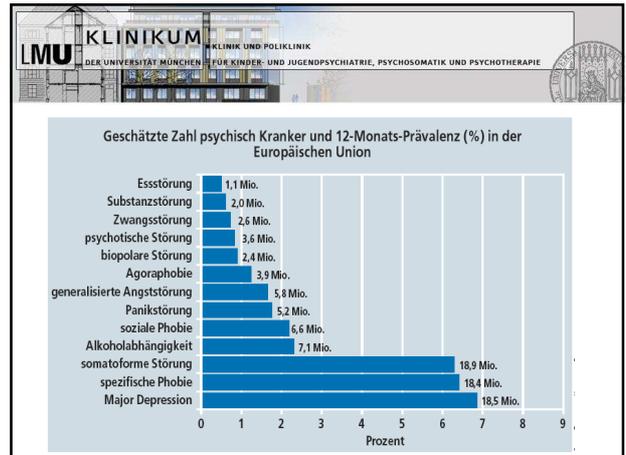


LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

## Das psychisch auffällige Kind

Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne



LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

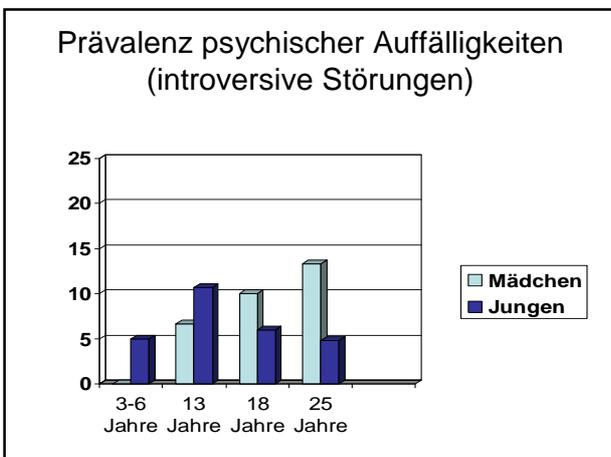
### Beispiel Depression:

- Direkte Kosten in der BRD in 2002 - 4 Milliarden Euro
- Depression beginnt meist im Kindes- und Jugendalter und verläuft häufig chronisch
- 70-80% der depressiven Kinder- und Jugendlichen sind unbehandelt

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

### Inanspruchnahme professioneller Hilfen

- Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter werden im allgemeinen Gesundheitssystem zu wenig 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 (Sourander et al. 2004)
  - Deutschland:
    - 12,7% Rate der psychische Auffälligkeiten, nur 3,3% der Kinder und Jugendlichen sind in professioneller Behandlung (Remschmidt 1997)



LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

### Entwicklungsaspekte

Nächtliches Einnässen:

- Häufigkeit zum Zeitpunkt der Einschulung: < 10%
- Häufigkeit im Jugendalter: < 1%

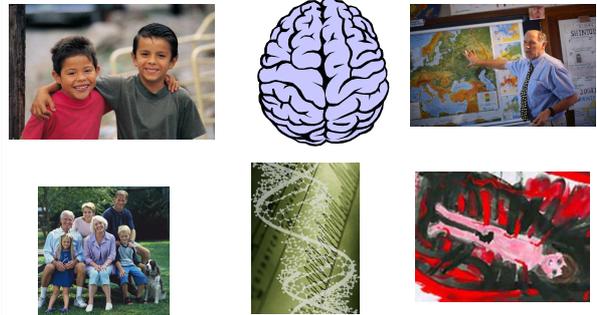
Anorexia nervosa:

- Häufigkeit vor der Pubertät: < 0,1%
- Häufigkeit nach der Pubertät: ca. 1%

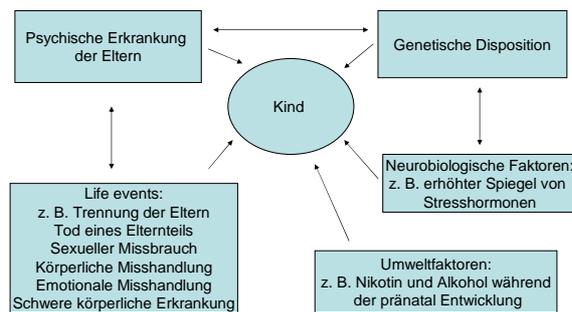
## Risikogruppen für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

- 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

## Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung



## Risiko- und Belastungsfaktoren für die Entstehung psychischer Störungen



## Häufigkeiten von life events

- Finnische Längsschnittstudie 1999-2005 (Sourander et al. 2008) :
  - 21% Trennung der Eltern
  - 6% schwere Erkrankung der Eltern
  - 1% Tod des Vaters
  - 0,3% Tod der Mutter
- Hamburger Kindergartenstudie:
  - 40% Trennung, Tod und Verlust
  - 12% Krankheit, Operation, Unfall
  - 14% Umzug

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

- **Schulische Folgen:**
  - 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, Angststörung, depressive Störung, Persönlichkeitsstörungen
- **Psychosoziale Folgen:**
  - Gesellschaftliche Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Kontakte

## Häufigkeit von selbstschädigendem Verhalten Jugendlicher (OECD-Bericht)



LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

## Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern (Renschmidt 1997)

- Gymnasium: 7,1%
- Realschulen: 8,5%
- Förderschulen: 23,4%
- Grundschulen: 16,6%
- Hauptschulen 16,3%

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

## Psychische Auffälligkeit und Schulabschluss

Tabelle 1: Psychische Auffälligkeit und Schulabschluss

8 Jahre		13 Jahre	
psychisch auffällig n = 64	psychisch unauffällig n = 257	psychisch auffällig n = 70	psychisch unauffällig n = 251
23 %	39 %	21 %	40 %
19 %	34 %	26 %	32 %
48 %	25 %	40 %	27 %
9 %	2 %	13 %	0,4 %
		Abitur	
		Mittlere Reife	
		Hauptschulabschluss	
		ohne Hauptschulabschluss	

Chi<sup>2</sup> = 26,6; df = 3; p < .001

Chi<sup>2</sup> = 36,4; df = 3; p < .001

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

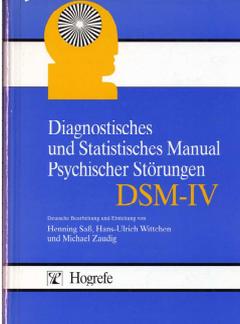
## Stabilität psychischer Probleme

- Ca 50% der achtjährigen Kinder, die behandlungsbedürftige psychische Probleme haben, haben auch im Alter von 18 Jahren psychiatrische Erkrankungen (Sourander et al. 2005)

## Komplexität der Diagnostik

- 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

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

- 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

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Sechste Achse: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

- Anpassung / Adaptation vs. Beeinträchtigung in folgenden Bereichen:
  - Soziale Beziehungen (Familie, Freunde)
  - Bewältigung sozialer Situationen
  - Schulische / berufliche Anpassung
  - Interessen und Freizeitaktivitäten
- Skalierung von 0 bis 8
  - 0 (hervorragende Anpassung auf allen Gebieten)
  - 8 (braucht ständige Betreuung)

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

- Fallbericht:
  - Junge Patientin (17 Jahre)
  - Im November 2007 wird sie akut in einer Unfallklinik aufgenommen
  - **Grund:** Patientin habe sich aus dem 2. Stock an ihrer Praktikumsstelle gestürzt
  - **Somatische Befunde:** Schädelhirntrauma mit erheblichen Blutungen, Fraktur des Schädels, der Schädelbasis, Leber- und Lungenquetschung mit Zerreißung von Lungengewebe, Bruch des Kreuzbeins.

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Psychische Befund:

- Sehr schüchterne und zurückhaltende Pat., starke soziale Unsicherheit, vom Affekt (Gefühl) traurig gestimmt, nicht leicht veränderbar; Körperhaltung eher schlaff, wirkt energielos; angespannte Mimik und Gestik, Aufmerksamkeit etwas eingeschränkt, Denken hinsichtlich der Form und des Inhaltes nicht beeinträchtigt; keine Wahrnehmungsstörung.
- Hintergrund für den Suizidversuch:
  - Zunehmende Anforderung am Praktikumsplatz hinsichtlich selbstständiges und eigenverantwortliches Handeln; Druck des Chefs und Vorgesetzten, Drohung, das Praktikum nicht zu bestehen.

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Lebensgeschichtlicher Hintergrund :

- Pat. wächst sehr behütet und geschützt bei den leiblichen Eltern auf. Entwicklung in den ersten Lebensjahren unauffällig, lediglich eine verzögerte Sprechentwicklung und motorische Ungeschicklichkeit werden berichtet.
- Erste Trennungsängste im Kindergarten mit 3 Jahren.
- In der Grundschule Bauchweh vor der Schule, z. T. Erbrechen; Körperliche Untersuchungen ohne Befund.

LMU KLINIKUM KLINIK UND POLIKLINIK  
 DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Schulische Entwicklung

- Einschulung mit 7 Jahren, Leistungen zwischen gut und befriedigend. Betragen vorbildlich, stille und ruhige Schülerin. V. a. LRS in der 4. Klasse.
- Wechsel auf die Realschule, Leistungen gut durchschnittlich; Verhalten wird als sehr konzentriert, gewissenhaft beschrieben, fleißige Schülerin.
- Besucht anschließend die FOS (kaufmännischer Zweig)

3. Klasse

Die stille und in der mündlichen Mitarbeit oft sehr vorsichtige und zurückhaltende Schülerin war meist bemüht, die geforderten Leistungen zu erbringen. Je nach Interessenslage zeigte sie Einsatzbereitschaft oder weniger starkes Engagement. Schriftlich arbeitete sie noch etwas langsam, aber selbstständig. Das Betragen war immer vorbildlich. -----

4. Klasse

Die sehr stille, ruhige und vorsichtige Schülerin arbeitet im Unterricht meist gut mit und zeigt zeitweise recht großen häuslichen Fleiß. Schriftlich arbeitet sie noch sehr bedächtig. Die Sauberkeit der Arbeiten wird langsam besser. Das Betragen ist immer vorbildlich. -----

10. Klasse

Die höfliche, aufmerksame Schülerin erledigte ihre Aufgaben äußerst gewissenhaft und fleißig. Mit gut durchdachten Beiträgen arbeitete sie konzentriert im Unterricht mit. Sie zeigte sich zuverlässig, verantwortungsbewusst und selbstständig. Ihr Verhalten war sehr anerkennenswert. -----

**Psychosoziale Entwicklung:**

- Von Mitschülern nicht integriert, erlebt sich als Außenseiterin und Mitläuferin
- Ziehe sich gerne zurück, lebe lieber allein, habe Angst vor der Schule, kann ihre Mitschüler nicht leiden; wird gehänselt wegen ihres Aussehens (un gepflegt)
- Ist unsicher, ob andere (Mitschüler) sie mögen, hat keinen Kontakt zu den Mitschülern außerhalb der Schule
- Errötet in Situationen, in denen sie im Mittelpunkt steht, teilweise Zittern der Hände
- Über Gefühle mag sie nicht reden, sie lasse ihre Gefühle nicht zu
- Freizeit verbringe sie überwiegend zuhause, vermeidet jeglichen Kontakt zu Gruppen von Menschen

**Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik:**

Anamnese, Exploration, psychologische Testverfahren

**Symptomatik:**

1. Deutliche Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, Vermeidung von Situationen, wo die Möglichkeit erhöhter Aufmerksamkeit besteht
2. Angst vor Gruppensituation verbunden mit Schwitzen, Erröten, z.T. Zittern
3. Emotional stark belastet durch Angst

**Diagnosen:**

Soziale Phobie (Achse 1), LRS (Achse 2), Durchschnittliche Intelligenz (Achse 3), Verschiedene unfallbedingte Verletzungen (Achse 4), Elterliche Überfürsorge (Achse 5), Mäßige soziale Beeinträchtigung (Schwierigkeiten mit Freundschaften, eingeschränkte soziale Aktivitäten)



### Hauptkategorien und Unterkategorien therapeutischer Maßnahmen

**Psychotherapie mit dem Patienten (Kinder/Jugendliche)**

- Gesprächstherapie
- Kinderspieltherapie
- Tiefenpsychologische Behandlung
- Verhaltenstherapeutische Behandlung

**Funktionelle Übungsbehandlung mit dem Patienten**

- Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie)
- Psychomotorische Übungsbehandlung
- Legasthenietherapie
- Logopädische Behandlung
- Krankengymnastische Behandlung
- Andere Übungsbehandlungen

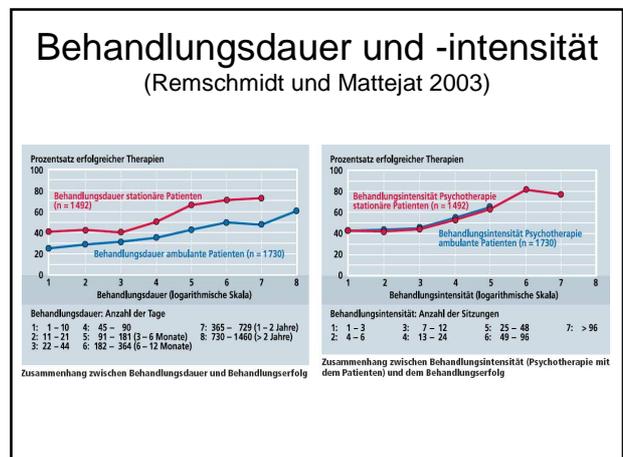
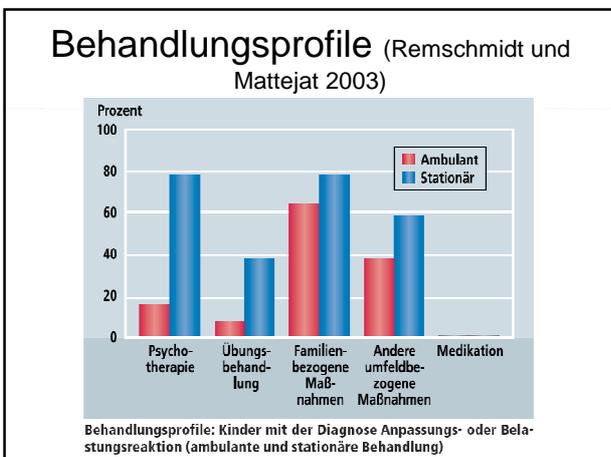
**Eltern- und familienbezogene Interventionen**

- Elternberatung und Verhaltensmodifikation
- Elterntraining
- Familientherapeutische Sitzungen
- Elterntherapie

**Andere umfeldbezogene Interventionen (Heime, Schulen, Ämter et cetera)**

**Psychotrope medikamentöse Behandlung**

- Neuroleptische Behandlung
- Thymoleptische Behandlung
- Behandlung mit Tranquilizern
- Stimulanzienbehandlung



Achse (IAS)	Normalbeender		
	n	Erfolg n	Erfolg %
Keine Diagnose	495	222	44,85
Schizophrenie	0	0	0
Affektive Psychosen	1	1	100,0
Autismus	13	6	46,15
Neurosen	42	28	66,67
Persönlichkeitsstörungen	14	2	14,29
Anorexia nervosa	12	7	58,33
Tic-Störungen	11	6	54,55
Essstörungen	17	11	64,71
Enuresis	121	78	64,46
Enkopresis	11	6	54,55
Anpassungs- und Belastungsreaktionen	76	48	63,16
Dissoziale Syndrome	124	44	35,48
Spezifische Emotionalstörungen	269	125	46,47
Hyperkinetisches Syndrom	48	14	29,17
Andere Diagnosen	104	52	50,00
Gesamt	1 358	650	47,86

Statistische Tests\*: Fisher's Exakt Test, Monte-Carlo-approximierter p-Wert: 0,00000, Phi/Cramer's V: 0,257, Kontingenzkoeffizient: 0,249  
 \* Erfolg n: Anzahl der Patienten mit deutlicher Verbesserung  
 \* Erfolg %: Prozentualer Anteil mit deutlicher Verbesserung  
 \* Die Kategorien „keine Diagnose auf Achse“ und „andere Diagnosen“ wurden nicht in die statistischen Analysen mit einbezogen.

Behandlungserfolg (Remschmidt und Mattejat 2003)

### Perspektive der universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in München und Oberbayern

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München

3 Stationen (30 Betten):  
 Kinderstation  
 Jugendlichen-Station  
 Intensivbehandlung  
 Tagesklinik (10 Plätze)  
 Klinikschule  
 Poliklinik  
 Institutsambulanz

Eröffnung Juni 2010

