> Klinikum Harlaching

„Risikofaktor Adoleszenz - Kein Kind darf verloren gehen“

Dr. Jakob Nützel

Gesundheitskonferenz 2013 am 13.11.2013
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhalten – fördern – wiederherstellen

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Darlegung möglicher Interessenkonflikte

- Keine Aktien
- Keine vertraglichen Bindungen (zB Pharmafirmen)
- Sponsoring: Kinderlachen e.V.
- Vortragshonorare von Psychotherapie-Ausbildungsinstituten (AZVT Ulm, CIP München)

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

- Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Klinikum Harlaching, Städtisches Klinikum München GmbH

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 2

Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Klinikum Harlaching

- Eltern-Kleinkind-Station
  - Behandlung v.a. von interaktionell bedingten Regulationsstörungen (Fütter- und Schreistörungen)
- Tagesklinik für Kinder im Alter von 6-12 Jahren
  - V.a. Schulbezogene Störungen, emotionale Störungen
- Jugendstation für Jugendliche von 13-18 Jahren
  - V.a. schulbezogene Störungen, Essstörungen, emot. Störungen
- Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder- und Frauenklinik am Standort
- Geplant:
  Psychosomatische Institutsambulanz mit der Möglichkeit der engen Vernetzung mit Frühen Hilfen, Schulen und der Jugendhilfe

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 3

VON DER AUFFÄLLIGKEIT ZUR STÖRUNG

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

4

fachstelle migration+ gesundheit

Die KIGGS-Studie

(http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/kiggs_basispublikation.html)

- Stichprobe
  - 7102 Mädchen und 7376 Jungen
  - im Alter von 3–17 Jahren
  - aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden
  - Teilnahmequote: 66,6 %

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

5

fachstelle migration+ gesundheit

Die KIGGS-Studie

(Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, Schlack, 2007)

- Erfassung der psychischen Gesundheit durch den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
  - Eltern (bei Kindern von 3 bis 10 J.)
  - Kinder und Jugendliche auch selbst ab 11 J.
- Der SDQ erfragt psychische Schwächen und Stärken in den 5 Bereichen
  - „Emotionale Probleme“
  - „Hyperaktivitätsprobleme“
  - „Verhaltensprobleme“
  - „Probleme mit Gleichaltrigen“ und
  - „Prosoziales Verhalten“ (Erfassung von Stärken)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

6

fachstelle migration+ gesundheit

Die KIGGS-Studie

(Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, Schlack, 2007)

Elternangaben (Angaben in %)	Gesamt	Mädchen	Jungen
Emotionale Probleme	16,3	17,2	15,5
Hyperaktivitätsprobleme	13,8	9,3	18,1
Verhaltensprobleme	30,8	26,4	35,1 (40% low SES)
Probleme mit Gleichaltrigen	22,0	19,5	24,1
Prosoziales Verhalten	Defizite bei 10,6	7,5	13,7

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

7

fachstelle migration+ gesundheit

Die KIGGS-Studie – BELLA Modul

(Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart, 2007)

- BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“ (BELLA) – dem Modul zur psychischen Gesundheit des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts
- 2863 Familien
- 48,5% Mädchen vs. 51,5% Jungen im Alter von 7-17 J.
-
- Computerisiertes telefonisches Interview (CATI)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 8

Variablen und eingesetzte Instrumente in der BELLA-Studie

Variable	eingesetztes Instrument	Autor
Psychische Auffälligkeiten		
allgemeine psych. Auffälligkeiten	SDQ	Goodman, 1999; Goodman et al., 1998
Angst	SCARED	Birmaher et al., 1999
Depression	CES-DC	Fendrich et al., 1990
Verhaltensauffälligkeiten	CBCL	Achenbach, 2001
ADHS	CPRS-R	Conners et al., 1998
	FBB-HKJ	Döpfner & Lehmkuhl, 2000
Psychische Störungen		
Angststörungen, Affektive Störungen, Verhaltensstörungen, ADHS, Essstörungen, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit	DIPS	Schneider et al., 2009; Schneider & Margraf, 2011
Gesundheitsbezogene Lebensqualität		
	KINDL-R	Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998;
	KIDSCREEN	Ravens-Sieberer et al., 2006
Risikofaktoren		
Psychopathologie der Eltern	SCL-K-9	Klaghofer & Brähler, 2001
Lebensqualität der Eltern	SF-12	Ware et al., 1996
Schutzfaktoren		
Selbstwirksamkeit	SWE	Schwarzer & Jerusalem, 1995
Familienklima	FKS	Schneewind et al., 1985
Soziale Unterstützung	SSS	Donald & Ware, 1984
Versorgung		
Versorgungspfade, Über-/ Unter-/ Fehlversorgung, Zufriedenheit	studienspezifischer Fragebogen	

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 9

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen auffällig

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach dem adaptierten SDQ-Algorithmus

	Psychische Auffälligkeit nach SDQ-Algorithmus		
	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	76,0 (73,0–78,6)	13,1 (11,2–15,4)	10,9 (9,0–13,2)
Mädchen % (95 % KI)	80,5 (77,5–83,1)	11,2 (9,1–13,7)	8,4 (6,6–10,5)
Altersgruppe			
7–10 % (95 % KI)	79,9 (76,7–82,8)	10,5 (8,3–13,0)	9,7 (7,7–12,1)
11–13 % (95 % KI)	78,5 (74,4–82,1)	12,5 (9,7–15,9)	9,0 (6,7–12,0)
14–17 % (95 % KI)	76,4 (73,2–79,3)	13,4 (11,1–16,2)	10,2 (8,1–12,7)
Ost – West			
Ost % (95 % KI)	78,8 (75,0–82,1)	12,5 (10,1–15,3)	8,7 (6,9–11,1)
West % (95 % KI)	78,0 (75,6–80,3)	12,1 (10,3–14,2)	9,9 (8,3–11,7)
Sozioökonomischer Status			
Niedriger % (95 % KI)	68,8 (64,1–73,1)	18,1 (14,7–21,9)	13,2 (10,2–16,9)
Mittlerer % (95 % KI)	79,2 (76,2–81,8)	12,2 (10,2–14,6)	8,6 (6,8–10,9)
Hoher % (95 % KI)	83,4 (80,2–86,2)	7,6 (5,6–10,4)	8,9 (6,8–11,7)
Gesamt			
% (95 % KI)	78,1 (76,0–80,1)	12,2 (10,6–13,9)	9,7 (8,3–11,2)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 10

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen auffällig

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach dem adaptierten SDQ-Algorithmus

	Psychische Auffälligkeit nach SDQ-Algorithmus		
	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	76,0 (73,0–78,6)	13,1 (11,2–15,4)	10,9 (9,0–13,2)
Mädchen % (95 % KI)	80,5 (77,5–83,1)	11,2 (9,1–13,7)	8,4 (6,6–10,5)
Altersgruppe			
7–10 % (95 % KI)	79,9 (76,7–82,8)	10,5 (8,3–13,0)	9,7 (7,7–12,1)
11–13 % (95 % KI)	78,5 (74,4–82,1)	12,5 (9,7–15,9)	9,0 (6,7–12,0)
14–17 % (95 % KI)	76,4 (73,2–79,3)	13,4 (11,1–16,2)	10,2 (8,1–12,7)
Ost – West			
Ost % (95 % KI)	78,8 (75,0–82,1)	12,5 (10,1–15,3)	8,7 (6,9–11,1)
West % (95 % KI)	78,0 (75,6–80,3)	12,1 (10,3–14,2)	9,9 (8,3–11,7)
Sozioökonomischer Status			
Niedriger % (95 % KI)	68,8 (64,1–73,1)	18,1 (14,7–21,9)	13,2 (10,2–16,9)
Mittlerer % (95 % KI)	79,2 (76,2–81,8)	12,2 (10,2–14,6)	8,6 (6,8–10,9)
Hoher % (95 % KI)	83,4 (80,2–86,2)	7,6 (5,6–10,4)	8,9 (6,8–11,7)
Gesamt			
% (95 % KI)	78,1 (76,0–80,1)	12,2 (10,6–13,9)	9,7 (8,3–11,2)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 11

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen auffällig

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach dem adaptierten SDQ-Algorithmus

	Psychische Auffälligkeit nach SDQ-Algorithmus		
	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	76,0 (73,0–78,6)	13,1 (11,2–15,4)	10,9 (9,0–13,2)
Mädchen % (95 % KI)	80,5 (77,5–83,1)	11,2 (9,1–13,7)	8,4 (6,6–10,5)
Altersgruppe			
7–10 % (95 % KI)	79,9 (76,7–82,8)	10,5 (8,3–13,0)	9,7 (7,7–12,1)
11–13 % (95 % KI)	78,5 (74,4–82,1)	12,5 (9,7–15,9)	9,0 (6,7–12,0)
14–17 % (95 % KI)	76,4 (73,2–79,3)	13,4 (11,1–16,2)	10,2 (8,1–12,7)
Ost – West			
Ost % (95 % KI)	78,8 (75,0–82,1)	12,5 (10,1–15,3)	8,7 (6,9–11,1)
West % (95 % KI)	78,0 (75,6–80,3)	12,1 (10,3–14,2)	9,9 (8,3–11,7)
Sozioökonomischer Status			
Niedriger % (95 % KI)	68,8 (64,1–73,1)	18,1 (14,7–21,9)	13,2 (10,2–16,9)
Mittlerer % (95 % KI)	79,2 (76,2–81,8)	12,2 (10,2–14,6)	8,6 (6,8–10,9)
Hoher % (95 % KI)	83,4 (80,2–86,2)	7,6 (5,6–10,4)	8,9 (6,8–11,7)
Gesamt			
% (95 % KI)	78,1 (76,0–80,1)	12,2 (10,6–13,9)	9,7 (8,3–11,2)

städtisches Klinikum München

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10 % (95 % KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13 % (95 % KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17 % (95 % KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95 % KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95 % KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

städtisches Klinikum München

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10 % (95 % KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13 % (95 % KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17 % (95 % KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95 % KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95 % KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

städtisches Klinikum München

BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

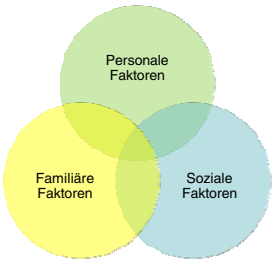
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10 % (95 % KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13 % (95 % KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17 % (95 % KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95 % KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95 % KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

städtisches Klinikum München

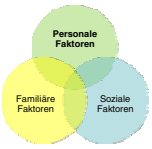
Schutz- und Risikofaktoren



städtisches Klinikum München

Personale Faktoren

- Schutzfaktoren
  - Optimismus
  - Humor
  - Anpassungs-fähigkeit
  - Stresstoleranz
  - Bindungssicherheit
  - Inanspruchnahme sozialer Hilfen
- Risikofaktoren
  - „Schwieriges Temperament“
  - Impulsivität
  - Irritabilität
  - Niedrige Stresstoleranz
  - Unsichere Bindung
  - Neigung zu Rückzug und Hilflosigkeit



städtisches Klinikum München

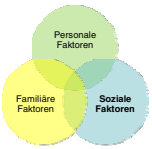
BELLA-Studie- Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten

- **Familiäre Risiken** — Odds-Ratio
- niedriger sozioökonomischer Status
- Risiken in der Familie
  - Konflikte in der Familie — 4,94
  - Erziehende mit Konflikten in Kindheit und Jugend — 2,77
  - Unglückliche Partnerschaft der Erziehenden — 2,72
  - Psychische Erkrankungen der Mutter/des Vaters — 2,40
  - Ein-Eltern-Haushalt — 2,02
- Protektiv dagegen sind liebevolles, aber auch klar strukturiertes Erziehungsverhalten, gutes Familienklima

städtisches Klinikum München

Soziale Faktoren

- Schutzfaktoren
  - Stabile Beziehungen zu Erwachsenen auch außerhalb der Familie
  - Zugehörigkeit zu sozialen Strukturen
- Risikofaktoren
  - Leben in Gegend mit hoher Arbeitslosigkeit, hohem Erneuerungsbedarf
  - Geringe Aufstiegs-möglichkeiten
  - Klima von Hoffnungslosigkeit, Gewalt / Konflikt



BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al., 2007

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

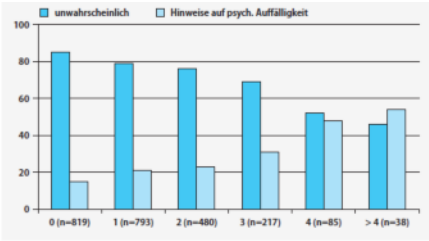


Abb. 1 ▲ Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit

„RISIKOFAKTOR ADOLESZENZ - KEIN KIND DARF VERLOREN GEHEN“

Was ist normal?

Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen

- Geschlechtsrolle annehmen
- Veränderungen des Körpers akzeptieren
- Ablösung von den Eltern
- Weltanschauung entwickeln
- Zukunftsperspektive aufbauen (Berufsausbildung, Studium)
- Freundeskreis aufbauen

(Oerter R, Entwicklungspsychologie, 2002)

- Nicht verwunderliches Resultat:
  Lebensqualität Jugendlicher sinkt im Vergleich zu Kindern

(Goldbeck, 2008)

Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensphasen (nach Havighurst 1952)

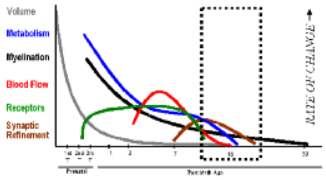
Jugendalter (14-18 Jahre)

- Akzeptieren der körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des eigenen Körpers
- Erwerb der männlichen o. weiblichen Rolle
- Orientierung an Gleichaltrigen (peer-group)
- Reifere Beziehungen auch zum anderen Geschlecht (Partnerschaft)
- emotionale Unabhängigkeit v. d. Eltern
- Vorbereitung auf Beruf
- Aufbau von Werten und sozialer Verantwortung

> Klinikum Harlaching

Gehirnentwicklung im Jugendalter

- Reifungsvorgänge dauern bis ca. zum 20. Lebensjahr an
- Phase besonders tief greifender Veränderungen
- Reifung neuer & Abbau vorhandener Verbindungen
- synaptische Verfeinerung („pruning“)



> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 25

„Normales“ Verhalten Jugendlicher

- Grenzen austesten
  - Körperlich (Rauscherfahrungen, Hygieneverhalten !?)
  - Sozial (Ausprobieren neuer Freundeskreise, Konflikte mit Eltern üben)
- Grenzerfahrungen machen (S-Bahn-Surfen, „Todeserfahrungen“ mittels Drogenkonsum (Halluzinogene, Ketamin u.a.))
- Körper wird eingesetzt zur Symbolisierung seelischer Spannungen
- Erlernen angemessener Identifikation (Szenezugehörigkeit, Verehrung von Idolen vs. realistischer Selbstbezug)
- Fehler machen, eigene Verantwortung dafür übernehmen, lernen, sich zu vertreten, zu eigenen Fehlern, Makel und Schwächen zu stehen

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 26

- Gretchenfrage:
- Wo „endet“ auffälliges, manchmal vielleicht auch wenig nachvollziehbares, letztlich aber normales Verhalten, wo „beginnt“ pathologisches Verhalten (und Erleben), das präventive oder bereits therapeutische Maßnahmen erfordert?

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 27

Kein Kind wird übersehen? – Im Gegenteil

- Häufigkeit ADHS-Diagnose: 20% aller 10-11jähr. Jungen in D (Anstieg der Diagnose um 42 % seit 2005)
- Zunahme psychischer Störungen in den vergangenen Jahrzehnten
- DSM V: disruptive mental disorder (dmdd)
- Abnehmende Kinderzahl in D führt zu einer steigenden Bedeutung der seelischen und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

> Klinikum Harlaching

Kein Kind wird übersehen? – Im Gegenteil

- „Vermessung“ immer früher: Pisa-Studie
  - (induziert Ängste bei der Eltern)
- Zeitbudget Eltern immer geringer (v.a. Ein-Eltern-Haushalt)
- „Verführung“ (Werbung) immer gezielter auf Jüngere,
  - Immer früherer Zutritt zu Erwachsenenwelt (Handy, Internet) und deren Werten (Schlankheit)
- Akzelerierte körperl. Entwicklung (früherer Eintritt in Pubertät)

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 29

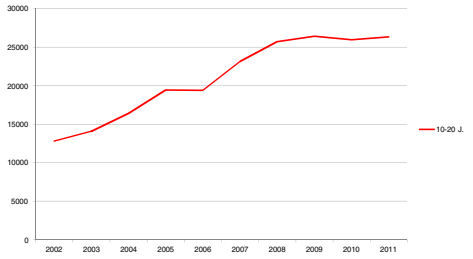
JUGENDLICHE MIT BESONDEREM HILFEBEDARF

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 30

Klinikeinweisung wegen Alkoholintoxikation 2000 bis 2011- Zunahme bis 200 %



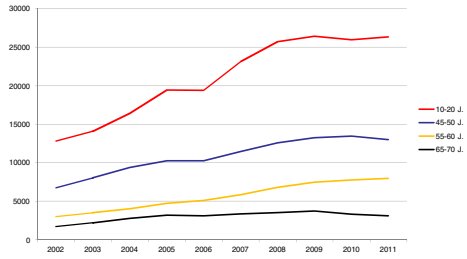
https://www.destatis.de, 2013

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 31

Klinikeinweisung wegen Alkoholintoxikation 2000 bis 2011 – Phänomen aller Altersgruppen



> Klinikum Harlaching

DAK-Studie 2009
(Erhebung unter 2,5 Mio. Mitgliedern)

- Vier von 10 Beschäftigten (40%)
  - wissen, dass Medikamente gegen alters- und krankheitsbedingte Gedächtnisstörungen oder Depressionen auch bei Gesunden wirken können.
- Zwei von zehn Befragten meinen (20%),
  - dass die Risiken dieser Arzneimittel im Vergleich zum Nutzen vertretbar sind
- Nahezu genau so viele (18,5 Prozent) kennen
  - mindestens eine Person, die leistungssteigernde oder stimmungsaufhellende Medikamente ohne medizinische Erfordernis eingenommen hat.

> Klinikum Harlaching

DAK-Studie 2009
(Erhebung unter 2,5 Mio. Mitgliedern)

- Jeder 20. (fünf Prozent) bestätigt,
  - als Gesunder schon einmal mit derartigen Medikamenten nachgeholfen zu haben. Dies sind immerhin gut *zwei Millionen Beschäftigte* in Deutschland.
- Knapp die Hälfte davon (bis etwa 0,8 Mio.)
  - nehmen regelmäßig und sehr gezielt diese Medikamente als Doping und beziehen sie außerhalb der Apotheke. So nehmen vier von zehn „Dopern“ die Medikamente täglich bis mehrmals wöchentlich ein.

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 34

Konsumtrends Jugendlicher

- Synthetische Cannabinoide („Spice“ u.a.)
- Synthetische Amphetamin-Derivate („Badesalze“, „Miau Miau“)
- GHB / GBL („Liquid ecstasy“)
- Halluzinogene Medikamente oder Pflanzen („Hustenstiller“ oder Nachtschattengewächse wie Engelstrompete)

- Crystal Meth (in einigen Gegenden in D bereits relativ hohe Prävalenzraten)
  (mittlerweile hohe Prävalenzzahlen sogar aus Nordkorea zu Amphetaminmissbrauch bekannt)

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 35

Konsumtrends Jugendlicher -Crystal Meth

- Motive zunehmend unter life style-Aspekten zu sehen:
- Z.B. Amphetamin-Konsum,
  - Um abzunehmen
  - Um ausdauernder Alkohol trinken zu können
  - Um auch beim Party machen leistungsfähiger zu sein
  - „Lang“zeitfolgen: Psychoserisiko steigt enorm, körperliche und psychische Verwahrlosung
  - Allgemein Thema Leistungssteigerung: 25 % aller US-Medizinstudenten haben bereits Methylphenidat vor Prüfungen konsumiert

> Klinikum Harlaching

Verhältnisprävention live
Nächtliches Alkohol-Verkaufsverbot
Zum Vorglühen nicht mehr an die Tankstelle

Das allein wird leider sicher nicht reichen…

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Qualitätsmerkmale effektiver Präventionsprogramme

- Interventionen auf der Grundlage des theoretischen Modells des sozialen Lernens („Modelllernen", Bandura, 1996)
- Substanzspezifische und –unspezifische Lebenskompetenztrainings (Nein-Sagen üben, Stressbewältigung, verbale Konfliktlösung) – erfolgreichste Einzelstrategie im Bereich Schule
- Interaktive Durchführung bis hin zur Einbeziehung der Schüler in die Entwicklung präventiver Maßnahmen
- Betonung von Normen, Selbstverpflichtungen und Handlungsabsichten

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Erfolgreichste Einzelmaßnahme im Bereich Schule: Lebenskompetenzansatz (Tobler, 2000)

- z.B. Programm „ALF" (Wadden, 1998)
  - Themen:
  - Sich kennen lernen und wohl fühlen
  - Informationen zum Rauchen und Alkohol
  - Gruppendruck widerstehen
  - Kommunikation und soziale Kontakte
  - Gefühle ausdrücken
  - Klassenklima verbessern
  - Problemlösung
- Typischer Ablauf einer ALF-Stunde:
  - Besprechung der Hausaufgabe
  - Bearbeitung des Themas in Kleingruppenarbeit, Rollenspielen und Gruppendiskussionen
  - Abschlussübung (z.B. Entspannungs- oder Bewegungsübung oder Gesprächsrunde)

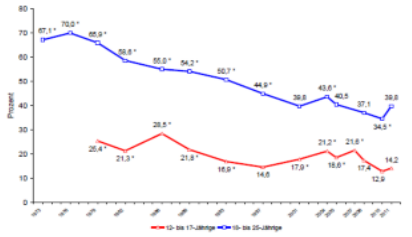
städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 39

Ermutigendes aus dem Bereich der Prävention: BzGA: Drogenaffinität Alkohol, 2011



*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Jahr 2011 mit p < 0,05 (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht). Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer.

Abbildung 2 Trends des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen von 1973 bis 2011

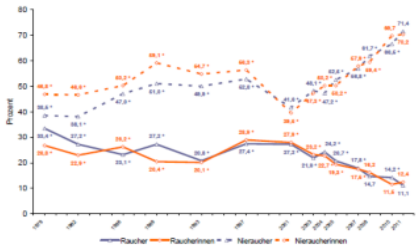
städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 40

Ermutigendes aus dem Bereich der Prävention: BzGA: Drogenaffinität Nikotin, 2011



*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Jahr 2011 mit p < 0,05 (Binär logistische Regressionen mit der Kovariaten Alter). Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer.

Abbildung 12 Trends des Rauchens und des Nichtrauchens bei männlichen und weiblichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 1979 bis 2011

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 41

Jugendliche in stationärer Jugendhilfe

- Ulmer Heimkinderstudie (60% der Jugendlichen mit psychischen Störungen), aber auch Studien mit Auffälligkeiten bis zu 95 % (Schmid, 2005; Nützel, 2005)
- Misshandlungsfälle in allen Formen der Jugendhilfe bekannt, auch durch Jugendliche untereinander -> Entwicklung guter Beschwerdesysteme wichtig (Fegert, 2013)
- Komplexe Problematik/Biografie der Jugendlichen von Aggression und Delinquenz oft überlagert, findet in medialer Berichterstattung meist keinen Raum. Dort eher Polarisierung zwischen Jugendlichen als „Opfer" („Haasenburg") und als „Täter" (Fälle Dominik Brunner / Berlin Alexanderplatz etc.)
- Unabhängig von QoL und Güte (Passung) der Jugendhilfe: Gefühl der Stigmatisierung („Das Schlimmste war, als ich von meinen Eltern weggekommen bin.")

städtisches Klinikum München

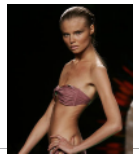
> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 42

Hypothesen für den Häufigkeitsanstieg von Essstörungen in der Adoleszenz
(Herpetz-Dahlmann, 2013)

- Zunahme des Fettgewebes beim weiblichen Geschlecht
- Pubertätsbedingte hormonelle Veränderungen
- Erwartungshaltung der Gesellschaft in Bezug auf zunehmende Eigenständigkeit und Autonomie, die magersüchtigen Jugendlichen besonders schwer fällt
- Zunehmender Einfluss der peer group und von deren Wertvorstellungen (Schlankheitsideal) (Helfert & Warschburger, CAPMH, 2013)



städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 43

Epidemiologie Symptome von Essstörungen (Waaddegaard et al., 2002)

- Zwei Drittel der 14- bis 21jährigen jungen Frauen haben bereits eine Diät gemacht (aber auch: ähnliche Raten für suizidale Gedanken!)
- Sieben Prozent schon einmal erbrochen (zur Gewichtsreduktion)
- Neun Prozent hungern oder fasten regelmäßig
- Vier Prozent nehmen (gelegentlich oder regelmäßig) Diätpillen ein
- **Verlauf bei vollsyndromaler AN:**
  - Bei 20 % chronischer Verlauf
  - Bei 30 % zumindest Besserung der Symptome
  - Bei 50 % langfristig Remission (Steinhausen, 2002)
- Mortalität sechs-fach erhöht (Meta-Analyse von 36 Studien, Arcelus et al., Archives of general psychiatry, 2011)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 44

Epidemiologie Symptome von Essstörungen (Field et al, JAMA Pediatrics online, 2013) - männliche Jugendliche

- 5500 Jugendliche zwischen 1999 und 2010 teils mehrmals befragt
- Rund 18 % sorgen sich extrem um ihr Äußeres und ihr Gewicht
  - 9,2 % halten sich für zu wenig muskulös
  - 2,5 % halten sich für zu dünn
  - 6,3 % sehen beide Probleme bei sich
- Zu wenig muskulös: Wachstumshormone / Steroide
  Doppelt so oft betrunken wie peers
- Zu dünn: Häufiger depressiv als peers
- Insgesamt 2,9 % Binge-eating-disorder
- Knapp ein Drittel gelegentliche Fressattacken und Erbrechen

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 45

Kinder psychisch kranker Eltern

- Risiko für internal. Störung fünffach erhöht bei depress. Erkrankung der Mutter *(Agnafors et al, CAPMH, 2013)*
- Oft große Anpassungsleistungen (nicht soll nach draußen dringen, lange nach außen unauffällig, wenn dann v.a. durch Altruismus auffällig)
- Jugendliche mit psychisch kranken Eltern
  - Oft erschreckend hohes Funktionsniveau
  - Unbedingtes Vermeiden, sozial auffällig zu werden
  - Übernahme „elterlicher" Verantwortung für die eigenen Eltern- oder für die (meist) jüngeren Geschwister

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Kinder Suchtkranker Eltern

- 5-7 Millionen Mitbetroffene leben mit einem alkoholkranken Menschen zusammen, davon ca. 3,5 - 4 Mio. Kinder.
- Ca. 30% der Kinder suchen sich einen suchtkranken Partner
- 6-fach erhöhtes Risiko selbst an einer Sucht zu erkranken (Töchter alkoholkranker Mütter: 16fach). Erster Alkoholkonsum oft sehr früh.
- Besonders hohes Risiko: Kinder substituierter Eltern

städtisches Klinikum München

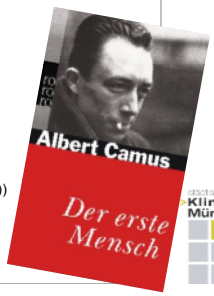
> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 47

Jugendliche getrennt lebender Eltern / mit einem oder beiden verstorbenen Elternteilen / adoptierte Jugendliche

- Oft (lebenslang) massive, verinnerlichte Loyalitäts- und/oder Identitätskonflikte
- Aktivierung der Konflikte oft während der Adoleszenz
- Suche nach Herkunft, Identität und Zugehörigkeit (2012: „Der erste Mensch", A. Camus (posthum veröffentlichtes Manuskript (S.29, S.41))



städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Jugendliche mit Migrationshintergrund

29.11.2013

Seite 48

- Erschwertes Inanspruchnahmeverhalten:
  Wenig Kenntnis über Behandelbarkeit psychischer Störungen, Sprachliche Barriere, negative Erwartungen aufgrund kultureller Verschiedenheit
- Therapeutische Herangehensweise:
  vorurteilsfrei, neugierig-offen, Respekt vor jeweils eigenen Werten und sozialen Funktionen in Familien, Auseinandersetzung mit eigenen Fremdheitsgefühlen
- Besondere Gruppe:
  Hohe Rate traumatisierter jugendlicher Flüchtlinge (z.B. Unbegleitete Minderjährige Migranten) (siehe auch Ruf, et al., 2010, Gavranidou, 2008)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

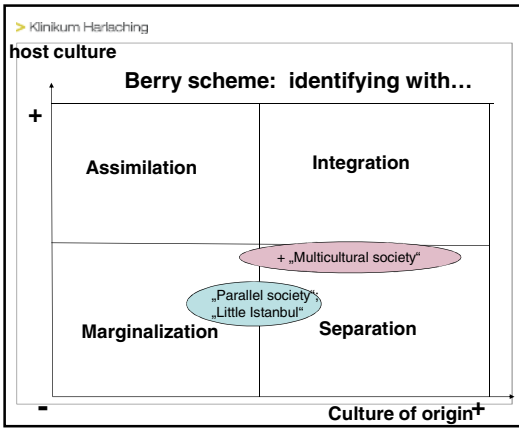
Risikofaktoren der Entstehung von Jugendgewalt

- Risiken erhöhen sich drastisch, wenn drei Faktoren zusammentreffen:
  - gravierende soziale Benachteiligung der Familie (Eltern arbeitslos oder SH-Empfänger)
  - schlechte Zukunftschancen des Jugendlichen aufgrund niedrigen Bildungsniveaus (maximal Hauptschulabschluss)
  - Erfahrung innerfamiliärer Gewalt (Selbstschilderung)
- Keinen dieser Faktoren haben:
  - einheimische deutsche Jugendliche 76,9%
  - türkeistämmige Jugendliche 22,2%

(Pfeiffer und Wetzels 1999)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching



städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 51

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

„Stille" Jugendliche

29.11.2013

Seite 52

- Depressionen in ihren vielen Gestalten
- Angststörungen
- Störungen aufgrund der sexuellen Entwicklung (Homosexualität / Homophobie / Transsexualität)
- Missbrauch / Misshandlung
  - Eigene Missbrauchs-/Misshandlungserfahrungen
  - Wissen um MB / MH in der Familie
- Jugendliche mit Adipositas
- Jugendliche mit körperlicher oder geistiger Behinderung

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 53

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 54

In der Literatur….

- Bei Jugendlichen stellen Phasen depressiver Verstimmung erst einmal normale Phänomene dar, die in dieser Lebensphase gehäuft auftreten (Elmen und Offer, 1993)
- Die Prävalenz von Depressionen bei Jugendlichen liegt bei 4-8 % (Birmaher, 1998)
- Andererseits besteht genau deswegen die Gefahr, dass klinisch relevante Depressionen dort verkannt werden (Lewinson et al, 1993)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 55

Gretchenfrage

- Wo „endet" auffälliges, manchmal vielleicht auch wenig nachvollziehbares, letztlich aber normales Verhalten, wo „beginnt" pathologisches Verhalten (und Erleben), das präventive oder bereits therapeutische Maßnahmen erfordert?
- Calia, däb, 2013:
  Intensive Diagnostik einschl. des familiären Umfeldes.
- Bei Unsicherheiten regelmäßige Nachuntersuchungen. Bei Psychopharmakotherapie regelmäßige Auslassversuche und Kosten-/Nutzen-Analyse einer Medikation gemeinsam mit der/dem Patientin/en.

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Zusammenfassung: Gender und Psychopathologie

- Jungen sind im Vorschulalter anfälliger für psychische Probleme, im Schulalter nur wenig Unterschiede, ab dem Jugendalter erscheinen Mädchen anfälliger
- Die Risiken z.B. für traumatische Ereignisse sind unterschiedlich (Jungen sind eher körperlicher Gewalt, Mädchen eher sexualisierter Gewalt ausgesetzt)
- Das Bewältigungsverhalten von Jungen und Mädchen unterscheidet sich (Jungen haben eher externalisierende Probleme, Mädchen eher internalisierende Probleme)
- Probleme können sich leider zu Störungen ausweiten…

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Implikationen für die Prävention psychischer Störungen von Jungen und Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund

- Geschlecht der Zielgruppe bei Präventionsprojekten immer mitdenken!
- Geschlecht der Trainer/innen bei Präventionsprojekten immer mitdenken!
- Berücksichtigung geschlechtstypischer und kulturabhängiger Symptomrepräsentationen!
- Geschlechter variierende Bewältigungsformen und Kompetenzen berücksichtigen!
- Die geschlechts- und kulturspezifischen Selbstwertaspekte in den Vordergrund stellen!
- Die Settings/Lebensräume immer wieder auf ihren pathogenetischen Einfluss überprüfen!

(Verwendung der Folie mit freundlicher Erlaubnis von Frau Gavranidou)

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 58

Anregungen zur besseren Versorgung psychisch auffälliger Jugendlicher

- Höhere Kompetenz in der Diagnostik und Behandlung **suchtkranker Jugendlicher** wünschenswert
- **Gesellschaftliche Reflexion** der vorhandenen Bereitschaft zur psychopharmakologischen Leistungssteigerung und des riskanten Alkoholkonsums (zur Kompensation zunehmenden Leistungsdrucks?) in allen Altersstufen
- Niedrigschwellige Vernetzung mit **pädagogischen**, **schulischen, beruflichen** und **migrationsbezogenen** Institutionen
- Enge Kooperation zwischen Systemen für Erwachsene **und** Systemen für Kinder und Jugendliche (Dualismus unvereinbarer fachlicher Empfehlungen entgegenwirken)- siehe aktuelle Kooperationsvereinbarung des RGU !
- Vergütung / Entgelt zu fordern für Vernetzungsarbeit. Bislang in allen Sektoren des SGB unzureichend berücksichtigt

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

29.11.2013

Seite 59

Aber nicht zu vergessen:

Viele beeindruckende Projekte laufen in München bereits !!

städtisches Klinikum München

> Klinikum Harlaching

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Jakob Nützel

Chefarzt der Klinik für
Kinder- und Jugendpsychosomatik
Städt. Klinikum München GmbH
Krankenhaus Harlaching

Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Telefon +49 (0)89 6210 3339
Telefax +49 (0)89 6210 3176

E-Mail jakob.nuetzel@klinikum-muenchen.de

städtisches
Klinikum
München