
**Welche häufigsten psychischen Erkrankungen werden
aktuell bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert?
Welche Kernsymptome weisen diese Krankheiten auf?**

**Diplom-Psychologin Andrea Kaiser
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin**

VT (Einzel, Gruppe und Entspannungsverfahren);
Systemische Familientherapie; Traumatherapie EMDR;
Triple-P-Trainer; Weiterbildungsangebote für Erzieher und Pädagogen.
Engagement in der regionalen und überregionalen Fachgruppe KJP der DGVT.
Mitglied in der dptv und DGVT.

-
- Das zunehmende Auftreten von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter fordert u. a. unsere pädagogische Kompetenz heraus.
 - Der Vortrag stellt die häufigsten psychischen Störungen und die damit verbundenen Symptome dar.
 - Mit dem Ziel der Entwicklung eines besseren Verständnisses für das mit der psychischen Störung verbundene Verhalten des Schülers.
 - Möglichkeiten ressourcenorientierter pädagogischer Arbeit können diskutiert werden.
 - Beratung und Methoden des kollegialen Austausches sollen zu einem sichereren Umgang und einer angemessenen Hilfeplanung führen.
 - Durch Fallbeispiele soll die Komplexität des Themas verdeutlicht werden

...zur Situation vor Ort

- Im Landkreis Diepholz leben (*per Stand 31. Dezember 2004*) 47.360 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Laut vieler repräsentativer Studien zeigen 18 bis 21 % aller Kinder und Jugendlichen Störungen mit Krankheitswert - diese entspräche im hiesigen Bezirk einer Zahl von 9.472.
- Nach der BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts besteht bei mindestens 10 % ein Beratungs- und Therapiebedarf, was einer Zahl von 4.736 Kindern und Jugendlichen entspricht.

-
- Experten rechnen damit, dass bis zum Jahre 2020 international die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter um mehr als 50 Prozent zunehmen und zu den fünf häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität, d.h. die Krankheits- und Sterberaten in dieser Altersgruppe, und die Beeinträchtigung der Lebensqualität zählen werden.

...zur Situation an den Schulen



Problembereiche:

- Emotionale Probleme, dazu zählen Ängste, depressive Symptome, Essstörungen und Somatisierungsstörungen (d.h. der Ausdruck von emotionalen Problemen in körperliche Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen).
- Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von abweichendem und insbesondere auch aggressivem Sozialverhalten gegenüber anderen in Form von Opposition, Prügeln, Wutausbrüchen, Ungehorsam, Lügen und Stehlen oder eine Hyperaktive Störung, die gekennzeichnet ist durch situationsübergreifende ausgeprägte motorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Impulsivität und unüberlegte Handlungen.
- Soziale Probleme, wie z.B. Probleme mit Gleichaltrigen, Kontaktschwierigkeiten, d.h. von anderen isoliert sein, keinen guten Freund haben, nicht beliebt sein, gehänselt werden oder besser mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen auskommen.
- Psychische und Verhaltensprobleme durch psychotrope Substanzen, wie Alkohol, Cannabis und den Konsum anderer Substanzen stellen ebenfalls im Jugendalter ein häufiges Problem dar.

Zu den am meisten vorkommenden seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zählen

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS),
- Angststörungen
- depressive Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens und
- Störungen des Essverhaltens

Der Symptomkatalog umfasst insgesamt eine Vielzahl von unterschiedlichen seelischen Störungen und Erkrankungen die, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, gut behandelt werden können. Sie sollten möglichst frühzeitig wahrgenommen werden, um darauf angemessen reagieren zu können.

Definition Psychische Störung (Wikipedia)

Eine oder ist eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft.

Als weiteres Kriterium für eine Diagnose einer psychischen Störung wird neben der Abweichung auch psychisches Leiden auf Seiten der Betroffenen vorausgesetzt.

Auszug aus dem ICD-10

- Hyperkinetische Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Tics
- affektive Störungen
 - Depression
- Essstörungen
 - Anorexia nervosa
 - Bulimia nervosa
 - Adipositas u.a.

Auszug aus dem ICD-10

- Störungen der Ausscheidung
 - Enuresis
 - Enkopresis
- Störungen der sozialen Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend
 - elektiver Mutismus
 - Bindungsstörungen

Auszug aus dem ICD-10

- tiefgreifende Entwicklungsstörungen
 - u. a. Asperger-Autismus
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
 - Lese- und Rechtschreibstörung
 - Rechenstörung
- Intelligenzminderung

Hyperkinetische Störungen (ADS/ADHS)

- **Hauptsymptome:**

1. Aufmerksamkeitsstörung
 2. Motorische Unruhe und Überaktivität
 3. Impulsivität
- } in mindestens 2 Situationen

- **Untergruppen:**

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
(Hyperkinetische Störung verbunden mit Störung des Sozialverhaltens)
F90.8 oder F90.9 Andere hyperkinetische Störungen
F98.8 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

- **Häufig assoziierte Symptome:**

- Kontaktschwierigkeiten (z.B. Distanzlosigkeit, soziale Isolation, häufige Konflikte)
- Lern- und Leistungsprobleme (z.B. Teilleistungsstörungen)
- emotionale Symptome (z.B. niedriges Selbstwertgefühl)

Hyperkinetische Störung (ADS/ADHS)

- **Beginn** der Störung vor dem 7. Lebensjahr
(Erstmanifestation gewöhnlich in den ersten 5. Lebensjahren)
- **Prävalenz:** 3-5 %
- **Geschlechterverhältnis:** Jungen : Mädchen = 2-4 : 1
- **Komorbidität:** (oppositionelle) SSV, Angststörungen, affektive Störungen (v. a. depressive Störungen), Lernstörungen, Ticstörungen

Hyperkinetische Störung (ADS/ADHS)

Ätiologie:

- **genetische Ursachen** (familiäre Häufung)
- **Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem** (von besonderer Bedeutung scheint das dopaminerge System zu sein)
- In seltenen Fällen Hirnschädigungen
- **Prä- oder perinatale Schädigungen**, z.B. fetaler Kontakt mit Nikotin oder Alkohol, Frühgeburt, Blutungen während der Schwangerschaft, emotionale Probleme der Mutter während der Schwangerschaft etc.
- *evtl. allergische Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel oder Substanzen (Milchweiß, Pollen, Staub, Lösungsmittel, Farb- und Aromastoffe) werden derzeit immer weniger diskutiert*

- starke Beeinflussung des *Verlaufs* durch **psychosoziale Umstände**

Wie zeigt sich ADHS in der Schule?

- ❖ **Unruhe/Hyperaktivität/Impulsivität:**
Ständige Bewegungen, Probleme stillzusitzen, zu warten und sich zu melden
- ❖ **Aufmerksamkeitsstörung:**
Anweisungen werden nur halb gehört, leicht ablenkbar, Gefahren werden nicht erkannt, von einer Aktivität zur anderen springen
- ❖ **Selbststimulierung:**
sich kratzen, nesteln in den Haaren, alles anfassen
- ❖ **Steuerungs- und Koordinationsschwäche:**
gestörte Feinmotorik, schlechtes Schriftbild, unkontrollierter Krafteinsatz
- ❖ **Schwaches Sozialverhalten:**
andere werden unterbrochen, Rufe in die Klasse hinein, unabsichtlich beleidigende Äußerungen

Beeinträchtigungen der Selbstregulation

Nonverbales Arbeitsgedächtnis:

Defizite in:

- Zeitgefühl (u. a. Zuspätkommen aus den Pausen)
- Zeitplanung
- Kurzzeitgedächtnis
- Retrospektive (rückblickende zeitliche Ordnung)
- Zukunftsplanung

Beeinträchtigungen der Selbstregulation

Internalisierung selbstgerichteter Rede

Die Internalisierung, d.h. die Verinnerlichung von Selbstgesprächen, mit welchen das eigene Verhalten durch Bewusstmachung von Regeln und Anforderungen gesteuert wird, gelingt nur schwer!!!

Defizite in:

- Selbststrukturierung
- Verhaltenssteuerung
- Ordnung von erlernten Abläufen
- Konzentration

Beeinträchtigungen der Selbstregulation

Selbstregulation von Stimmung, Motivation, Erregung

Defizite in:

- Selbstmotivation v. a. bei ungeliebten Tätigkeiten (!)
Misserfolge schwächen die Motivation zusätzlich
- Willentliche Steuerung der eigenen Stimmung
- Erregungskontrolle/Umgang mit Frustrationen
(unverhältnismäßig heftige Wutausbrüchen)

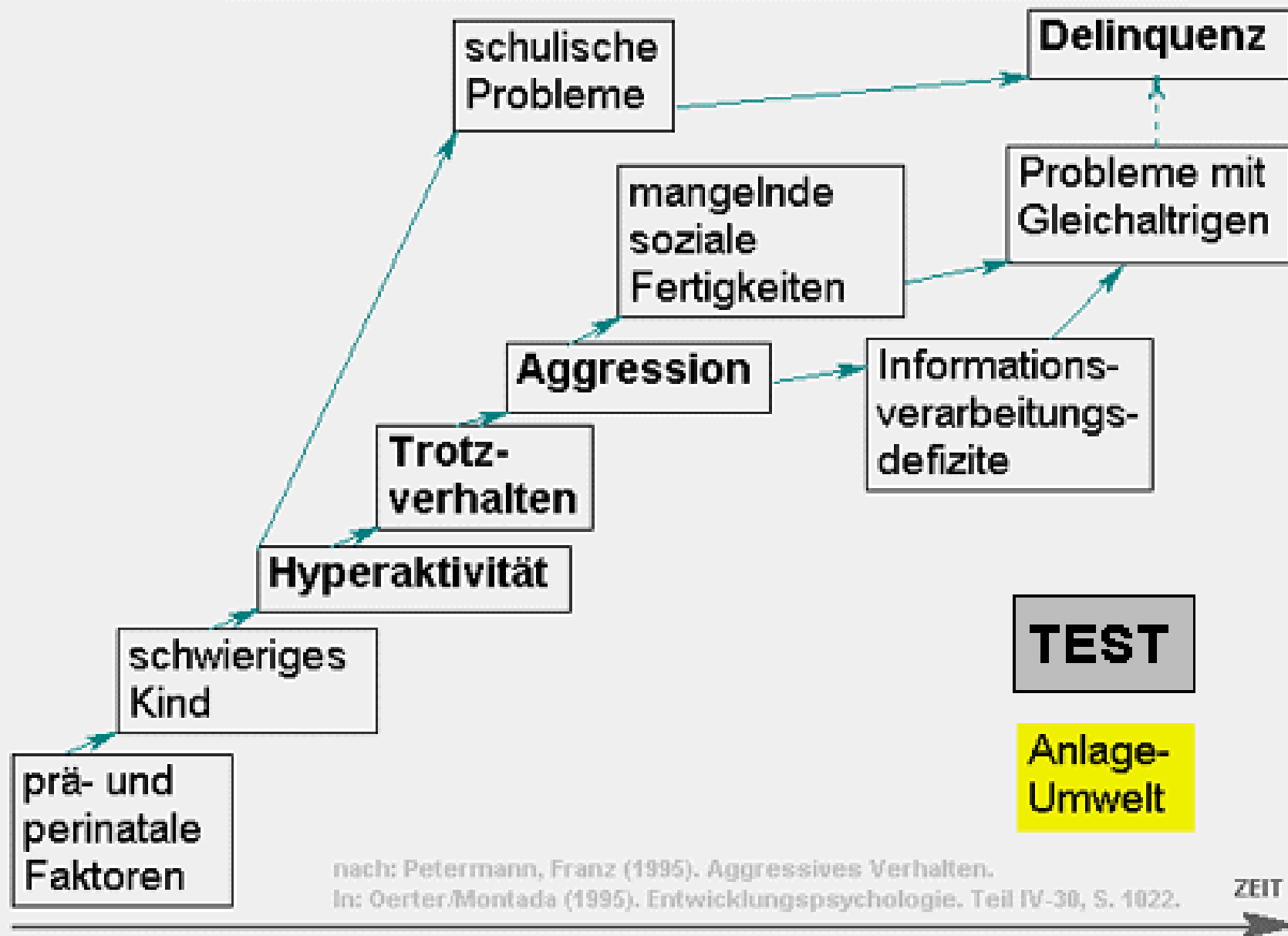
Die bewusste Steuerung des emotionalen Empfindens und Ausdrucks ist bei betroffenen ADHS Schülern gestört. Konsequenz ist ein hohes Maß an Offenheit und Unbeherrschtheit.

-
- ❖ Bei Störung der exekutiven Funktionen wirken ADHS Schüler gleichgültig, interesselos; sie können nicht wollen
 - ❖ Planung, Überlegung, und Abschätzung der Folgen einer Handlung finden nicht oder in zu geringem Maße statt
 - ❖ Eine vermehrte Ablenkbarkeit und die Neigung sich kritiklos zu sozial unerwünschten Handlungen verführen zu lassen können bestehen

Wie sind die ADHS Schüler sozial eingebunden?

- ❖ Gehen gezielt auf Neue und Neues zu und überzeugen durch Charme und Witz
- ❖ „Nerven“ andere jedoch schnell mit totalem Anspruch und Unmäßigkeit im Geben und Nehmen
- ❖ Einsicht von Spielregeln fehlt („Chef“)
- ❖ Fehlinterpretation sozialer Situationen („Das hat er mit Absicht gemacht!“)
- ❖ Non-verbale Signale und Körpersprache werden oft nicht erkannt
- ❖ Außenseiter durch Clownverhalten und fehlende Anpassung
- ❖ Isolation durch fehlenden Rückhalt und Ablehnungen
- ❖ Geringer Selbstwert durch ständige Misserfolge und negative Rückmeldungen

Entwicklungsverlauf aggressiven Verhaltens



Störungen des Sozialverhaltens (F91-92)

■ **Definition:**

- Wiederholtes, persistierendes Verhaltensmuster, bei dem entweder die Grundrechte anderer oder die wichtigsten altersentsprechenden sozialen Normen oder Gesetze verletzt werden.
- Mindestens 6 Monate anhaltend

■ **Formen:**

- F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte SSV
- F91.1: SSV bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2: SSV bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3: SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- F92.0: SSV mit depressiver Störung

■ **Prävalenz:** 1-2% (Grundschulalter), 5-6% (Jugendalter)

■ **Geschlechterverhältnis:** Jungen : Mädchen = 5-10 : 1

■ **Komorbidität:** HKS, Depression, Angst- und Zwangserkrankungen

Störungen des Sozialverhaltens (F91-92)

- **Differenzialdiagnose:** Substanzmissbrauch , Antisoziale oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie oder manische Episode, Zwangsstörungen, Intelligenzminderungen, autistische Syndrome, hirnorganische Psychosyndrome, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen
- **Prognose:** eher schlecht, besonders bei frühem Beginn (< 10. Lebensjahr)
- **Ätiologie:**
 - durch psychosoziale, besonders familiäre Risikofaktoren, bedingte **Erziehungsdefizite als Hauptursache** für SSV
 - Genetische Faktoren von eher untergeordneter Bedeutung



© www.andrea-kaiser.de

Entwicklung von Ängsten

Alter	Psychologische bzw. soziale Kompetenz	Quelle entwicklungsphasen-typischer Ängste	Beginnende Angststörung
0-6 Monate	Sensorische Fähigkeiten dominieren	Intensive sensorische Reize Verlust von Zuwendung Laute Geräusche	
6-12 Monate	Sensomotorische Schemata Ursache & Wirkung Objekt Konstanz	Fremde Menschen Trennung	
2-4 Jahre	Präoperationales Denken Fähigkeit zu imaginieren, aber unfähig, Fantasie und Realität zu trennen	Fantasiegestalten Potenzielle Einbrecher Dunkelheit	Trennungsangst Spezifische Phobie vor Dunkelheit, Monstern etc.

Alter	Psychologische bzw. soziale Kompetenz	Quelle entwicklungsphasen-typischer Ängste	Beginnende Angststörung
5-7 Jahre	Konkret-operationales Denken Fähigkeit, konkret-logisch zu denken	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmungen) Verletzungen Tiere Medienbasierte Ängste	Spezifische Phobie vor Tieren, Blut, med. Eingriffen
8-11 Jahre	Selbstwert basiert auf akademischen und sportlichen Leistungen	Schlechte schulische und sportliche Leistungen	Prüfungsangst
12-18 Jahre	Formal-operationales Denken Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren Selbstwert durch Alterskameraden bestimmt	Ablehnung durch Gleichaltrige	Soziale Phobie Agoraphobie Panikstörung

Angststörungen (F40-41)

Unterteilung in phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41)

a) Phobische Störungen

- unverhältnismäßig starke Angst vor eindeutig definierten, im Allgemeinen ungefährlichen Objekten oder Situationen
- Auftreten von körperlichen (z.B. Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit, Luftnot) und psychischen (Schwindel, Derealisation, Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, Todesangst) Symptomen
- führt zur Vermeidung und Erwartungsangst
- Formen:
 - F40.0: Agoraphobie: Furcht vor oder Vermeiden von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen allein oder mit weiter Entfernung von Zuhause
 - F40.1: soziale Phobie: Furcht vor oder Vermeiden von sozialen Situationen wie Essen oder Sprechen in Öffentlichkeit, Teilnahme an kleinen Gruppen, begleitet von Symptomen wie Erröten, Zittern, Übelkeit und Harndrang
 - F40.2: spezifische Phobie: Furcht vor anderen Objekten oder Situationen, z.B. Tieren, Höhen, Fliegen, engen Räumen, Anblick von Blut, Spritzen

Angststörungen (F40-41)

Unterteilung in phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41)

b) andere Angststörungen

■ Formen:

- F 41.0: Panikstörung: nicht auf best. Situationen begrenzte, plötzlich auftretende Angstattacken mit o.a. Symptomen
- F41.1: generalisierte AS: über längere Zeit anhaltende, nicht auf spezifische Situationen begrenzte übergreifende Angst mit o.a. Symptomen
- F41.2: Angst und depressive Störung gemischt: gleichzeitiges Bestehen leichterer Angst- und depressiver Symptome

Emotionale (und Angst-) Störungen des Kindesalters (F93.0-F93.2)

Diese stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene.

- F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
- F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
- F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters

-
- Verstärkung normaler Entwicklungstrends mit einer abnormen Dauer über die typische Altersstufe hinaus
 - **Prävalenz:** sehr häufig, etwa 10-18 %
 - **Geschlechterverhältnis:** Jungen : Mädchen = 2 : 3
 - **Komorbidity:** andere Angststörungen, Depression, SSV, HKS, Drogenmissbrauch

Schulangst Schulphobie Schulverweigerung

Schulangst lässt sich durch folgende diagnostische Kriterien beschreiben:

- Starke Angst vor der Schule selbst, d.h. Leistungsanforderungen, Lehrern oder Mitschülern;
- Auftreten körperlicher Beschwerden, ohne organische Ursache zumeist während des gesamten Schulbesuchs;
- Fehlen dissozialer Störungen.

Liegen diese Symptome vor, dann handelt sich um eine Schulangst, die häufig mit dem Gefühl der Demütigung und Bloßstellung in der Schule verbunden ist. Die Auslöser für die Schulangst liegen im Umfeld der Schule begründet und können konkret genannt werden. Kinder mit Schulangst verlassen häufiger den Unterricht, um nach Hause zu gehen und der für sie bedrohlichen und kränkenden Situation zu entkommen.

Schulverweigerung Schulangst Schulphobie

Schulphobie

- Dem gegenüber ist die Schulphobie abzugrenzen, bei der es den Kindern nicht gelingt, morgens das Haus zu verlassen. Es handelt sich hierbei um eine Trennungsangst, die es dem Kind oder Jugendlichen sehr schwer oder unmöglich macht, sich von zu Hause bzw. der Mutter zu lösen. Auch situationsspezifische Ängste, etwa nicht allein Straßenbahn oder Bus fahren zu können, spielen häufig eine Rolle. Es ist charakteristisch, dass die inneren Ängste und Widerstände mit dem Ausmaß der Fehlzeiten wachsen und es dann zu sehr langen, oft Wochen und Monate dauernden Fehlzeiten kommt.
- Die Eltern verhalten sich zumeist besorgt, suchen wegen der körperlichen Beschwerden Kinderärzte auf und versuchen, eine organische Ursache für die geklagten Beschwerden zu finden. Neben der extremen Ängstlichkeit sind die Kinder häufig traurig gestimmt und haben Stimmungsschwankungen. Die diagnostischen Kriterien der Schulphobie lassen sich wie folgt zusammenfassen:
- starke Schwierigkeiten, die Schule zu besuchen, die meist zu einer lang andauernden Weigerung des Kindes führen, in die Schule zu gehen;
- emotionale Störungen, extreme Ängstlichkeit, depressive Symptomatik und Stimmungsschwankungen, körperliche Beschwerden, ohne organische Ursachen;
- die Schulverweigerung geschieht mit Wissen der Eltern;
- dissoziale Symptome, wie Stehlen, Lügen oder aggressive Verhaltensweisen fehlen.

Schulverweigerung Schulangst Schulphobie

Schulschwänzen

- Diese Kinder haben „keinen Bock auf Schule“, sie verlassen häufig morgens das Haus, kommen aber nicht immer in der Schule an. Andere Interessen und Beschäftigungen werden von ihnen bevorzugt.
- Die Eltern wissen nichts von den Fehlzeiten und reagieren völlig überrascht, wenn sie von den Lehrern hierüber informiert werden. Körperliche oder emotionale Schwierigkeiten treten bei Kindern, die die Schule schwänzen, selten auf. Vielmehr klagen die Lehrer über ihre aggressiven oder sozial auffälligen Verhaltensweisen und sind, unausgesprochen, manchmal froh, wenn sie die „Störenfriede“ los sind. Die in ihrer Familie eher vernachlässigten, bzw. wenig beaufsichtigten Kinder treffen sich meist in einer Clique und verbringen so den Vormittag. Sie kehren mittags nach Hause zurück, als wären sie in der Schule gewesen.

Folgende diagnostische Kriterien sollten beim Schulschwänzen vorliegen:

- es bestehen keine Ängste vor dem Schulbesuch, wohl aber zeigt sich eine starke Schulunlust;
- begleitende Verhaltensmerkmale sind Aggressivität und soziale Verhaltensauffälligkeiten;
- Schulverweigerung geschieht ohne Wissen der Eltern;
- die Schulleistungen sind schlecht, es kommt häufig zu Klassenwiederholungen.

Affektive Störungen (F3)

Merkmale:

- ausgeprägte Veränderungen der Stimmungslage und des Antriebs mit oder ohne Angstbeteiligung
- Stimmung depressiv oder manisch
- regelmäßig Symptome im kognitiven und somatischen Bereich
- oft rezidivierender Verlauf und Chronifizierung

Arten

- F30: Manische Episode
- F31: Bipolare affektive Störung
- F32: Depressive Episode
- F33: Rezidivierende depressive Störungen
- F34: anhaltende affektive Störungen: Zylothymia, Dysthymia

Depressive Episode (F32)

Emotionale Symptome	Kognitive Symptome	Körperliche Symptome (a. somatisches Syndrom)
<ul style="list-style-type: none">• depressive Grundstimmung• Interessenverlust• Anhedonie• verminderter Antrieb• Schuldgefühle	<ul style="list-style-type: none">• Verlust des Selbstvertrauens• Selbsterabsetzung/ Selbstkritik• wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid• Konzentrationsstörung• Denkhemmung/Grübeln	<ul style="list-style-type: none">• psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung• Schlafstörungen• Müdigkeit• Früherwachen• Morgentief• Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechenden Gewichtsveränderungen

Unterschiede zwischen Depression im KIJU- und Erwachsenenalter

- Symptome weniger spezifisch: KIJUs zeigen oft körperliche Symptome wie Bauchschmerzen, haben Versagensängste, wirken reizbar, verweigern den Schulbesuch, zeigen Lernstörungen, haben ein negatives Selbstbild, ziehen sich zurück, spielen nicht mehr, etc.
- KIJUs klagen kaum über ihren Zustand

Epidemiologie

- Vorschulalter: 0,3%
- Schulalter: 1-2%
- Jugendalter: 3-5%
- Prävalenz in letzten Jahrzehnten in allen Altersgruppen zugenommen
- ab Pubertät Mädchen häufiger betroffen, vorher wahrscheinlich leichtes Überwiegen der Jungen

Komorbidität

- in 60-80% der Fälle weitere psychische Störung
- Angststörungen, Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, AD(H)S, Alkohol- und Drogenabusus

Ätiologie

- Genetische Prädisposition
- Persönlichkeitsfaktoren: Introversion, Ängstlichkeit
- Traumatische Erfahrungen
- Aktuelle psychosoziale Belastungen

Anorexia nervosa (F50.0)

Diagnostische Kriterien:

- Körpergewicht mindestens 15% unter Norm bzw. Body-Mass-Index (BMI) $\leq 17,5$ (ab 16. Lebensjahr, vorher Verwendung von Altersperzentilen: 10. Altersperzentile kritische Untergrenze)
- [BMI = Gewicht in kg / (Körpergröße in m)²]
- Gewichtsverlust selbst verursacht (auch durch Vermeiden „fettmachender“ Speisen)
- Körperschemastörung sowie Furcht, zu dick zu werden
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse
- Bei Beginn vor Pubertät Störung der pubertären Entwicklung einschließlich Wachstum, nach Remission aber häufig reversibel

Epidemiologie

- Prävalenz (15-24 Jahre): 0,3-1%
- Erkrankungsgipfel zwischen 14 und 18 Jahren
- Mädchen : Jungen = 10 : 1
- Mortalitätsrate ca. 6%!

Komorbidität

Körperliche Veränderungen, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, selten:
Alkohol- und Drogenabusus

Ätiologie

- Genetische Faktoren
- Soziokulturelle Einflüsse: westliches Schlankeitsideal
- Familiäre Faktoren: mittlerweile umstritten, da Störungen der familiären Interaktion sowohl Ursache als auch Folge der Erkrankung sein können
- Prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale: Perfektionismus, Ehrgeiz, mangelnde Psychohygiene, starkes Harmoniebedürfnis, mangelhafte Problemlösefähigkeiten

Bulimia nervosa (F50.2)

Diagnostische Kriterien

- häufige „Fressattacken“ (über 3 Monate mindestens 2x/Woche)
- andauernde Beschäftigung mit Essen
- Versuche, der Gewichtszunahme entgegenzuwirken durch
 - - selbstinduziertes Erbrechen
 - - Missbrauch von Abführmitteln (Laxanzienabusus)
 - - zeitweiligem Hungern
 - - Gebrauch von Appetitzüglern
- Körperschemastörung sowie Furcht, zu dick zu werden
- oft Anorexia nervosa in Vorgeschichte

Epidemiologie

- Prävalenz: 2-3%
- Erstmanifestation gewöhnlich in Spätadoleszenz
- Mädchen wesentlich häufiger betroffen
- Mortalitätsrate ca. 1%

Komorbidität

- wie Anorexie, zusätzlich: öfter Alkohol- und Drogenabusus, Störungen der Impulskontrolle, z.B.
- Ladendiebstahl, unkontrolliertes Geldausgeben, selbstverletzendes Verhalten

Ätiologie

- Genetische Faktoren
- familiäre Faktoren: weniger Zuwendung und Empathie sowie offene Konflikte im Vergleich zu anorektischen Familien
- Prädisponierende Charaktereigenschaften: Bulimiker weniger aggressionsgehemmt, impulsiver und experimentierfreudiger als Anorektiker

Körperliche Veränderungen bei Anorexie und Bulimie (Auswahl)

- Lanugobehaarung
- Haarausfall
- Speicheldrüsenschwellung
- Elektrolytenstörungen
- Erhöhter Wachstumshormon- und Kortisolspiegel
- EKG-Veränderungen
- Osteoporose
- Komplikationen durch Laxanzienabusus: z.B. schwere Obstipation
- trockene, schuppige Haut
- Minderwuchs und verzögerte Pubertätsentwicklung, z.B. Amennorrhö
- Blutbildveränderungen
- starke Karies
- Schwielen an Fingern oder Verletzungen am Habdrücken durch manuelles Auslösen des Erbrechens

Adipositas

Kriterien

- Ein für Alter und Geschlecht überdurchschnittlicher Anteil der Fettmasse am Gesamtkörpergewicht
- in der Praxis meist Einschätzung mit BMI bzw. bei Kindern mit Altersperzentilen
- BMI-Tabelle

BMI	Bezeichnung
30-34,9	Adipositas Grad I
35-39,9	Adipositas Grad II
≥ 40	Adipositas Grad III

Adipositas ist oft mit *Binge eating disorder* verbunden: widerkehrende Episoden von Heißhunger und Fressattacken ohne gewichtsreduzierende Gegenmaßnahmen (Abgrenzung von Bulimie)

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)

Unterschiede Kanner- und Asperger-Autismus

	Kanner- bzw. frühkindlicher Autismus	Asperger-Autismus
Geschlechtsverhältnis Jungen : Mädchen	3 : 1	9 : 1
Beginn	<ul style="list-style-type: none"> ■ in den ersten Lebensmonaten ■ meist vor 30. Lebensmonat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etwa ab dem 3. Lebensjahr
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> ■ später Sprachbeginn oder sogar Ausbleiben einer Sprachentwicklung (ca. 50%) ■ stark verzögerte Sprachentwicklung ■ Eigentümlichkeiten (Echolalie, Pronominalumkehr, Neologismen, Dysgrammatismus, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ rasche Entwicklung einer grammatisch und stilistisch anspruchsvollen Sprache ■ kommunikative Funktion gestört
Intelligenz	<ul style="list-style-type: none"> ■ meist deutlich unterdurchschnittlich 	<ul style="list-style-type: none"> ■ meist durchschnittlich bis überdurchschnittlich
Blickkontakt	<ul style="list-style-type: none"> ■ zunächst oft fehlend ■ später selten, flüchtig, ausweichend 	<ul style="list-style-type: none"> ■ selten, flüchtig
Kontaktstörung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mitmenschen wie „nichtexistent“ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mitmenschen störend

Intelligenzminderung (F70)

IQ-Bereich	Bezeichnung	Häufigkeit (insgesamt ca. 3%)	Beschreibung
50-69	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leichte Intelligenzminderung ■ Debilität 	Ca. 20%	In den schulischen Leistungen beeinträchtigt, aber als Erwachsene in der Lage, allein zu leben und einer einfachen Tätigkeit nachzugehen
35-49	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mittelgradige Intelligenzminderung ■ Imbezilität 	Ca. 0,5%	Fähigkeit, einfache Tätigkeiten unter Aufsicht durchzuführen; Anleitung bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben nötig
20-34	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schwere Intelligenzminderung ■ schwere geistige Behinderung 	Ca. 0,25 %	Auf kontinuierliche Hilfe angewiesen
< 20	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schwerste Intelligenzminderung ■ Idiotie 	< 0,25%	schwer behindert in der Selbstversorgung, inkontinent, nur minimale Kommunikation, in Mobilität behindert

Intelligenzminderung und psychische Störungen

Bei Intelligenzminderung bis zu 4x höheres Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln

Häufige Begleitstörungen sind z.B.

- Autismus
- stereotype Bewegungsstörungen
- Essstörungen und
- Störungen der Ausscheidung.



© www.andrea-kaiser.de

Burn-Out-Prophylaxe

- Ihre Rolle im Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen überprüfen
- Ihre Erwartungshaltung an die Schülerinnen und Schüler revidieren
- die Realisierbarkeit ihrer Zielvorstellungen kritisch untersuchen
- sich über Teilerfolge freuen
- ggf. Ihre Arbeitsweise und Ihr Zeitmanagement umstellen
- sich um tragfähige soziale Beziehungen bemühen
- eine kollegiale oder externe Supervision organisieren
- sich in ihrer Freizeit von der Schule distanzieren
- effektive Methoden der Stressbewältigung und Entspannungstechniken erlernen
- Achtsamkeit



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit! 😊

Anhang

- Beratungsmöglichkeiten und Ansprechpartner im Landkreis Diepholz und in Bremen
- Handlungsleitfaden zum Umgang mit Schulvermeidung
Bremer Senator für Bildung und Wissenschaft (3 Folien)
- Literaturempfehlungen zu weiteren Themen des Vortrages
(Asperger-Autismus; Prüfungsangst, Borderline Störungen)
- Praxisinformationen (2 Folien)

Kooperationen, Beratungsmöglichkeiten und Ansprechpartner im Landkreis Diepholz und in Bremen

- ❖ Erziehungsberatungsstellen
- ❖ Jugendamt
- ❖ Gesundheitsamt
- ❖ Schulpsychologe
- ❖ Kinder- und Jugendarzt; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Kinder- und Jugendpsychiater
- ❖ Austausch mit anderen Schulen über Interventionen, Verhaltenstrainings etc.
- ❖ regelmäßig stattfindende externe Supervisionen
(zur Burnout-Prophylaxe für Mitarbeiter oder zur Einzelfallsupervision, bspw. von einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Supervisor)

Kooperationen, Beratungsmöglichkeiten und Ansprechpartner im Landkreis Diepholz und in Bremen

- ❖ Familienhandbuch mit großem Kapitel zum Thema Beratung und Hilfe (Herausgeberin C. Runge, Landkreis Diepholz)
- ❖ Beratungsstelle für Frauen und Mädchen im Landkreis <http://www.frauenhaus-diepholz.de/>
- ❖ Landinstitut für Schule (LIS) in Bremen
u. a. Margret Hasselmann (Mobbing, Alkohol, Computer und präventive Arbeit)
- ❖ Mädchenhaus Bremen (u. a. Angebote und Gruppen zum Thema Essstörungen)
- ❖ Selbsthilfekontaktstelle für den LK DH in Barnstorf

Handlungsleitfaden zum Umgang mit Schulvermeidung (Bremer Senator für Bildung und Wissenschaft)

Bei 3 unentschuldigtem Fehltagen innerhalb eines Monats müssen spätestens die Maßnahmen der Phase 1 ergriffen werden!

Phase 1- Offenlegung der Auffälligkeit

Maßnahmen

- Dialog Lehrkraft - Schüler/-in zur Problemanalyse
- Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten
- Klassengespräch
- Einschaltung Vertrauenslehrer/-in, Beratungslehrer/-in (Reihenfolge frei)

Folge

Schulische Gegebenheiten überprüfen (z. B. Klassensituation, Unterrichtsanforderung)

Bilanz nach einem Monat

Phase 2 - Reaktionssteigerung

Maßnahmen

- Einschalten der Schulleitung (mindestens Informationspflicht)
- Gespräch mit Fachlehrkräften
- Klassenkonferenz
- Hausbesuch

Folgen bei unverändertem Verhalten der Schülerin / des Schülers

- Hilfesgespräche zur Problemlösung unter Einbeziehung ggf. weiterer Lehrkräfte, Schulleitung, Eltern, Schüler/-in
- ggf. Vertrag
- ggf. Ergreifen von erzieherischen Maßnahmen / Sanktionen (z. B. soziale Aufgaben)
(Bei eindeutig erkennbaren spezifischen Schwierigkeiten kann ein Fachdienst einbezogen werden)

Phase 3 - Einschaltung der Fachdienste

Maßnahmen

Kontaktaufnahme durch die Klassenlehrerin / den Klassenlehrer je nach Problemlage mit

- Beratungsdienst Schulvermeidung
- Schulpsychologischem Dienst
- Schulärztlichem Dienst
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Beratungsstelle
- Casemanagement beim zuständigen Sozialzentrum
- Kontaktpolizist
- ggf. anderen Hilfeinrichtungen

Folgen bei unverändertem Verhalten der Schülerin / des Schülers

- verpflichtende Meldung an Beratungsdienst Schulvermeidung
- Problemanalyse in großer Fallkonferenz mit allen beteiligten Stellen (ggf. SCHUPS)
- Entwicklung weiterer Handlungsschritte

kontinuierliche **Rückkopplung mit Schüler/-in** und ggf. Eltern / Personensorgeberechtigten

Wirkungskontrolle mit Verpflichtung zur Rückmeldung an beteiligte Stellen

kontinuierliche **Dokumentation** durch schriftliche Vermerke

maximale Dauer bis Ende Phase 3 = 1/2 Jahr

Feststellen der Schulvermeidung

Auswertung der Maßnahmen

in großer Fallkonferenz und Entwicklung von Handlungsalternativen
(z. B. flexible Reintegration in die Schule, Schulwechsel, alternative Schulangebote, Maßnahmen der Familien- und Jugendhilfe)

Literaturempfehlungen aus unseren Diskussionsthemen

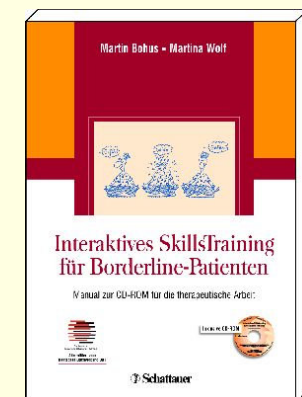
- Asperger-Syndrom: Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten von Tony Attwood
(zum Geschlechterverhältnis Jungen:Mädchen gibt es bislang nur vorläufige Erklärungen.
<http://www.asperger-eltern.de/maedchen.htm>
Bezüglich genetisch bedingter Faktoren werden brüchige Stellen u. a. bei X-Chromosomen diskutiert.



- Leistungsängste (THAZ) Band 1 von Lydia Suhr-Dachs und Manfred Döpfner



- Interaktives Skillstraining für Borderline Patienten Martin Bohus und Martina Wolf



Psychotherapeutische Praxis

für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

DIPL.-PSYCHOLOGIN ANDREA KAISER

DIPL.-PSYCHOLOGIN ANDREA KAISER

Psychotherapeutische Praxis | Dipl.-Psych. Andrea Kaiser

Suurend 36, 28857 Syke - Telefon (0 42 42) 50 91 98

telefonische Sprechzeit: freitags von 9:30 Uhr bis 11:30 Uhr www.andrea-kaiser.de

Unser Tätigkeitsspektrum umfasst neben unserem Schwerpunkt, der **verhaltentherapeutischen Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene***, auch folgende Leistungen:

- Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche* (für aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive, aggressive, sozial unsichere und ängstliche Kinder)
- Trauma-Therapie (EMDR) für Kinder und Jugendliche
- Entspannungsverfahren für Kinder (PMR und AT)*
- Testpsychologische Diagnostik * (Entwicklungsstand, Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen) u. a. Computertestverfahren zur Aufmerksamkeitsprüfung
- Diagnostik* und Begutachtung von Legasthenie und Dyskalkulie nach § 35a KJHG
- Intelligenzdiagnostik
- Elterntrainings: „Triple P“ Elterngruppen zur positiven Erziehung (www.triplep.de)
- Eltern-Kind-Yoga-Workshops
- Energetische Psychotherapie
- Systemische Paartherapie und Stresspräventionstraining für Paare („Paarlife“)
- Seminare und Vorträge für PädagogInnen und ErzieherInnen
- Supervision zu pädagogisch/psychologischen Themen in Schulen & Kindergärten

Unser Team besteht aus Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Neuropsychologen und Sozialpädagogen.

Wir sind eine anerkannte Ausbildungsstätte für angehende Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

*** diese Leistungen sind Kassenleistungen**