

BILDUNGSKONFERENZ
SCHULSOZIALARBEIT – VIELFÄLTIG UND PROFESSIONELL

- 17. Mai 2019 -



KREISHAUS DETMOLD, PARLAMENTARISCHER BEREICH

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Dr. Ulrich Preuß

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie
und Psychosomatik**

Bad Salzuflen Detmold Herford Minden

Situation nach Datenlage

- Häufigkeiten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
 - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) (rki.de)
 - Befragung von Kindern, Jugendlichen, Eltern
 - 1 Welle
 - 2. Welle Wiederbefragung
 - Versorgungsatlas (versorgungsatlas.de)
 - Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung

Situation nach Datenlage

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

- KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006)
20,0 % psychisch auffällig.
- Prävalenz psychischer Auffälligkeiten liegt zu KiGGS Welle 2 bei 16,9 %.
- rückläufiger Trend insbesondere Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren.
- Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status psychisch auffällig.

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und Alter für die KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2

1. Welle: n = 7.100 Mädchen, n = 7.377 Jungen

2. Welle: n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen

Quelle: KiGGS Basiserhebung (2003 – 2006), KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)

	KiGGS-Basiserhebung		KiGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	15,9	(14,9 – 17,0)	14,5	(13,2 – 15,9)
Altersgruppe				
3 – 5 Jahre	17,2	(14,7 – 19,9)	13,9	(11,2 – 17,1)
6 – 8 Jahre	14,7	(12,4 – 17,4)	13,8	(11,6 – 16,2)
9 – 11 Jahre	18,6	(16,5 – 21,0)	16,4	(13,3 – 20,1)
12 – 14 Jahre	15,9	(13,8 – 18,3)	13,9	(11,9 – 16,3)
15 – 17 Jahre	13,4	(11,5 – 15,6)	14,6	(12,2 – 17,3)
Jungen	23,6	(22,3 – 24,9)	19,1	(17,7 – 20,6)
Altersgruppe				
3 – 5 Jahre	21,4	(18,9 – 24,2)	20,9	(17,5 – 24,7)
6 – 8 Jahre	25,3	(22,7 – 28,2)	22,3	(19,4 – 25,4)
9 – 11 Jahre	28,8	(26,2 – 31,7)	22,2	(19,0 – 25,7)
12 – 14 Jahre	25,8	(23,1 – 28,9)	19,2	(16,6 – 22,0)
15 – 17 Jahre	17,2	(14,8 – 20,0)	12,2	(9,9 – 15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	19,9	(19,0 – 20,8)	16,9	(15,9 – 17,9)

KI = Konfidenzintervall

Versorgungsatlas (versorgungsatlas.de)

- Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten, stieg von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017.
- Entwicklungsstörungen (F8) bildeten mit Abstand die häufigste Diagnose
- affektive Störungen (F3) zeigten die stärkste Zunahme in der Diagnoseprävalenz über den Beobachtungszeitraum.
- Die einzelnen Störungsbilder wiesen große Alters- und Geschlechtsunterschiede auf.

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

ICD-Code	Bezeichnung	Beispiel
F0 (F00–F99)	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.-)
F1 (F10–F19)	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.-), Opioide (F11.-), Tabak (F17.-)
F2 (F20–F29)	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie (F20.-), Schizotype Störung (F21.-), wahnhaftige Störungen (F22.-)
F3 (F30–F39)	Affektive Störungen	Depression, bipolare affektive Störung, manische Episode
F4 (F40–F48)	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen
F5 (F50–F59)	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen (F50.-), nicht organische Schlafstörungen (F51.-)
F6 (F60–F69)	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.-), Störungen der Geschlechtsidentität (F64.-)
F7 (F70–F79)	Intelligenzstörung	Intelligenzminderung leicht (F70.-), mittelgradig (F71.-), schwer (F72.-)
F8 (F80–F89)	Entwicklungsstörungen	Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-), schulischer Fertigkeiten (F81.-) oder der Motorik (F82.-)
F9 (F90–F98)	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Hyperkinetische Störungen (F90.-), Störungen des Sozialverhaltens (F91.-), emotionale Störung (F93.-)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

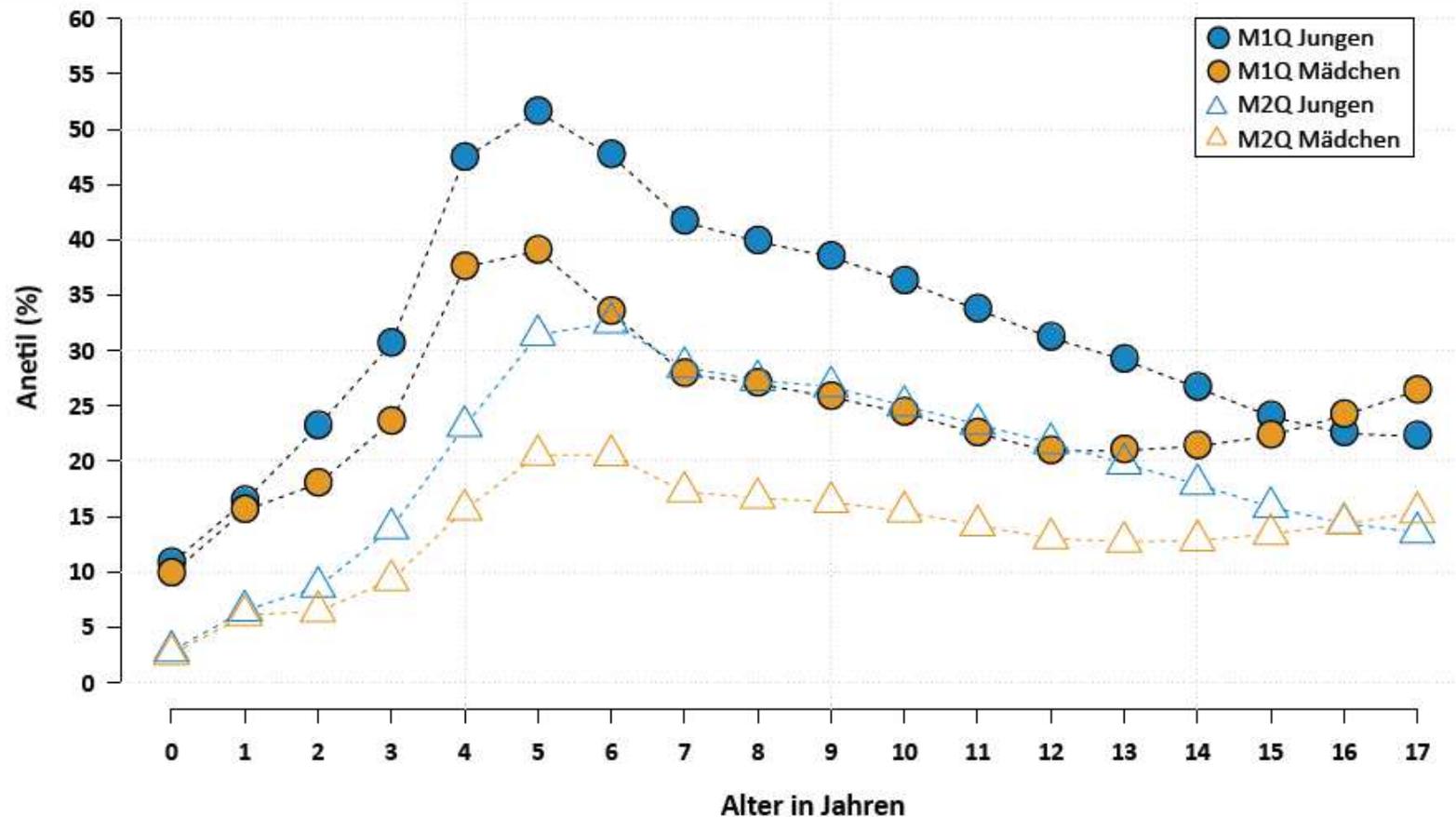


Abbildung 3: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer ambulanten F-Diagnose im Jahr nach Alter auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für das Jahr 2017

M1Q, F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres; M2Q, F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

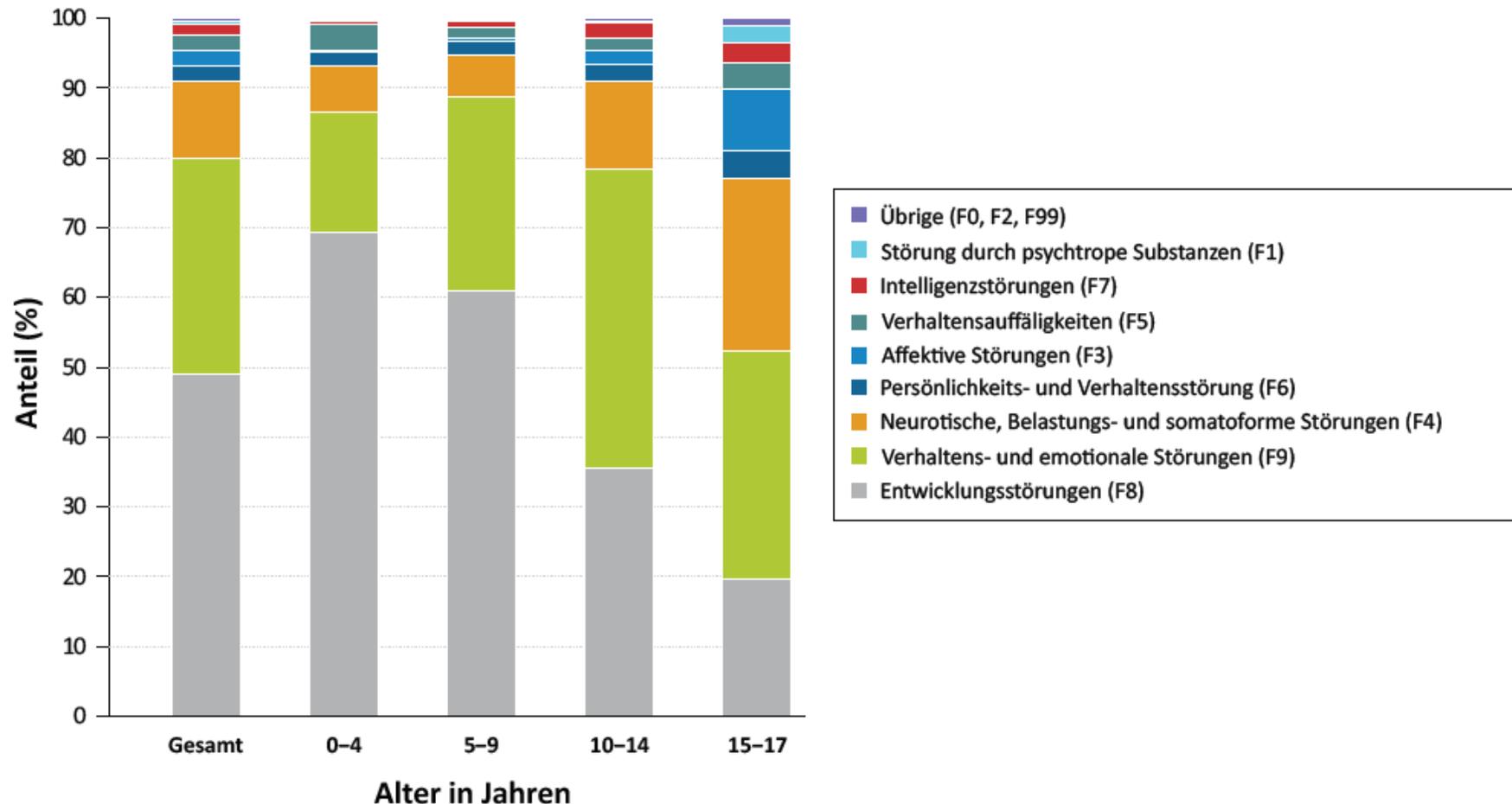


Abbildung 6: Anteil der einzelnen Diagnosen auf Ebene der ICD-2-Steller an allen F-Diagnosen (Nenner) im Jahr 2017 nach Altersgruppe auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre (2017 insgesamt N = 14.349.465 F-Diagnosen)

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

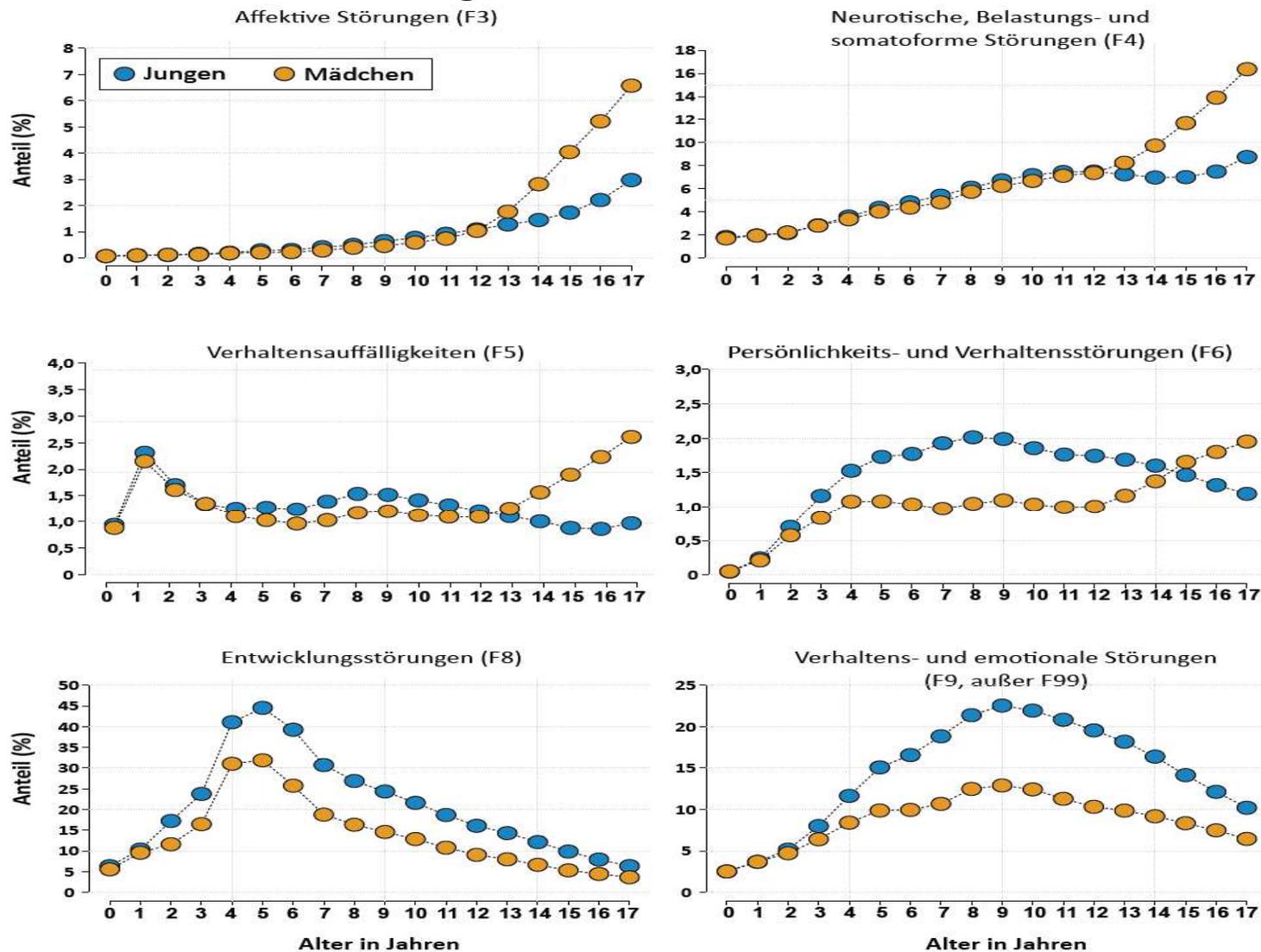
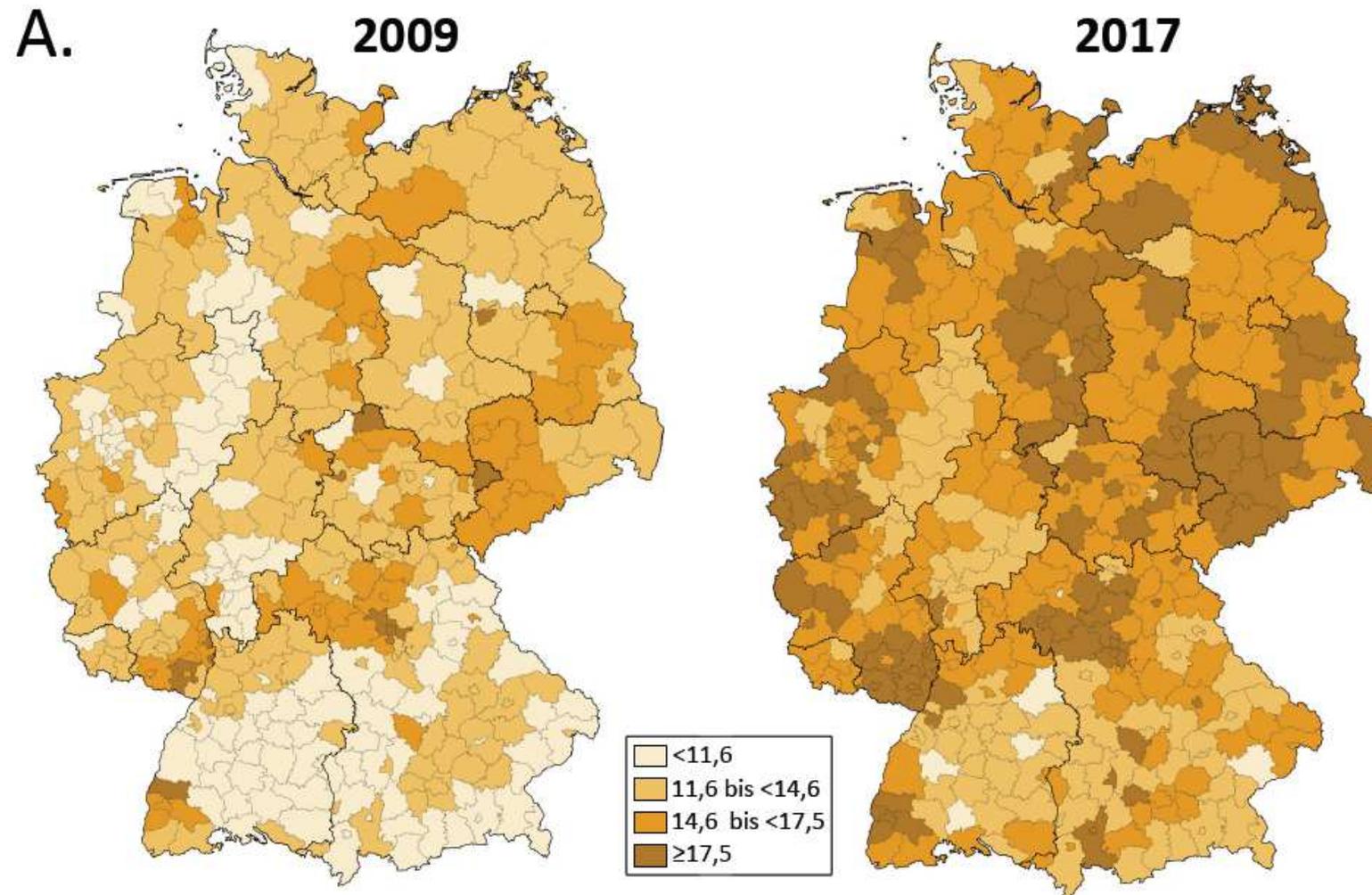


Abbildung 7: Diagnoseprävalenz (M1Q) der bedeutsamsten psychischen Störungsbilder (ICD-2-Steller) im Jahr 2017 nach Alter auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen



Veränderung 2009 zu 2017

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

B.

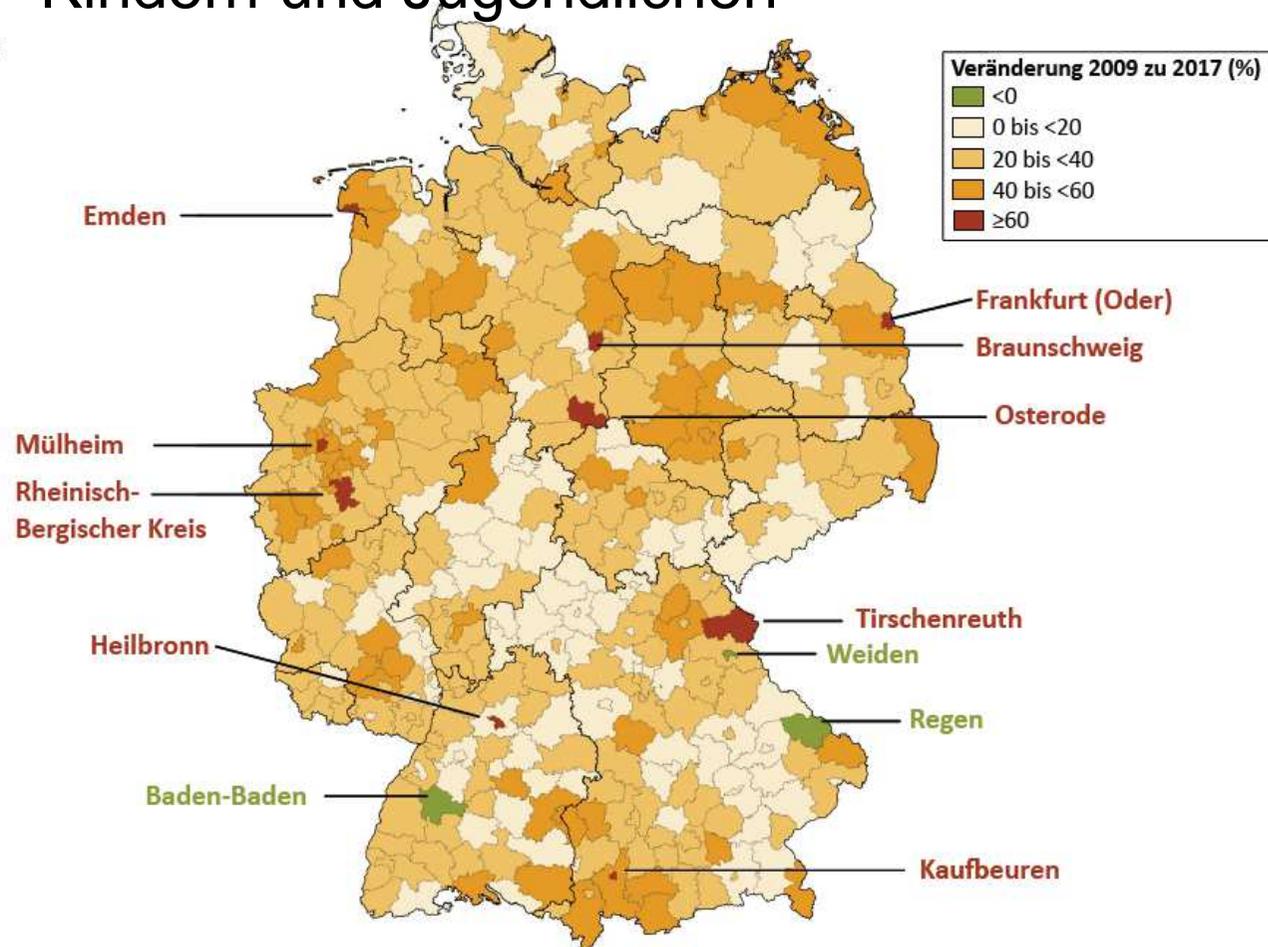


Abbildung 8: Diagnoseprävalenz (M2Q) für psychische Störungen insgesamt für die Jahre 2009 und 2017 (A) sowie deren relative Veränderung zwischen 2009 und 2017 auf Ebene der 402 Kreise auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre (B)

Veränderung 2009 zu 2017

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Veränderung 2009 zu 2017

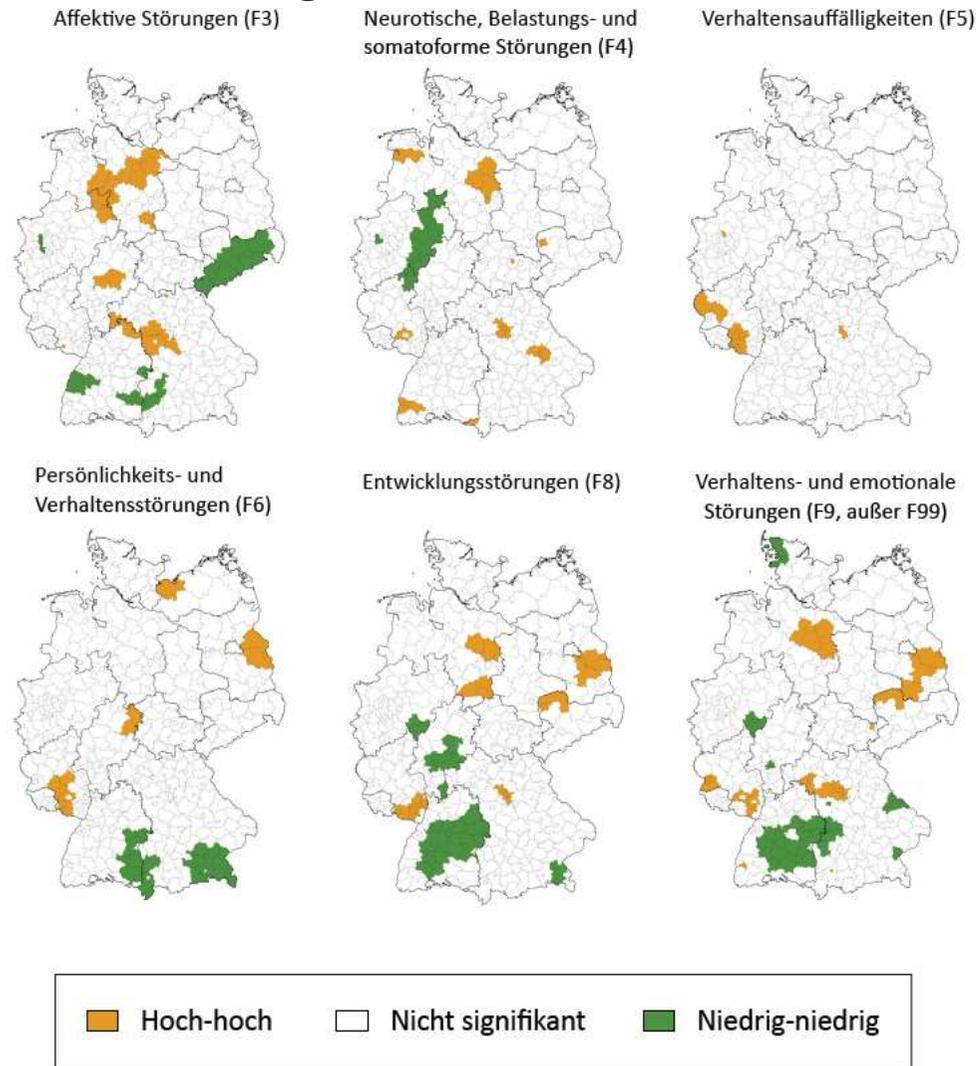


Abbildung 9: Cluster mit signifikantem *Local Moran's I* für Nachbarschaftseffekte zwischen Kreisen in Bezug die Diagnosestellung einer psychischen Störung (M1Q) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 J; für bedeutsame ICD-2-Steller und das Jahr 2017 auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdat

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

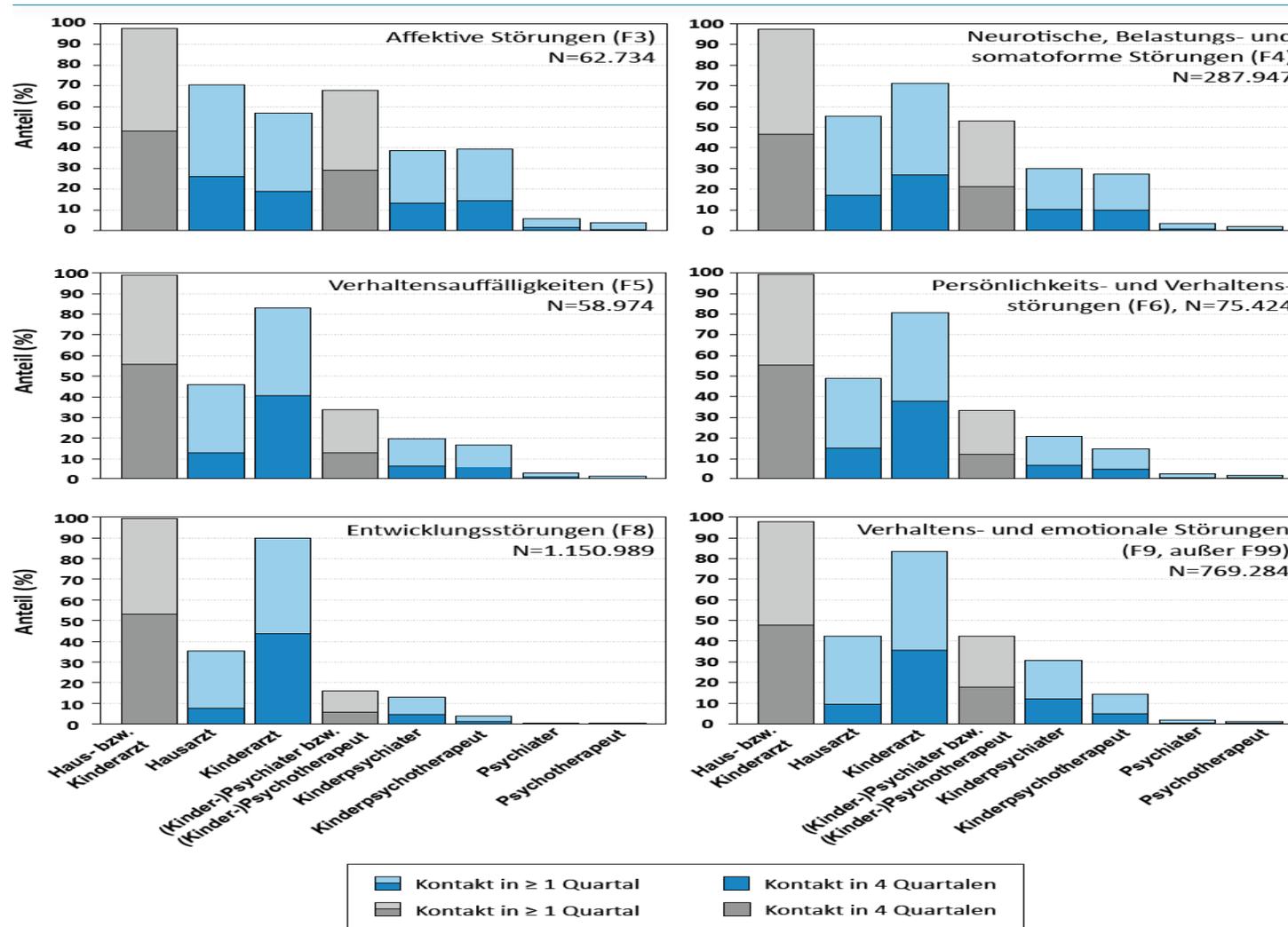


Abbildung 10: Inanspruchnahme von Arztgruppen nach Diagnosekategorie (M2Q) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Psychische Störungen in der Schule

- Manifeste psychische Störungen akut oder chronisch mit oder ohne aktuellen Interventions- oder Behandlungsbedarf
- Akute und schwerwiegende Krisen mit Gewalt und Aggression ohne Krankheit
- Fremd- und Eigengefährdung - Suizidalität
 - Ausdruck einer psychischen Störung
 - Ausdruck einer akuten Belastungssituation
- Familiäre Störungen und Krisen
- Externe Belastungen z. B. Missbrauch, Flucht
- Akzentuierungen

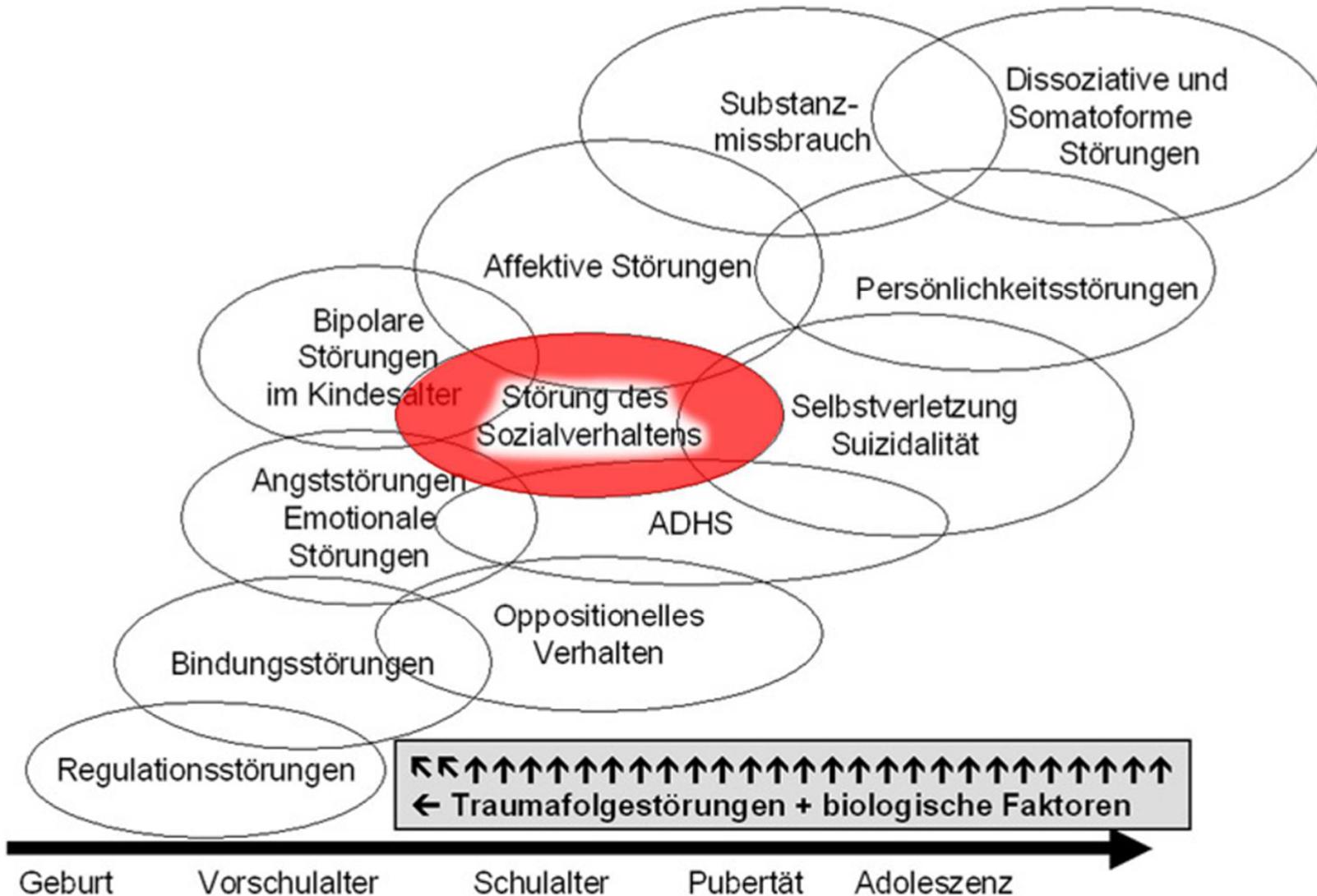
Entwicklungsaufgaben

Entwicklungsperiode	Vorherrschende Entwicklungsaufgaben
Säuglingsalter 0 – ½ Jahr	<ul style="list-style-type: none">• Physiologische Regulationen• Sensomotorische Funktionen• Spannungs- und Erregungskontrolle• Elementare Kommunikation mit der Umwelt und interpersonale Bindung
Kleinkindalter ½ – 2 Jahre	<ul style="list-style-type: none">• Stabile interpersonale Bindung• Motorische Kontrolle• Kognitive und sprachliche Funktionen• Erkundungsverhalten
Kindergartenalter 2 – 4 Jahre	<ul style="list-style-type: none">• Grundlagen der Autonomieentwicklung• Sprachentwicklung• Phantasie und Spiel• Verbesserung der Selbstkontrolle (motorisch, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung)
Vorschul- und frühes Schulalter 5 – 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none">• Impulskontrolle• Einfache moralische Unterscheidungen• Geschlechtsrollenidentifikation• Beziehung zu Gleichaltrigen• Spiel in Gruppen

Entwicklungsaufgaben

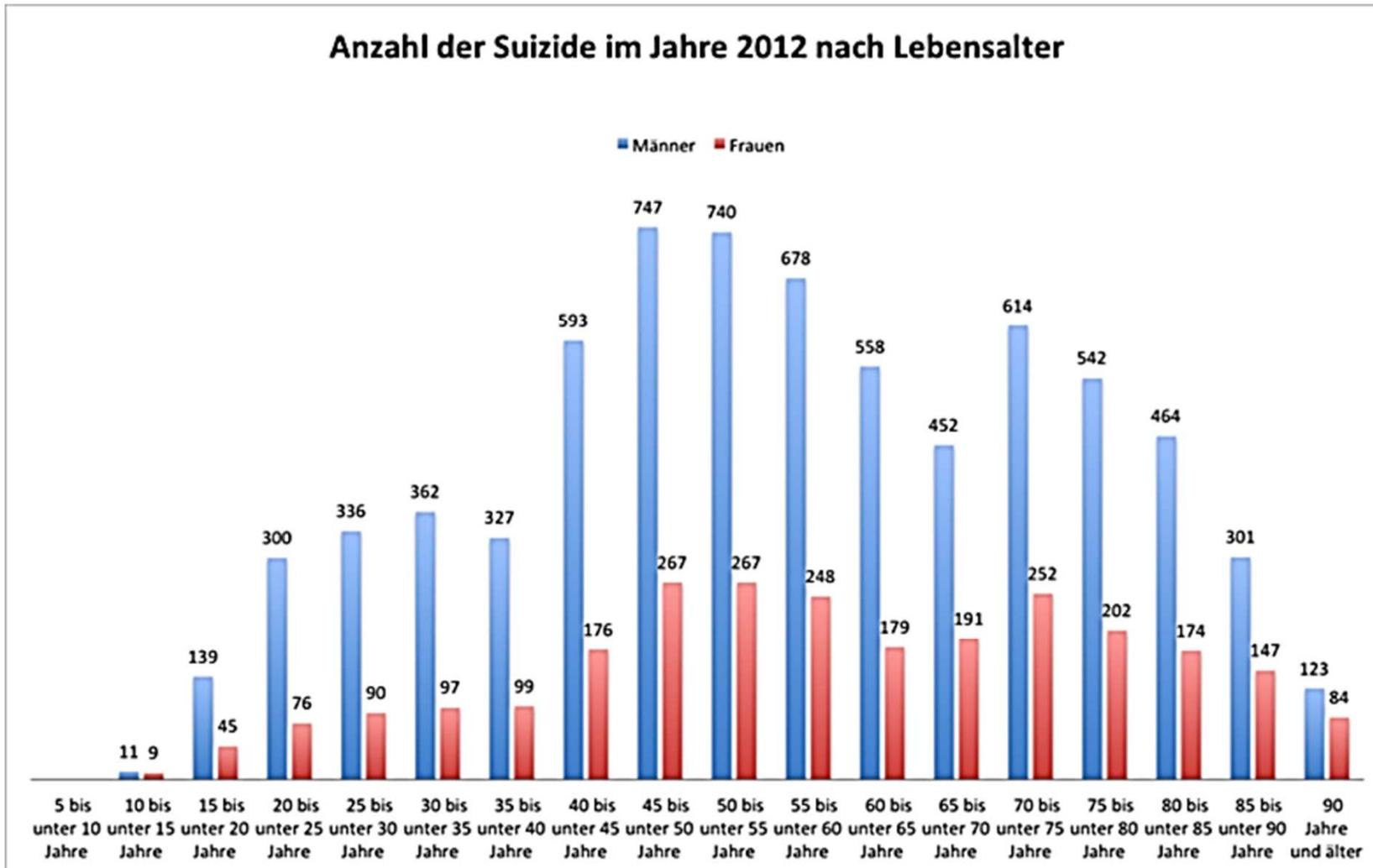
Entwicklungsperiode	Vorherrschende Entwicklungsaufgaben
Mittleres Schulalter (Grundschulalter) 8–11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Freundschaften • Soziale Kooperation (Arbeit in der Gruppe) • Kulturtechniken (Lesen, Schreiben) • Körperliche und schulische Kompetenz und Selbstbewusstsein (leistungsfähig, fleißig, tüchtig) • Arbeitshaltung
Frühe Adoleszenz (Pubertät/Pubeszenz) 12–14 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit körperlichen Veränderungen • Auseinandersetzung mit psychischen Veränderungen (emotionale Reaktionen, sexuelle Impulse) • Abstrakt-formales Denken • Introspektionsfähigkeit
Mittlere Adoleszenz 15–17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaft mit Gleichaltrigen • Heterosexuelle Beziehungen • Auseinandersetzung mit moralischen Prinzipien • Stabilisieren der Geschlechtsrollenidentität
Späte Adoleszenz (Heranwachsendenalter) 18–21 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Ablösung von den Eltern • Stabilisierung eines internalisierten moralischen Bewusstseins • Berufswahl
Frühes Erwachsenenalter 22–30 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Gründung einer Familie (Heirat, Geburt von Kindern) • Finden der beruflichen Rolle, stabilisierte Einstellung zur Arbeit • Entwicklung eines eigenen Lebensstils
Mittleres Erwachsenenalter 31–50 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Karriere • Aufziehen der Kinder • Stabilisierung der Partnerbeziehung
Spätes Erwachsenenalter 51 Jahre und älter	<ul style="list-style-type: none"> • Umorientierung auf neue Schwerpunkte (Familie, Arbeit, Interessen, Lebensstil, persönliche Beziehungen) • Akzeptieren der eigenen Biographie • Entwicklung einer eigenen Haltung zum Sterben

Störungsentwicklung kindlicher psychischer Störungen ohne Intervention



Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

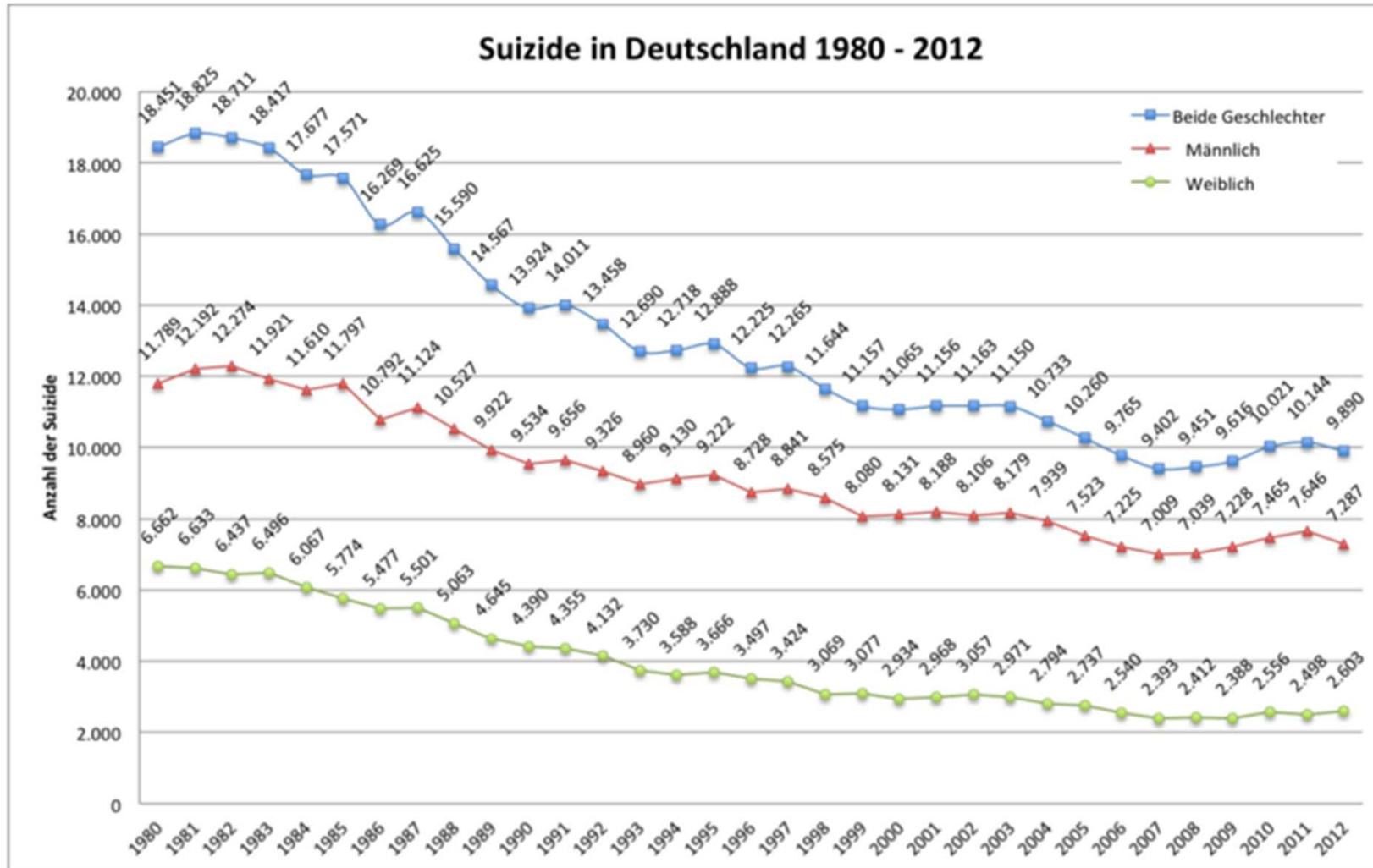
1. Suizidalität



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 12.12.2013 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014 18

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

1. Suizidalität



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 12.12.2013 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014 19

Tabelle 1: Warnzeichen für Suizidalität im Jugendalter

(ergänzt nach Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Kasper et al., 2011)

- plötzliche Verhaltensänderung
- Apathie
- Rückzug
- Änderungen im Essverhalten
- unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod
- Verschenken persönlicher Gegenstände
- Symptome einer Depression, traurige Grundstimmung
- Stimmungsschwankungen, erhöhte emotionale Labilität
- (deutliche) Hoffnungslosigkeit
- deutliche Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Äußerung „altruistischer“ Suizid- bzw. Opferideen
- Agitiertheit bzw. Antriebssteigerung
- ausgeprägte Schlafstörungen
- kürzliches Verlusterlebnis
- eingeschränkte Problemlöse-Ressourcen
- dichotomes („Schwarz-Weiß“) Denken
- Vorliegen einer psychosozialen Krise

Vom Suizidgedanken zum Suizid

(Pöldinger 1998)



Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

1. Suizidalität

<u>Faktoren</u>	<u>Hohes Risiko</u>	<u>Niedriges Risiko</u>
Einschätzung	schwer möglich	gut möglich
Begleitumstände des Suizidversuchs	allein, geplant harte Methoden	nicht allein, weniger sorgfältig geplant, weiche Methoden
Letalitätsabsicht	hoch	niedrig
Psychopathologie	vorhanden und schwer	nicht vorhanden oder leicht
Coping-Mechanismen	schlechtes Urteilsvermögen, geringe Impulskontrolle, stark ausgeprägte Hoffnungslosigkeit	Gutes Urteilsvermögen, gute Impulskontrolle, geringe Hoffnungslosigkeit
Kommunikation	schlecht oder ambivalent	gut und eindeutig
Familiäre Unterstützung	fehlend oder unsicher	durchgängig vorhanden

Vorgehensweisen

1. Suizidalität

1. Sicherung der bedrohten Personen
 - Kind oder Jugendlicher mit krisenhafter Problematik
 - Anwesende Betreuer, Eltern, Begleiter, Lehrer, Freunde etc.
 - Ggf. Einschaltung der Polizei und des Notarztes
 2. Hilfe holen
 - Kollegen, Mitarbeiter, Nachbarn, Fremde im öffentlichen Raum
 - Notarzt, Rettungsdienst, Ersthelfer
 3. Krankenkassenkarte mitnehmen, ggf. Begleitung sichern und Sorgeberechtigte benachrichtigen
 - Zuweisung ohne Widerstand, freiwillige Ausnahme
 - Geschlossene Unterbringung nach BGB § 1631 b
 4. Abklärung durch Facharzt in der Praxis oder Ambulanz der Klinik
 5. Bei bestehender Gefährdung stationäre Aufnahme zur Krisenintervention
- Alternativ-Diagnose. NSSV (Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten)**

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

2. Depression

Symptomatologie depressiver und manischer Episoden

Depressive Episode

Affektstörung

- Gedrückte Stimmung / Traurigkeit
- Freudlosigkeit
- Angst

Antriebsstörung

- Verminderte Aktivität
- Interessenverlust
- Ermüdbarkeit

Kognitive Störungen

- Formale Denkstörungen (Denkhemmung, Verlangsamung)
- Gefühle von Wertlosigkeit
- Selbstunsicherheit
- Konzentrationsstörungen
- Zukunftsangst
- Grübeln, Todes- und Suizidgedanken

Somatische Beschwerden

- Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen)
- Appetitverlust (oder -steigerung)
- Entsprechende Gewichtsveränderung
- Libidoverlust
- Vegetative Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen)

Manische Episode

Affektstörung

- Gehobene (oder gereizte) Stimmung
- Deutlicher Stimmungswechsel

Antriebsstörung

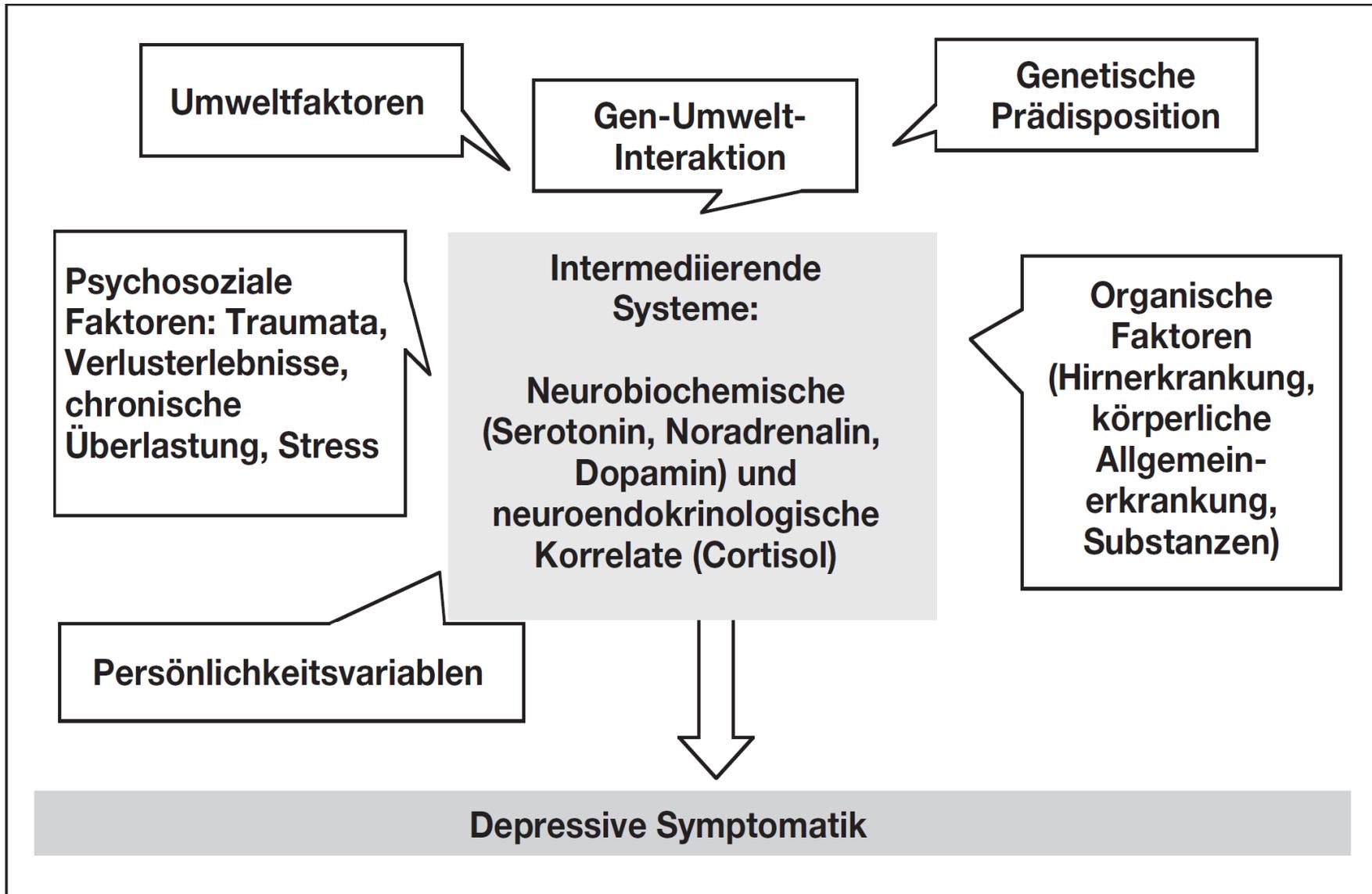
- Aktivitätssteigerung
- Rededrang
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Riskantes Verhalten, Hemmungslosigkeit
- Verlust sozialer Hemmungen

Kognitive Störungen

- Formale Denkstörungen (Ideenflucht, Gedankenjagen)
- Größenideen
- Überhöhte Selbsteinschätzung

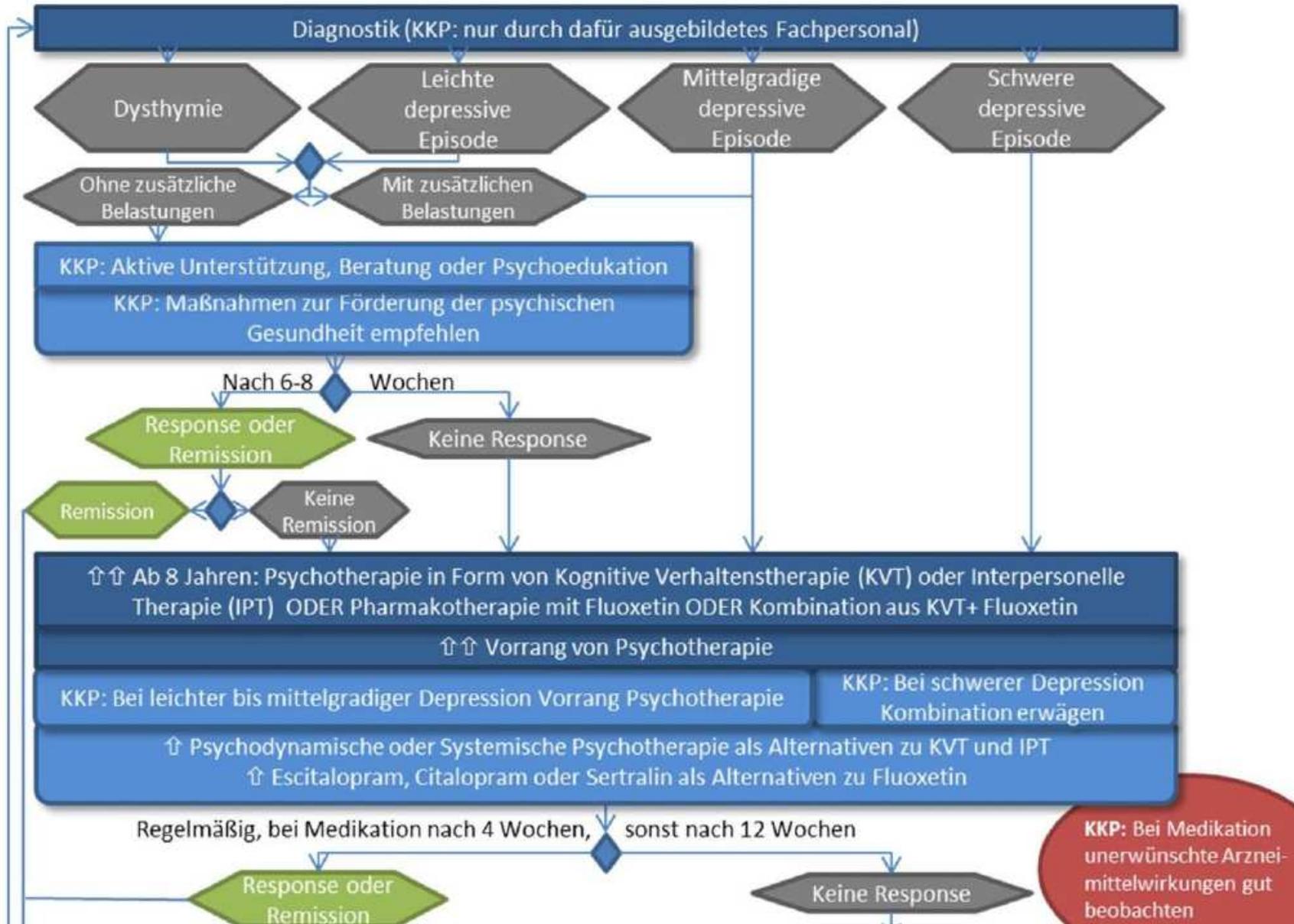
Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

2. Depression



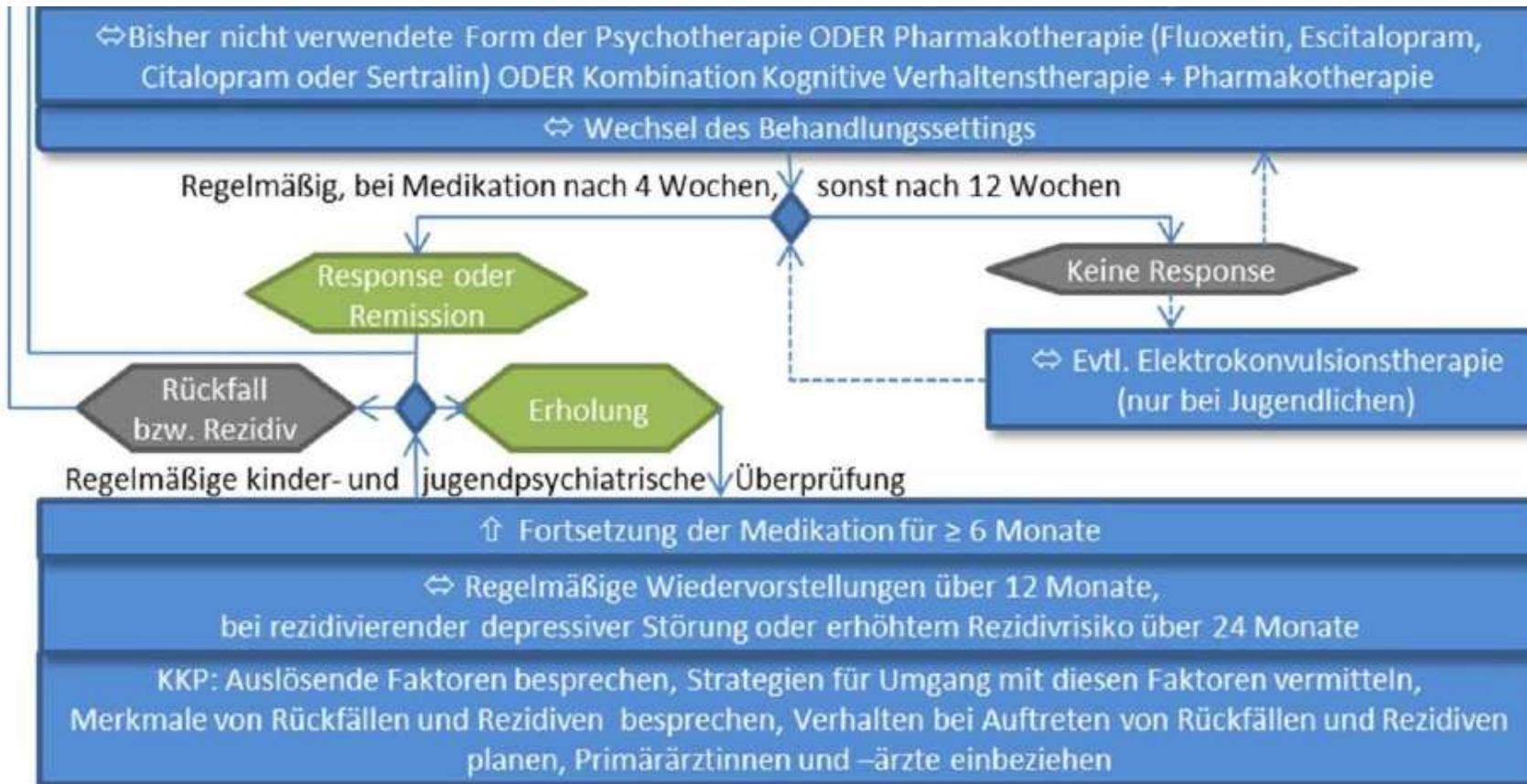
Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

2. Depression



Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

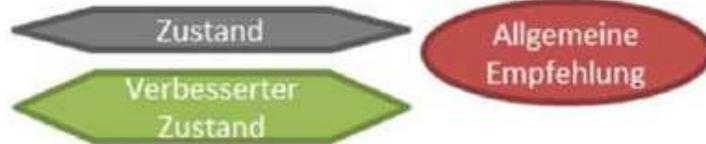
2. Depression



Legende

- Stark empfohlene Maßnahme
- Alternative Maßnahme

- ↑↑ Starke Empfehlung
- ↑ Empfehlung
- ⇔ Offene Empfehlung
- KKP: Klinischer Konsenspunkt



Entwicklungspsychopathologie der ADHS

Schulprobleme

niedriges
Selbstbewusstsein

schwierige berufliche
Integration

Probleme in der Gruppe

Lernschwierigkeiten

Substanzmissbrauch

(Regulationsstörungen)

feinmotorische
Schwierigkeiten

Verhaltensprobleme

ungewollte
Schwangerschaft

(Beziehungsstörungen)

Verzögerung der
Blasen- und
Mastdarmkontrolle

soziale
Ungeschicklichkeit

Suizidversuche

impulsives Verhalten

Stimmungsinstabilität

hohe Unfallhäufigkeit

komplexe Lernprobleme

Demotivation

hohe Unfallhäufigkeit

Säuglingsalter

Vorschulalter

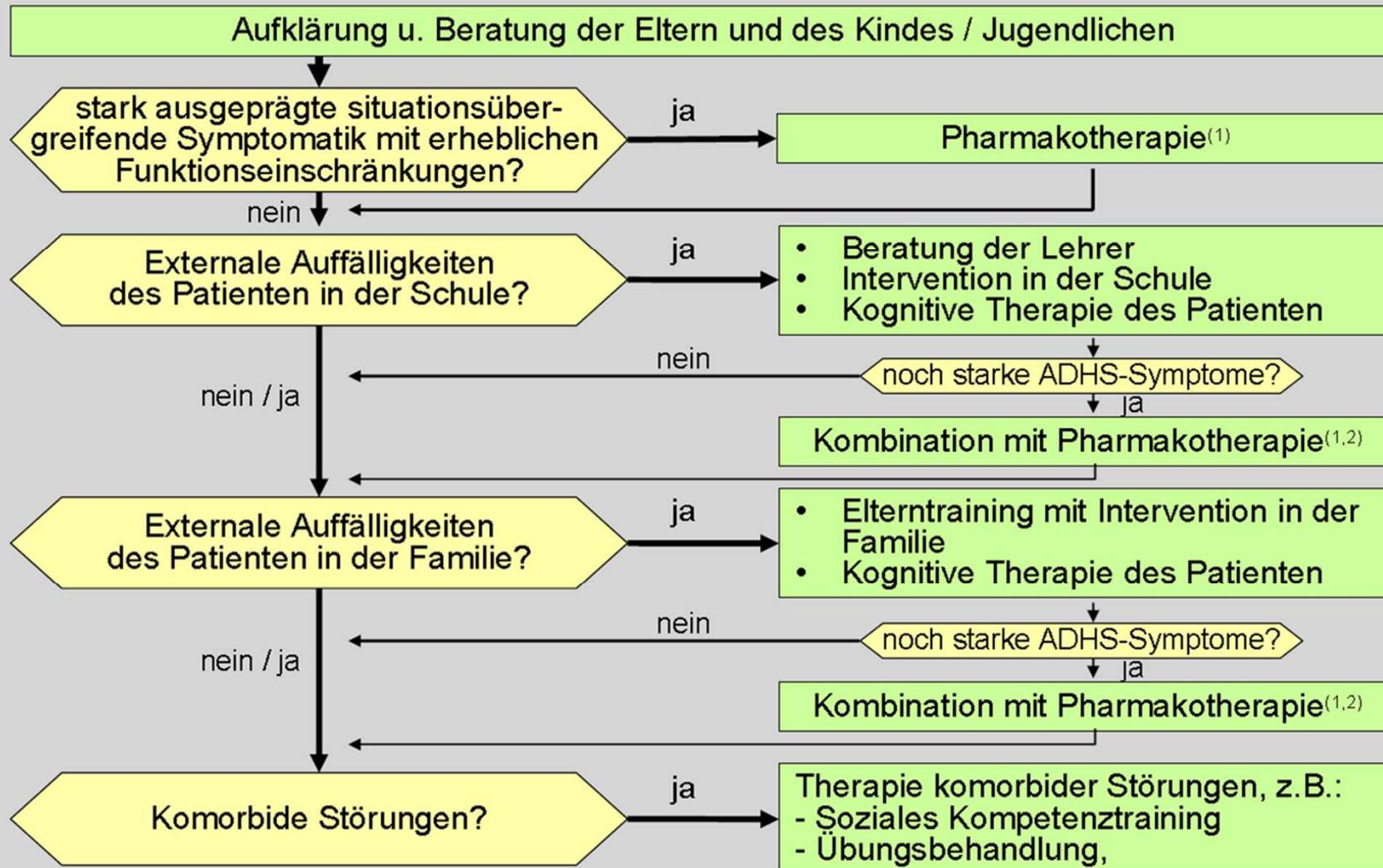
Schulalter

Adoleszenz

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

3. ADHS

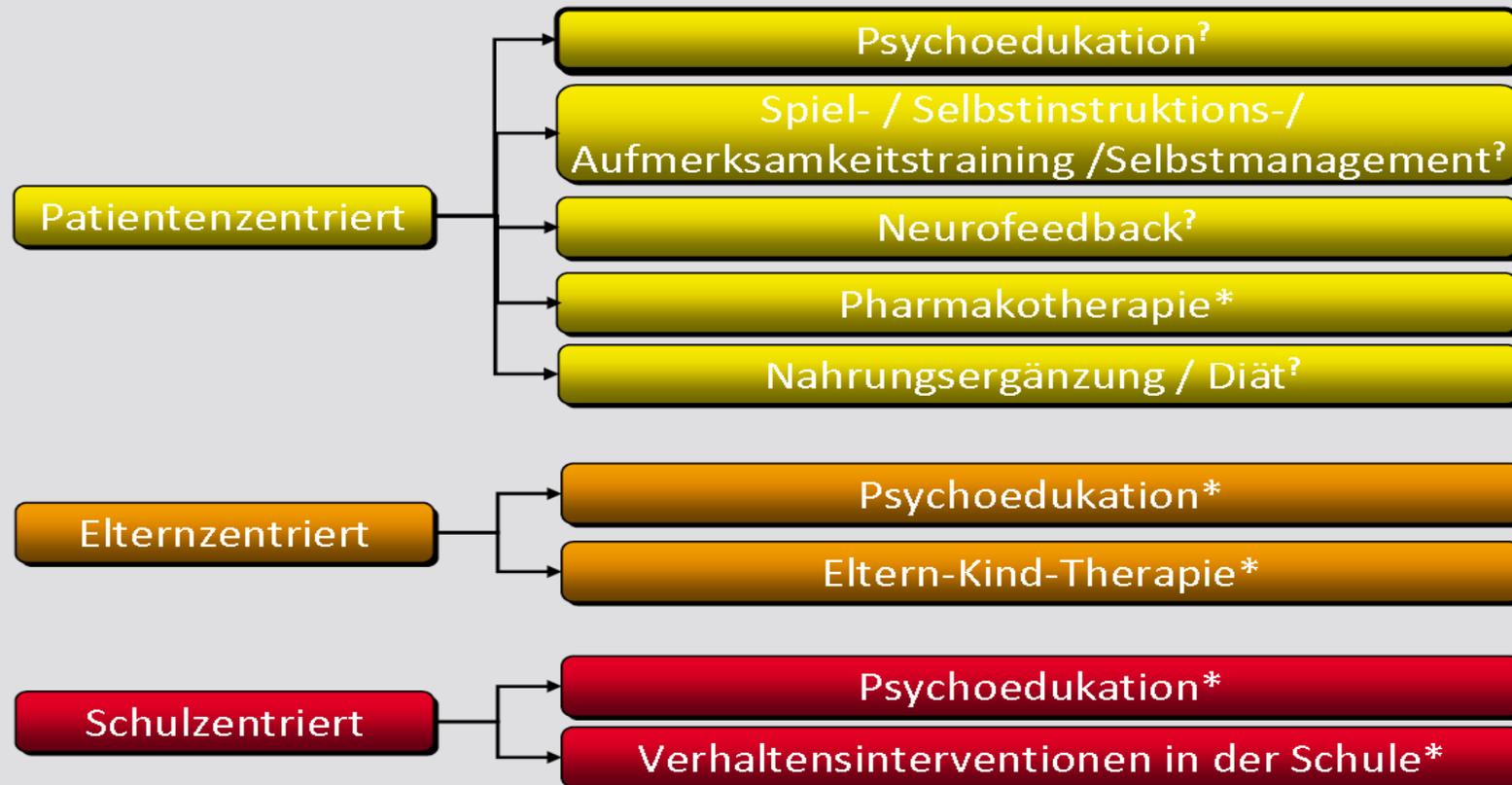
Behandlungsalgorithmus : ADHS-Schulalter



Soweit keine Kontraindikation vorliegt; 2) Wenn ADHS-Symptomatik nicht auf familiären Kontext beschränkt ist

3. ADHS

Bausteine der multimodalen Therapie



* gut etabliert
? fraglich

- Schizophrenie im Kindes- und
Jugendalter



Kernsymptome

- grundlegende und charakteristische **Störungen von Denken**
- **Wahrnehmung** sowie
- **inadäquate oder verflachte Affekte**

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

4. Psychosen

Symptomatik

Plus

- Wahn
- Halluzination
- Denkstörungen

Minus

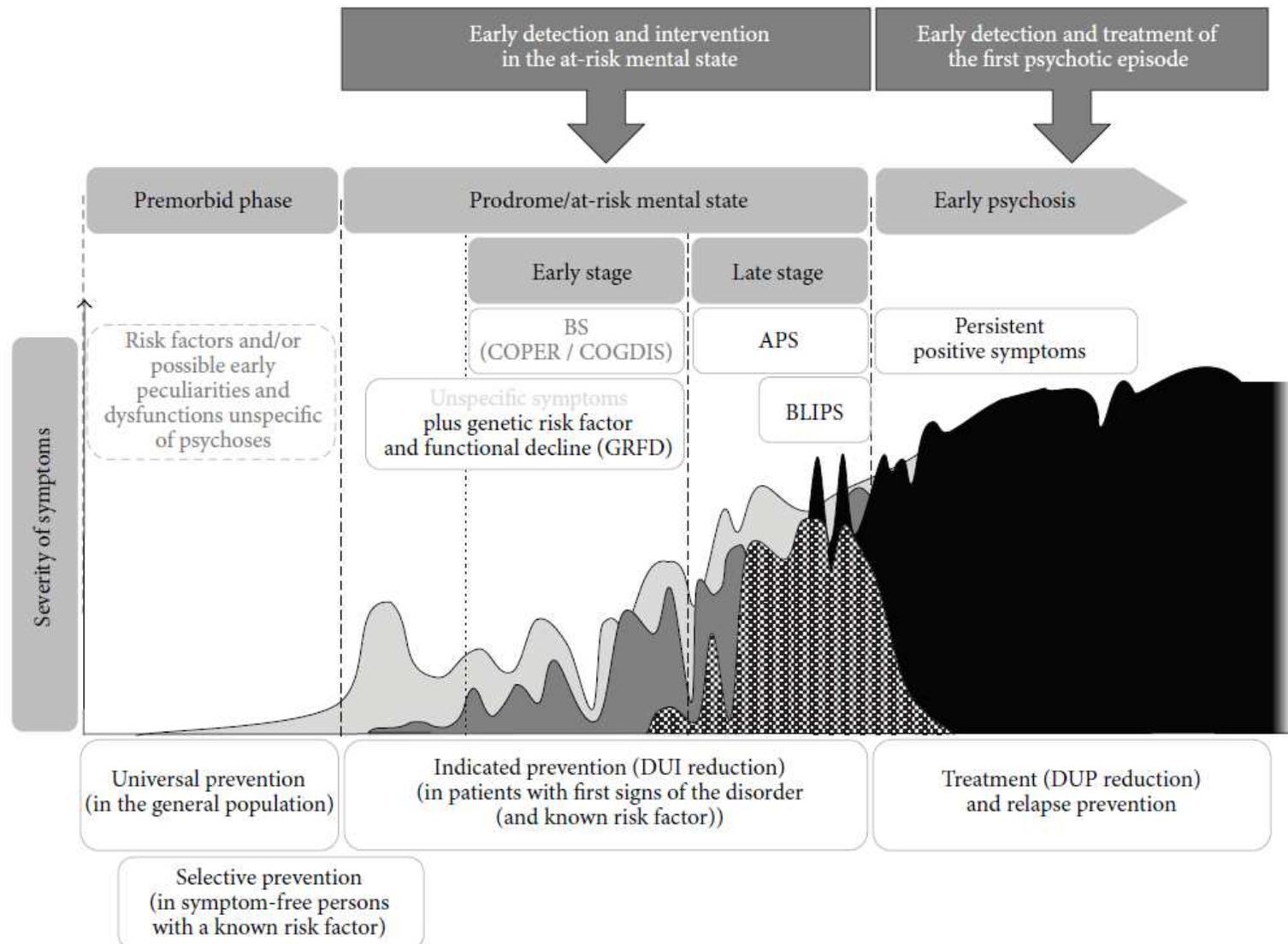
- Verarmung des Affekts
- des Antriebs
- des Denkens
- der Sprache
- Denkhemmungen
- Sozialer Rückzug

Epidemiologie: Beginn

- Gipfel der Erkrankungen zwischen 20. und 30. Lebensjahr
- Männer 25 Jahre, Frauen 28 Jahre
- Aber oft schon Jahre zuvor
Auffälligkeiten, jedoch unspezifisch!
- Early onset psychosis (EOS)
- Very early onset psychosis = Rarität

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

4. Psychosen



Im Allgemeinen sollte bei folgenden Risikofaktoren an eine Essstörung gedacht werden:

- junge Frauen mit niedrigem Körpergewicht
- Patientinnen, die mit Gewichtssorgen kommen, aber nicht übergewichtig sind
- Frauen mit Zyklusstörungen oder Amenorrhoe
- Patientinnen, die mangelernährt erscheinen
- Patientinnen mit gastrointestinalen Symptomen
- Patientinnen mit wiederholtem Erbrechen
- Kinder mit Wachstumsverzögerung

- Zur Früherkennung von Essstörungen sollten zunächst die folgenden beiden Fragen erwogen werden:
- „Haben Sie ein Essproblem?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“

Bulimia nervosa (F50.2)
1) Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2) Die Patientin versucht, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3) Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer AN nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

- Anorexia nervosa
- Binge-Eating-Störung
 - große Nahrungsmengen verzehren
 - Gefühl, die Kontrolle über ihr Essen zu verlieren
- Adipositas
 - Zustand, durch übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper gekennzeichnet

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

6. Persönlichkeitsstörungen

ICD-Nr.	Bezeichnung	Kurzbeschreibung
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eingeschränkter emotionaler Ausdruck
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, keine dauerhaften Beziehungen
F60.3	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	Instabilität in Gefühlen und Verhalten
F60.30	Impulsiver Typ	Impulsive Handlungen, starke Stimmungsschwankungen
F60.31	Borderline-Typ	Instabiles Selbstbild, instabile Beziehungen
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	Heischen nach Aufmerksamkeit und übertriebener Emotionsausdruck
F60.5	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	Ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und Kontrolle
F60.6	Ängstliche Persönlichkeitsstörung	Besorgtheit, Überempfindlichkeit, Minderwertigkeitsgefühle
F60.7	Abhängige Persönlichkeitsstörung	Unselbständigkeit, anklammerndes Verhalten, Angst vor Alleinsein
F60.8	Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen	Zum Beispiel narzisstische Persönlichkeitsstörung: Selbstüberschätzung, mangelnde Empathie

Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV

Cluster	Diagnose	Charakteristika
A	Paranoide PS	Misstrauen und Argwohn, Interpretation der Motive anderer als böswillig
„sonderbar, seltsam, exzentrisch“	Schizoide PS	Distanziertheit, Isolation, eingeschränkter emotionaler Ausdruck
	Schizotypische PS	Soziales Unbehagen, eigentümliches Verhalten, Verzerrungen des Denkens
B	Dissoziale PS	Missachtung und Verletzung der Rechte anderer
„dramatisch, emotional, launisch“	Borderline PS	Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbildes und der Affektivität, Impulsivität, Selbstverletzungen
	Histrionische PS	Übermäßige Emotionalität, Expressivität, Aufmerksamkeit heischendes Verhalten
	Narzisstische PS	Gefühl der Großartigkeit, Bedürfnis nach Bewunderung, „Selbstverherrlichung“, mangelnde Empathie
C	Ängstlich-vermeidende PS	Soziale Hemmung, Gefühl der Unzulänglichkeit, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung
	Dependente PS	Unterwürfiges und anklammerndes Verhalten, übermäßiges Bedürfnis, umsorgt zu werden, Gefühl der Hilflosigkeit/Schwäche
	Zwanghafte PS	Ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus, Kontrolle, „Sollen“

Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Allgemeine Therapieziele im Jugendalter

- Verbesserung von positiven Beziehungsaspekten
- Verbesserung der Selbstkontrolle in Aufmerksamkeit und Affekt
- Verbesserung der Selbstreflexion und Mentalisierung
- Stärkung von Selbstwert und Identität
- Reduktion von Risikoverhalten
- Reduktion dysfunktionaler elterlicher Einflüsse

Schulangst
Schulphobie
Schulschwänzen
Schuldistanz
Andere Gründe

nicht psychisch
bedingt
(Krankheit,
Hilfe im elter-
lichen Betrieb, etc.)

Abwesenheit von der Schule

depressive
Episode

Schizophrene
Psychosen

Anpassungs- und
Belastungsstörungen

Störung des
Sozialverhaltens
„Schulschwänzen“

Schulverweigerung

Trennungsangst
„Schulphobie“

Agoraphobie
Panikstörung
Spezifische Phobie
Soziale Ängstlichkeit
Generalisierte Angststörung
„Schulangst“

Differentialdiagnose der Schulverweigerung

	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
Angst in der Schulsituation	Latent	Vorhanden, wechselnde Intensität	Fehlt
Somatisierung	Stark	Wechselnd	Fehlt
Persönlichkeit	Ängstlich, sensitiv, depressiv	Ängstlich, sensitiv	Aggressiv, dissozial
Intelligenz	Durchschnittlich bis hoch	Durchschnittlich, heterogenes Profil	Durchschnittlich bis erniedrigt
Lernstörung	Fehlen	Häufig vorhanden	Häufig vorhanden
Elternverhalten	Überprotektiv, bindend	Unspezifisch	Vernachlässigend
Schulbesuch	Mit Wissen der Eltern chronisch unterbrochen	Mit Wissen der Eltern sporadisch unterbrochen	Ohne Wissen der Eltern sporadisch / chronisch unterbrochen

Differentialdiagnose der Schulverweigerung

	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
Symptomenese	Trennungsangst und Verschiebung auf das Objekt Schule	Ausweichen vor Schulsituationen aus Angst vor Kränkung und Demütigung	Vermeiden unlustgetönter Situationen durch Überwecheln in lustbetonte Verhaltensweisen
Pathogene Faktoren	Elterliche Überfürsorge, ängstlicher kindlicher Charakter	Psychische oder physische Insuffizienz -Teilleistung -psych. Stg. -Überforderung -“Mobbing“ -Lehrerverhalten	Erziehungsdefizite, mangelnde Gewissensbildung, Aber auch Teilleistungsstörungen und psych. Stg.
Diagnosen nach ICD-10	F93.0	F93.1, F93.2, F40.x, F41.x, F80.x	F91.x, F80.x

Familieninteraktionstypen

- ❖ Schulverweigerer innerhalb verstrickter Familieninteraktion → Abhängigkeit, Überbehütung, abwesender oder depressiver Vater → Trennungsangst oder negative Trennungserfahrungen
- ❖ Schulverweigerer innerhalb konflikthafter Familieninteraktionen → hohes Konfliktniveau, Streit und Feindseligkeit bis hin zur Gewalt
- ❖ Schulverweigerer innerhalb isolierter Familieninteraktionen → Familie mit wenig sozialen Kontakten zur Außenwelt, wenig Inanspruchnahme von Helfern, Misstrauen gegenüber Helfern und Institutionen
- ❖ Schulverweigerer innerhalb gesunder Familieninteraktionen → nicht immer liegen auffällige familiäre Strukturen oder Interaktionen vor oder zugrunde, meist liegen dann aber auch einfachere und leichter lösbare Formen der Schulverweigerung vor ...
- ❖ In der Praxis oft Mischformen der o. g. Typen!

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

- Emotionale Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen (OCD)
- Autismus
- Störungen des Sozialverhaltens
- Trauma
- Intelligenzstörungen
- Störungen der Sexualität - Pädophilie
- Trans*

Psychische Störungen und
Erkrankungen bei
Kindern und Jugendlichen

Versorgung

- Allgemeinmedizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie Psychosomatik
- Psychiatrie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Psychotherapie

Was macht die Kinder- und Jugendpsychiatrie? 24/7

- Leichte und schnelle Kontakte 24 h/ 7 Tage

Tel.: 05222 36889-4401

Fax.: 05222 36889-4402

- Beratung für Angehörige, Lehrer, Betreuende
- Notfalltermin sofort/kurzfristig über Ambulanz
- Dies bieten niedergelassene KJPP-Ärzte meist an
- Fachliche Einschätzung der Suizidalität
- Abstimmung der Hilfsmaßnahmen bis hin zur Behandlung gegen den erklärten Willen
- Leben retten

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Behandlung:

1. Kontaktaufnahme zu Fachperson in
Praxis oder Institutsambulanz der Klinik
2. Diagnostik und dann Auswahl der
Behandlungsmethode und des Settings
(ambulant, Tagesklinik, Station)
3. Nachversorgung und
Perspektivenentwicklung
4. Soziale Sicherung und Prävention
5. Stützende Begleitung

Wer Hilfe sucht...

- **Telefonseelsorge**, 24 Stunden ansprechbar:
 - Deutschland: Bundeseinheitliche Rufnummern: 0800-1110111 (evang.) oder 0800-1110222 (kath.)
 - Es gibt auch Angebote anderer Religionsgemeinschaften
 - Die Telefonseelsorge Deutschland bietet auch Online-Beratung per Mail und Chat an.
 - Österreich: Bundeseinheitliche Rufnummer: 142
 - Schweiz: Landesweite Rufnummer: 143
- **Kinder- und Jugendtelefon:**
 - Deutschland: Bundeseinheitliche Rufnummern: 0800-1110333
 - Österreich: Bundeseinheitliche Rufnummer: 147
 - Schweiz: Landesweite Rufnummer: 147

BILDUNGSKONFERENZ
SCHULSOZIALARBEIT – VIELFÄLTIG UND PROFESSIONELL

- 17. Mai 2019 -



KREISHAUS DETMOLD, PARLAMENTARISCHER BEREICH

Dr. Dr. Ulrich Preuß
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Bad Salzuflen Detmold Herford Minden