

# Was ist denn schon normal? Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern

Prof. Dr. Paul L. Plener, MHBA



Güstrow  
2017



## Überblick

- Einführung: Zahlen, Entwicklung und Diagnosen
- ADHS
- Suizidalität
- Essstörungen
- Depression & Schulabsentismus





## Wieviele Kinder sind betroffen?

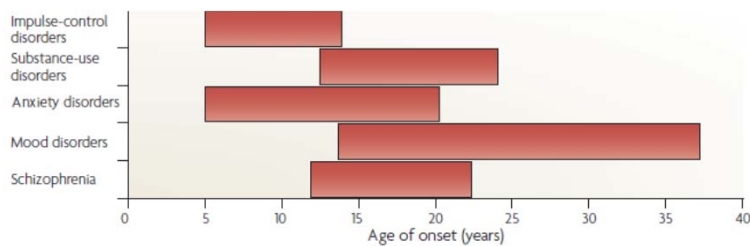
- Folgebefragung der KiGGS-Studie: 3-17-jährige
- Erhebungszeitraum zwischen 2009 und 2012
- Strength and Difficulties Questionnaire:
- Basiserhebung (2003-2006): 20,0%
- 1. Welle: 20,2%

Altersgruppe	Basis	1. Welle	p
3-6	19,3	17,2	0,16
7-10	22,6	23,1	0,75
11-13	21,5	23,3	0,26
14-17	17,0	17,8	0,54

Hölling et al., 2014

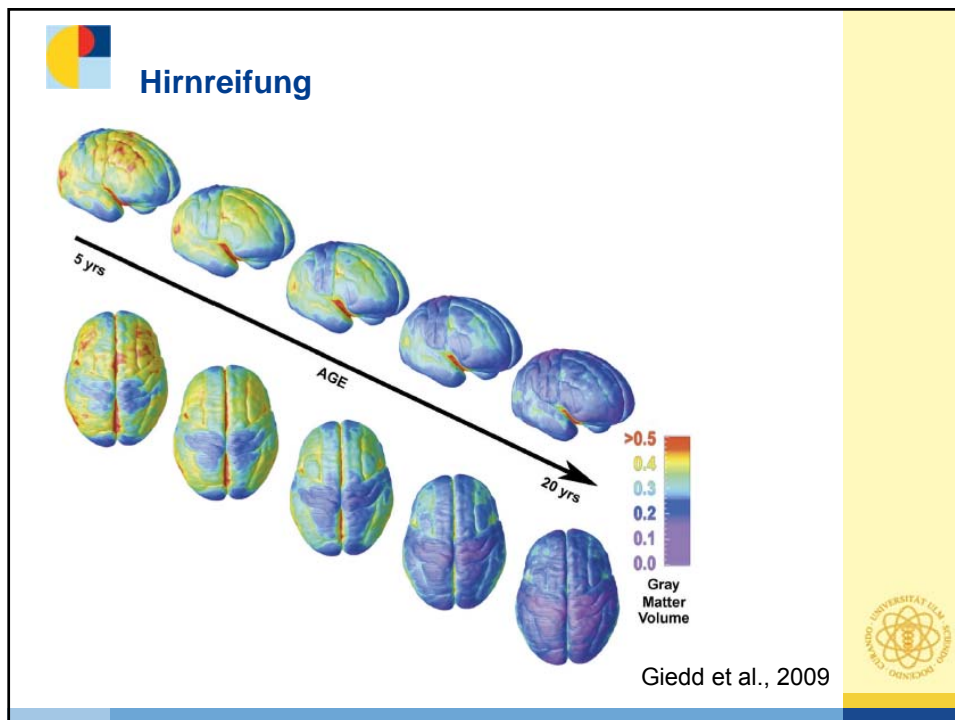
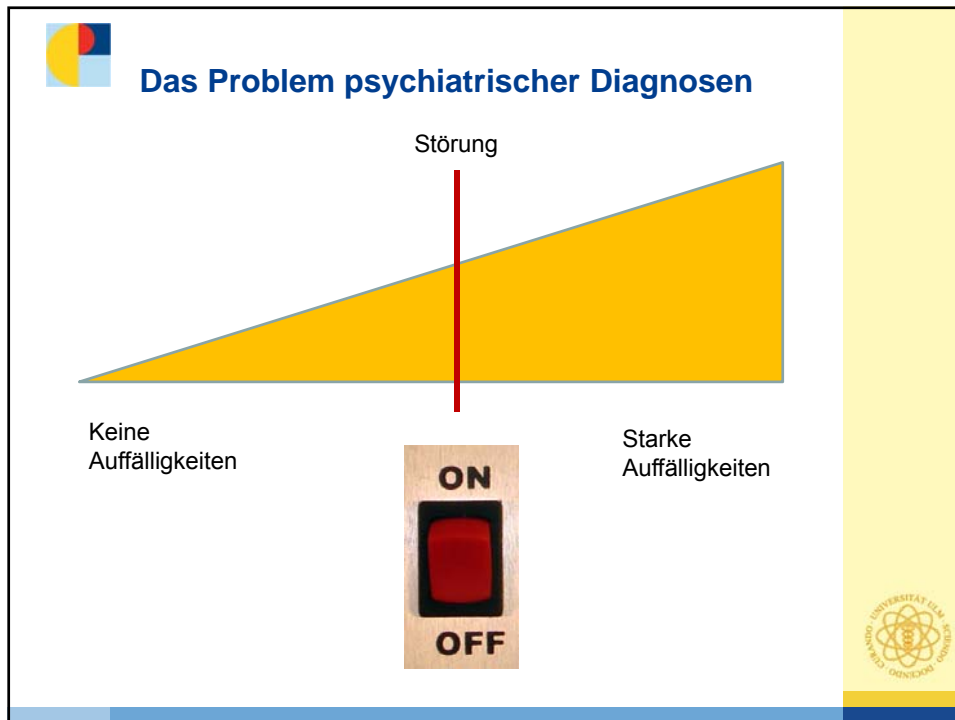


## Alter und Störungsbilder



Paus et al., 2009

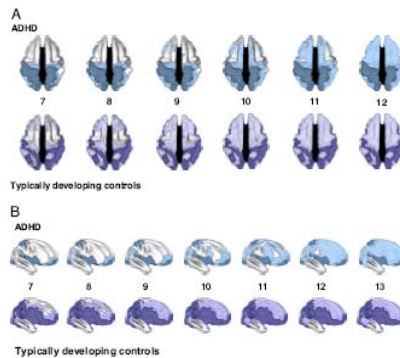






## Verzögerte Reifungsprozesse bei Kindern mit ADHS

- 223 Kinder mit ADHS, 223 normal entwickelte Kontrollpersonen (ca. 10 Jahre)
- Erstellung eines punktbezogenen quadratischen Wachstumsmodells der Großhirnrinde (Bewegungsbahnen)
- deutlicher Altersrückstand der Kinder mit ADHS (7.5 versus 10.5 Jahre), vor allem präfrontal (Kontrolle von kognitiven Prozessen, motorischer Planung) bei insgesamt gleichartiger Entwicklung bzw. Reifung



Shaw et al. 2007



## AD(H)S - Kernsymptome

### •Überaktivität

- Hyperaktivität
- fein- und grobmotorische Unruhe
- Kraft und Tempo schlecht dosiert
- Verhalten nicht situationsgerecht

### •Impulsivität

- Probleme bei der Selbstkontrolle
- Mangel an vorausschauender Planung
- geringe Frustrationstoleranz
- schnelle Stimmungswechsel

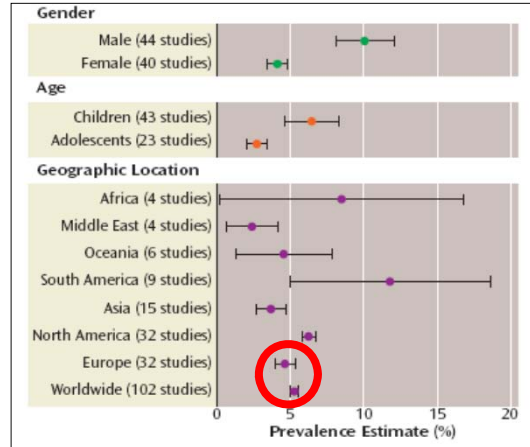
### •Unaufmerksamkeit

- Aufmerksamkeitsstörung
- Ablenkbarkeit
- Mangel an zielgerichteter Aktivität





## ADHS - epidemiologische Prävalenz



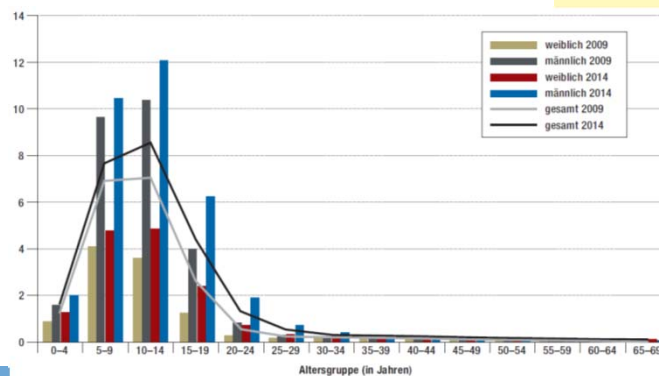
Polanczyk et al., 2007



## Diagnosehäufigkeit: AOK

- AOK Versicherte (24 Mill.)  
2009/2014:0-69a
- ADHS Code/Medikation
- Zunahme der Diagnosehäufigkeit

Alter/Jahr	2009	2014
Alle Altersgr.	1,2%	1,5%
0-17 Jahre	5%	6,1%

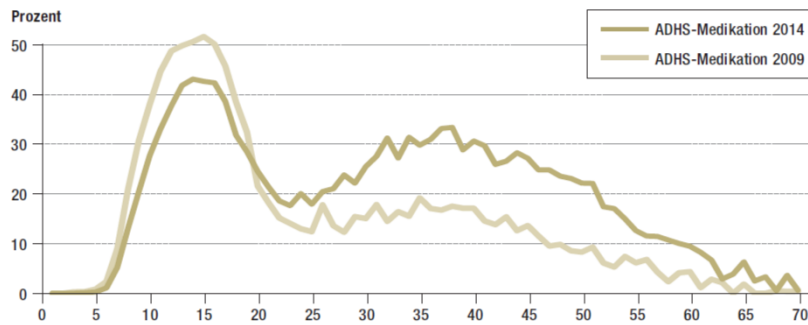


Bachmann et al., 2017



## Aktuelle Entwicklungen

- Rückgang der ADHS Medikationsquote bei Kinder, Zunahme bei Erwachsenen



Bachmann et al., 2017



## Prävalenz: Deutschland



- Studien (n=665-n=44.610, Alter: ca. 14-16)
- Suizidgedanken: 14,4% (12M)- 39,4% (Lebenszeit)
- Suizidversuche: 6,5%- 9% (Lebenszeit)

Donath et al., 2014; Brunner et al., 2007; Resch et al., 2008, Plener et al., 2009





### Altersverlauf: Suizidalität

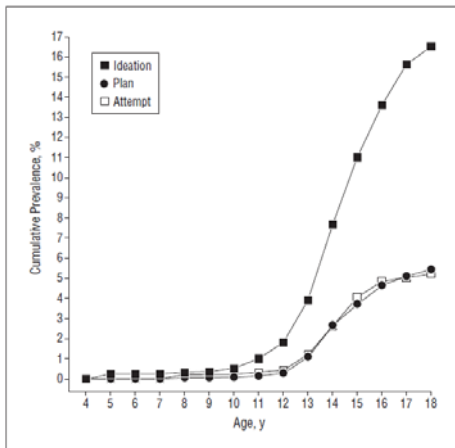


Figure 1. Age-at-onset curves of suicidal behaviors. Values are all 0.0 for children 1 to 4 years of age.

Nock et al., 2013

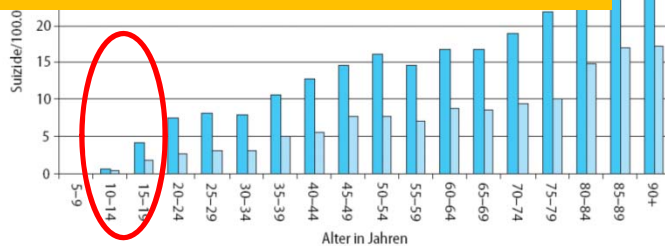


### Prävalenz II- Deutschland



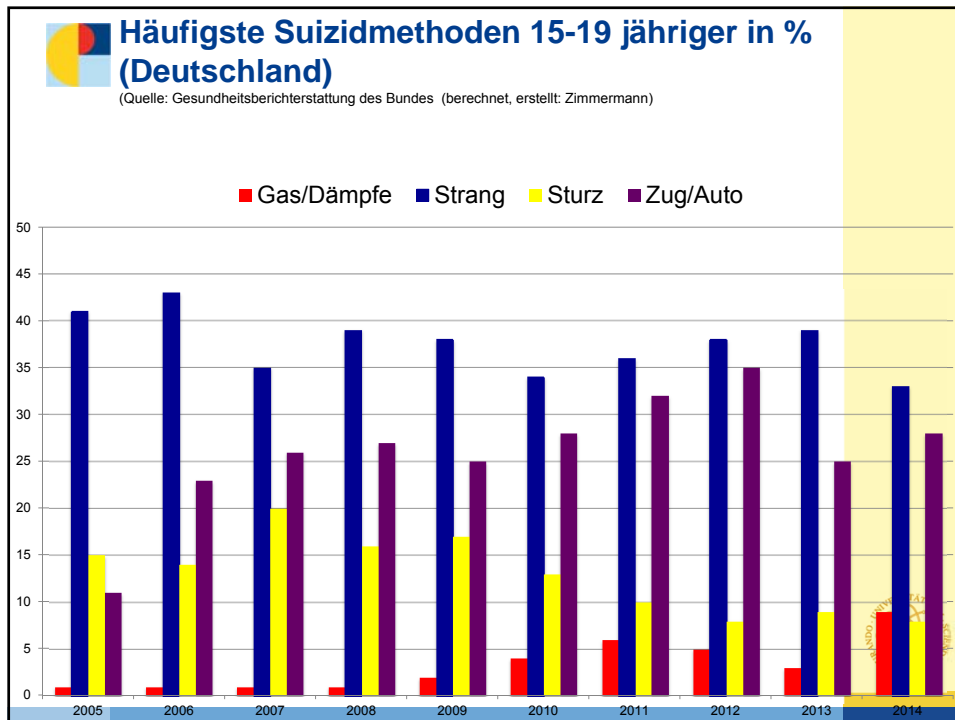
Geschlecht	5-15	15-25	25-45
m	12	444	1715
w	9	122	447

**Ca. 200-250 Suizide/Jahr < 18 Jahren**



Schmidke et al., 2008, Statistisches Bundesamt, 2010





**Risikofaktoren (Auswahl)**

nach Chehil & Kutcher, 2012

- M, ab 15 Jahren
- Suizid in der nahen Verwandtschaft
- Psychische Erkrankung
- Missbrauch/ Misshandlung
- Akute Stressoren
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Gefühl eine Last für andere zu sein
- Chronische körperliche Erkrankung/ Schmerzen
- Schlafstörungen
- Repetitives NSSV
- Persistierende, unkontrollierbare Suizidgedanken
- Suizidale Intention
- Suizidversuch in der Vergangenheit





## Mobbing als Risikofaktor

- ALSPAC Studie: (n=4810: 7-10 Jahre-16-17 Jahre):
  - Mobbing als Prädiktor für NSSV
- Dt. Schüler (n=647, mAlter: 12,8)
  - Häufiges Mobbing ( $\geq 2$ -3x in letzten drei Monaten):
  - OR für NSSV: 11,75, suiz. Verhalten: 6,08
  - V.a. soziales Mobbing und Cybermobbing

Lereya et al., 2013; Jantzer et al., 2015



## Jugendkultur & NSSV

- **Alternative Identität:**
  - Korrelation mit NSSV ( $r=0.20-0.24$ ),
  - Frequenz der Selbstverletzung ( $r=0.32-0.35$ )
  - Suizidgedanken ( $r=0.13-0.20$ )
  - Suizidversuche ( $r=0.25-0.29$ ).
- **Sportler Identität :**
  - negativ korreliert mit NSSV  
( $r=-0.11-0.18$ )

Young et al. *BMC Psychiatry* 2014, **14**:137  
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/137>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity

Robert Young<sup>1\*</sup>, Nina Sproeber<sup>2</sup>, Rebecca C Groschwitz<sup>2</sup>, Marthe Preiss<sup>2</sup> and Paul L Plener<sup>2</sup>





## Werther....

- Internetsuchen zum Thema Suizid zugenommen (Ayers et al., 2017)
- 95% pädiatrischer Notfallaufnahmen (n=14) melden Zunahme von Vorstellungen wegen Suizidalität im Vergleich zu Vorjahr,
- In 40% der Zentren Nachahmungsfälle 30 Tage nach Ausstrahlungsbeginn (Feuer & Havens, 2017)



??????

• **Wie würden SIE nach Suizidalität fragen?**

**...darf man das?**





## Umgang mit suizidalen Krisen

- **Wer fragt macht nichts falsch**
  - Weder durch Fragebogenuntersuchungen (Gould et al., 2005), noch durch persönliche Ansprache (Crawford et al., 2011) wird Schaden angerichtet
  - Fragen wird von Betroffenen eher als entlastend beschrieben (Gould et al., 2005)



• **CAVE: Falls Ihr  
Gegenüber suizidal  
erscheint-**

• **FRAGEN SIE  
DANACH !**

Crawford et al., 2011





**www.projekt-4s.de**

Startseite • Über 4S • Was ist NSSV? • Module • Downloads & Links • Bücher & Artikel • Hilfe & Kontakt • News & Termine

**4S** Schulen  
Stark machen gegen  
Suizidalität und  
Selbstverletzendes Verhalten

- 26.03.15 - Multiplikatoren-Workshop „Train the trainer“  
Vom 26.03.2015 - 27.03.2015 findet in Lörrach der Multiplikatoren-Workshop „Train the trainer“...
- 23.04.15 - Multiplikatoren-Workshop „Train the trainer“  
Vom 23.04.2015 - 24.04.2015 findet in Eberach der Multiplikatoren-Workshop „Train the trainer“...

Hotline für Schulpersonal  
☎ 0731 / 500 626 99  
(von 08.00 bis 16.00 Uhr)  
✉ projekt.4s@uniklinik-ulm.de

Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)

Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten sind unter deutschen Jugendlichen weit verbreitete Phänomene. Man kann davon ausgehen, dass circa ein Drittel aller Jugendlichen zumindest einmalig Erfahrung mit selbstverletzendem Verhalten gemacht hat, circa ein Drittel der deutschen Jugendlichen gibt in Studien auch Erfahrungen mit Suizidgedanken an. Häufig ist die Schule der erste Ort, an dem selbstverletzendes Verhalten oder auch suizidale Verhaltensweisen auffällig werden, etwa indem Mitschüler in Gesprächen darüber erfahren oder Lehrkräfte Jugendliche mit Problemen identifizieren. Lehrerinnen und Lehrer sind daher in einer wichtigen Position, wenn es darum geht den ersten Kontakt zu betroffenen Schülerinnen und Schülern aufzunehmen und weitere Schritte in die Wege zu leiten.

UNIVERSITÄT ULM



## SEYLE Studie I

- N=11.110, 10 Länder, medianes Alter: 15
- 4 Arme: Gatekeeper (QPR), Youth Aware of Mental Health, Screening, Kontrolle
- Primary outcome: Zahl der Suizidversuche: 3 Monate und 12 Monate
- 12 Monate: YAM erfolgreich b. Suizidversuchen und Suizidgedanken

	3 month follow-up				12 month follow-up			
	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value
Question, persuade, and refer	2209	15 (0.68%)	0.62 (0.32-1.18)	0.147	1978	22 (1.11%)	0.70 (0.39-1.25)	0.229
Youth aware of mental health programme	2166	19 (0.88%)	0.78 (0.42-1.44)	0.422	1987	14 (0.70%)	0.45* (0.24-0.85)	0.014*
Screening by professionals	2203	27 (1.23%)	1.10 (0.61-1.97)	0.752	1961	20 (1.02%)	0.65 (0.36-1.18)	0.158
Controls	2366	27 (1.14%)	Reference	-	2256	34 (1.51%)		

### Suizidversuche

### Suizidgedanken

Wasserman et al., 2015

	3 month follow-up				12 month follow-up			
	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value
Question, persuade, and refer	2210	25 (1.13%)	0.69 (0.40-1.19)	0.182	1977	29 (1.47%)	0.95 (0.55-1.63)	0.856
Youth aware of mental health programme	2172	32 (1.47%)	0.88 (0.52-1.48)	0.629	1991	15 (0.75%)	0.50* (0.27-0.92)	0.025*
Screening by professionals	2203	27 (1.23%)	0.72 (0.42-1.23)	0.229	1962	22 (1.12%)	0.71 (0.40-1.25)	0.234
Controls	2365	35 (1.48%)	Reference	-	2261	31 (1.37%)	Reference	-



## SEYLE Studie II

- YAM: Manualisierte, universelle Prävention
- Interaktive Workshops im Klassenzimmer:
  - 3 Stunden Rollenspiele
  - 2x1 Stunde interaktive Vorträge über seelische Gesundheit zu Beginn und am Ende
- 32 Seiten Handout
- 6 Poster im Klassenzimmer
- 31 Seiten Trainermanual





## Prävalenz

Anorexia nervosa	0,3 -1,2 %
Hochrisikogruppe (Modells, Tänzerinnen, Sportlerinnen)	25 %
Bulimia nervosa	1 - 4 %
Binge eating	2 %
Adipositas	4-9%
Mädchen: Jungen	12:1 (AN) 20:1 (BN) 2:1 (BED)



## Wann spricht man von einer Anorexia nervosa?

- Selbstverursachter bedeutsamer Gewichtsverlust oder unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme
- Körpergewicht mindestens 15% unterhalb der Norm (BMI < 10. Altersperzentile)
- tiefverwurzelte Überzeugung, trotz Untergewicht zu dick zu sein
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse
- Bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät Störung der pubertären Entwicklung einschließlich des Wachstums, die nach Remission häufig reversibel ist.





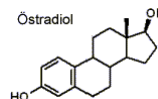
## Wann spricht man von einer Bulimia nervosa?

- Wiederholt auftretende objektive Essattacken
- Erbrechen o.ä. im Anschluss an die Heißhungerattacken
- Episoden restriktiver Nahrungszufuhr
- Körperbildstörung
- Missbrauch von Abführmitteln und/oder anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion
- zusätzlich häufig Störung der Impulskontrolle



## Biologische Faktoren

- Genetische Faktoren >50% Varianz
- Set point
- Pubertät
  - Zunahme Fettgewebe
  - Hormonelle Veränderungen





## Individuelle Faktoren

- hoher Leistungswille, Ehrgeiz, Perfektionismus
- meistens gute bis sehr gute Schulleistungen
- häufig gering ausgeprägte Fähigkeit, die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen
- „Ordnungsliebe“
- Unsicherheit im Kontakt mit anderen Gleichaltrigen
- starkes Vergleichen mit anderen (niedriges Selbstwertgefühl)



## Familienbezogene Faktoren

- **Reaktionen der Umwelt** (kritische Äußerungen bzgl. der Figur, positive Bemerkungen über die Gewichtsabnahme)
- **Modellwirkung der Eltern** (besonders Diätverhalten der Mütter)
- **Störung der Familieninteraktion** (Auseinandersetzungen während der Mahlzeiten, Verschlechterung der Stimmung mit Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Depression als Folge des Hungerns, Ohnmacht und Verzweiflung der Eltern)







## Komorbiditäten

- Angsterkrankungen (20-60%)
  - Soziale Phobie (20-55%)
  - Trennungsangst (17-66%)
- Zwangserkrankungen (20-40%)
- Affektive Störungen (15 – 60 %)



## Warnzeichen für eine Essstörung

- Hohes Interesse an Kalorien, Ablehnung von Fett, Beschränkung auf sog. „gesunde“ Nahrungsmittel
- Weglassen von Hauptmahlzeiten
- Ständiges Wiegen
- Zunehmende Leistungsorientierung und sozialer Rückzug
- Ausbleiben der Menstruation
- Verheimlichen der Problematik (BN)





## Multimodales Therapiekonzept

### „Vier Säulen“ der Essstörungstherapie

1. Somatische Rehabilitation,  
Ernährungstherapie und Psychoedukation
2. Psychotherapeutische Behandlung
3. Einbeziehung der Familie
4. Medikamentöse Therapie und Behandlung  
der Komorbidität



## Depression: Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz Jugendliche: 9-18% (Lehmkuhl et al., 2008)
- Punktprävalenz depressiver Symptomatik (n=2860):
  - 10.7% (7-10 jährige)
  - 11.1% (11-17 jährige) (Ravens-Sieberer et al., 2008)
- Beeinträchtigung: 4.7% (Jungen) und 9.7% (Mädchen) (Bettge et al., 2008).
- Behandlung:
  - Versicherungsdatenbank (n= 4295 Jugendliche): b. Depression: 59.6% Psychotherapie, 9.6% Kombination Psychotherapie und Antidepressiva, 1.9% nur Antidepressiva (Hoffmann et al., 2012)
  - 0.07% der Minderjährigen in D: in letzten 7 Tagen Antidepressivum (Kölch et al., 2009)





## Depression: Symptome

- Hauptsymptome:
  - Depressive Stimmungslage, meiste Zeit, fast tgl. 2 Wochen
  - Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung
  - Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit
- Weitere Symptome:
  - Konzentrationsstörungen
  - Reduziertes Selbstwertgefühl
  - Unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
  - Psychomotorische Agitation od. Gehemmtheit
  - Suizidgedanken, suizidales Verhalten
  - Schlafstörung
  - Appetitmangel od. -steigerung



## Depression: Dauer

- Remission: 1/3 innerhalb von 3 Monaten
- Rezidiv:
  - ¼: nach einem Jahr
  - 40% nach 2 Jahren
  - 72% nach 5 Jahren

Nach: Mehler-Wex & Kölich, 2009





## Risikofaktoren

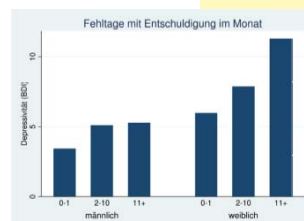
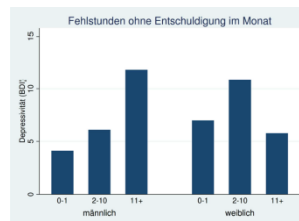
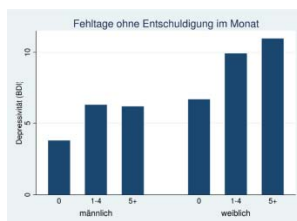
- Verlust eines Elternteils
- Konfliktvolle Elternbeziehung, Trennung u. Scheidung
- Psych. od. körperl. Krankheit eines Elternteils
- Deprivation
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Migration
- Probleme in sozialen Beziehungen
- Schulische Über- oder Unterforderung
- Schulwechsel
- Teilleistungsschwächen

Herpertz-Dahlmann et al., 2000; Eley & Stevenson, 2000



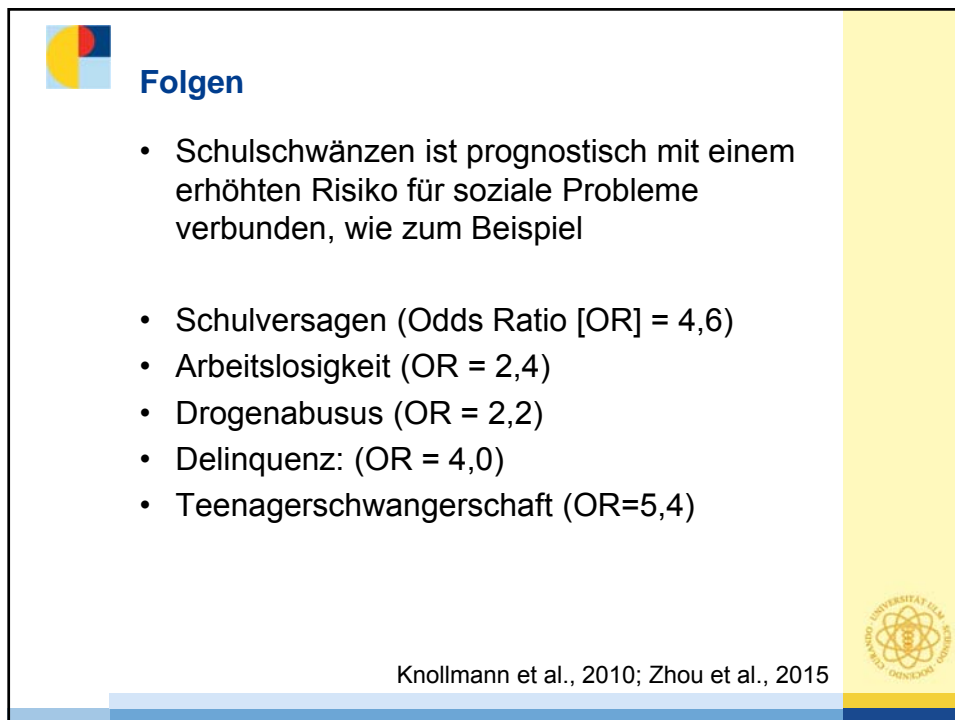
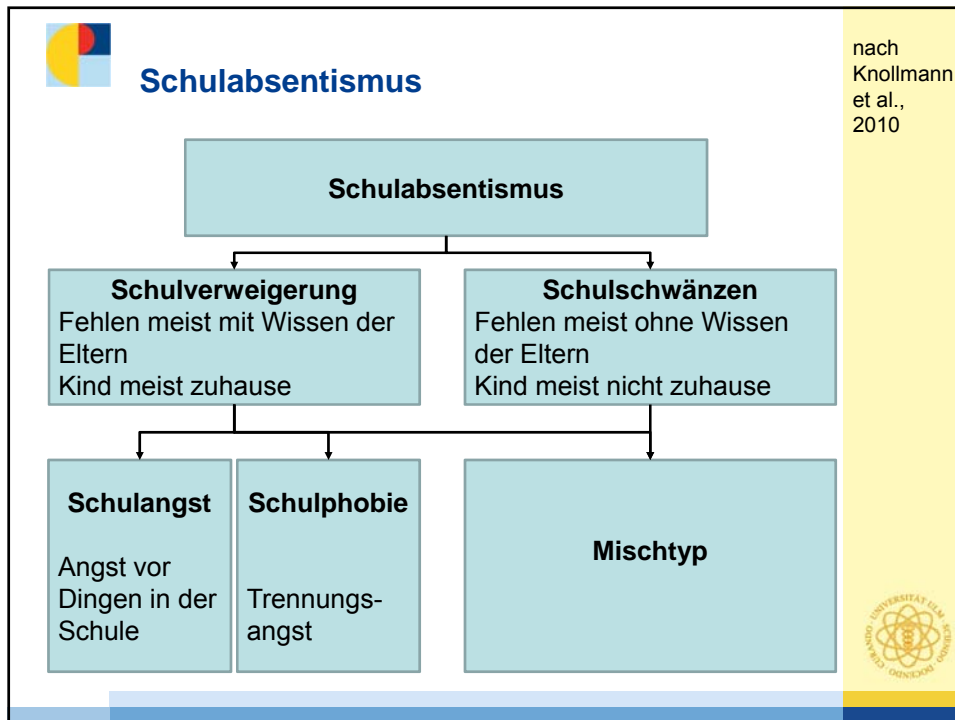
## Schulabsentismus & Depression

- Unentschuldigtes Fehlen  $\uparrow$  - Depressivität  $\uparrow$ : b. ♀
- Unentschuldigte Fehlstunden:
  - ♂: höhere Depressionswerte, je häufiger gefehlt
  - ♀: höhere Depressionswerte b. riskanten Fehlzeiten



Fischer et al., 2012







## Schulabsentismus u. psych. Gesundheit

- Schulvermeidene Kinder haben ein 3 fach erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken
- B. Schulverweigerung: Katamnese v. 4 Jahren: b. fast  $\frac{3}{4}$ : psychiatrische Diagnosen
- Physische und Psychische Gesundheit
  - Psychosomatische Beschwerden (b. ca. 50% d. schulängstlichen Kinder)
  - Substanzmissbrauch
  - Angst
  - Depression
  - Selbstwertprobleme
  - Verhaltensstörungen

Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2004



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**

