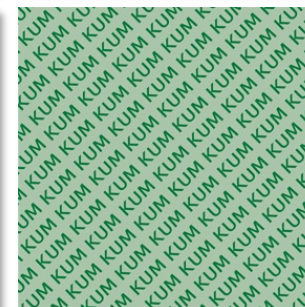
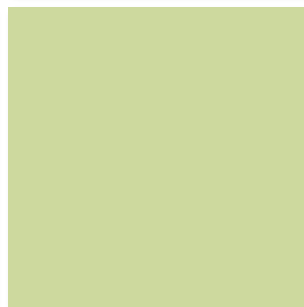


PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN - BERICHTE AUS... ...KLINISCHER PERSPEKTIVE

Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne



PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN BEI KINDER UND JUGENDLICHEN

- Häufigkeit weltweit:
 - Belastungen 20%
 - Störungen 10%
 - 1,1 Millionen Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen in Deutschland sind behandlungsbedürftig psychisch erkrankt
 - Hohe Persistenz der Störungen
- Hohe Rate an komorbiden Störungen (1/3)

PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

- 40% mittlerer bis hoher Schweregrad der Störung
- Geringe Inanspruchnahme der professionellen Hilfe (z.B. KIGGS-BELLA: nur 33% der akut und wiederholt psychisch Erkrankte 7-17Jährige)
- Behandlungsverzögerung: z.B. Depression 2,4 Jahre (je früher erkrankt, desto länger).

HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN

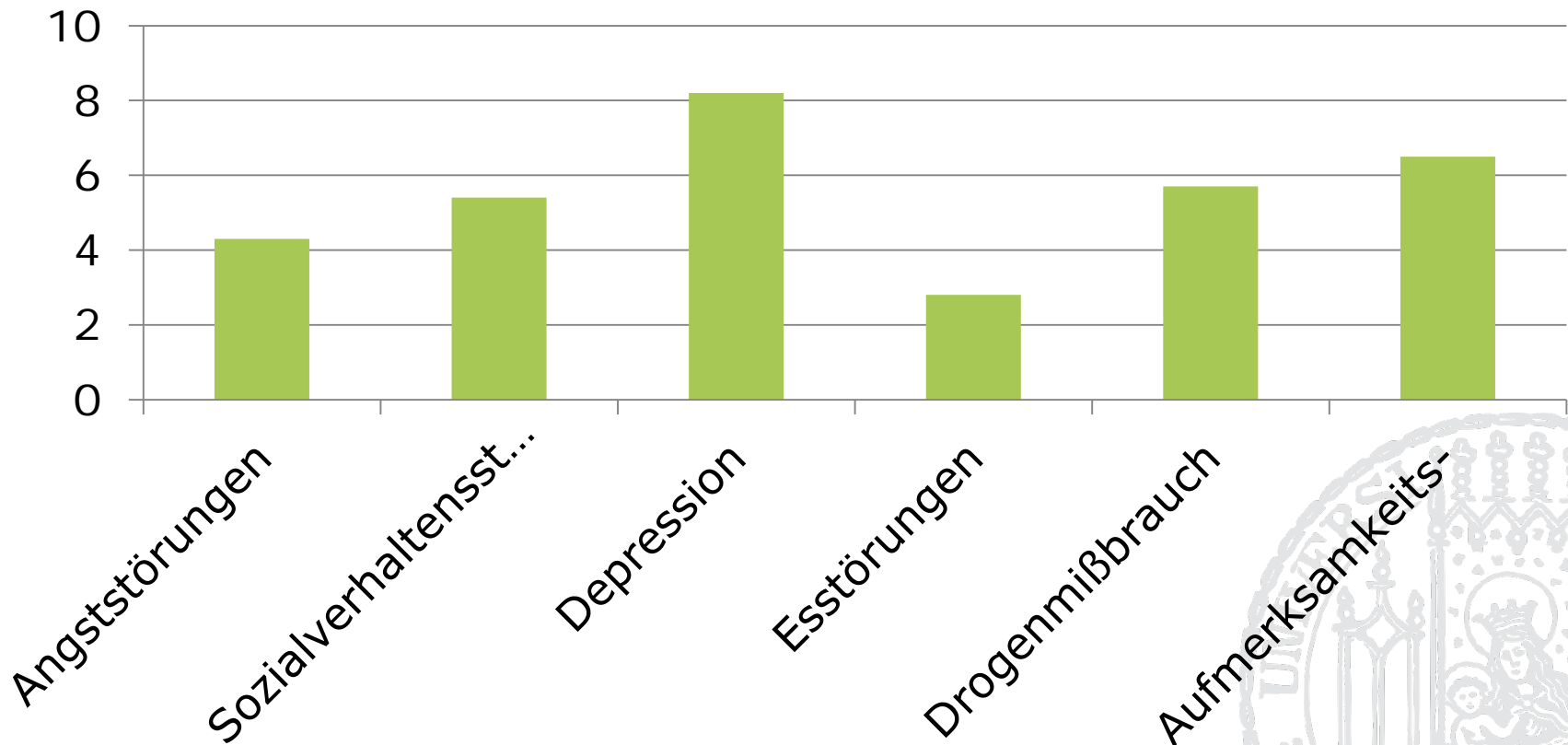


KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

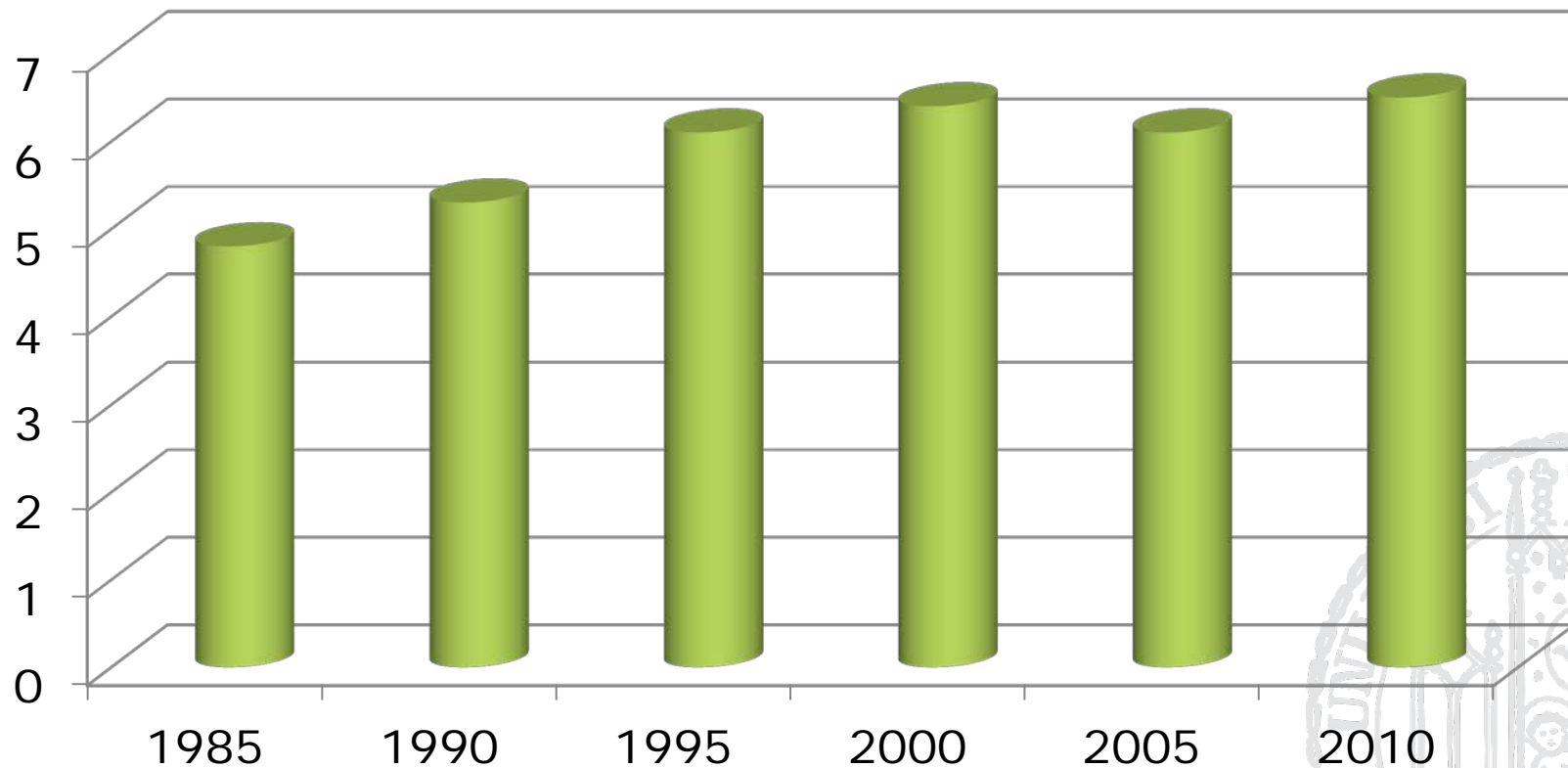
HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER STÖRUNGEN IN DEN USA BEI JUGENDLICHEN 13-17 JAHRE

12 Monatsprävalenz

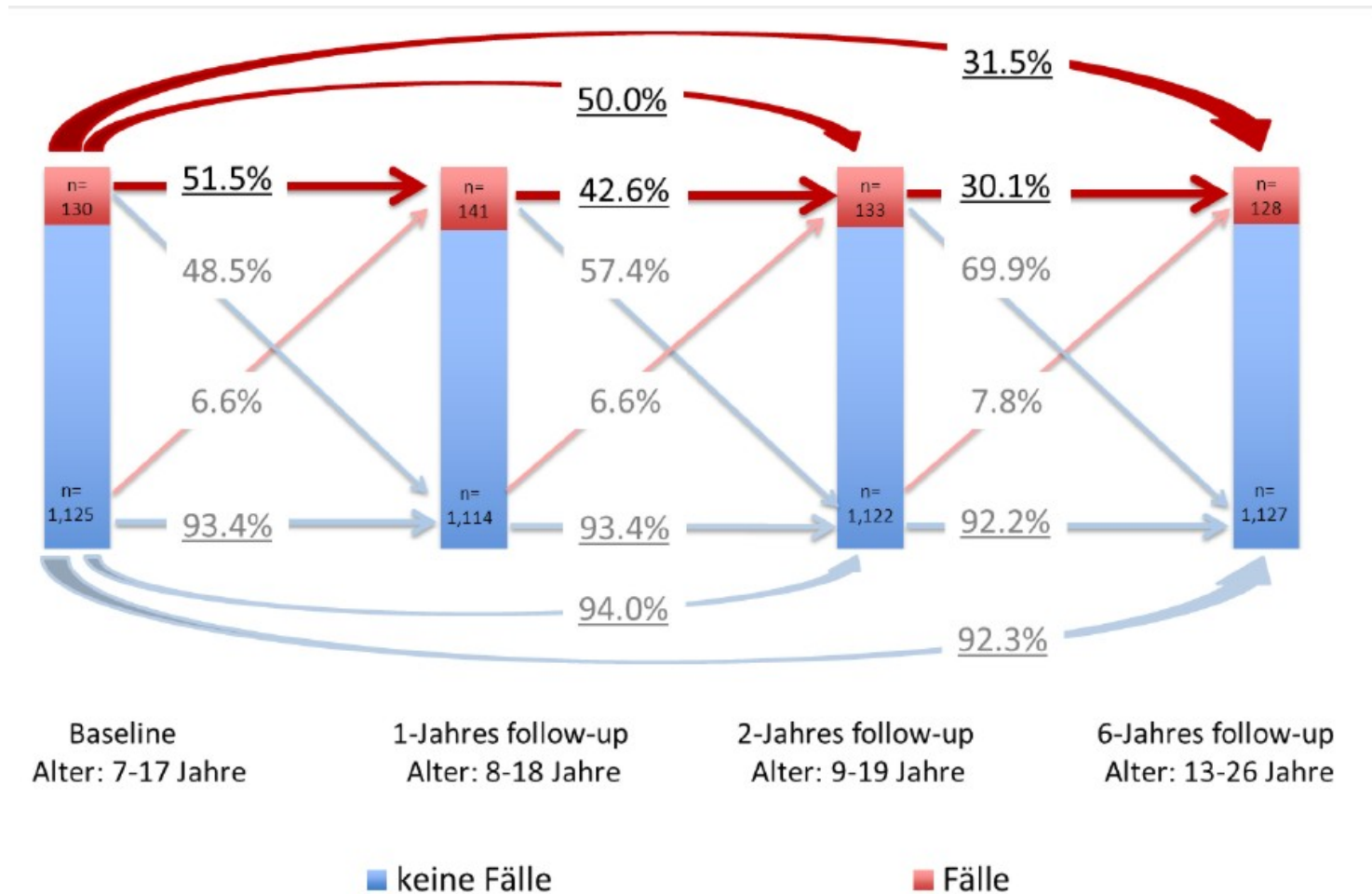


Häufigkeit der ADHS anhand epidemiologischer Daten über 20 Jahre aus 154 Studien (Polanczyk et al. 2014)

Prävalenz in %



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

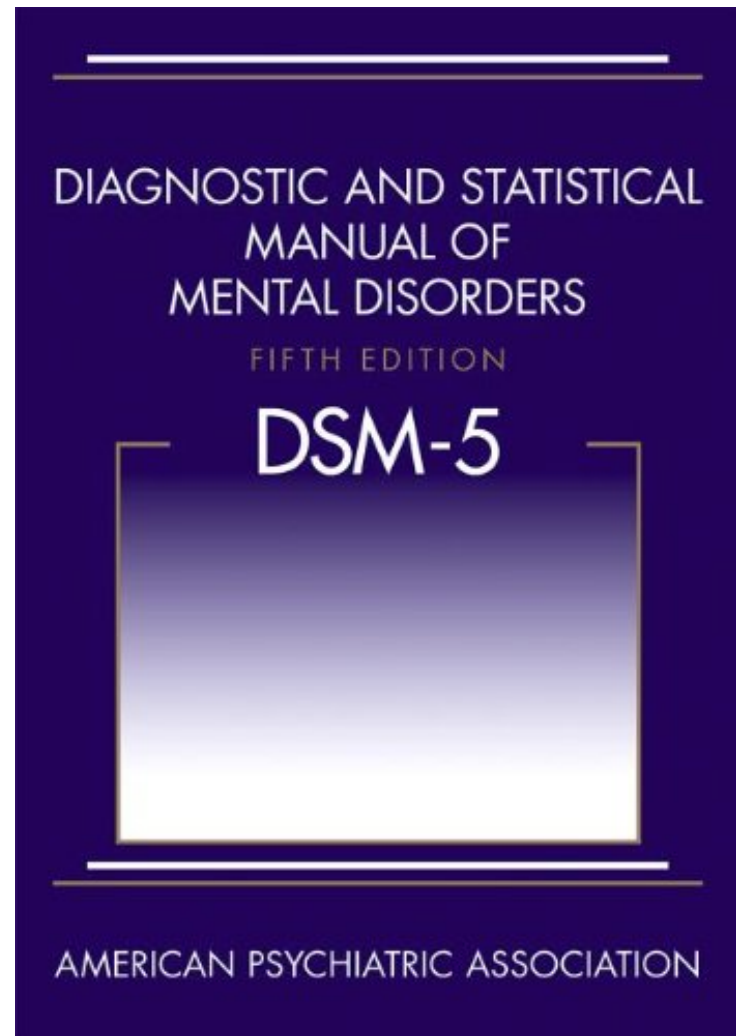
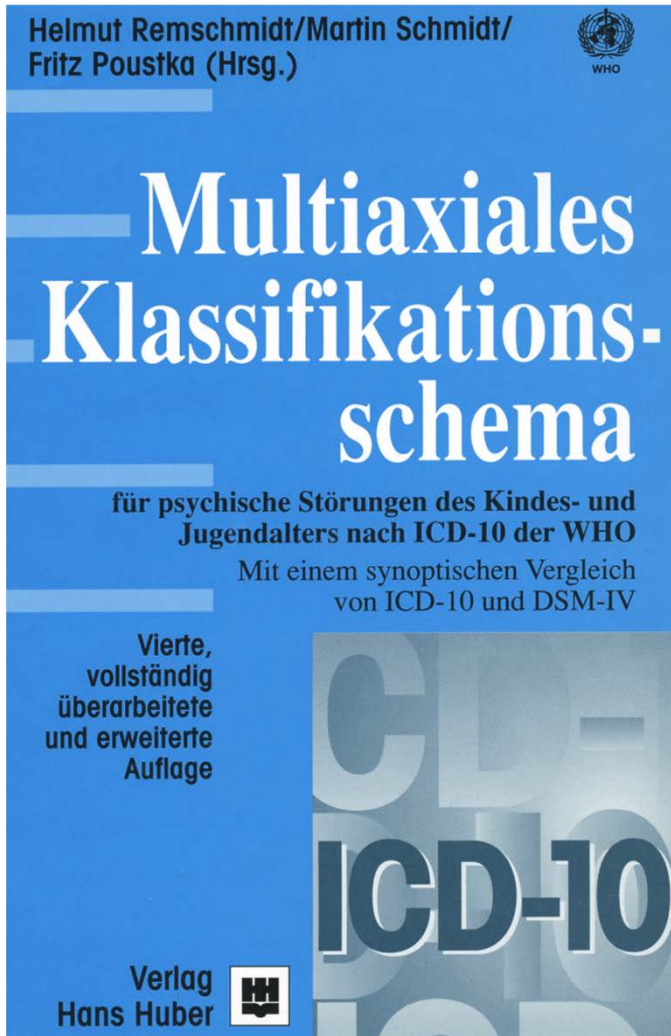
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

PSYCHISCHE STÖRUNGEN



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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



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

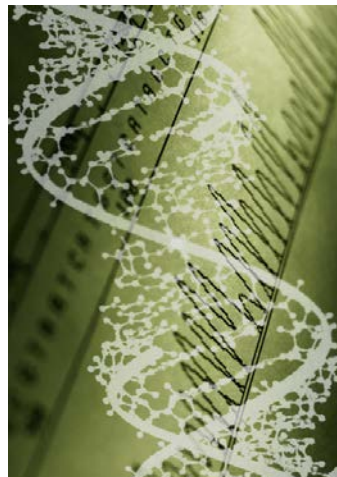
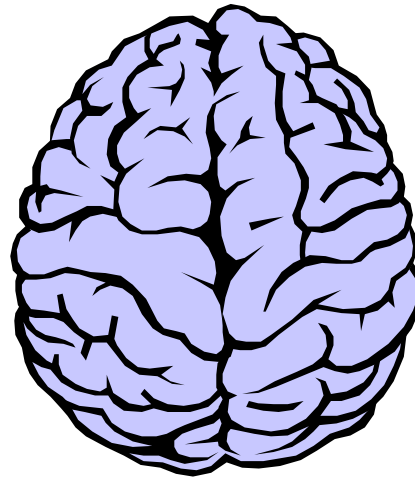
RISIKEN FÜR PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

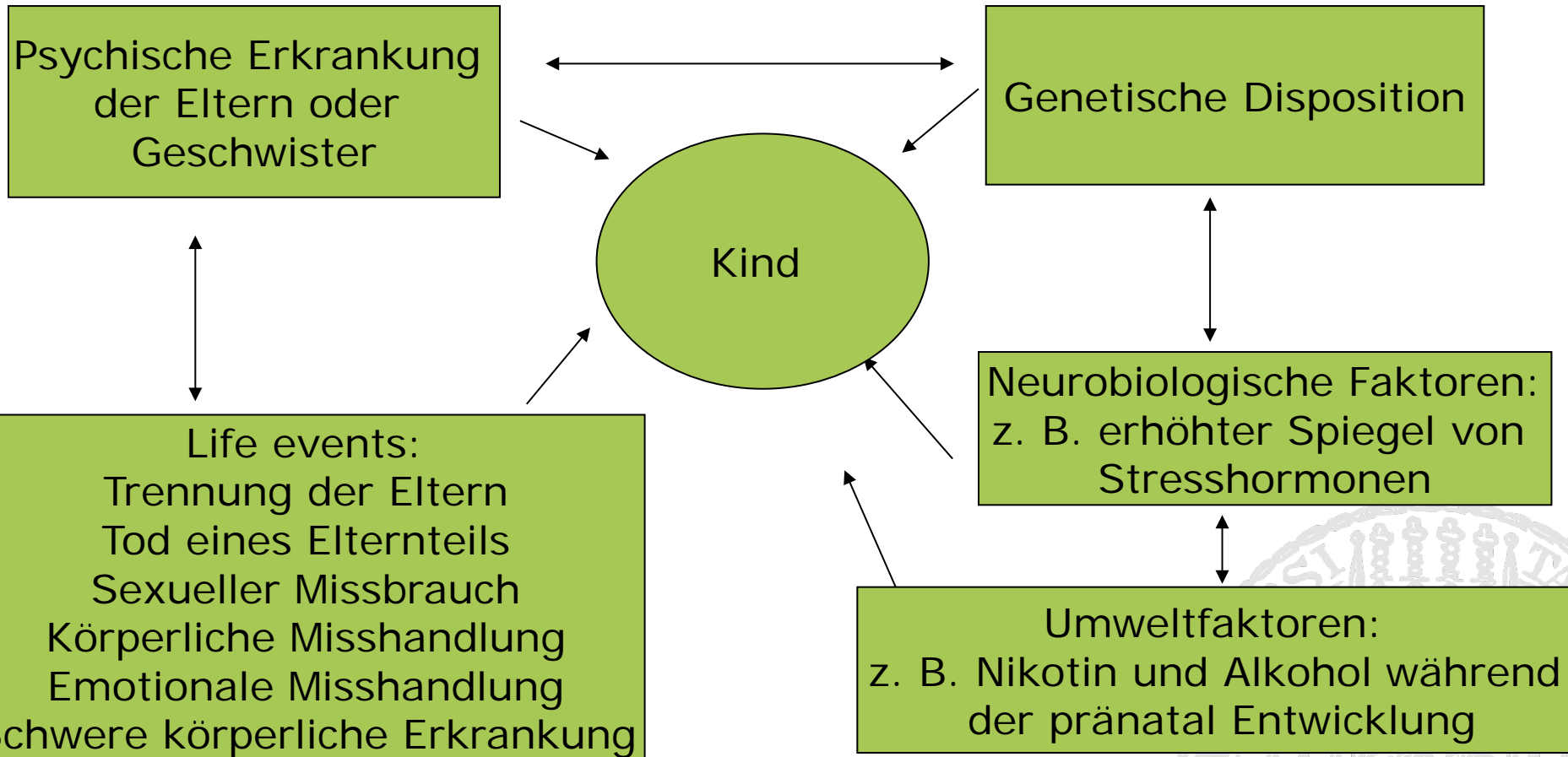
Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

Risiko- und Belastungsfaktoren für die Entstehung psychischer Störungen



WAS IST BULLYING, CYBERBULLYING?

- 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
- Cyberbullying (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

BEDEUTUNG VON BULLYING FÜR OPFER UND TÄTER

Täter (Täter/Opfer)

- erhöhtes Risiko für eine ungünstige psychosoziale Entwicklung,
- gehäuft externalisierende Auffälligkeiten wie delinquentes, feindseliges, impulsives oder hyperaktives Verhalten
- mehr Probleme in der Verhaltensteuerung

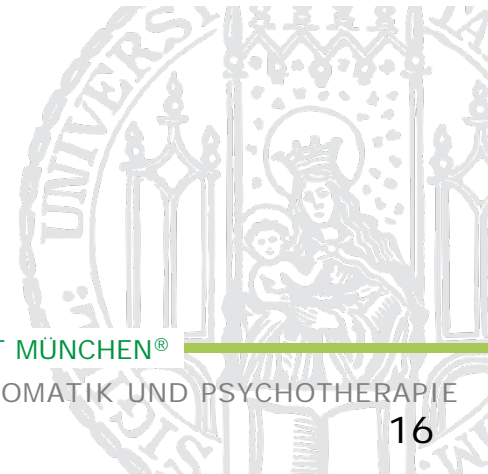
Opfern

- internalisierende Auffälligkeiten: hohe Ausprägung von Selbstwertprobleme, Resignation und höhere Einsamkeit in der Schule,
- Symptome der Depression und Ängstlichkeit,
- erhöhtes Risiko für suizidale Gedanken und Handlungen.
- Schulverweigerung bis zu Schulabsentismus

HÄUFIGKEITEN DEPRESSIVER SYMPTOME/STÖRUNGEN NACH BULLYING ERFAHRUNGEN IM ALTER VON 8 JAHREN (SOURANDER ET AL. 2007)

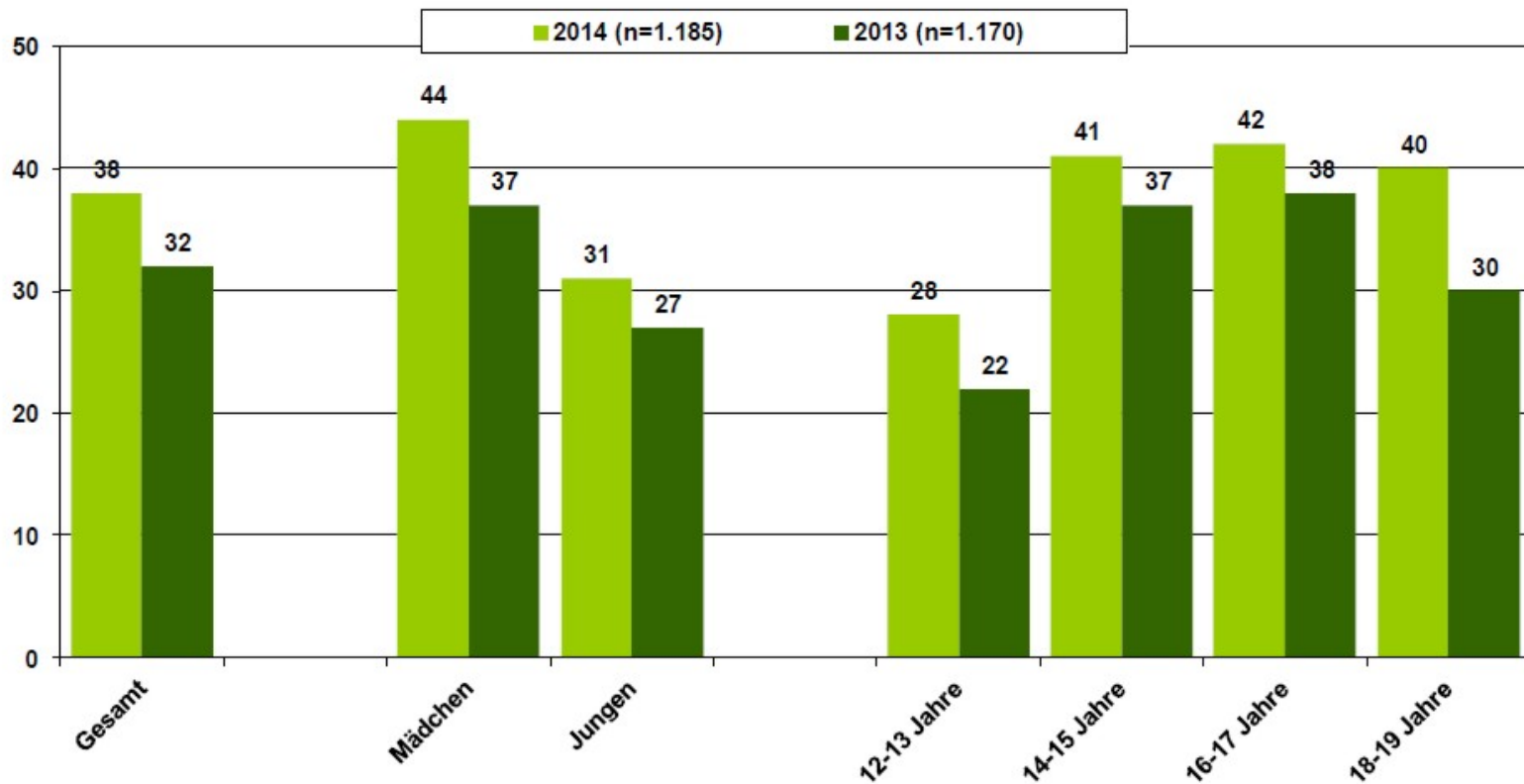
TABLE 1 Frequent Bullying, Victimization, and Bully-Victimization at 8 Years of Age and Prevalence of Psychiatric Disorders in Early Adulthood (*N* = 2540)

	Total <i>N</i>	Any Psychiatric Disorder (<i>N</i> = 264)		Antisocial Personality (<i>N</i> = 68)		Substance Abuse (<i>N</i> = 44)		Anxiety (<i>N</i> = 56)		Depressive (<i>N</i> = 44)		Psychotic (<i>N</i> = 13)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Not frequently bully or victim	2154	189	8.8	47	2.2	33	1.5	35	1.6	31	1.4	9	0.4
Frequently only bully	153	27	17.6	9	5.9	6	3.9	8	5.2	6	3.9	1	0.7
Frequently only victim	163	27	16.6	4	2.5	4	2.5	7	4.3	5	3.1	1	0.6
Frequently both bully and victim	70	21	30.0	8	11.4	1	1.4	6	8.6	2	2.9	2	2.9



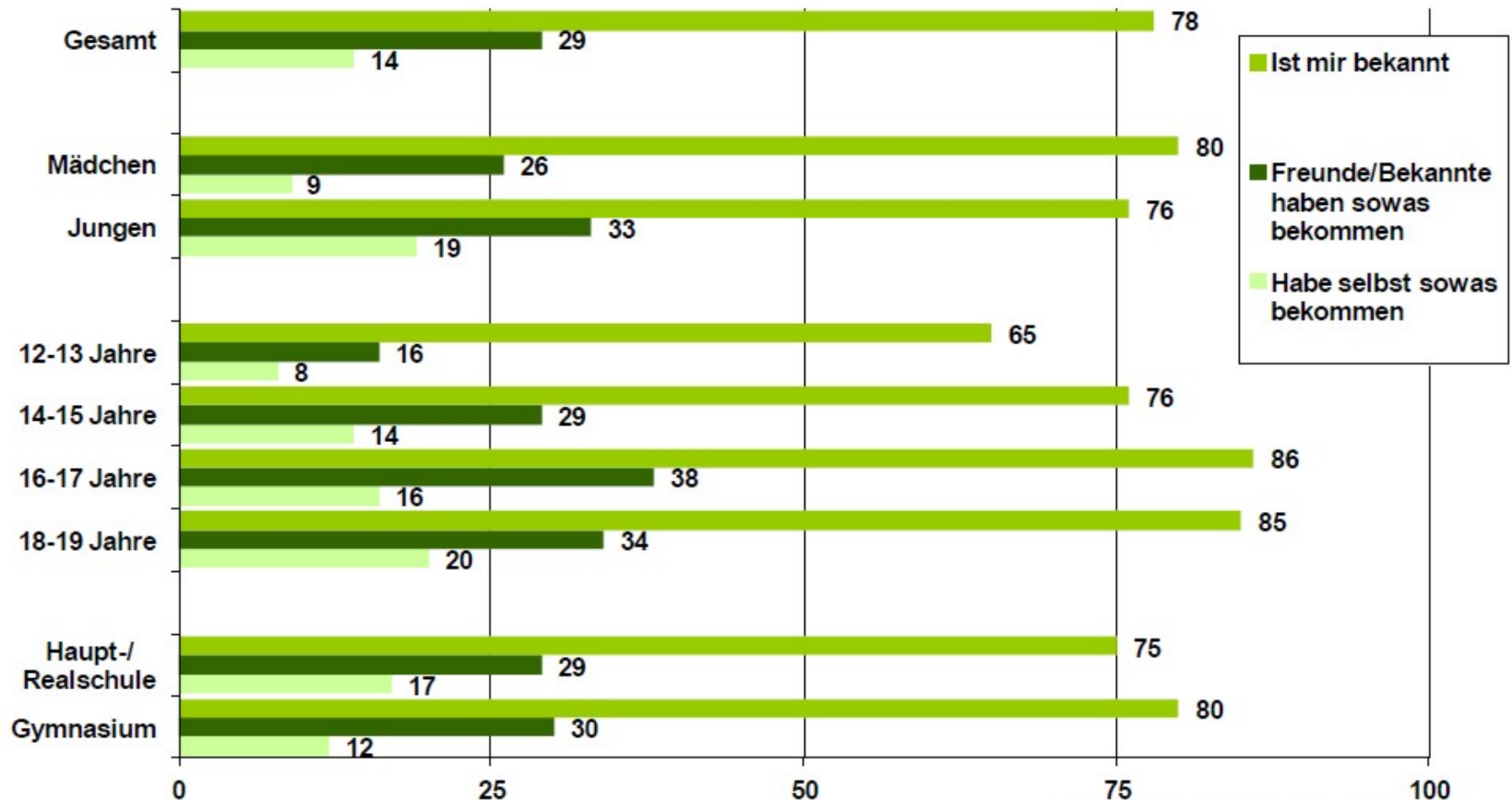
CYBERMOBBING JIM-STUDIE 2014

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



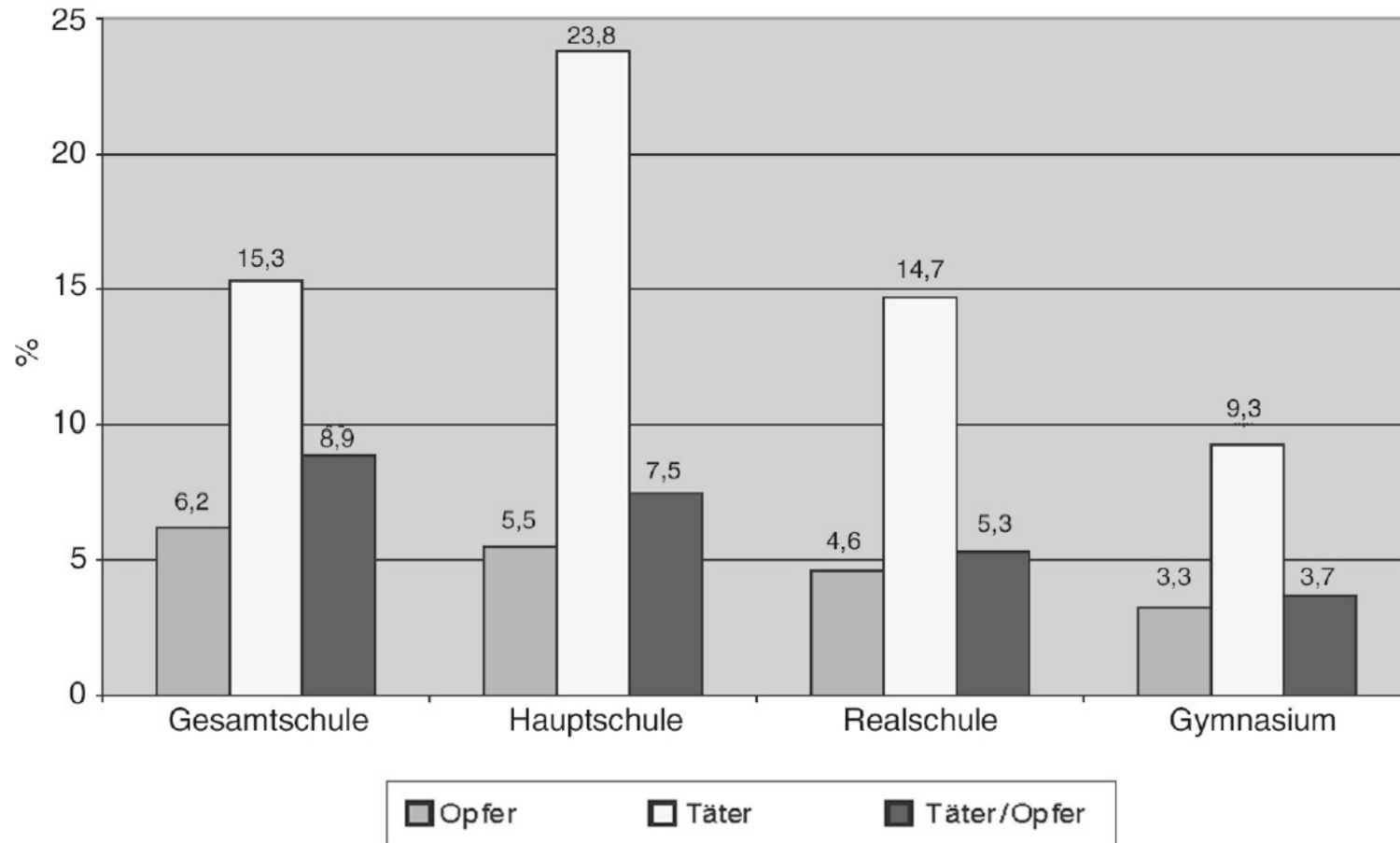
Quelle: JIM 2014, JIM 2013, Angaben in Prozent
Basis: Internet-Nutzer

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

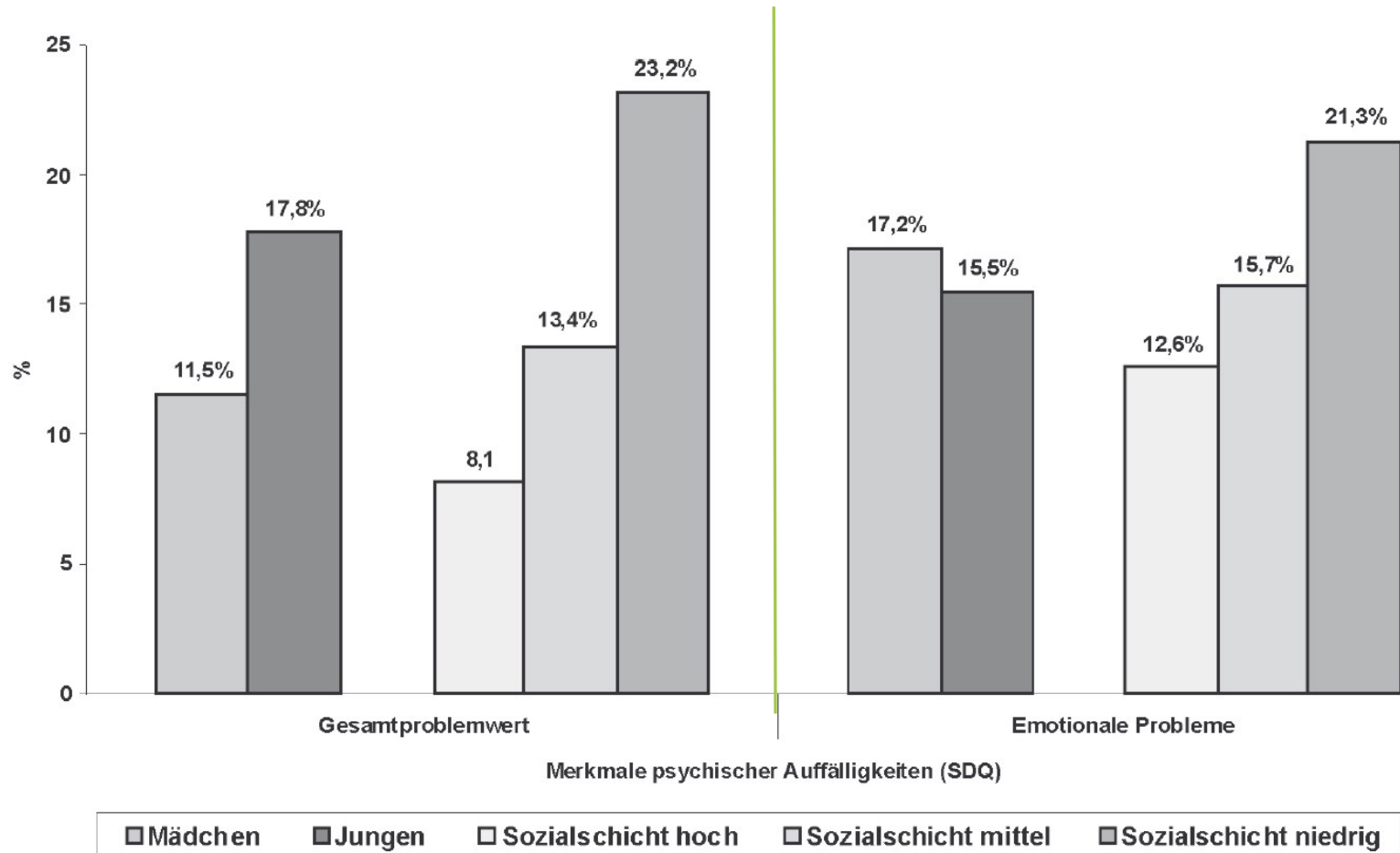


Quelle: JIM 2014, Angaben in Prozent
Basis: Besitzer Handy/Smartphone, n=1.170

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



RISIKO SOZIALER STATUS-KIGSS (HÖLLING 2007)



BEDEUTUNG PSYCHISCHER BELASTUNGEN UND STÖRUNGEN FÜR DIE INDIVIDUELLE ENTWICKLUNG



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

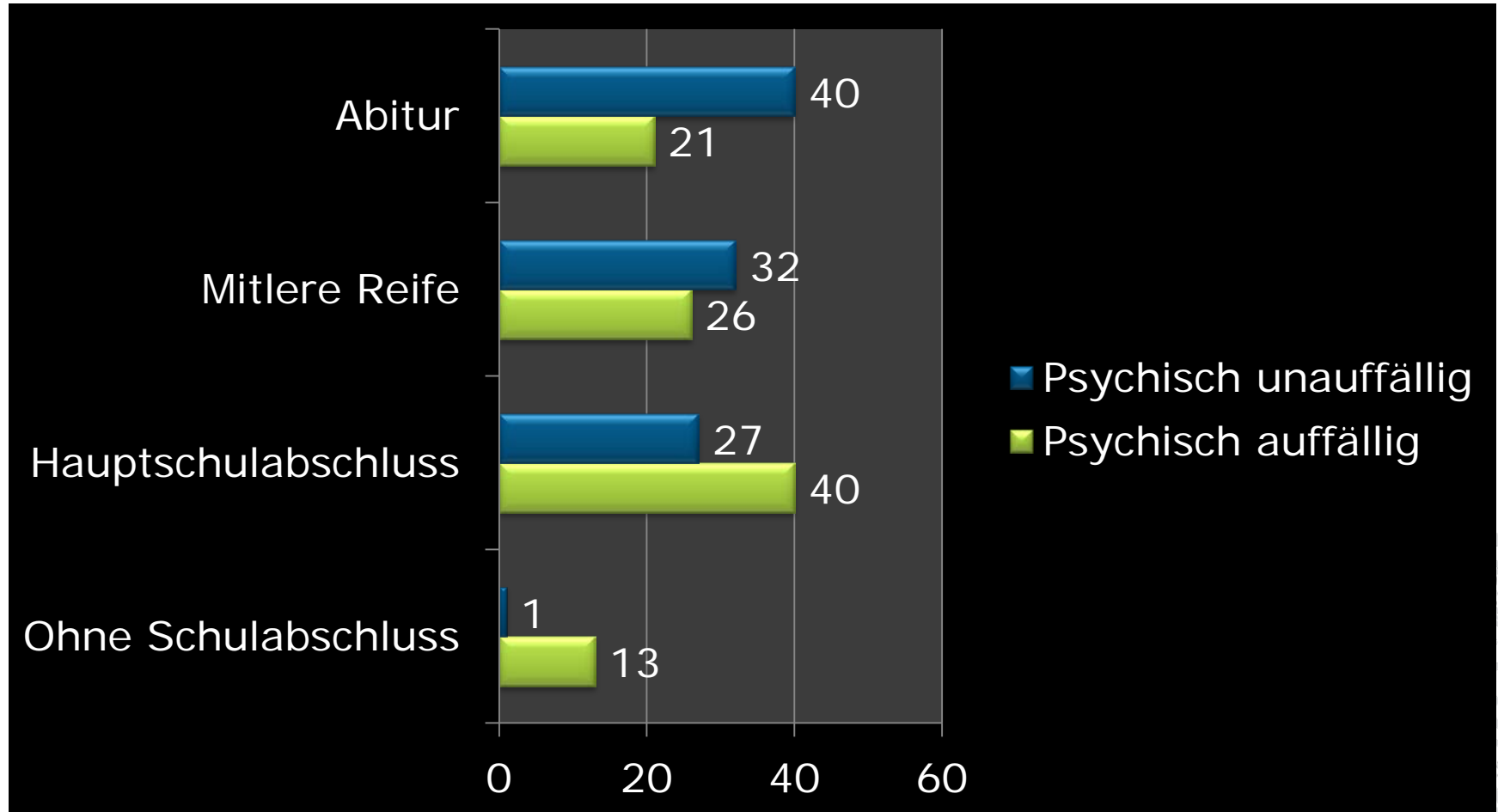
Wie wirken sich psychische Störungen auf die Entwicklung der Kinder und Jugendliche aus?

- Schulische Folgen:
 - Schulverweigerung, Schulabbruch
 - geringeres Schulabschlussniveau im Verhältnis zu den kognitiven Fähigkeiten
- Gesundheitliche Folgen:
 - z. B. Depression erhöht Risiko für Übergewicht und Diabetes
- Psychische Folgen:
 - Weitere psychische Störungen wie z.B.
 - Substanzmissbrauch (Drogen)
 - Persönlichkeitsstörung
 - depressive Störung
- Psychosoziale Folgen:
 - Gesellschaftliche Ausgrenzung, Opfer von Mobbing
 - geringere soziale Kontakte, Isolation



Psychische Auffälligkeit und Schulabschluss

(Esser et al. 2002)



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

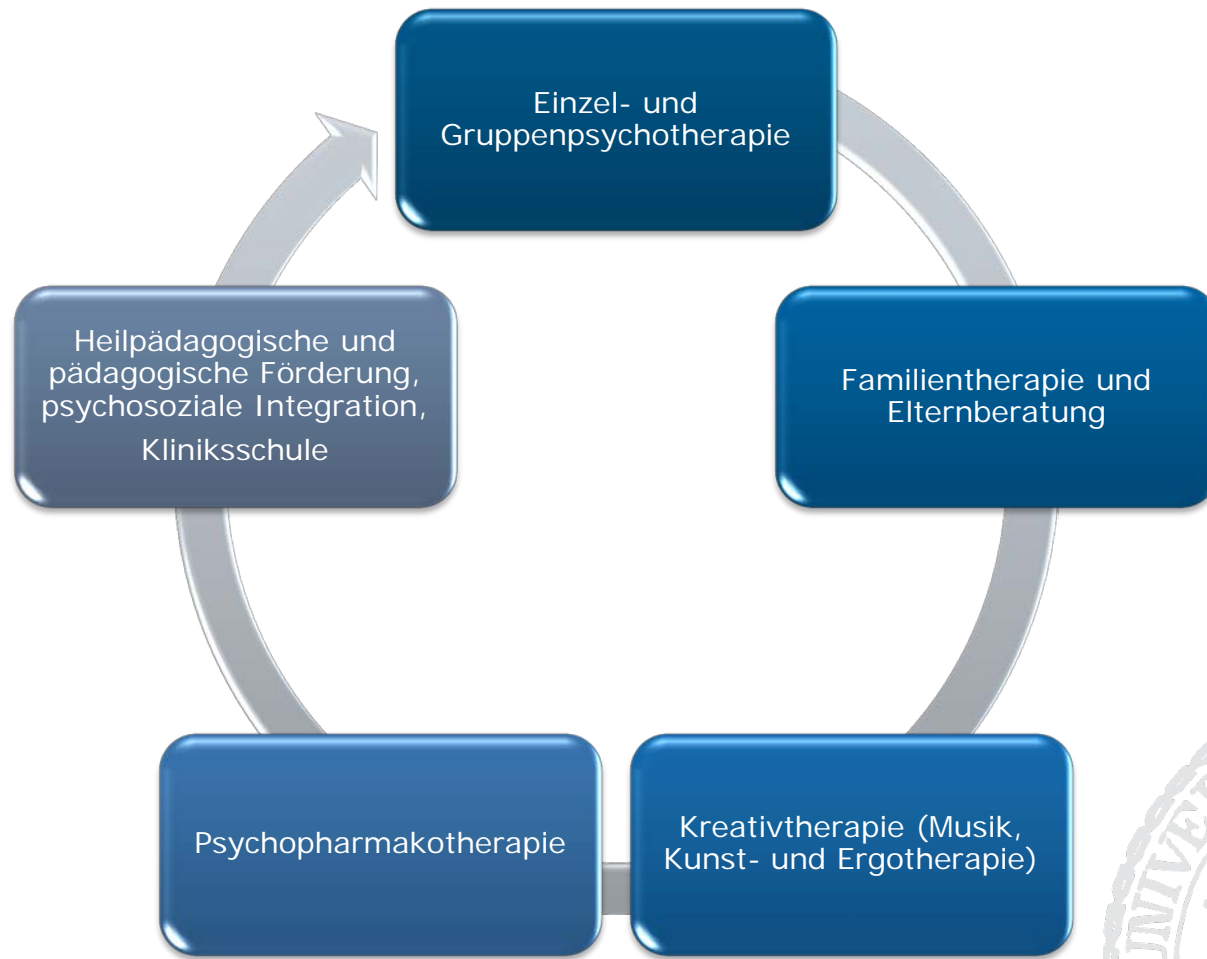
Teilstationär

- 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

BESTANDTEILE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG



Rahmenbedingungen und Gesamtkonzeption

- Räumliche Ausstattung -



MULTIMODAL-INTEGRATIVE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN - THERAPIEBAUSTEINE -

- 1. Ernährungsmedizinische und medikamentöse Behandlung**
 - *Gewichtsrehabilitation / Normalisierung des Essverhaltens*
 - *Berücksichtigung komorbider Störungen*
- 2. Verhaltensbezogene Maßnahmen und Fertigkeitentraining**
 - *Korrektur dysfunktionaler Denkschemata und Überzeugungen*
 - *Überwindung maladaptiver Verhaltensmuster*
- 3. Aufdeckung und Bearbeitung zugrunde liegender Konflikte**
 - *Einsichtsorientiertes, konfliktzentriertes Arbeiten*
 - *Stärkung der Ich-Funktionen*
- 4. Tanz- und Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie**
 - *Bearbeitung der Körperbildstörung*
 - *Lockerung der gedanklichen Themenfixierung*
- 5. Intensive Einbeziehung der Eltern und soziale Reintegration**
 - *Systemischer Ansatz / familientherapeutische Interventionen*
 - *Einleitung von KJHG-Maßnahmen*

Multimodal-integrative, stationäre Behandlung

- Integriertes Schulkonzept -



- **Besuch der integrierten Klinikschule**
 - Aufbau einer neuen Lern- und Leistungsmotivation (sofern erforderlich)
 - Kompensation krankheitsbedingter Fehlzeiten
 - individuelle Ausrichtung des Unterrichts an den Bedürfnissen der einzelnen Schüler (möglich aufgrund kleiner Klassengröße)
- **Orientierung am Lehrplan**
 - leistungsgerechter Unterricht
- **regelmäßiger Austausch mit multiprofessionellem Behandlungsteam**
 - Teilnahme der Lehrer/innen an den Visiten
- **Kommunikation mit Herkunftsschule**
 - nach vorheriger Absprache mit Eltern / Patient
- **im Verlauf Außenschulbesuch möglich**
 - in Abhängigkeit vom Therapiefortschritt und der psychischen / körperlichen Verfassung

EVIDENZBASIERTE BEHANDLUNG ANHAND VON S3-
LEITLINIEN:
BEISPIEL DEPRESSIVE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND
JUGENDLICHEN

WWW.KJP.MED.UNI-MUENCHEN.DE



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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



RESILIENZ



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

Resilienzfaktoren für psychische Gesundheit

■ In der Familie

- psychische Gesundheit der Mutter
- hoher Schulabschluss der Eltern, insbesondere der Mutter (führt meist zu besseren Bewältigungsstrategien bei Belastungen)
- hoher sozioökonomischer Status

■ Individuell

- Geschlecht: weibliches Geschlecht
- Hohe kognitive Fähigkeiten
- Prosoziales Verhalten



PROTEKTIVE FAKTOREN FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Biologische protektive Faktoren

- Altersgemäße körperliche Entwicklung
- Gute kognitive Entwicklung

Familie

- Familienbindung
- Positive Eltern-Kind-Interaktionen

Schule

- Einbindung ins Schulleben
- Positives Schul- und Klassenklima
- Positive Verstärkung der akademischen Entwicklung

Gesellschaft

- An- und Einbindung in die kommunale Gemeinschaft
- Möglichkeit für Sport- und Freizeittätigkeiten

PRÄVENTION



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

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

BEGRÜNDUNG FÜR PRÄVENTION

Prävalenz

- Hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen weltweit,
- die Hälfte aller behandlungbedürftigen psychischen Störungen beginnt bereits im Alter von 14 Jahren

Behandlung

- Hohe Rate an Nicht-Behandlung (bis zu 83%)
- Anzahl der Behandlungsplätze reicht nicht aus, um alle Kinder und Jugendliche zu behandeln

Kosten- Nutzen

- Prävention meist günstiger als Behandlung
- Psychische Erkrankungen im Kindes und Jugendalter nachhaltigen Einfluss auf die soziale Entwicklung und auf das psychosoziale Entwicklungsniveau

ZIELE VON PRÄVENTION

- Durch Ausgleich von und Schutz vor Risiken Gleichgewicht von Risiken und Ressourcen herzustellen.



- Stärkung von Schutzfaktoren wie Resilienz und Wachstum
- Stärkung durch Herausforderungen
- Minderung der Wirkung von Stress

FORMEN VON PRÄVENTIONSMABNAHMEN

■ Selektive Prävention

- Ziel, ein bereits bestehendes Erkrankungsrisiko zu vermindern.
- Richtet sich an ausgewählte Kinder, Jugendliche und ihre Familien.

■ Universelle Prävention

- Ziel, allgemeine Risikofaktoren, wie z. B. mangelnde Stressverarbeitungs- und Problemlösungsstrategien zu vermindern.
- richtet sich unselektiert an Kinder und Jugendliche der Allgemeinbevölkerung.



WEITER UNTERSCHIEDUNGEN VON PRÄVENTIONSMETHODEN

- Verhältnisprävention: umweltorientiert
 - Beispiele: Zugang zu Alkohol und Zigaretten beschränken
 - Gemeindeorientierte Prävention: Veränderung von Lebensverhältnissen durch Einfluss auf Organisationen, Netzwerke, Medien.....



UNIVERSELLE SCHULBASIERTE PRÄVENTION GEGEN DEPRESSION: PAUL GANZ UNTEN

■ Inhalte

Depression als Erkrankung

Symptome

Ursachen

Behandlung

Antidepressiva

Suizidalität

Hilfeverhalten



■ Zielgruppe: 13- bis 17-Jährige

■ Format: 20 Seiten, Pocket Guide (DIN A6)

BROSCHÜRE - GESTALTUNG



Die Clique



BROSCHÜRE - GESTALTUNG



Folgen und Probleme

- weniger aktiv
- mehr Rückzug
- nicht mehr dazugehören
- sich abgelehnt fühlen
- Streit
- schlecht in Schule
- alles ist zu viel
- alles ist schlecht
- Angst
- körperliche Probleme
- Todesgedanken
- ...

Depression

Emilie spricht Paul an, weil sie sich Sorgen um ihn macht. Sein Verhalten kommt ihr bekannt vor. Ihr ging es früher auch einmal so, wie ihm jetzt. Ihr Arzt nannte es **Depression**.

Sie hatte früher keine Freunde, mit denen sie reden konnte. Ihre Eltern haben sich zu Hause immer nur gestritten. Niemand hatte Zeit für sie. Sie hat sich dann immer mehr zurückgezogen und hat oft geweint. Sie hatte sogar daran gedacht, sich etwas anzutun, weil sie nicht mehr leben wollte.

So wie Paul jetzt, geht es vielen Jugendlichen mit einer Depression!



Zukunft?

Paul hat Glück gehabt, dass Emilie seine Probleme erkannt und ihn unterstützt hat. Nicht jeder bekommt so schnell Hilfe. Oft haben Jugendliche mit einer Depression auch Gedanken an den eigenen Tod. Sie sehen nichts Schönes mehr im Leben und glauben, dass das auch nie mehr anders wird. Der Tod wird als einzige Lösung gesehen.



PRIMÄRPRÄVENTION VON DEPRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT EINEM AN DEPRESSION ERKRANKTEN ELTERNTEIL (PRODO)



AUSGANGSLAGE

- Kinder depressiver Eltern weisen ein **ca. 3-fach erhöhtes Risiko** auf, selbst an einer depressiven Störung zu erkranken...
- Ca. 30% der stationär psychiatrisch behandelten Patienten sind Eltern von minderjährigen Kindern
Ca. 3 Millionen betroffene Kinder in Deutschland – haben Eltern mit depressiven Episoden

MECHANISMEN – ERLEBENDE FAKTOREN

Negative Kognitionen



Affekte des depressiven Elternteils



Elterlicher Stress



Geringeres Elternengagement,
geringeres Kompetenzerleben



Inkonsistente Erziehung



RAISING HEALTHY CHILDREN (RHC) (COMPAS ET AL., 2009, 2011)

- Familienbasierte Prävention (Eltern **und** Kind)
- Basiert auf Kognitive Verhaltenstherapie
- Ergebnisse im Vergleich zu „Self-study“:
 - Diagnose nach 12-Monaten – 9% (exp.) vs 21% (kontrl.)
 - Diagnose nach 24 Monaten – 14% (exp.) vs 33% (kontrl.)
- Noch keine Replikation

DIE PRODO STUDIE

Eltern-Kind basiertes, manualisiertes Prävention-Konzept, das in verschiedenen psychosozialen Umgebungen eingesetzt werden kann.

Übersetzung und Kulturelle Adaption des RHC Manuals

Evaluation des Manuals in Deutschland durch einer randomisierte kontrollierte Studie mit Hauptoutcomes:

Ziele:

- Reduktion des Depressions-Erkrankungsrisikos bei Kindern und Jugendlichen
- Verringerung von psychischen Belastungen
- Stärkung der Resilienz der Kinder
- Entwicklung protektiver Faktoren für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen
- Erhöhung der positiven Interaktion zwischen Eltern und Kind
- Verbessertes Verständnis und Wissen über die Depression bei Eltern und Kindern

LITERATUR ZUM NACHLESEN

Platt et al. *BMC Psychiatry* 2014, **14**:263
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/263>



STUDY PROTOCOL

Open Access

Study protocol for a randomised controlled trial of a cognitive-behavioural prevention programme for the children of parents with depression: the PRODO trial

Belinda Platt^{1*}, Kathrin Pietsch¹, Kathrin Krick¹, Frans Oort² and Gerd Schulte-Körne¹

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