbesuch unmöglich machen?
- Wissen die Eltern über Fehlen Bescheid (und wie schwingen sie mit)?
- Gibt es schulbezogene Ängste (Bullying, Lehrer,..) od.
- Überforderungssituationen?
- Gibt es Anzeichen von Trennungsangst? Sozialer Angst? Gibt es erhöhte Selbstunsicherheit?
- Liegt Leistungsversagen vor?



Schulverweigerung: Viele Ursachen – eine Endstrecke



Schulmeidendes Verhalten



Schulmeidendes Verhalten

Trennungsangst

Soziale Angst, Leistungsangst

Schulschwänzen

Fehlen:

- Das Kind ist mit Wissen der Eltern zu Hause

Symptome:

- Angst insbesondere morgens: Zittern, Schwindel, Herzrasen, Übelkeit, Kopf- oder Bauchschmerzen, Erbrechen, Hyperventilation
- Depressive Symptome
- Über Tag ist es meist besser, bis Abends die Schule wieder droht
- Viele Versprechungen, keine werden gehalten

Fehlen:

- Ohne Wissen der Eltern, Kind ist oft nicht zu Hause, ggf. ist es auch einfach „egal“/oppositionell

Symptome:

- Opposition
- Lügen
- Delinquenz
- Aggressivität
- Impulsivität
- Hyperkinetische Symptome

Ursachen Schüler

- leistungs-, soziale und Trennungsängste,
- Kopf- und Bauchschmerzen,
- depressive und dissoziale Tendenzen,
- Teilleistungsstörungen
- Antriebsminderung.
- Fehlende Lerntechniken
- Geringe soziale Fertigkeiten
- Geringe Frustrationstoleranz
- Vorziehen Lustbetonter Tätigkeiten außerhalb der Schule



Ursachen Schule

- Schulsituation an sich
- große Klassen mit vielen auffälligen Mitschülern
- hohe Leistungsanforderungen, Leistungsflucht
- Mobbing durch Mitschüler
- Lehrerverhalten



Ursachen Familie

- psychische Erkrankung der Eltern
- Schulabsentismus Geschwister
- niedriger sozioökonomischer Status der Eltern
- Arbeitslosigkeit,
- häufige Umzüge
- Geringe elterliche Kontrolle
- soziale Isolation der Familie
- häufige familiäre Konflikte
- Erzieherische Überforderung
- Übernahme von erlebten Verhaltensweisen bei Bezugspersonen



Diagnostik:

Psychosomatische Belastungen?
Psychische Erkrankungen?
Teilleistungsstörungen
Kognitive Über/Unterforderung?

Schulische/Soziale
Überforderung
Schutz des
Selbstwerts

Störung des Sozialverhaltens
F91/F92

Soziale Phobie F40.1
Panikstörung F40.0
And. Angststörungen F41



Berechtigte Angst
Soziale Über-
forderung

Störung m. Trennungsangst F93.0

„Schulangst“
Angst vor schulischen
und sozialen
Anforderungen

„Schulphobie „
Angst vor Trennung
Angst um Eltern

Was sollte man tun?

- ANSPRECHEN

Symptome ernstnehmen, annehmen, genau nachfragen und Interesse zeigen, neugierig sein: „Was, meinst Du, ist die Ursache deiner Beschwerden?“

häufige Zusammenfassungen
„Habe ich das richtig verstanden?“

Situations- und Beziehungskontext erforschen
„In welchen Situationen gelingt Dir trotz der Beschwerden eine gute Teilnahme am Alltag?“
„Wer würde sich am meisten freuen, wenn Du wieder alles machen könntest?“

Unterstützung der Selbstwirksamkeit
„Welche Art der Therapie wäre für Dich vorteilhaft?“

Arbeitsbündnis mit Patient und Familie

- Somatische Befunde offen miteinander besprechen
- entstehende Fragen in Ruhe klären
- ggf. erneutes Gespräch anbieten.

Wenn möglich auch häufigere kurze Kontakte, auch wenn es kein Problem gibt = Zuwendung ohne Störungsfokus und damit Lenkung auf „gesunde Seite“ der Genesung

Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiater
falls multiple Symptome, hoher Schweregrad und anhaltende Dauer der Symptome oder Schuldistanz

Was (nicht) tun?



- „Erfolgreiches“ Schwänzen wirkt verstärkend, längerer Schulabsentismus macht den Wiedereinstieg für das Kind/den Jugendlichen immer schwerer.
- Nicht affektiv reagieren, sondern genau beobachten und nachfragen,
- „Fakten“ sammeln, Rücksprache und Austausch mit Kolleg/inn/en, evtl. auch mit Expert/inn/en.
- Gespräche mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen führen (am besten durch eine Person mit dem besten Zugang zum Betroffenen), um Einblick in die Situation aus seiner Sicht zu erhalten.
- Kontaktaufnahme mit den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen mit einem Angebot zur Kooperation.

Handeln!!



- Bis ein Schulverweigerer in der Praxis eines Kinder und Jugendpsychiaters landet, ist oft viel Zeit vergangen. „Oft zu viel“,
- Zuallererst geht es dann darum, dass das Kind innerhalb von zwei bis drei Monaten wieder zur Schule geht, ansonsten muss eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden.
- Ansonsten Gefährdungsmeldung beim Jugendamt
- Therapie empfehlen





Selbstverletzendes Verhalten Suizidalität

Selbstverletzendes Verhalten/Suizidalität

- Unterscheidung:
- Selbstverletzendes Verhalten OHNE Suizidale Intention (Nonsuicidal Self-Harm; NSSI oder NSSH)
- Selbstverletzung mit Suizidaler Intention = Suizidalität

- Suizidalität im Jugendalter
 - Tritt erst ab ca. 10 Jahren auf
 - Ist i.d.R. keine bilanzierende Handlung
 - Meist impulsiv – und ebenso impulsiv vorbei
 - Muss in Schweregrade unterteilt werden
 - Kann nur durch einen Kinder- und Jugendpsychiater rechtskräftig beurteilt werden



Prävalenz SVV



- Etwa jeder 3. Jugendliche hat sich zumindest 1x absichtlich verletzt
- Für schwerwiegende Symptomatik Prävalenz 3% (Moran et al.2006)
- Für ambulant behandelte Jugendliche bis 11% (Chanen et al.2008)
- Für stationär behandelte Jugendliche sogar bis 50% (Kaess et al.2013)
- Repetitives NSSV (nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten) 4-9,5%
- Etwa jeder 2.stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Patient zeigt repetitives selbstverletzendes Verhalten
- Lebenszeitprävalenz NSSV im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext sogar bei 59% Kirkcaldy et al.2006

Ursachen

- Nicht fühlen können und sich spüren wollen (Traumahintergrund!)
- Nachahmendes Verhalten (selbstlimitierend!)
- Aufmerksamkeit erhalten wollen (eher emotional instabil)

=> generell gilt: es gibt nichts was so effektiv ist wie Selbstverletzung, wenn es darum geht sich wieder im Hier und Jetzt zu spüren.



Was tun?

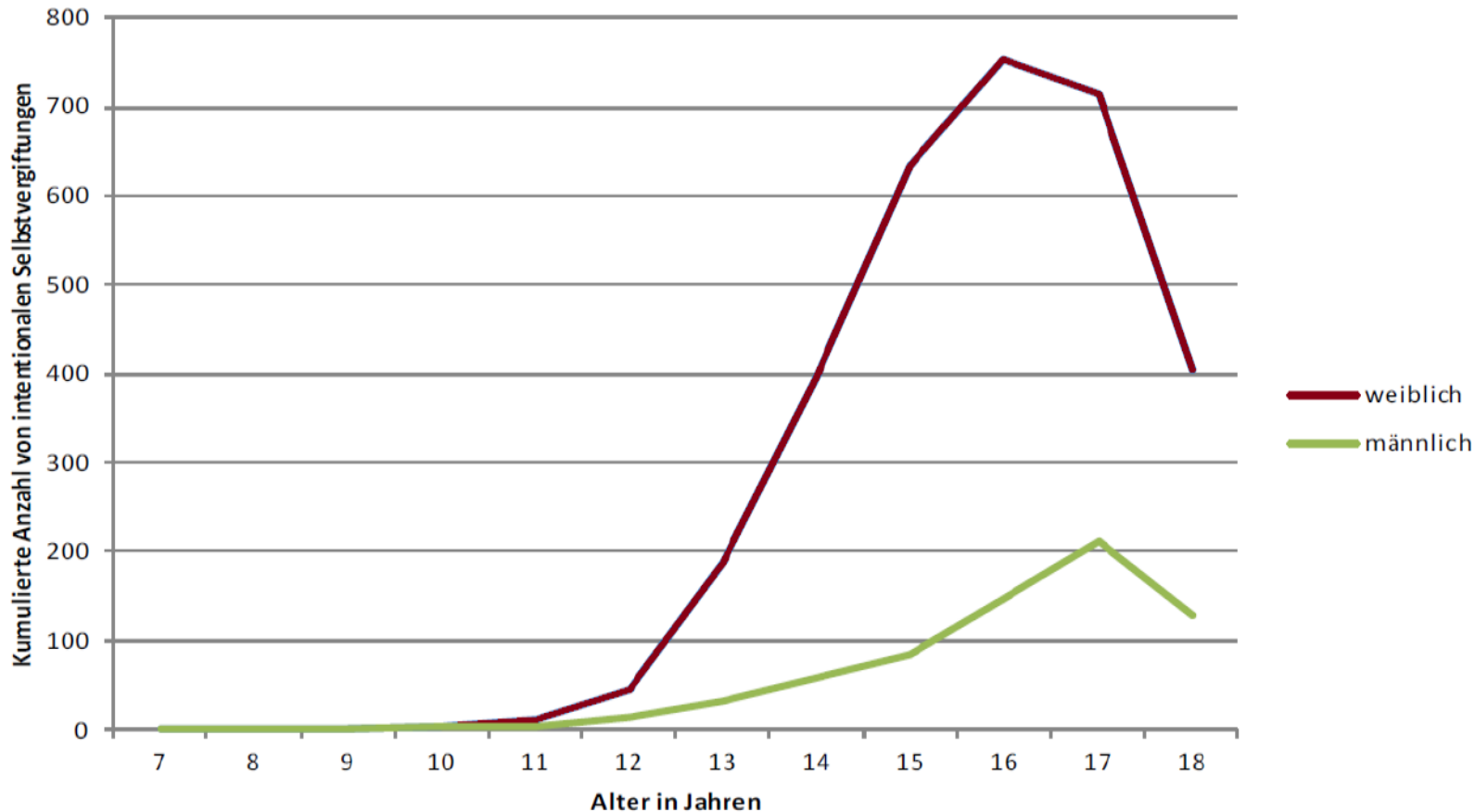
- Ansprechen
- Unterscheidung zur SVV mit Suizidalität
- Eltern informieren
- Therapie vermitteln



Suizidversuch und Parasuizid

Suizidversuche mit Medikamenten

Hier führen die Mädchen deutlich Quelle Statistik Austria 2016



Unter dem Alter von 12 Jahren sind Suizide/Suizidversuche sehr selten, erst im Alter von 9 Jahren haben Kinder ein inneres realistisches Konzept vom Tod.

Suizidversuch und Parasuizid

- „Bilanz-Suizid“ im Jugendalter: selten
 - =geplante um unerträglicher Situation zu entkommen kann kaum verhindert werden
- Impulsiver Suizidversuch ist häufiger
 - depressive Einengung des Denkens (Präsuizidales Syndrom)
 - Suizidgedanken als tröstende Phantasie bekommt zwingende Qualität. (Verabredungen über Internet etc.)
- Misslungener appellativer Parasuizid
 - Tod durch Fehleinschätzung der Toxizität eines Medikaments oder der Physiologie bei Strangulation



Suizidalität-Gründe



- Suizidale Handlungen und Suizidalität bei Jugendlichen sind häufig Ausdruck akuten Konflikterlebens (impulsiv), bei z.B.
 - Konflikte mit Bezugspersonen (31%)
 - Liebeskummer (16%)
 - Schulschwierigkeiten (11,5%)
 - Entwicklungskrisen (8,9%)

Oft ebenfalls vorliegend:

- Verminderten Problemlösungskompetenzen
- Externalisierenden Zügen (Ärgerlichkeit, Kritikempfindlichkeit, Dysthymie, Impulsivität, Aggressivität, Dissozialität)

Suizidalität - Gründe



- **Psychische Erkrankungen (3,8%)** (*Remschmidt et al)
 - Affektive Störungen (4% aber 18% der stationär behandelten)
 - Schizophrenie (5-15% langfristig)
 - Borderlinepersönlichkeitsstörungen (8-10%, 16-19% bei komorbider Depression)
 - Alkoholabhängigkeit (5-10%)
 - Drogenabhängigkeit (50x höher)
 - Anorexia nervosa (20x höher)
 - Sexuelle Identitätsstörung (7%)
- Ca. 1/3 zeigen keine klaren Auslöser



Suizidalität

- Ein wichtiger Faktor bei eingetretener Suizidalität ist eine Kommunikationsstörung
- Hochrisikogruppe: Kinder depressiver Eltern

„Selbstmord ist ...
die Abwesenheit der anderen“

Jean Amery (1976)



Suizidale Entwicklungskette



- **Hilflosigkeit/innerer Konflikt**
- **Probleme in der Lebensgestaltung: Kontaktstörung, Isolierung**
- **Krise z. B. akuter Konflikt oder aber Verlust von Kontakt zur Bezugsperson**
- **Einengung der Gedanken mit Grübeln, Selbstmitleid**
- **Aggressionsumkehr: Selbstvorwürfe, Autoaggression**
- **Suizidphantasien**
- **Konkrete Planung**
- **Suizidhandlung**

Suizidalität Entwicklung

- Anderer Entstehungsweg:
 - Akutes Ereignis
 - Wenig Lösungsstrategien
 - Impulsive überschießende Handlung
 - Oftmals schon kurz nach der Handlung klare Distanzierung möglich
- Es gibt eigentlich keinen Bilanzsuizid bei Jugendlichen, fast immer ist eine Kränkung direkt vorweg gegangen



Suizidalität-Warnsignale

- Gefühl der Einsamkeit, Isolation, Verzweiflung
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Grübelzwänge
- Teilnahmslosigkeit
- Sehnsucht „weg zu sein“
- Schlafschwierigkeiten
- Leistungsabfall in der Schule, Konzentrationsstörungen
- Weglauftendenzen
- Frühere Suizidversuche
- Phantasien über Durchführung und das „danach“
- Vorbereitungshandlungen



Suizidalität



- **Harte Methoden** (Erhängen, Erschießen, Erstechen, Sprung aus der Höhe, Legen/Werfen auf Bahnschienen, Ertrinken, Strom)
- **Weiche Methoden** (Einnahme von Substanzen wie Medikamente oder Drogen, Schnittverletzungen, Einatmen von Gas)
- **Verbale Ankündigungen** (Hilferuf, Appell, seltener Drohung)
- **Präsuizidales Syndrom** (affektive Einengung, Aggressionsstau, Wendung der Aggression gegen die eigene Person, parasuizidale Phantasien).
- Weichen Methoden unterstellt man gemeinhin eine geringere Ernsthaftigkeit, was aber bei Jugendlichen (wegen der Unkenntnis der Wirkung) nicht immer klar zutrifft.

Erster Umgang mit Suizidalität



- Offenes Ansprechen des Patienten auf seine Suizidgedanken (Entlastung durch Verbalisierung)
- Benennen der Suizidgedanken nach Art und Intensität (schafft Distanzierungshilfe)
- Einbringung der eigenen Person des Helfers:
 - Empathisches Verstehen aber auch
 - Einnehmen einer lebensbejahenden Haltung, stellvertretende Übernahme von Hoffnung

Erster Umgang mit Suizidalität 2



- Besprechung von Hilfs- und Therapiemöglichkeiten (entspricht Anregung von Kollaboration)
- Fragen und Benennen von Bezugspersonen (entspricht Bindung an Begleitpersonen)
- Absprache von Notrufmöglichkeiten (Vorgabe von Krisenbewältigungsmustern)
- Treffen von Absprachen (Schließen eines Lebensvertrages)



Grenzen

- Die sichere Erfassung von Suizidalität ist schwierig, im Einzelfall unmöglich
- Im Zweifel immer Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, dabei ist eine Begleitung/bestehendes Kontaktangebot der Bezugspersonen wichtig.
- **Rechtlich:** Übernahme der rechtlichen Verantwortung in der Einschätzung von akuter Suizidalität sichert nur eine Vorstellung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Lebensverträge haben **keine** rechtliche Relevanz





Konzentrationsstörungen

Ursachen

- ADHS
- Bindungsstörung
- Trauma
- Depressionen
- Ängste



Trauma (Wunde, τραύμα)



Verletzung (der Seele)



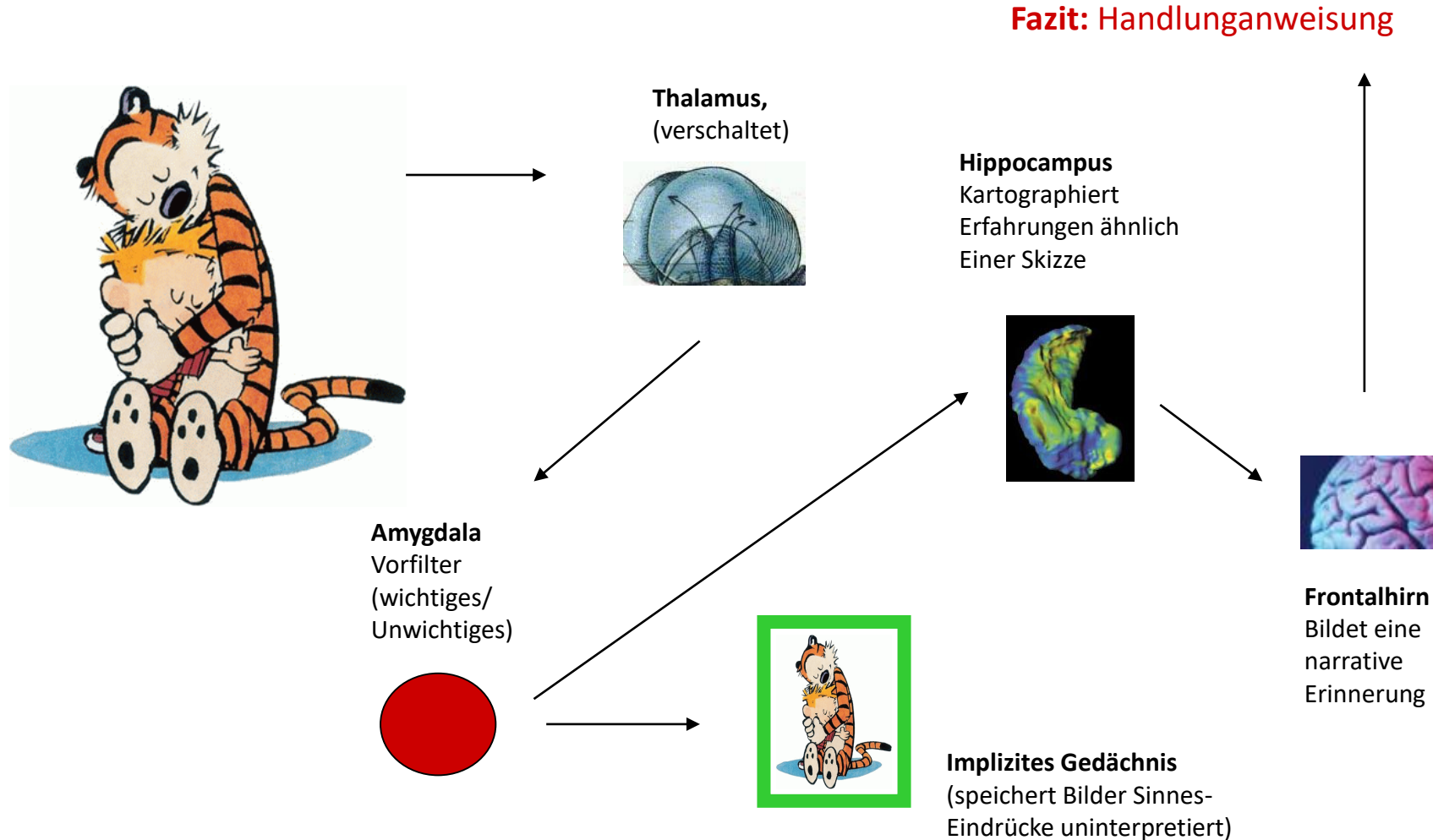
Der Kern jeder traumatischen Erfahrung ist das **subjektive** Erleben von

- Hilflosigkeit, völliges Ausgeliefertsein
- Ohnmacht und
- Kontrollverlust

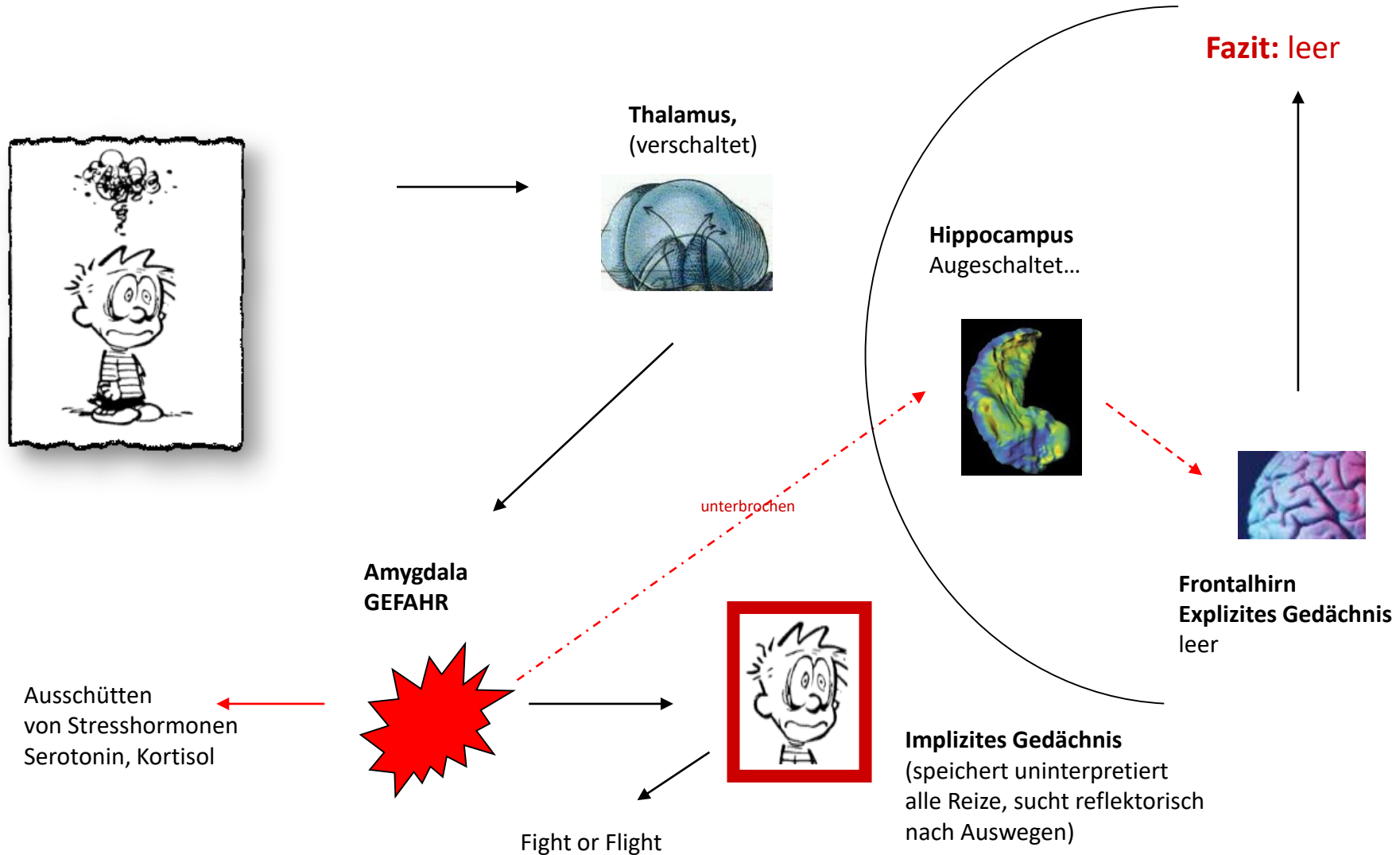
Die Stresssysteme des Organismus werden dadurch zuerst maximal aktiviert und dann zunehmend überfordert.

Traumatisierung = Extremstress

Was passiert im Gehirn während der Einwirkung eines Reizes? (1)



Was passiert im Gehirn während der Einwirkung eines Traumas? (1)



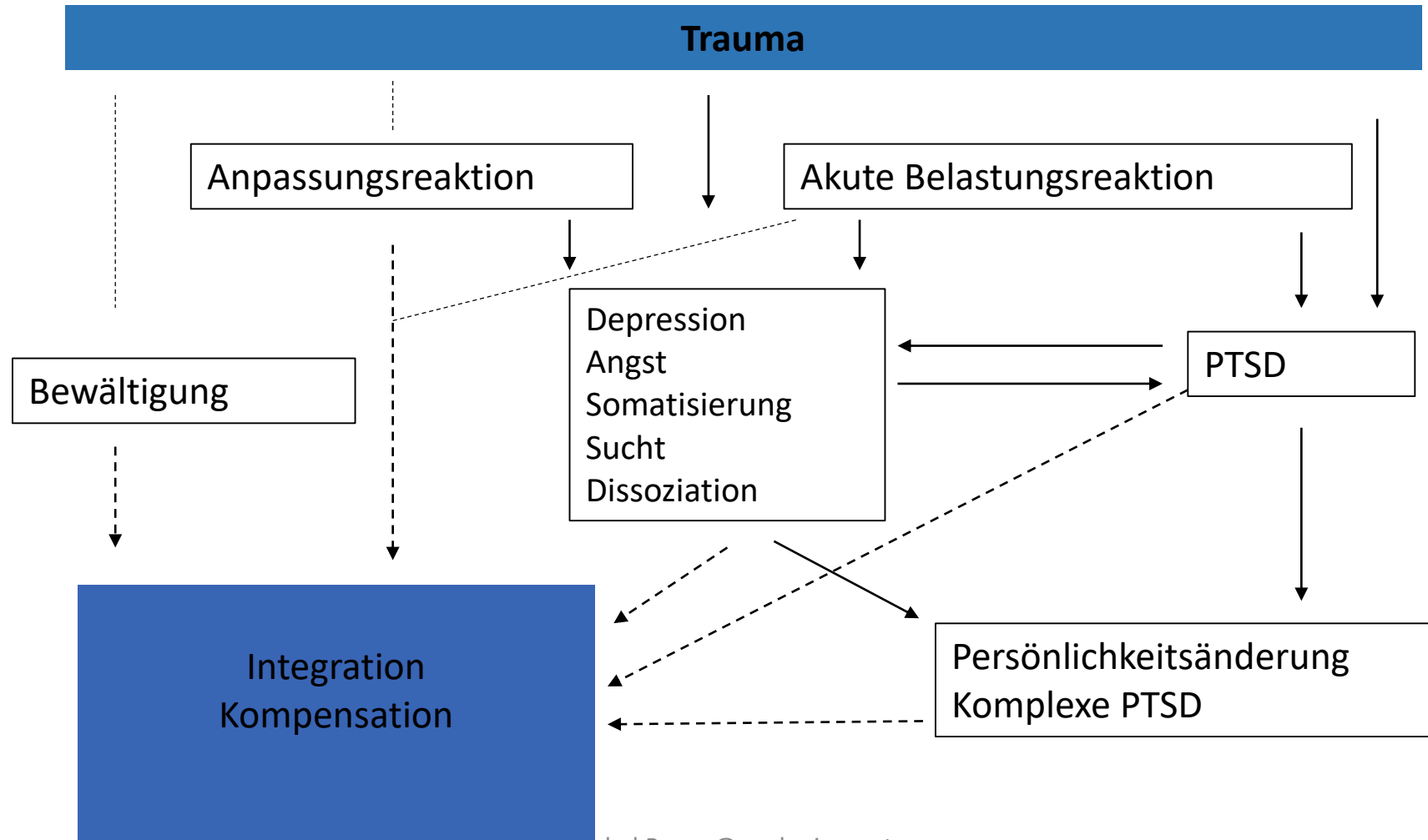
Folge der Hormonalen Stressantwort

- erhöhte Aktivität des noradrenergen Stress-Systems
- Verringerung der Kortisolausschüttung

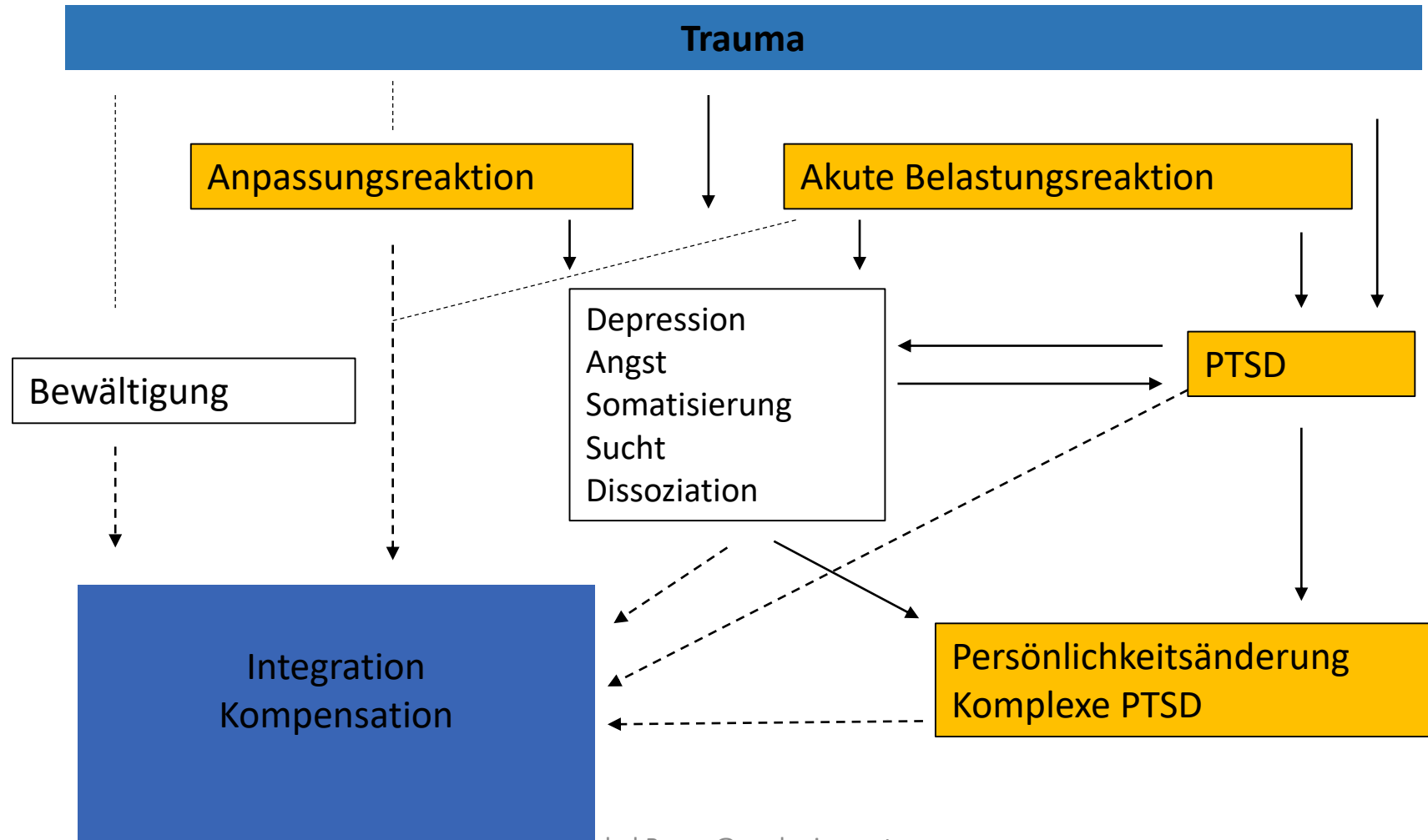
- Folge:
 - Schlaflosigkeit,
 - **Konzentrationschwäche,**
 - Übererregung,
 - Schreckhaftigkeit



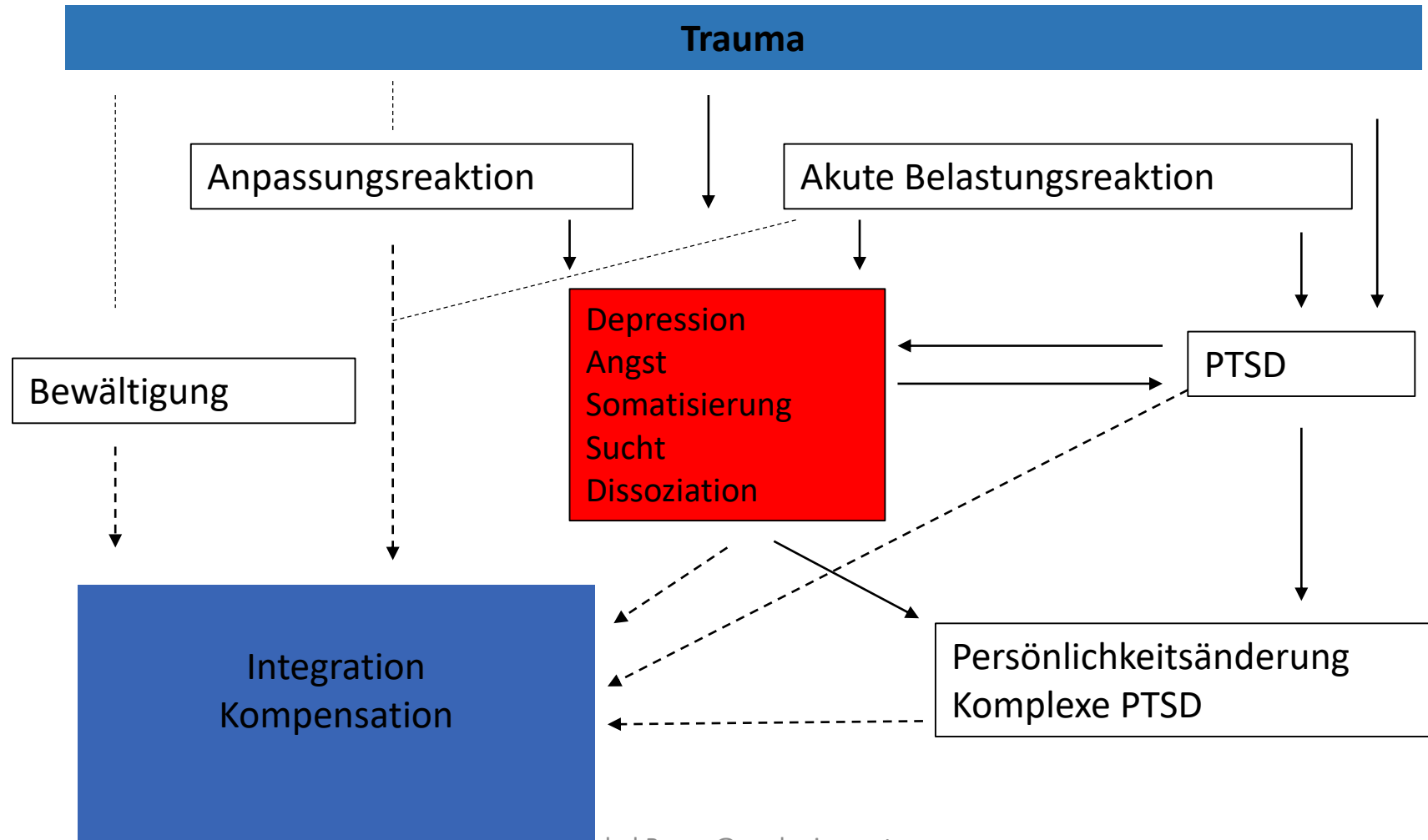
Entstehen der Traumafolgestörung



Primären Störungen



Sekundäre Störungen



Trauma bedeutet im weiteren Entwicklungsverlauf

- Veränderte Einstellungen zum Leben, zur eigenen Person, zu sozialen Beziehungen
 - Sozialer Rückzug, Einzelgänger
- Abbruch von Entwicklungswegen
 - Schulversagen
 - Neue Jugendgruppe (soziale Randgruppen)
- Störungen der Wahrnehmung in Beziehungen
 - Misstrauen, Isolation, ...
- Erhöhte Reizbarkeit und Impulsivität
 - Selbst- und fremddestruktiv



(Streeck-Fischer, 2006; Copeland et al., 2007)

Trauma...

- Trauma durch Isolation
- Leistungsversagen
- „keine Zeit“ der Eltern oder „zu viel Zeit“ der Eltern
- Fehlende Peergruppenkontakte



Was kann man tun?



- Ansprechen (Aufheben der inneren Isolation. Oft besteht Scham für das eigene Erleben, die eigene Unfähigkeit)
- Ursachen versuchen zu verstehen und lösen
- Eltern mit einbeziehen (um zu klären, ob die Konzentrationsstörungen nur auf die Schule bezogen sind oder generell auftreten = Schwere des Ausmaßes)
- Problemlösestrategien besprechen (Verringerung der Hilflosigkeit)
- Bei Leistungsversagen aufgrund der Konzentrationsstörungen – Hilfestellungen anbieten



Depression



... bis zu den 70er Jahren



- Wurde bis zu den 70er Jahren vertreten: ***präpubertale Kinder können keine klinisch relevante Depression ausbilden.***
 - Die Depression - gesehen als Konflikt mit dem Über-Ich – kann noch nicht auftreten (Mahler '61, Rie '66, Rochlin '59)
 - Depressive Symptome im Kinder und Jugendalter sind „normal“ (Lefkowitz und Burton '78)
 - Es gibt zwar depressive Verstimmungen, aber diese äußern sich *nur* in Form von körperlichen Beschwerden, Schulangst, Lernschwierigkeiten, Verhaltensproblemen (Glaser '67, Nissen '75, Toolan '62)

In den 80er Jahren...



- galt:
 - Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen äußern sich nahezu in identischer Form wie bei Erwachsenen
(Carlson&Kashani, '88; Kovaces '96; Puig Antich, Blau, Marx, Greenhill&Chambers, '78)
 - Entwicklungsbedingte Einflüsse auf die Depression wurden eher als gering erachtet
(Ryan et al '87)

Heute



- Depression bei Kindern und Jugendlichen ist ein
 - ernstzunehmendes Gesundheitsproblem, das durch Corona verstärkt wurde
 - Ist mit schweren Entwicklungsrisiken und Beeinträchtigungen verbunden
 - V.a. im Jugendalter recht hoch verbreitet
 - Prävention und frühe Behandlung ist wichtig



Häufigkeit depressiver Erkrankungen

Erwachsene:

- Punktprävalenz 5-10%
- Lebenszeitprävalenz 16,4%
- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Erkrankung betrifft alle Altersgruppen

Ca. jede 4.Frau und jeder 8.Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression



Depression bei Kindern und Jugendlichen:

- Depressionsrate bei Vorschulkindern: unter 1% geschätzt
- Im Grundschulalter: weniger als 2% der Kinder betroffen
- ab 11 Jahre: Punktprävalenz 2,4 – 3,6%
- **Lebenszeitprävalenz für Jugendliche: 9,4 – 18,5%**
- Keine Geschlechtsunterschiede bei Kindern, ab Pubertät w>m



Vermutete Ursachen für ♀ Depression ↑

- Frühere Konfrontation mit Pubertät 12J vs. 14J
- Kritischere Bewertung der körperl. Veränderungen
- Kritischere Selbstwahrnehmung, niedrigeres Selbstwertgefühl
- Höhere soziale Sensivität, Empathie und Verantwortung
- Stärkeres Bedürfnis nach sozialer Integration, Gemeinschaft und Nähe
- Höheres Niveau von Angst und Unsicherheit
- Häufigere Opfererfahrung
- Bei Corona nun vermehrtes Auftreten, da die soziale Isolation depressive Entwicklungen bei eher zurückhaltenden Mädchen verstärkt hat



Dennoch oft nicht erkannt – Warum?



- Verhaltensauffälligkeiten oftmals im Vordergrund (z.B. gereiztes und aufsässiges Verhalten)
Folge: Eltern, Lehrer und Ärzte übersehen die Depression
- Angst der Betroffenen und Familien vor psychiatrischer Diagnose
- Einzelfälle unterscheiden sich oft stark im Erscheinungsbild
- Abgrenzung von „normaler“ adoleszenter Entwicklung manchmal schwierig.
WICHTIG: Vorübergehende depressive Symptome sind in der Pubertät häufig und haben keinen Krankheitswert
- „Reiß Dich doch zusammen“ - Depression braucht keine Behandlung



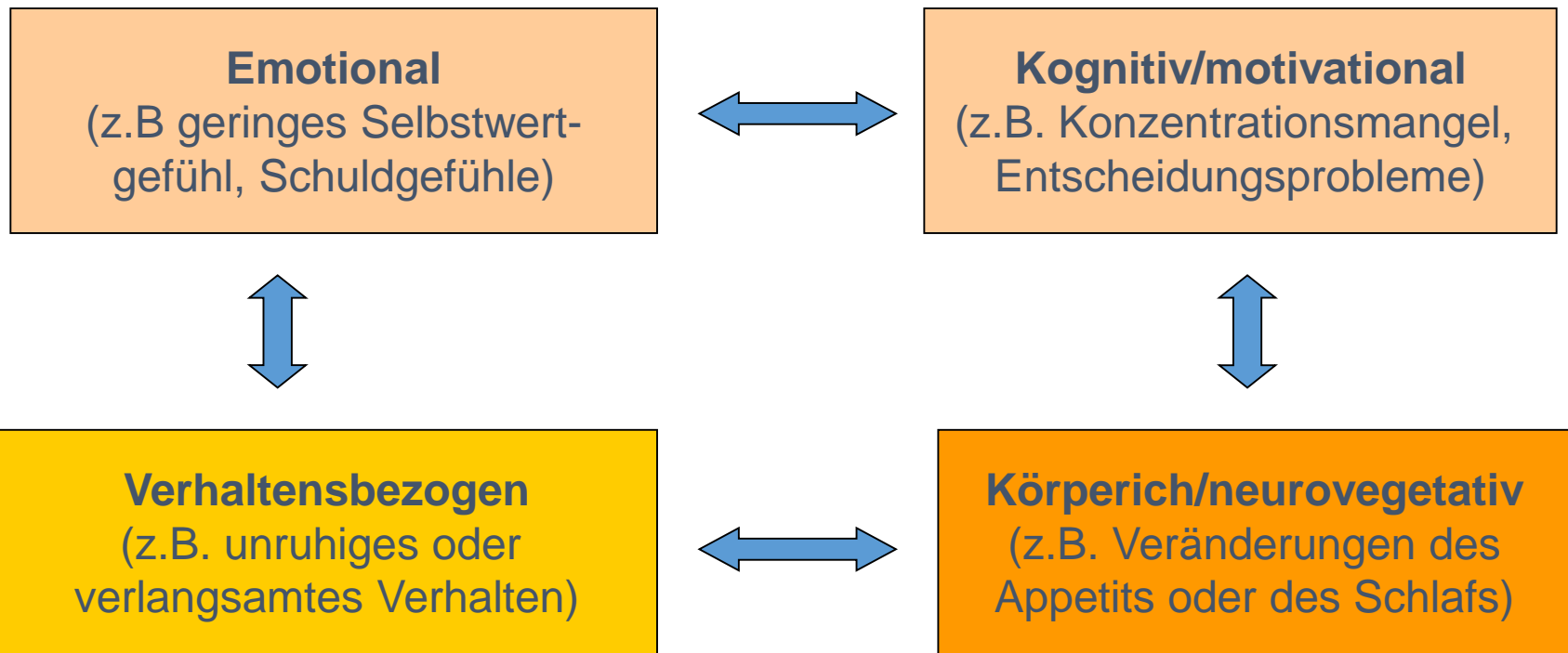
**Die Depression nimmt ihren
Anfang in aller Stille, ohne
nennenswerte äußere Zeichen
und entwickelt und festigt
sich in genau gleicher Weise,
still und heimlich in aller
Öffentlichkeit, ohne von der
Öffentlichkeit wahrgenommen
zu werden**

Kernsymptome

Depressive Verstimmung
Anhedonie
Antriebsmangel



Weitere Symptome



Zeitkriterium



- die Veränderungen sind **nicht nur eine nachvollziehbare vorübergehende Reaktion** auf eine äußere Belastung (z.B. Verlustsituation), sondern zeigen eine **überdauernde Stabilität** über mehrere Wochen und Monate (**Mindestdauer: 2 Wochen**), ohne dass es zu einer Restabilisierung kommt.

Was kann man tun?

- Hinsehen!
- Ansprechen
- Ressourcen stärken
- Eltern informieren
- Diagnostik empfehlen
- Psychotherapie (Medikation) empfehlen
- Zeit geben!!





Soziale Ängste



Was sind Angststörungen?

Situations-unangemessene Angst +
Vermeidungsverhalten

Häufigste Störungen (6-9%) bei Minderjährigen

Hohe Komorbidität mit anderen Störungen (25-70%)



Charakteristika sozialer Ängste



- Soziale Phobien beginnen meist in Kindheit und Pubertät.
- Kinder mit sozialer Phobie meiden gesellschaftliche Zusammenkünfte, da sie fürchten, Erwartungen anderer nicht zu erfüllen und auf Ablehnung stoßen zu können.
- Oft assoziiert mit Leistung
- Sie fürchten, dass ihnen ihre Nervosität oder Angst angesehen werden kann, was ihre Angst oftmals noch weiter verstärkt.
- Es bestehen oft körperliche Symptome wie Erröten, Zittern, Herzrasen, Schwitzen, Atemnot, Schwindel, Durchfall, Übelkeit etc.
- Um das zu vermeiden, gehen Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten Situationen, in denen sie der Bewertung durch andere ausgesetzt sind, oft von vornherein aus dem Weg. => Schulmeidendes Verhalten
- ...werden nicht besser wenn man zuhause bleibt

Wie geht man damit um...



- Gemeinsam die Situationen identifizieren, die soziale Ängste auslösen (GFS, Aufgerufen werden, Gruppenpräsentationen)
- Lösungsmöglichkeiten aufzeigen
- Die konsentierete Lösung umsetzen und üben
- Oft gibt es Hemmschwellen, Hürden, wenn diese überschritten sind, hat man Chance, dass sich das neue Verhalten generalisiert
- Auch kleine Erfolge loben/benennen
- Psychoedukation der Eltern, um diese unterstützend dabei zu haben
- Medikation: nicht indiziert



Anorexie

Esstörungen

- Sind seit Corona rapide angestiegen!
- Je früher man beginnt zu behandeln, je besser die Prognose
- Es ist eine Erkrankung der Isolation
- Soziale Integration spielt eine große Rolle
- Frage des Selbstwerts, der sozialen Sicherheit
- Es ist eine Erkrankung die großes Leiden mit sich bringt



Anorexie

- Die Anorexie gilt als eine primär psychogene Störung, sie beginnt im Kopf. In Gang gesetzt wird sie durch den bewussten Wunsch abzunehmen, nicht durch Appetitlosigkeit und/oder Hunger

(Selvini Palazoli 1978)

Anorexie – Folgen des Hungerzustands



Studie Ende der 40er Jahre in den USA bei der Probanden mehrere Wochen dem Hungern ausgesetzt wurden:

- Sie beschäftigten sich viel mit Kochbüchern
- entwickelten Essrituale
- wurden körperlich unruhig
- waren gereizt
- zeigten sich apathisch
- zogen sich letztendlich zurück

*Key et al 1940er Jahre

Mögliche spürbare negative Aspekte

- Konzentrationsstörungen
- Schwindel
- Abnehmende Körperliche Leistungsfähigkeit
- Ich bin zu Dingen gezwungen die mir keinen Spass machen (joggen, lügen, nicht mit anderen weggehen)
- Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten



Auch hier...

- .. Bitte ansprechen!!
- ... die durchschnittliche Heilungsdauer ist bei einer manifesten Anorexie 6 Jahre
- ... je früher man Behandlung beginnen kann, umso schneller kommt man in die Remission



Störung des Sozialverhaltens

Preliminaries I



- Nirgendwo Definition von **gesundem** Sozialverhalten
- Läßt sich ohne eine Vorstellung von gesundem Sozialverhalten ein gestörtes Sozialverhalten definieren?
- Versuch in der ICD10/DSM IV:
Herausgekommen ist eine Liste von „Vergehen mit mehr oder weniger starker Schädigungsabsicht“

Preliminaries II

- Hört sich an wie Aufzählung schlechter Charaktereigenschaften
 - Wird schnell ärgerlich
 - Streitet sich schnell mit Erwachsenen
 - Widersetzt sich häufig aktiv Anordnungen von Erwachsenen
 - Ärgert andere häufig andere
 - Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere
 - Ist häufig empfindlich
 - Ist häufig wütend und beleidigt
 - Ist häufig boshaft oder rachsüchtig
- Merkmale beinhalten *unsere* Beziehung zu Erscheinungsformen menschlichen Verhaltens
- Dabei bleibt offen ob *zuerst* das Kind/der Jugendliche „gestörtes“ Verhalten gezeigt hat, oder
- ob das gezeigte Verhalten *Ausdruck* von einer gestörten zwischenmenschlichen Beziehungserfahrung von dem Kind/Jugendlichen ist



Sozialverhalten - Ein paar Zahlen:

- Beinahe 80% aller Kinder zeigen zum Endes des 2. Lebensjahres in der Interaktion mit Gleichaltrigen aggressive Verhaltensweisen wie Treten, Beißen oder Schlagen.
- Wenn Verhaltensweisen wie das Wegnehmen von Spielgegenständen hinzugenommen werden, erhöhen sich die Zahlen auf über 90% (Tremblay et al. 1999, zit. bei Schmeck 2003).

... d.h. ab wann ist es eine Störung des Sozialverhaltens?



Zur Diagnose braucht es

- Ein sich wiederholendes und durchgängiges Verhaltens**muster** (mindestens 6 Monate) mit
- Verletzung der
 - grundlegenden Rechte anderer und
 - wichtiger altersentsprechender sozialer Normen



Alle abzugrenzen von

Delinquenz

= mit dem Gesetz in Konflikt kommen

Merke:

1. Soziale Regeln und Gesetz sind nicht identisch
2. Unsere Patienten haben nicht regelhaft Anzeigen / Strafverfolgung
3. Die Diagnose ist unabhängig vom Alter der Strafmündigkeit



Unterschieden wird...

- Beginn vor dem
10. Lebensjahr

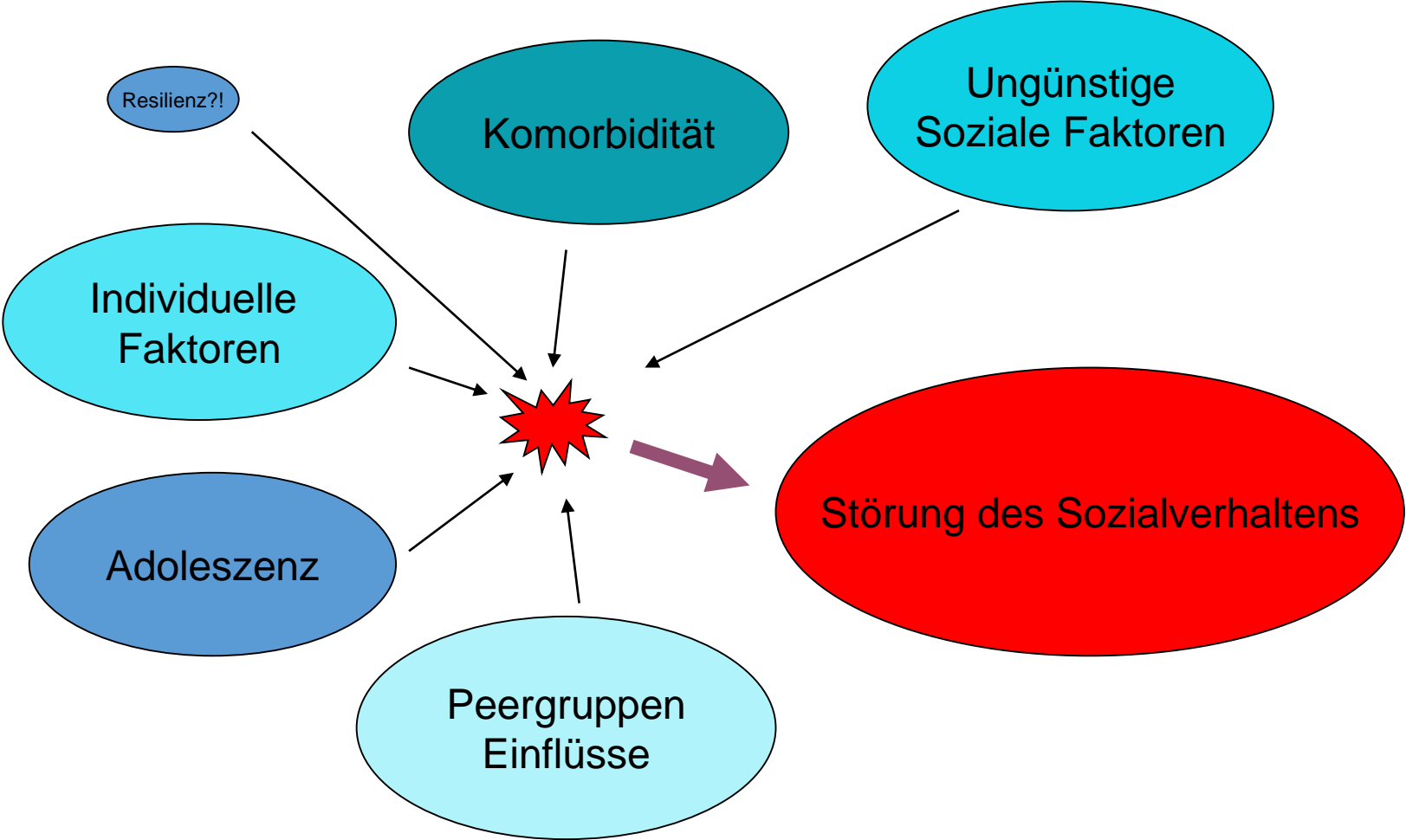
- Wesentlich mehr Jungen als Mädchen
- Häufig körperliche Aggression
- Häufig gestörte Peer-Beziehungen
- Höhere Komorbidität
- Ungünstige Prognose, oft chronischer Verlauf zur dissozialen Persönlichkeit

- Beginn nach dem
10 Lebensjahr

- Mehr Jungen als Mädchen
- Seltener aggressives Verhalten
- Bessere Beziehung zu Gleichaltrigen
- Bessere Prognose



Entstehung der Störung des Sozialverhaltens



Was sehen wir?

- In viele Fällen kann sowohl:
 - Eine psychische ICD10 Störung festgestellt werden als auch
 - Dissozialität bis hin zur Delinquenz im juristischen Sinne

Soziale Probleme ↔ psychische Beeinträchtigung
bedingen sich einander

Beides kann dabei sein:
Folge ↔ Auslöser

Beides muss behandelt werden



Welche Jugendliche gibt es?

Unterscheidung nach Steiner:

Heiße Aggressivität

- **Reaktiv**
- **Affektgesteuert /erregbar**
- **Defensiv**
- **Impulsiv**

Zeichnen sich auch aus durch hohe Herzfrequenz-Reagibilität, besser behandelbar (auch medikamentös)



Unterscheidung nach Steiner



Kalte Aggressivität

- **Proaktiv**
- **Instrumentell**
- **Planvoll**

Niedriger Ruhepuls, geringe Reagibilität!
Schwer behandelbar.

Störung des Sozialverhaltens



- Bereiche wo Auffälligkeiten auftreten:
 - **Schule:** Leistungsversagen
 - **Gleichaltrige:** Fehlende soziale Integration
 - **Erwachsene:** Konflikte mit Lehrern/Eltern
 - **Konflikt mit Recht und Gesetz:** Anzeigen
 - **Emotional:** Störung der Emotionen (depressive Stimmungslage, fehlende Impulskontrolle, aggressive Impulsdurchbrüche)

ICD10 – Subtypen SSV

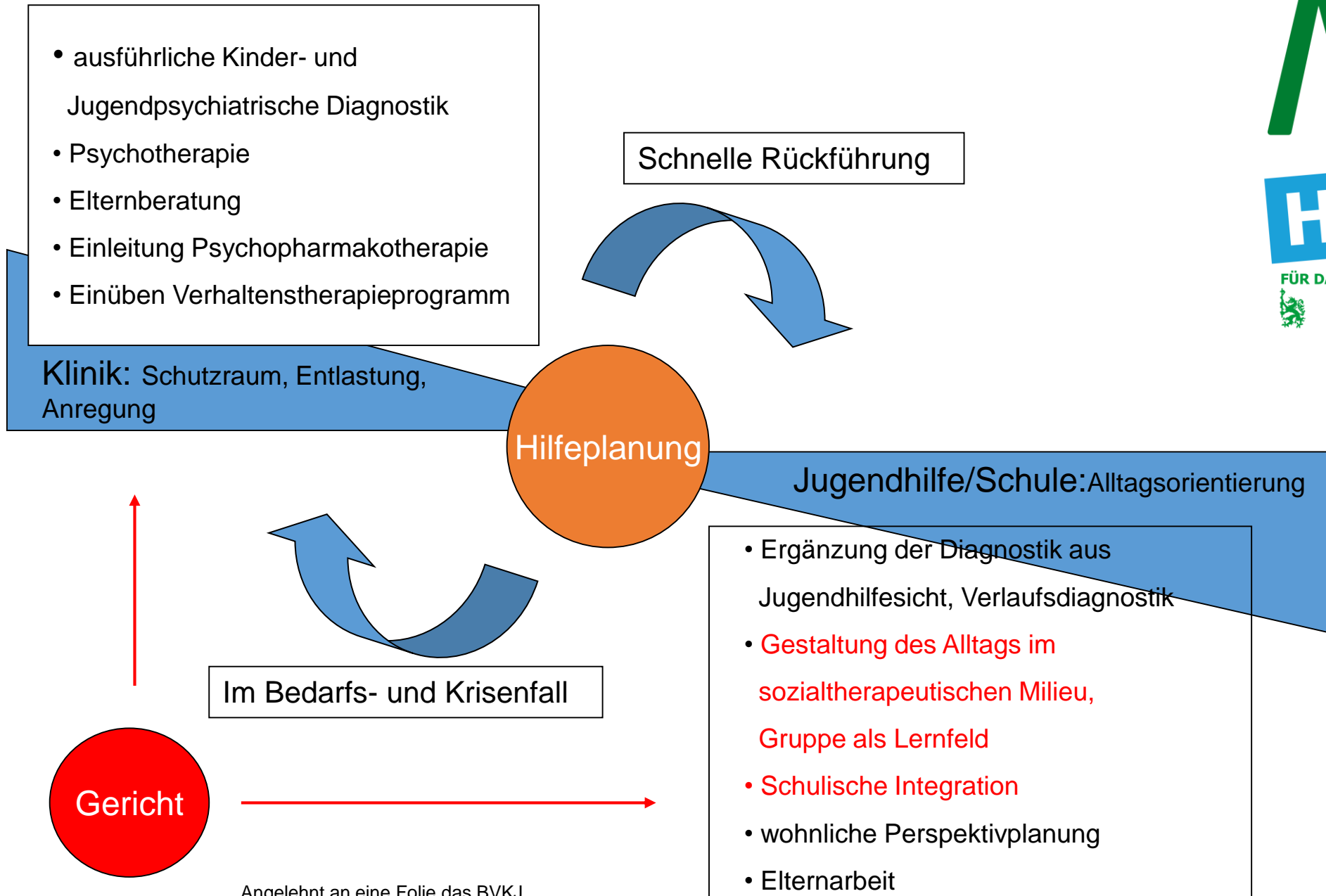


- F91.0 **Auf den familiären Rahmen beschränkte** Störung des Sozialverhaltens
- F91.1 Störung des Sozialverhaltens **bei fehlenden sozialen Bindungen – keine Freunde**
- F91.2 Störung des Sozialverhaltens **bei vorhandenen sozialen Bindungen –dissoziale Peergroup**
- F91.3 Störung des Sozialverhaltens **mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten – auf Ärgern ausgelegt**
- F91.8 **Sonstige** Störungen des Sozialverhaltens
- F91.9 Störung des Sozialverhaltens, **nicht näher bezeichnet**
- F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Behandlung?

- Schulenübergreifend ist man sich einig:
Wirkfaktoren bei diesen Patienten sind, wenn überhaupt:
 - langfristige Therapie (Jahre)/Beziehungsarbeit
 - Multimodal angelegte Interventionen
 - den sozialen Kontext einbeziehend
 - Klare Grenzen setzen





FAZIT



- Schule ist ein wichtiger Ort! Kinder und Jugendliche lernen viel im sozialen Kontext von anderen Kindern und Jugendlichen.
- Problematiken müssen aus- und angesprochen werden, wenn Jugendliche ausweichen, dranbleiben, Eltern informieren.
- Zuhören/das Angebot ist wichtig!
- Verweis, bzw. Bahnung des Wegs zu niederschweligen Hilfsangeboten (Beratung vor Ort, enge Verknüpfung zu Beratungsstellen/Kinder und Jugendpsychiatern/-psychologen)
- Oft liegen Lösungen in Ressourcenstärkung und kleinen Veränderungen

**Man muss das Unmögliche so lange anschauen, bis es eine leichte
Angelegenheit wird.**

Das Wunder ist eine Frage des Trainings.

Albert Einstein