

Wo verläuft die Grenze?

Herausforderndes Verhalten und kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung

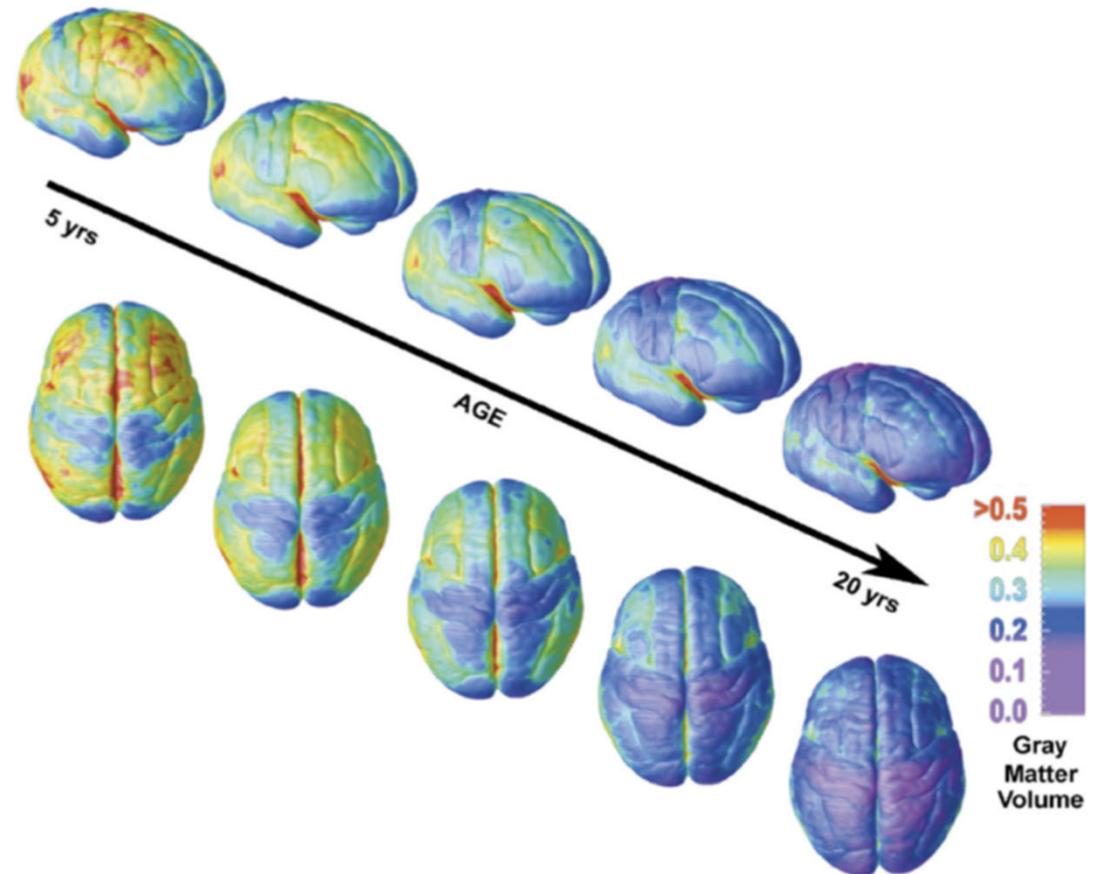
Paul Plener

Agenda

- Diagnosen, Entwicklung und Epidemiologie
- „Grenzgänger“:
 - ADHS oder „aufgeweckt“?
 - Autismus oder „neurodivers“?
 - Mediensucht oder „digital native“?
 - Störung des Sozialverhaltens oder „über die Stränge schlagen“?
 - Persönlichkeitsstörung oder „unangepasst“?
- Diskussion

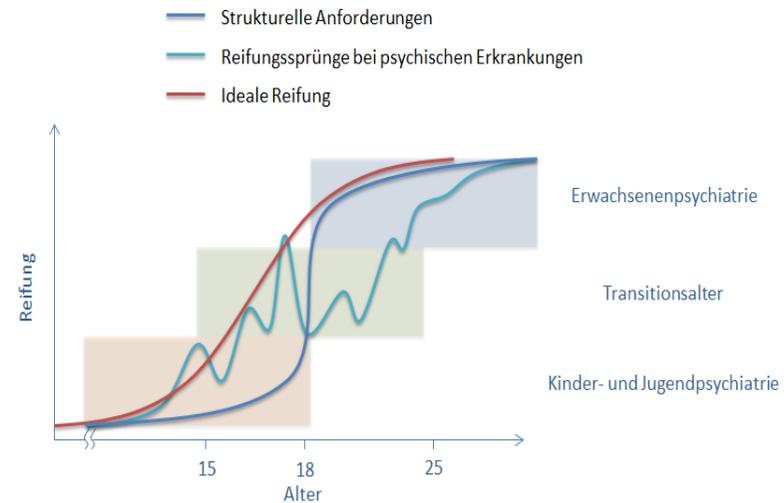
Neuronale Entwicklung

- GehirnVmax.:Frauen ~ 10,5 J.,
Männer~ 14,5 J.
- Volumen der weißen Substanz ↑
 - Vmax.weiße Substanz: dritte Lebensdekade
- Volumen der grauen Substanz:
umgedrehte U-Kurve,
- „*synaptic pruning*“: während der
Kindheit und vor allem in der
Adoleszenz



Das 18. Lebensjahr

- Gesenkte Schwelle zur Volljährigkeit in deutschsprachigen Ländern
- psychische Krankheiten: Verzögerung in der individuellen oder auch emotionalen Entwicklung
- Rechtliche Voraussetzungen verändert
- Versorgungssysteme:
 - „kulturelle“ Unterschiede: KJP-EP

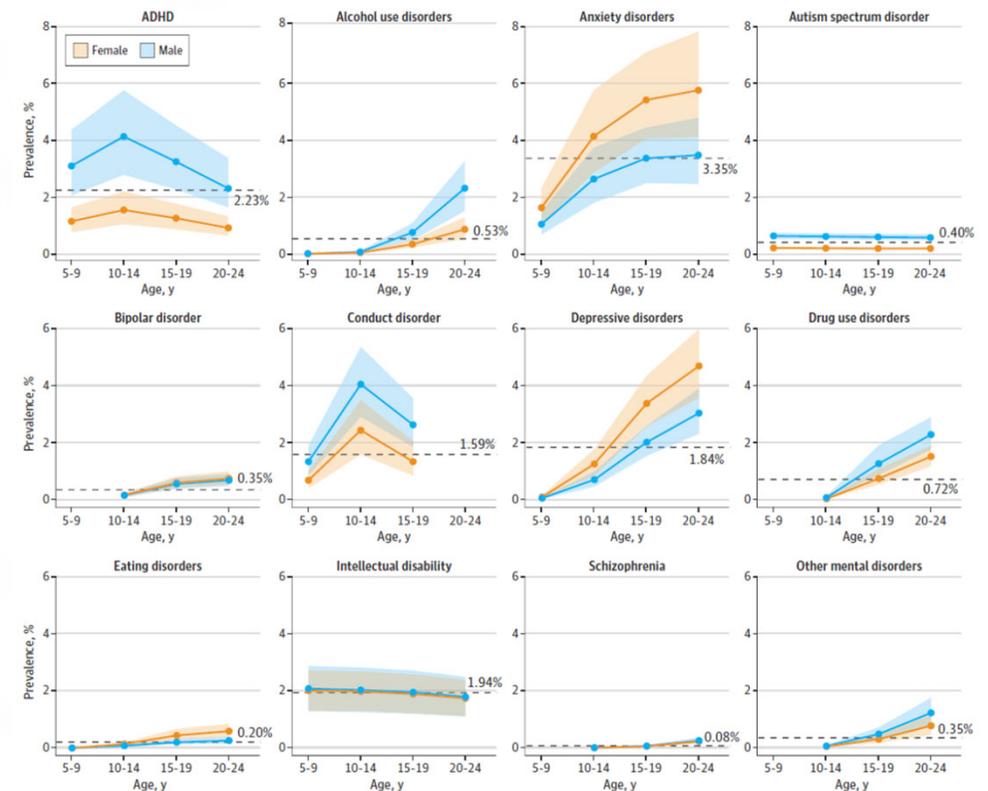


normales“ und problematisches Verhalten in der Adoleszenz

normal	problematisch
Gelegentliche Experimente mit Drogen	Gebrauch/ Missbrauch von Drogen Bedeutung für Identität, Emotionsregulation
Sex. Experimente mit Peers, Schüchternheit/ Unsicherheit	Promiskuitive sex. Beziehungen/ Mangel an Beziehungen
Geringe Fluktuation v. Interessen	Schulverweigerung, Ausbildungsverweigerung keine Interessen mehr
Auseinandersetzungen über Musik, ...; Eltern provozieren durch überzogenes Verhalten	Eltern hassen, basale gesellsch. Werte bekämpfen, ungeordnetes Denken, Suizidgedanken
Unzufriedenheit, Langeweile	Angst, unfähig, Leben zu genießen, depressiv

Psychische Gesundheit: globales Bild

- WHO Global Burden of Disease Study (2019)
- 5-24 Jahre: 2.516 Millionen
 - 293 Millionen mit psych. Erkrankung: 11,6%
 - 31 Millionen mit Suchterkrankung: 1,2%
- Psychische Erkrankungen: häufigster Grund für nicht-tödlich endende gesundheitliche Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen (2.: neurologische-, 3. Hauterkrankungen)



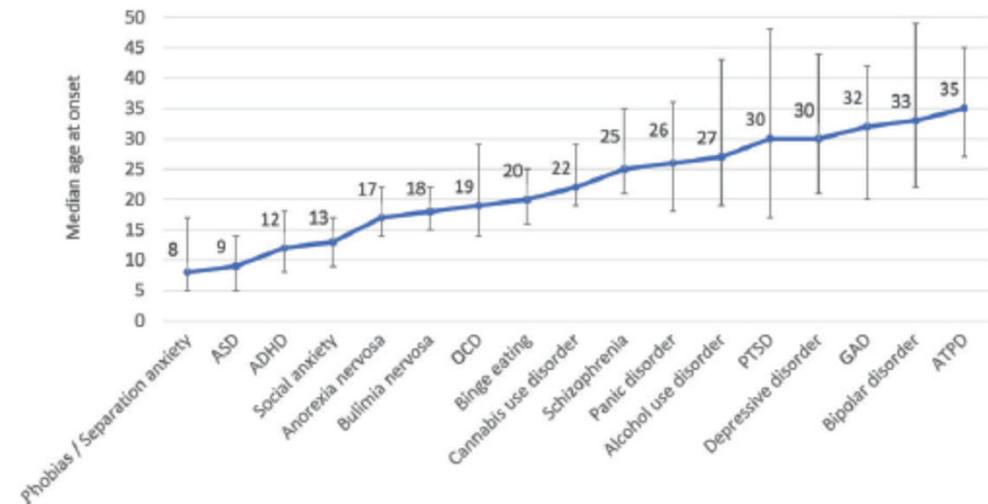
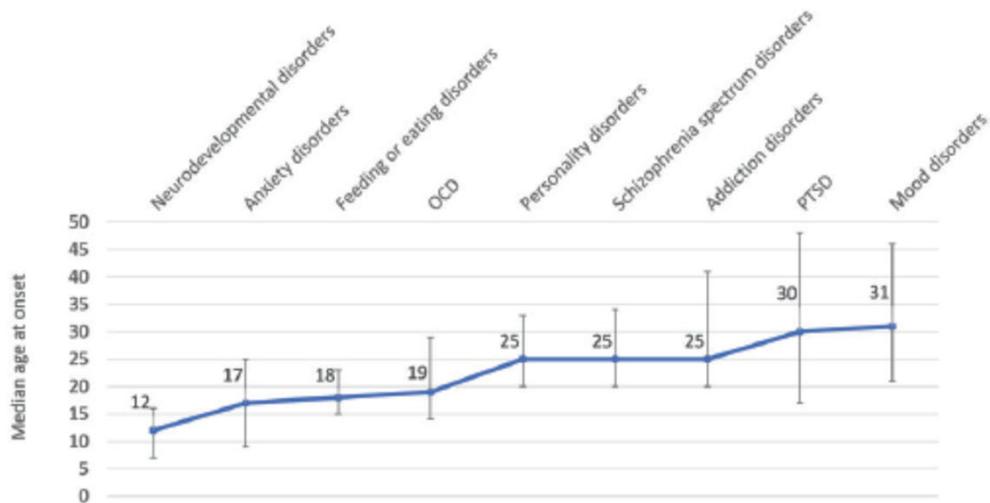
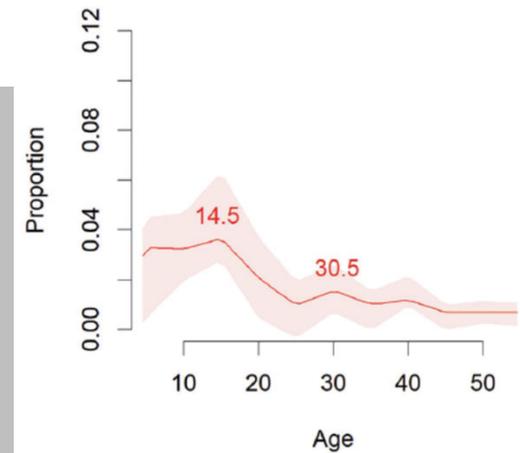
Beginnalter psych. Erkrankungen

- N=192 epidemiol. Studien

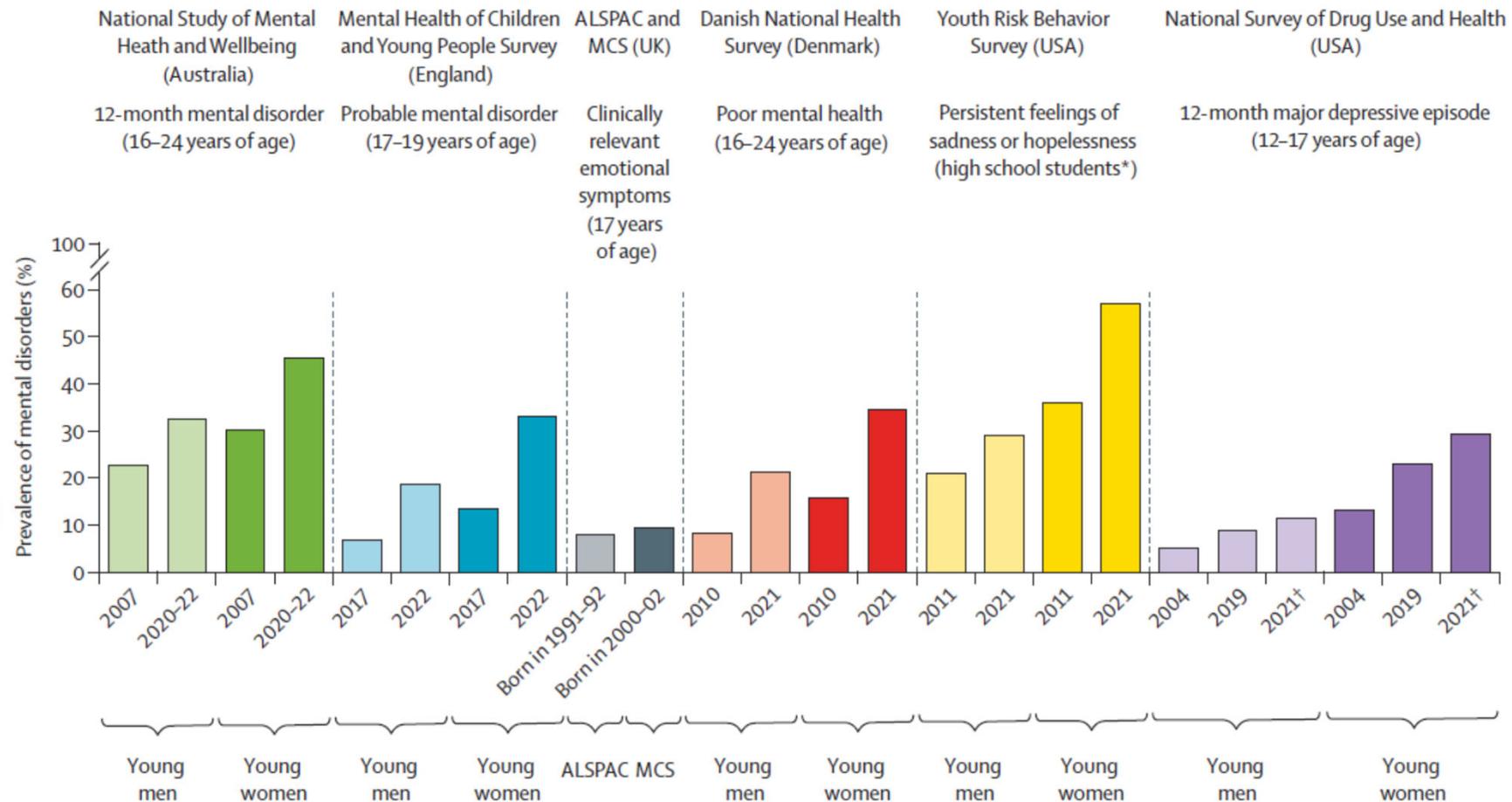
Beginn (irgendeiner psychischen) Erkrankung:

- <14a: 34,6%
- <18a: 48,4%
- <25a: 62,5%

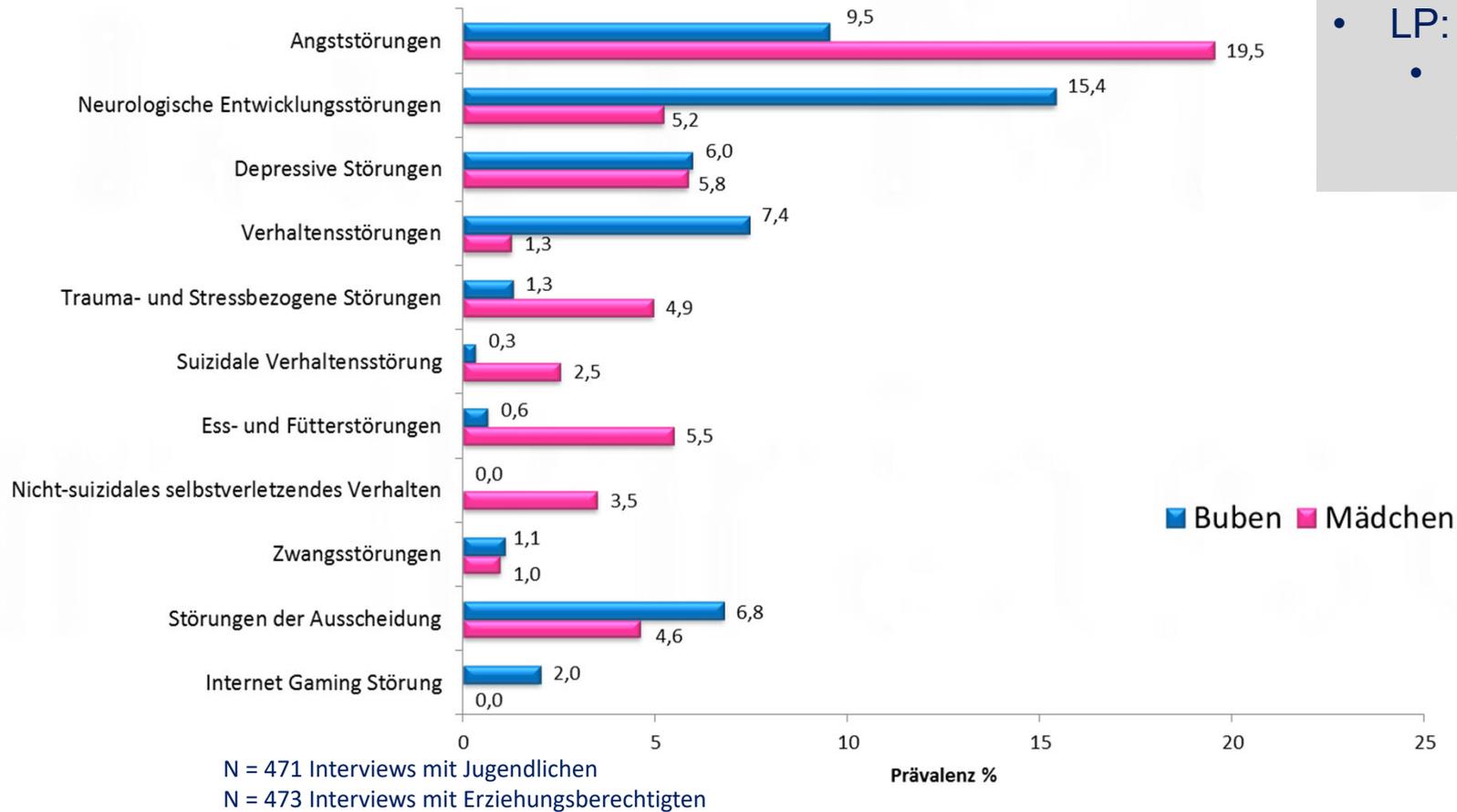
- Peak: 14,5a
- Median: 18a



Steigt die Prävalenz?



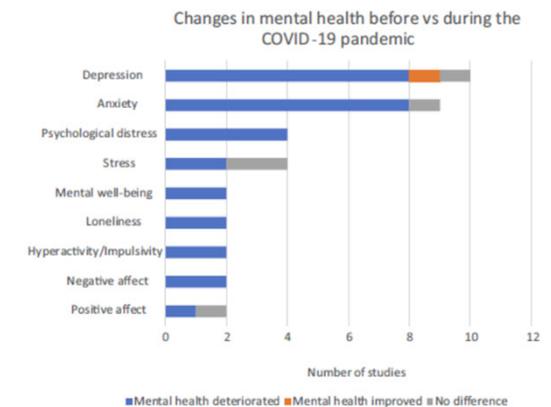
Lebenszeitprävalenz nach Geschlecht



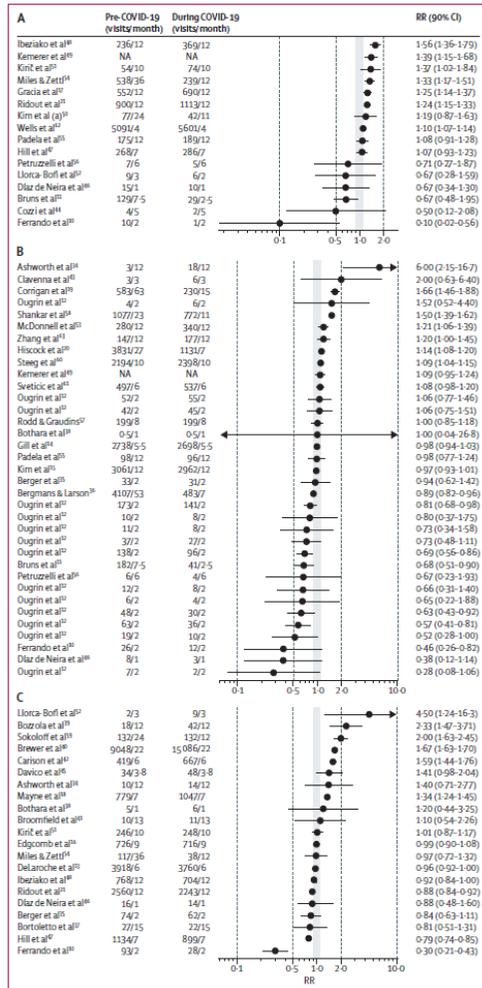
- MHAT Studie: n=3610
- PP (0-6 Mon): **22%**
- LP: **34%**
 - Davon: 48% irgendeine Form von Beratung/ Therapie

CoVid-19 und die Folgen

- Meta-Analyse: Angst und Depression bei Kindern und Jugendlichen unter CoVid-19
 - N=29 Studien mit 80.879 TN
 - Erhöhte Depressionssymptome: 25,2% (fast verdoppelt)
 - Erhöhte Angstsymptome: 20,5%
 - Werte umso höher je später in Pandemie erhoben
 - Höhere Werte bei weiblichen Kindern und Jugendlichen
- Syst. Review: Psych. Gesundheit
 - N=21 longitudinale Studien u. wiederholte cross sectional studies mit 96.000 TN (3-24a)
 - 01/2020-03/2021
 - Zunahme depressiver Symptomatik, Angstsymptomatik und Belastungen in meisten Studien geschildert
 - Vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen am stärksten ausgeprägt
- Meta-Analyse: Angst und Depression bei Minderjährigen
 - N=53 longitudinale prä-post Studien mit 40.807 TN
 - Gute Evidenz für Zunahme depressiver Symptomatik (SMC: 0,26), v.a. bei weiblichen Jugendlichen
 - Gute Evidenz für leichte Zunahme der Angstsymptomatik (SMC: 0,10)



Meta-Analyse: Suizidalität und Selbstverletzung

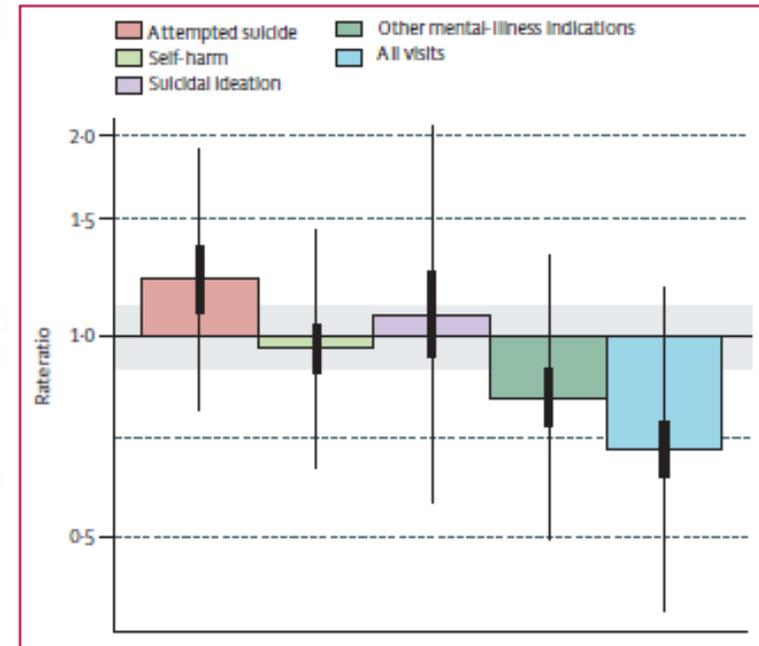


Suizidversuche

N=42 Studien

Selbstverletzung

Suizidgedanken

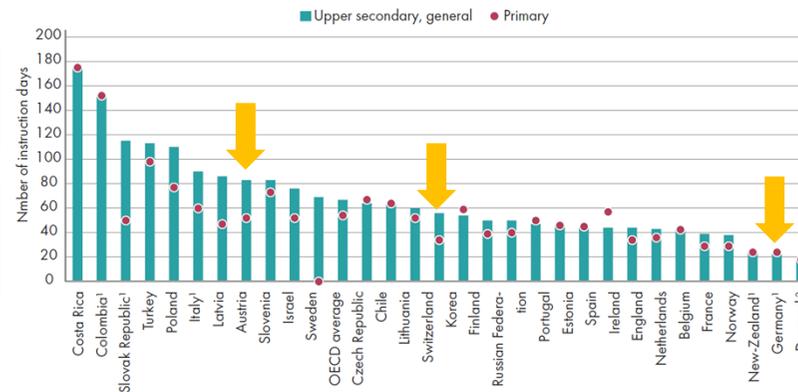


Schulschließung

It is noteworthy that infection rates in the population appear unrelated to the number of days in which schools were closed. [...]

What is concerning, however, is that the countries with the lowest educational performance tended to fully close their schools for longer periods in 2020. In fact, the performance of 15-year-olds in countries on the OECD Programme for International Student Assessment (PISA) 2018 reading test explains 54% of the variation in the number of days where schools were fully closed in 2020 in upper-secondary schools.

Figure 1.2 • Number of instruction days (excluding school holidays, public holidays and weekends) where schools were fully closed in 2020
Primary and upper-secondary general education

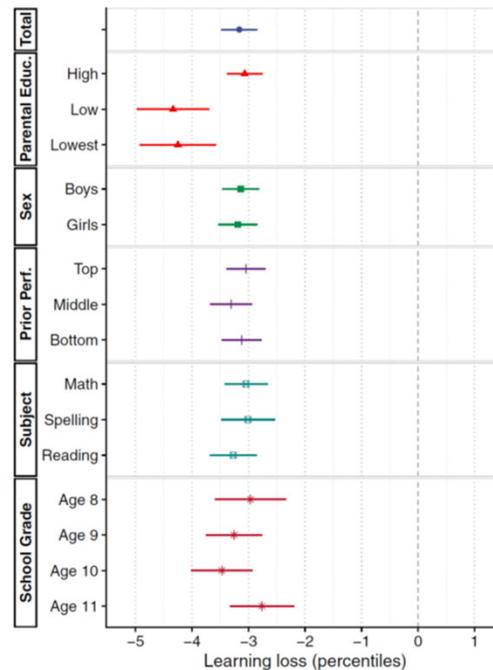


1. Most typical number of instruction days
2. Minimum number of instruction days.

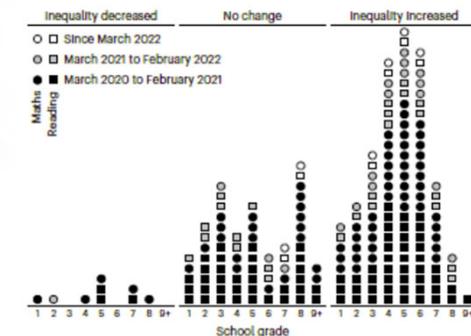
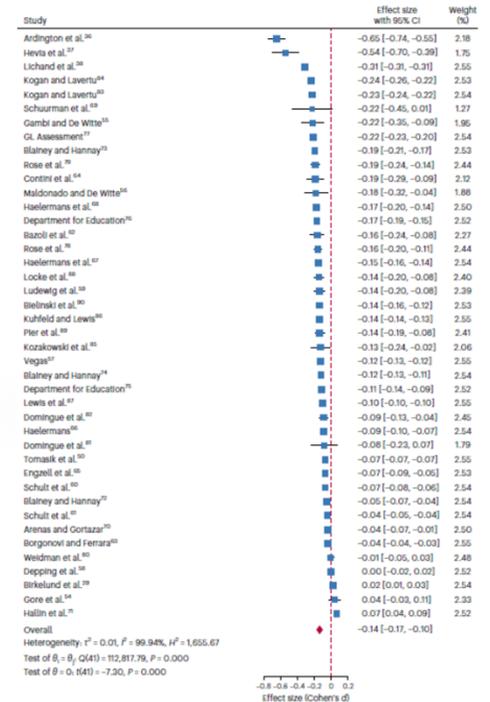
Source: OECD/UNESCO-UIS/UNICEF/World Bank Special Survey on COVID, March 2021.

Lerndefizite

- NL (n=350.000, nationale Prüfungen prä/post Lockdown: Vgl. mit drei Jahren zuvor)
- Kein Lernfortschritt während Lockdown (Verlust von 3 Perzentilen Punkten, SD: 0,08 ~ 1/5 d. Schuljahres= Lockdown Dauer)
- 60% höhere Lernverluste bei Kindern aus Haushalten mit geringerem Bildungshintergrund



- Meta-Analyse: n=42 Studien aus 15 Ländern
- Deutliches Defizit an Lernfortschritt (Cohen's d: -0,14, 95% CI: -0,17- -0,10)
 - Mathematik > Lesen
- V.a. bei niedrigem SES



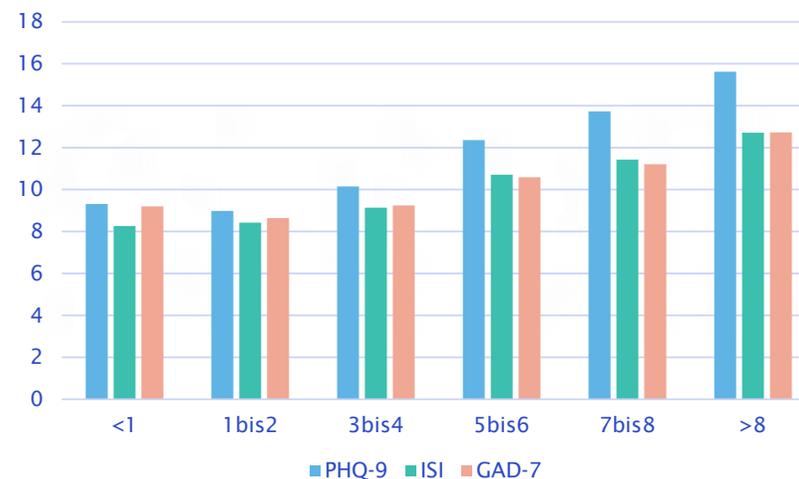
Situation Jugendliche: Ö

- Online Studie (n=3052, Februar 2021: 14-20-jährige, mAlter: 16,47)
- Depressive Symptomatik: 55%
- Angststörungen: 47%
- Schlafstörungen: 23%
- Suizidale Gedanken: 37% (9% täglich)
- Zunahme an Smartphone Gebrauch

PHQ-9: cut-off: 11

ISI: cut-off: 15

GAD-7: cut-off 11

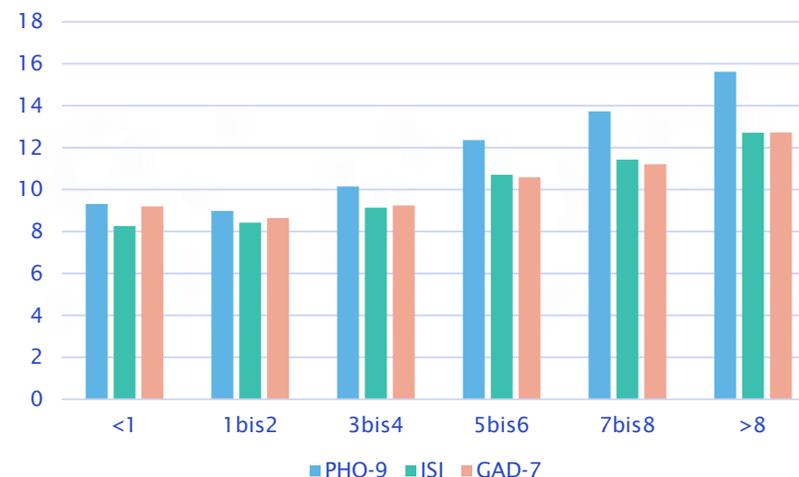


Situation Jugendliche: Ö

- Online Studie (n=3052, Februar 2021: 14-20-jährige, mAlter: 16,47)
- Depressive Symptomatik: 55% → 58%
- Angststörungen: 47% → 46%
- Schlafstörungen: 23% → 25%
- Suizidale Gedanken: 37% (9% täglich) → 44%
- Zunahme an Smartphone Gebrauch

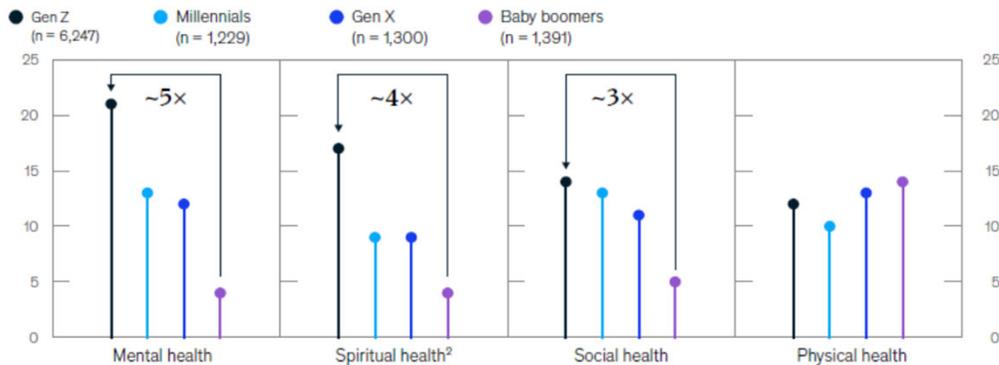
Erhebungszeitraum:
September-November 2021
(n=1.505)

PHQ-9: cut-off: 11
ISI: cut-off: 15
GAD-7: cut-off 11

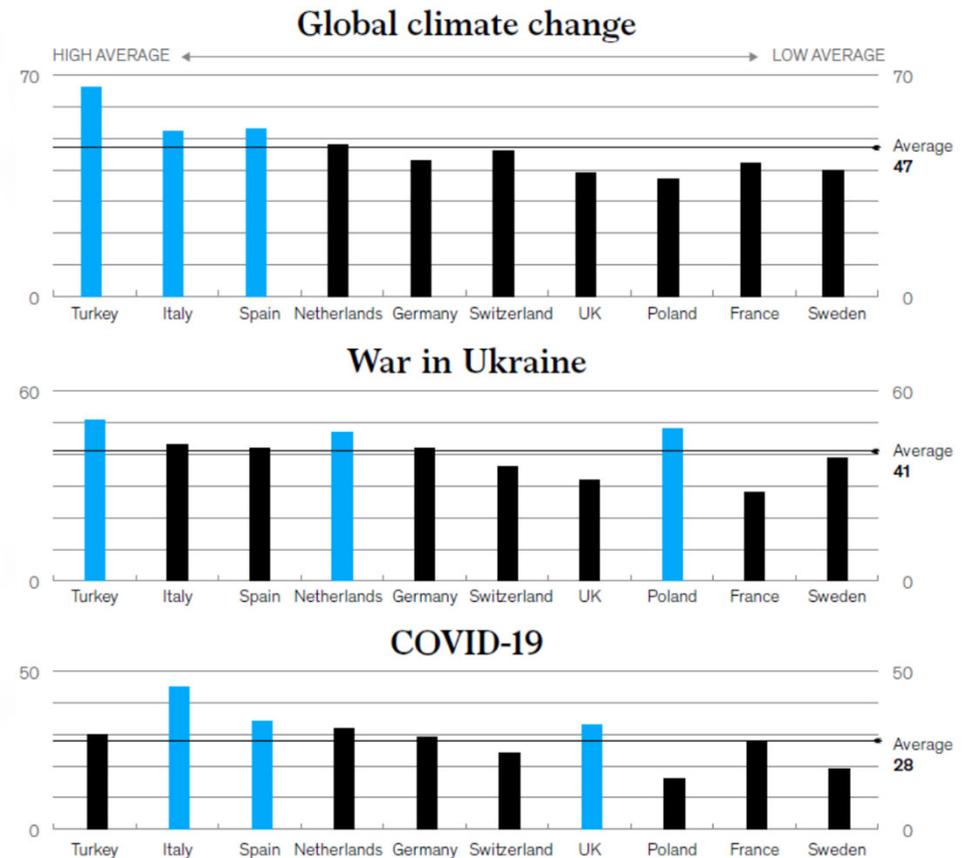


Belastungen der Jüngeren

Europeans who reported their health as poor or very poor, by dimension of health,¹ % of respondents (n = 10,273)



Gen Z in Europe who report high level of distress, by cause,¹ % of respondents (n = 6,247) ■ Top 3

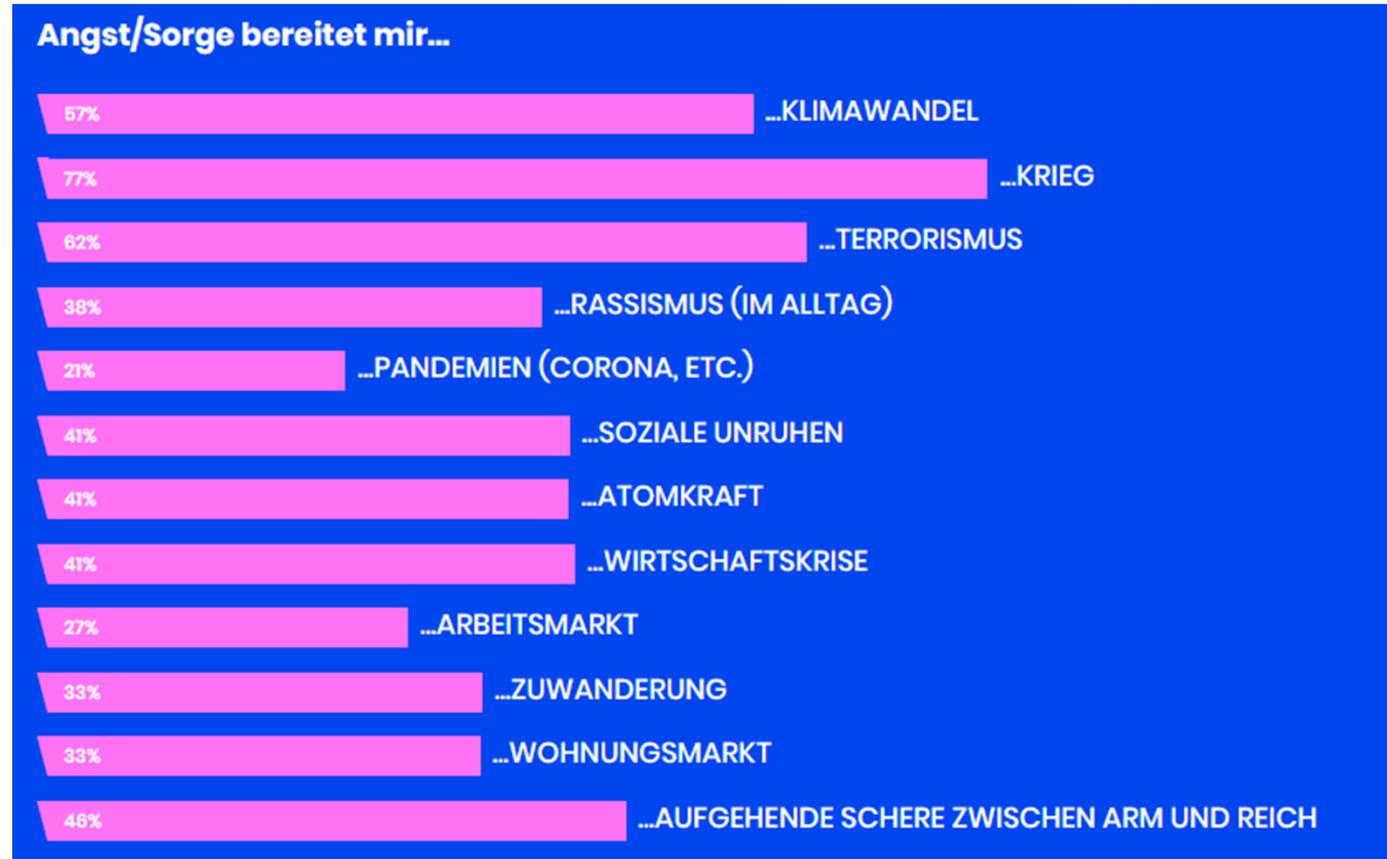


N= 10273: 18-93a McKinsey Health Institute
(Mai 2022, 10 Nationen in Europa)

- Gen Z: 18-24a
- Millennials: 25-40a
- Gen X: 41-56a
- Baby Boomer: 57-75a
- Silent Generation: 76-93a

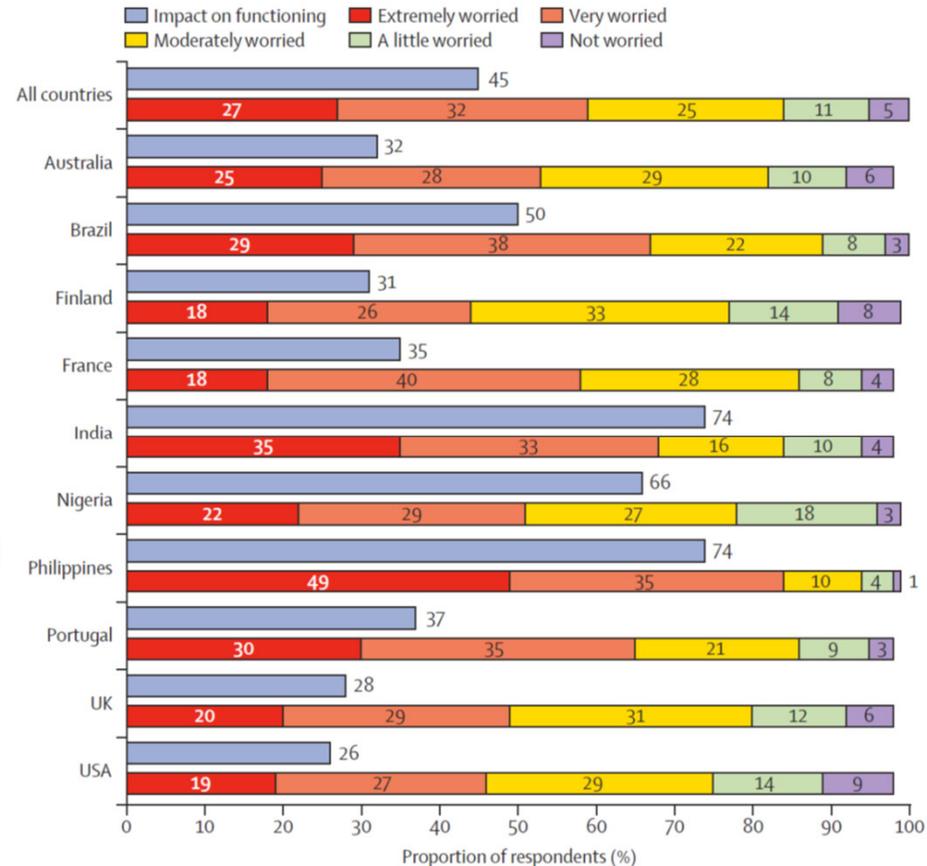
Jugendstudie: Ö

- Ö3 Jugendstudie (SORA):n=30.151 hier nur Ergebnisse: 16- bis 17a

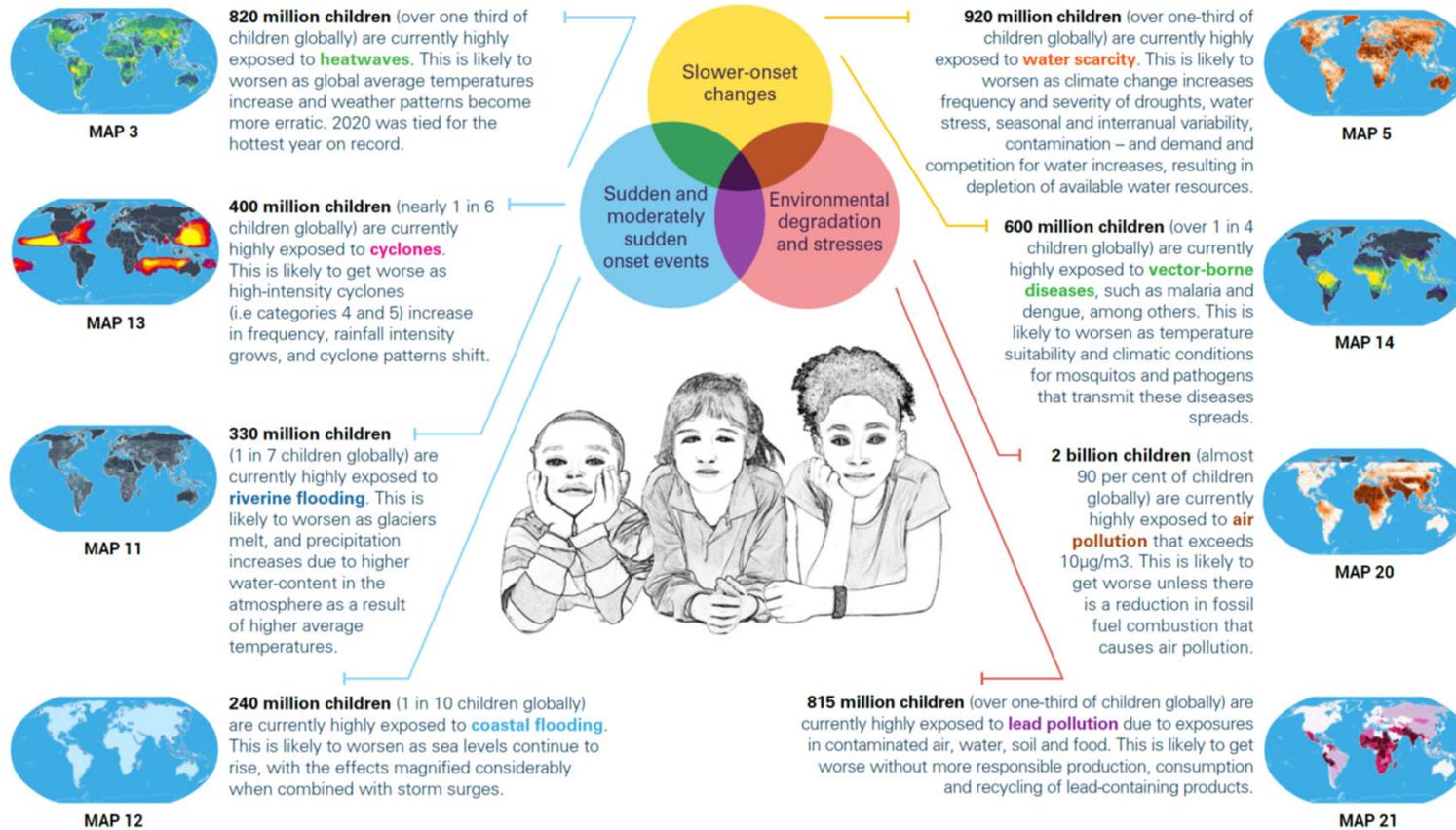


Daten zu Klima-Angst

- Online Studie: Klima-Angst in 10 Staaten (n=10.000, 16-25a)
- 84%: zumindest moderate Sorge
- 59%: sehr oder extrem besorgt
- 45%: negativer Einfluss auf Alltag und Funktions-einschränkung durch Sorgen um Klimawandel



Klimawandel und Kinder



Psychische Erkrankung: Charakteristika

- Erhebliche krankheitswertige Abweichungen im Erleben oder/und Verhalten
- Zeigen sich auf Ebenen
 - Denken
 - Fühlen
 - Handeln

Typische Eigenschaften von psychischen Störungen:

- sehr eingeschränkt willentlich zu steuern
- längere Dauer
- Verursachen Leiden
- beeinträchtigen Leben (Familie, Schule, Ausbildung)

ICD-10 → ICD-11

- St. 1992
- 10 Kapiteln (F) zur psych. Erkrankung
- ICD-11: seit Juni 2018 öffentlich

ADHS

Hyperaktivität

- Übermäßige motorische Aktivität
- Stillsitzen bei ruhigen Aktivitäten nicht möglich (auch nicht bei Vorlesen)
- Exzessives Reden, laute Geräusche
- Dauernd in Bewegung, schneller Wechsel von Spielzeug

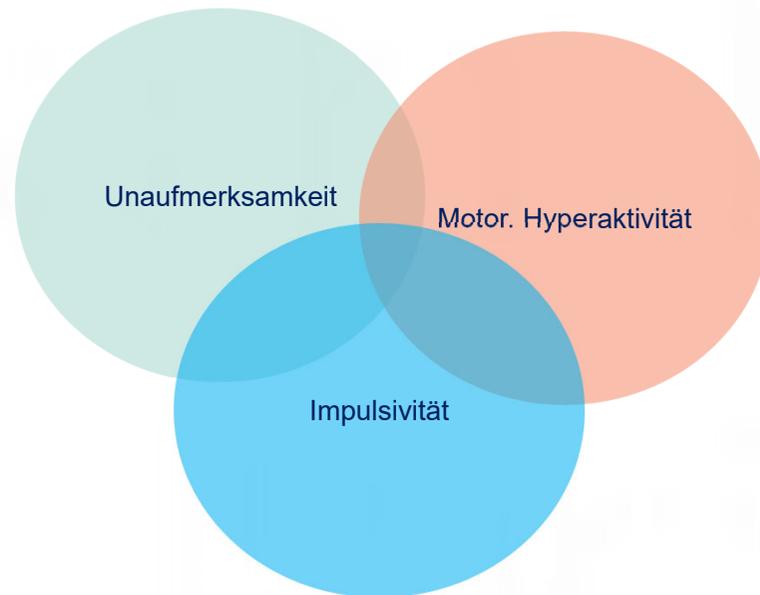
Impulsivität

- Kann nicht warten, bis es an die Reihe kommt
- Handeln ohne Denken
- Unterbricht Konversationen
- Keine Einschätzung von Gefahr

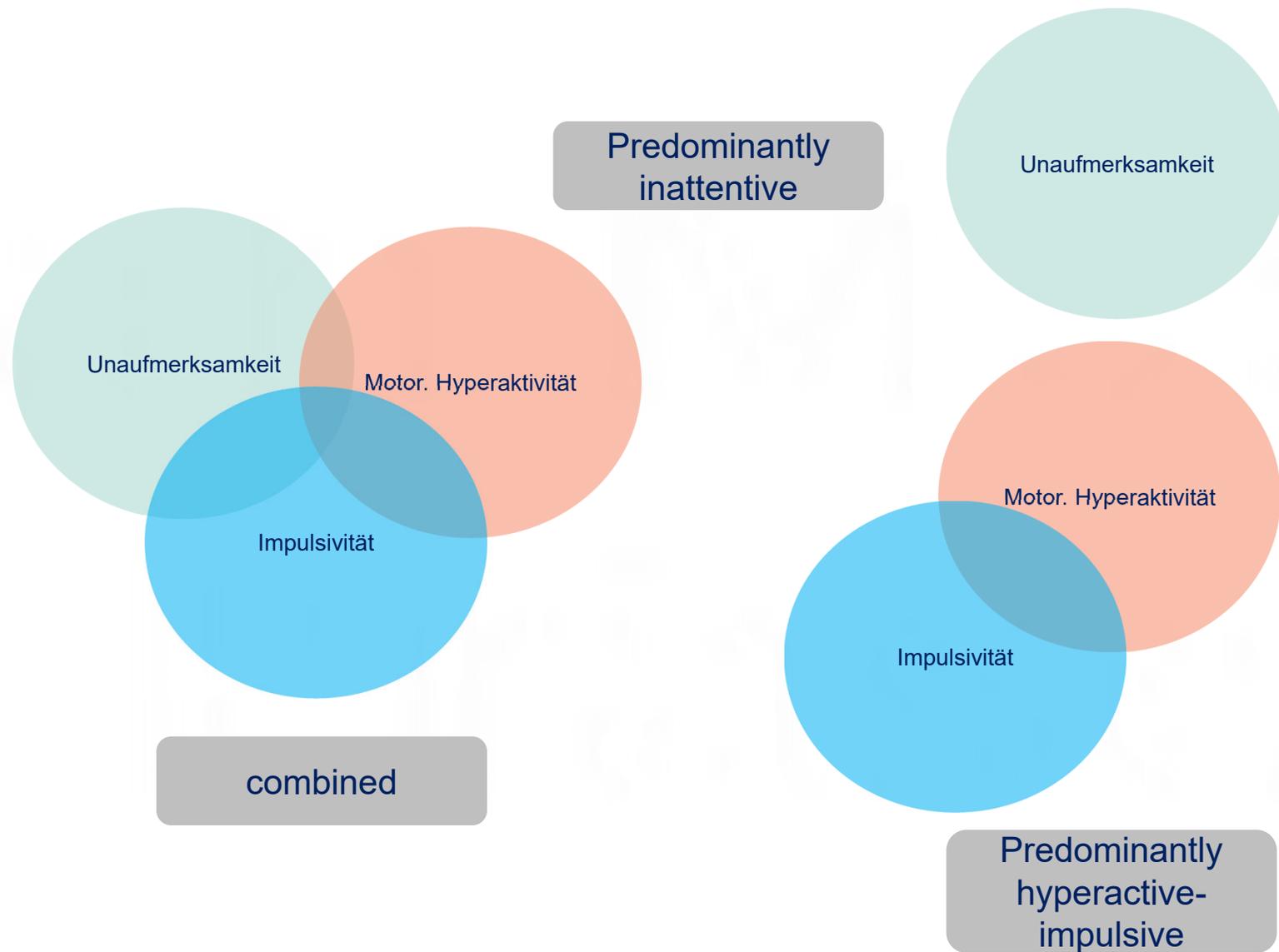
Unaufmerksamkeit

- Kurze Aufmerksamkeitsspanne, einfach ablenkbar
- Flüchtigkeitsfehler
- Hohe Vergesslichkeit, verliert Dinge
- Unfähigkeit bei langatmigen Aufgaben zu bleiben
- Kann (scheinbar) nicht zuhören, Anweisungen umsetzen
- Schwierigkeiten Handlungen zu organisieren

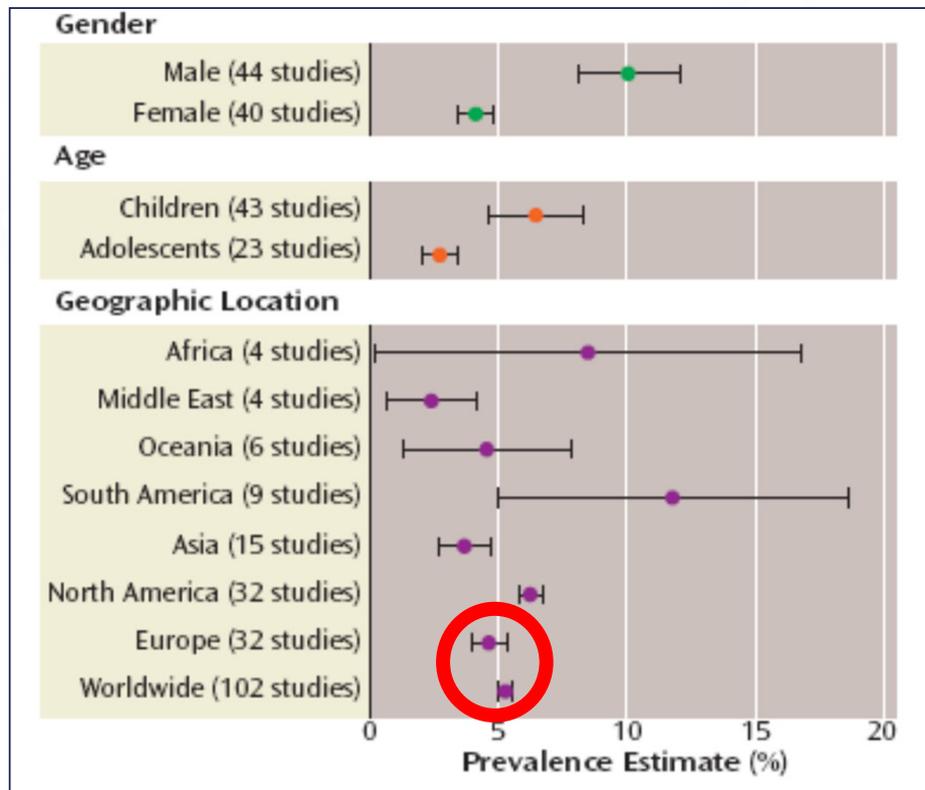
ICD-10



ICD-11

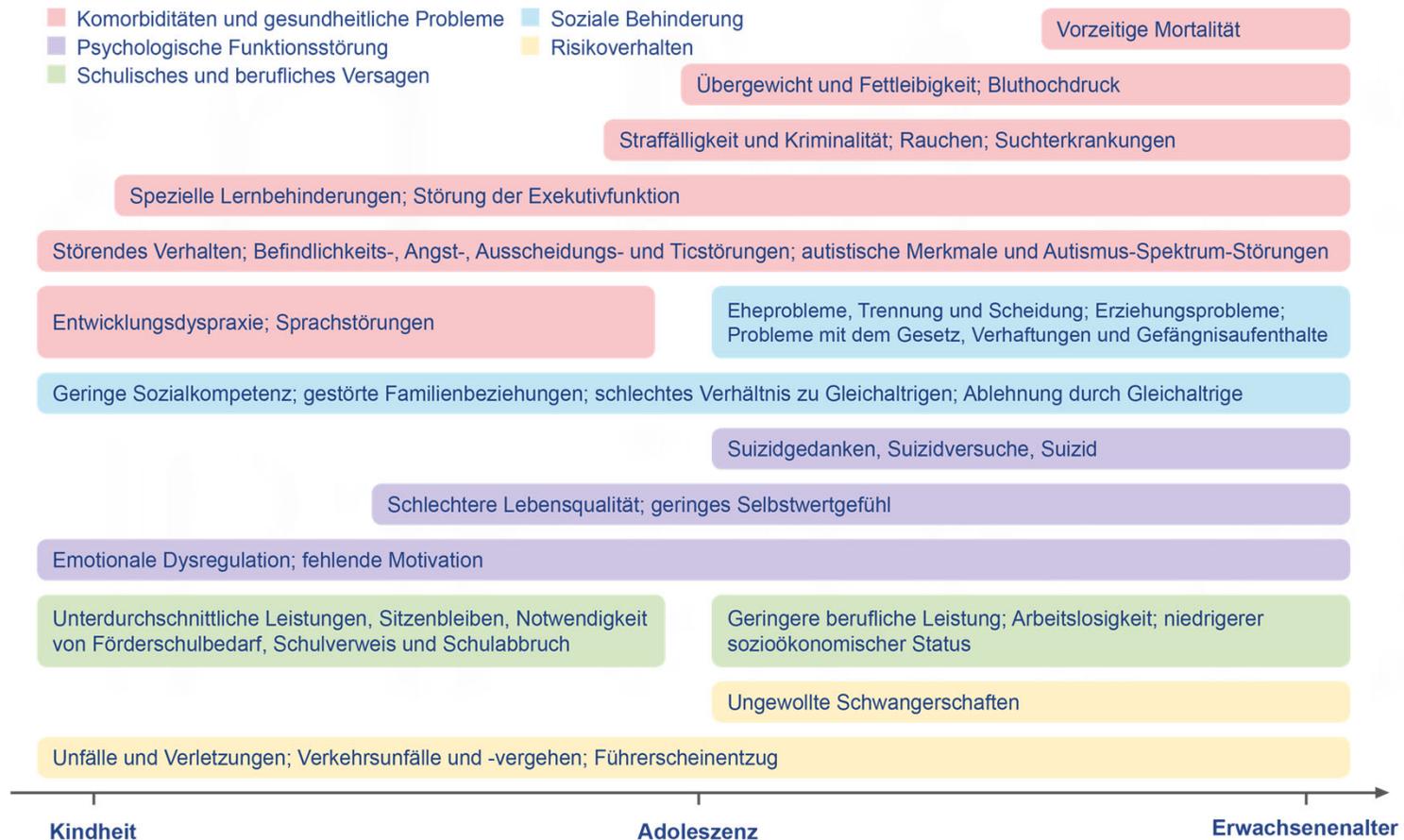


ADHS - Prävalenz



Ö: MHAT Studie:
5,24% Lebenszeitprävalenz

Lebensqualität bei ADHS

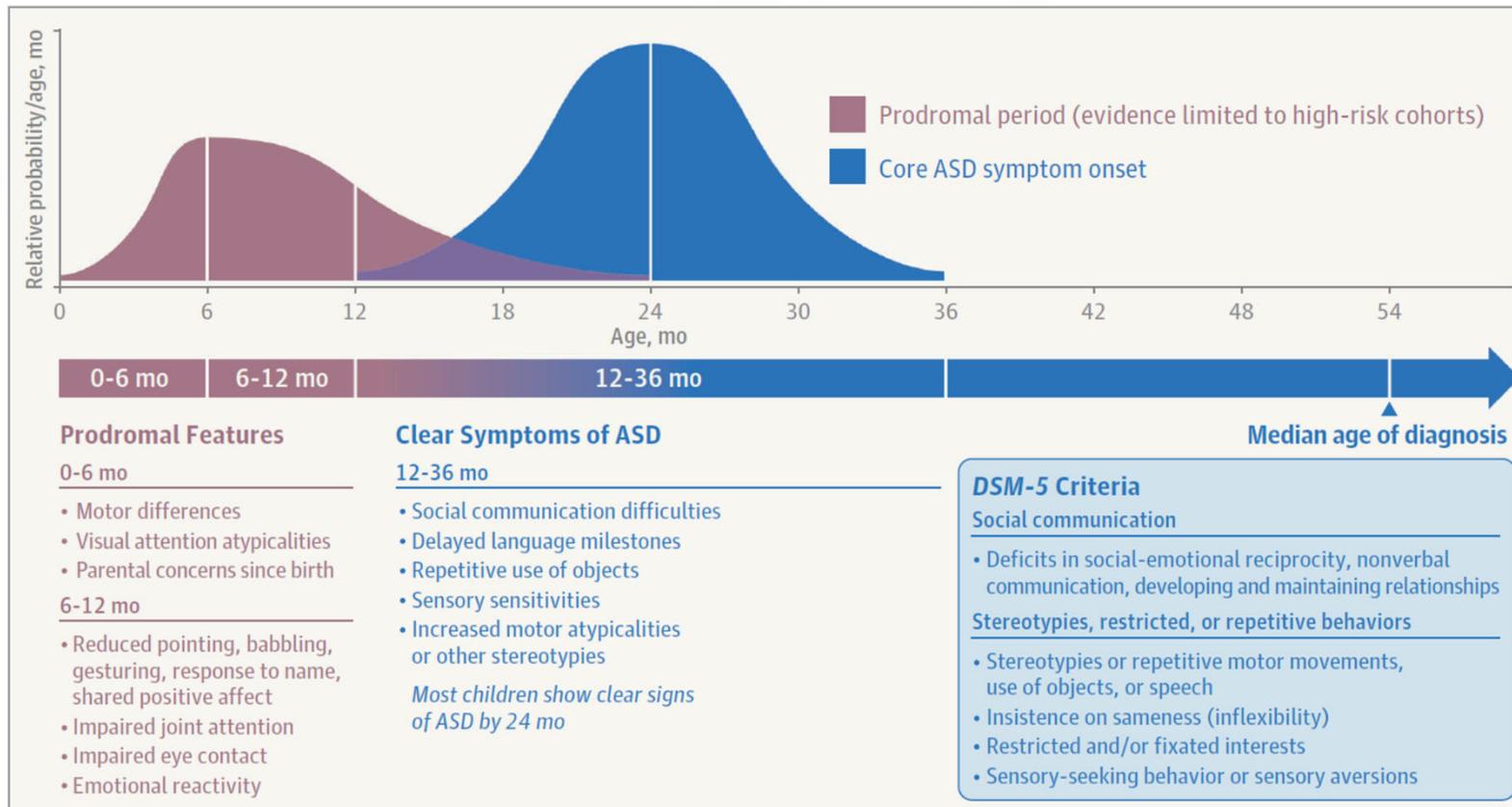


Faraone et al., 2015, Nat. Rev. Dis. Primers

LL: Behandlung

- Behandlung der ADHS: multimodales therapeutisches Gesamtkonzept: je nach individueller Symptomatik, Funktionsniveau, Teilhabe sowie Präferenzen des Patienten und seines Umfeldes
- Kombination: psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) und pharmakologische sowie ergänzende Interventionen
- Grundsätzlich: umfassende Psychoedukation für Patient und relevante Bezugspersonen: Ziel: partizipative Entscheidungsfindung

Frühe Anzeichen



ASS



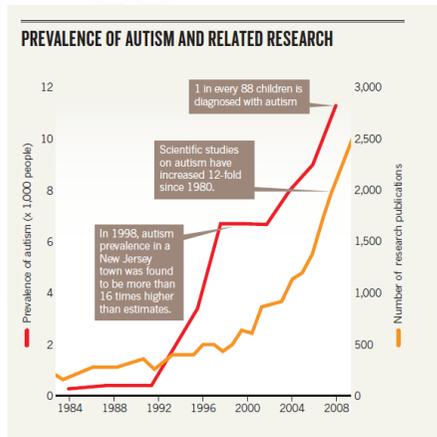
Jüngere Kinder

- Kein Zurücklächeln
- Reagiert nicht auf Namen
- Vermeidet Augenkontakt
- Deutliche Anspannung/ Frustration bei bestimmten Geschmacksrichtungen, Gerüchen oder Geräuschen
- Repetitive motorische Bewegungen (Flattern der Hände, Schaukeln des Körpers)
- Weniger Sprachgebrauch als andere Kinder
- Wiederholung derselben Phasen, Echolalie

Ältere Kinder

- Schwierigkeiten Gefühle anderer zu verstehen
- Schwierigkeiten eigene Gefühle auszudrücken
- Striktes Festhalten an Tagesroutine
- Übersteigertes Interesse an bestimmten Themen oder Aktivitäten
- Schwierigkeiten Freunde zu finden
- Sprache „wörtlich nehmen“, kein Sinn für Metaphern, Ironie

Die Suche nach den Ursachen

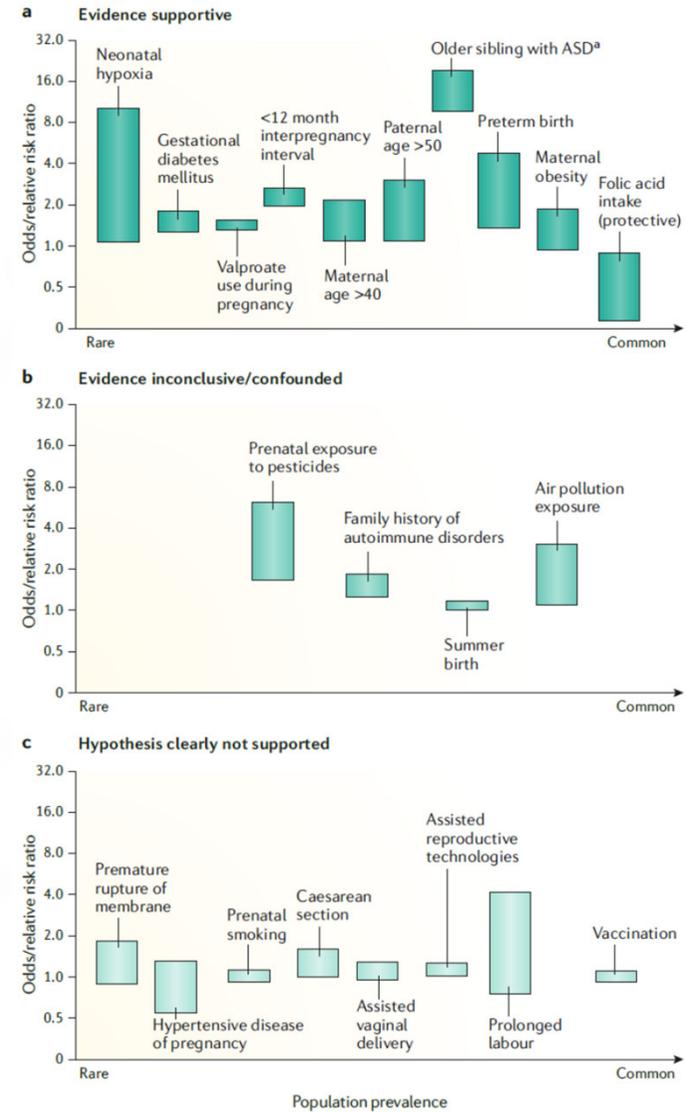


s.a. Mandell & Lecavalier, 2014

Prävalenzrate von ca. 1 %

Erhöhte Prävalenzraten aufgrund von:

- Veränderung der diagnostischen Kriterien
- Verbesserung der diagnostischen Instrumente
- Verbesserte Früherkennung durch Kinderärzte/Erziehungspersonal usw...



Lord et al., 2020; Nature Rev Dis Prim

Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion (I)

- **Fähigkeit, soziale Interaktionen durch nonverbales Verhalten zu regulieren**↓
 - Blickkontakt, Mimik, Gestik, soziales Lächeln ↓
 - Verständnis für non-verbal vermittelte soziale Signale ↓
- **Fähigkeit, Beziehung zu Gleichaltrigen aufzubauen** ↓
 - Wenig Interesse an Gleichaltrigen ↓
 - Kein Phantasiespiel
 - Reaktion auf Annäherungsversuche anderer unangemessen oder fehlend
 - Fähigkeit, Freundschaften aufzubauen und zu halten

Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion (II)

- **Sozio-emotionaler Gegenseitigkeit** ↓
 - Erkennen der und Reaktionen auf die Emotionen anderer abweichend (zB. Können nicht trösten)
 - Verhaltensmodulation entsprechend des sozialen Kontextes ↓
 - Andere Personen scheinen wie Gegenstände benutzt zu werden
- **Spontanes Teilen von Freude, Interessen mit anderen** ↓
 - Andere werden nicht auf relevante Dinge gelenkt, um sie daran zu interessieren („joint attention“)

Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation und Sprache (I)

- Etwa ein Drittel der Kinder entwickeln keine oder eine unverständliche Sprache
- Keine Kompensation der mangelnden Sprachfähigkeiten durch Mimik oder Gestik
 - kein spontanes Imitieren der Handlungen anderer (bes. <4 J.)
 - später kein spontanes oder phantasievolles (Symbol-) Spielen
- Stereotype, repetitive sprachliche Äußerungen
 - neologische Wortbildungen
 - Vertauschung der Personalpronomina
 - verzögerte Echolalie

Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation und Sprache (II)

- Auffällige Sprachpragmatik
 - Kein sprachlicher Austausch im Sinne einer Konversation
 - Gestörtes Verständnis für sprachlich vermittelte soziale Signale (Ironie, Witze, Metaphorik, Redensarten)
- Auffällige Sprachprosodie
 - fehlende kommunikative Modulation (Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Tonfall, Rhythmus)
- **Asperger Syndrom: Keine eindeutige Sprachentwicklungsverzögerung**
 - Einzelne Worte werden im 2. Lebensjahr oder früher benutzt, Sprache häufig „geschraubt“, professoral“

Repetitive, restriktive und stereotype Verhaltensmuster

- Stereotype und repetitive motorische Manierismen
 - Drehen oder Flackern der Finger vor den Augen, Schaukeln, Auf- und Ab-Hüpfen
- Ausgedehnte Beschäftigung mit stereotypen, ungewöhnlichen Handlungen und eng begrenzten Spezialinteressen
 - zwanghaftes Festhalten an nicht-funktionalen Handlungen oder Ritualen
 - extrem ängstliche oder beunruhigte Reaktion bei Unterbrechen dieser Handlung
- Beschäftigung mit nicht-funktionellen Elementen von Gegenständen
 - ungewöhnliches Interesse an sensorischen Teilaspekten wie am Anblick, Berühren, an Geräuschen, am Geschmack oder Geruch von Dingen oder Menschen
 - Sensorische Abnormalitäten (Über- oder Unterempfindlichkeit)

Übersicht über die wichtigsten Therapieansätze



Eltern- und Familienberatung



Medikamentöse Behandlung



Frühförderung und Sprachanbahnung



Verhaltenstherapie und ergänzende Maßnahmen



Interaktionsförderung – Training sozialer Fertigkeiten



Lebensumfeld und Alltagsgestaltung



Verselbständigung - Arbeitssuche

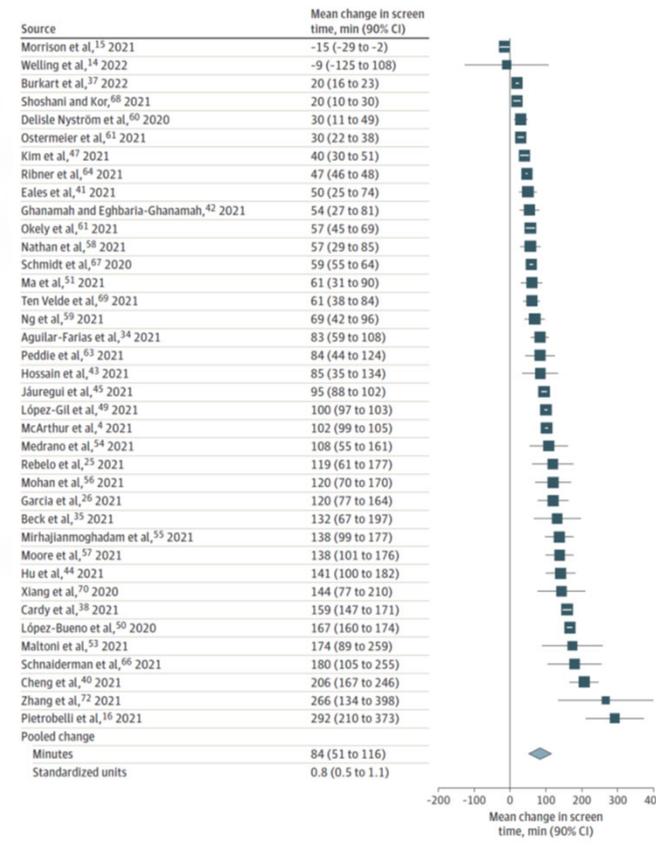


ICD-11: Autismus Spektrumsstörung

Kognitive Fähigkeiten	Funktionale Sprache
Keine Beeinträchtigung	Keine Beeinträchtigung
Beeinträchtigung	Keine Beeinträchtigung
Keine Beeinträchtigung	Beeinträchtigung
Beeinträchtigung	Beeinträchtigung
Beeinträchtigung	keine funkt. Sprache

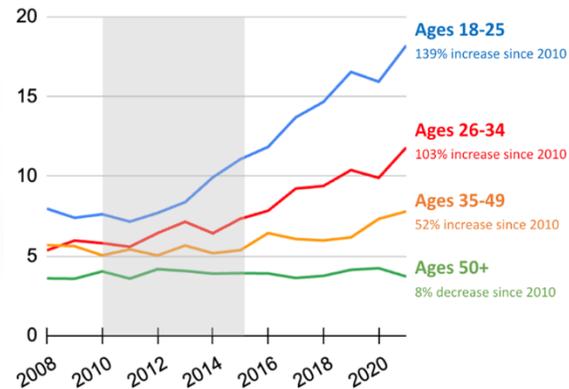
Screen time

- Meta-Analyse (n=46 Studien, 29.017 Kinder, mAlter: 9±4,1)
- Baseline: 162 Minuten/d → +84 Minuten/d (+52%)
- V.a. bei 12-18-jährigen



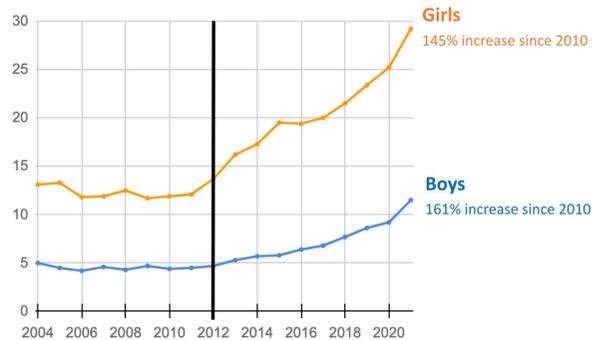
Ein Wort der Vorsicht

Percent U.S. Anxiety Prevalence

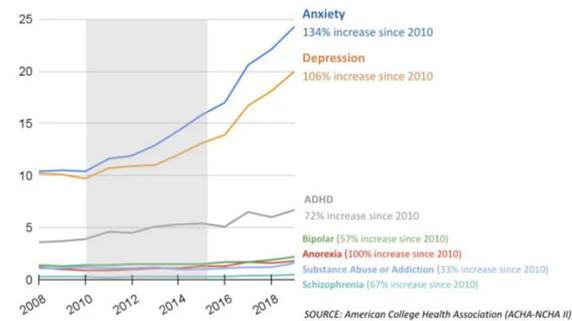


SOURCE: U.S. National Survey on Drug Use and Health

% US Teens with Major Depression

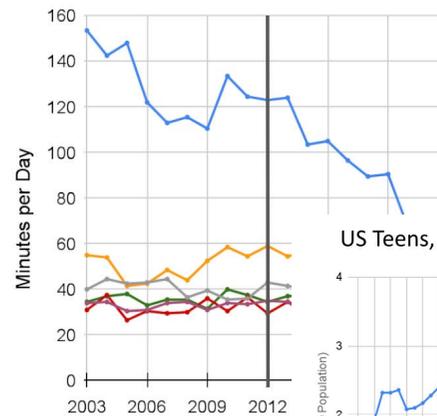


Percent of U.S. Undergraduates Diagnosed with a Mental Illness

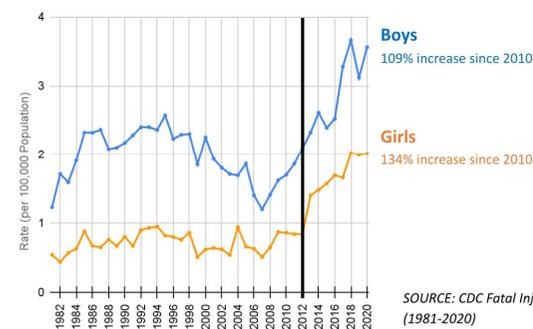


SOURCE: American College Health Association (ACHA-NCHA II)

Daily Avg Time with Friends (minutes)



US Teens, Suicides (Ages 10 – 14)



SOURCE: CDC Fatal Injury Reports (1981-2020)

Widersprüchliche Studienlage

- Social media use: kein Prädiktor für depressive Symptomatik in 2-6 Jahres FU Studien (n=594 Jugendliche ($M_{age} = 12.21$) und n= 1,132 Studierende ($M_{age} = 19.06$))
- Systematischer Review:
 - *“The review highlights that most research [...] has generated **a mix of often conflicting small positive, negative and null associations**. The most recent and rigorous large-scale preregistered studies report small associations between the amount of daily digital technology usage and adolescents' well-being that do not offer a way of distinguishing cause from effect and, as estimated, are **unlikely to be of clinical or practical significance**.”*
- Umbrella review of 25 reviews: *“In all, the available meta-analytic evidence suggests that **SNS use is weakly associated with higher levels of ill-being but also with higher levels of well-being**”*

The great rewiring?

- ABCD study: n=11.500 (9-12 years)
- Screen media activity über 2 Jahre
- Verschiedene Messinstrumente zu Wohlbefinden, psychischer Gesundheit und MRT Scans (funktionelle Konnektivität)
- Keine Zusammenhänge zwischen Screen Aktivitäten und diesen Bereichen

Internet Gaming Disorder: DSM-5

TABELLE 1

Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder (DSM-5, 2015)*

Kriterium 1	übermäßige Beschäftigung (z. B. gedankliche Vereinnahmung durch Computerspiele)
Kriterium 2	Entzugssymptomatik (z. B. Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit), wenn das Spielen wegfällt
Kriterium 3	Toleranzentwicklung (z. B. Bedürfnis nach zunehmend längeren Spielzeiten)
Kriterium 4	erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren
Kriterium 5	Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen (als Ergebnis des Spielens)
Kriterium 6	Fortführung eines exzessiven Spielens, trotz Einsicht in die psychosozialen Folgen
Kriterium 7	Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens
Kriterium 8	Nutzen von Spielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z. B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit)
Kriterium 9	Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund des Spielens

* zur Diagnosestellung müssen mindestens 5 von 9 Kriterien in den letzten 12 Monaten erfüllt worden sein

Prävalenz von Internet Gaming Disorder nach DSM-5

- International: populationsbasierte Studien: ~2%
- D: N = 1531 Alter: 12-25 Jahre
- Instrument: Internet Gaming Disorder Scale
- Prävalenz: gesamt: 5,7 %
 männlich: 8,4 %
 weiblich: 2,9%
- Zusammenhänge mit :
 - höheren Depressionsscores
 - höherer Ängstlichkeit
 - Vernachlässigung sozialer Kontakte

ICD-11: Gaming disorder (6C51)

Muster: persistierendes, wiederkehrendes Verhalten: online oder offline

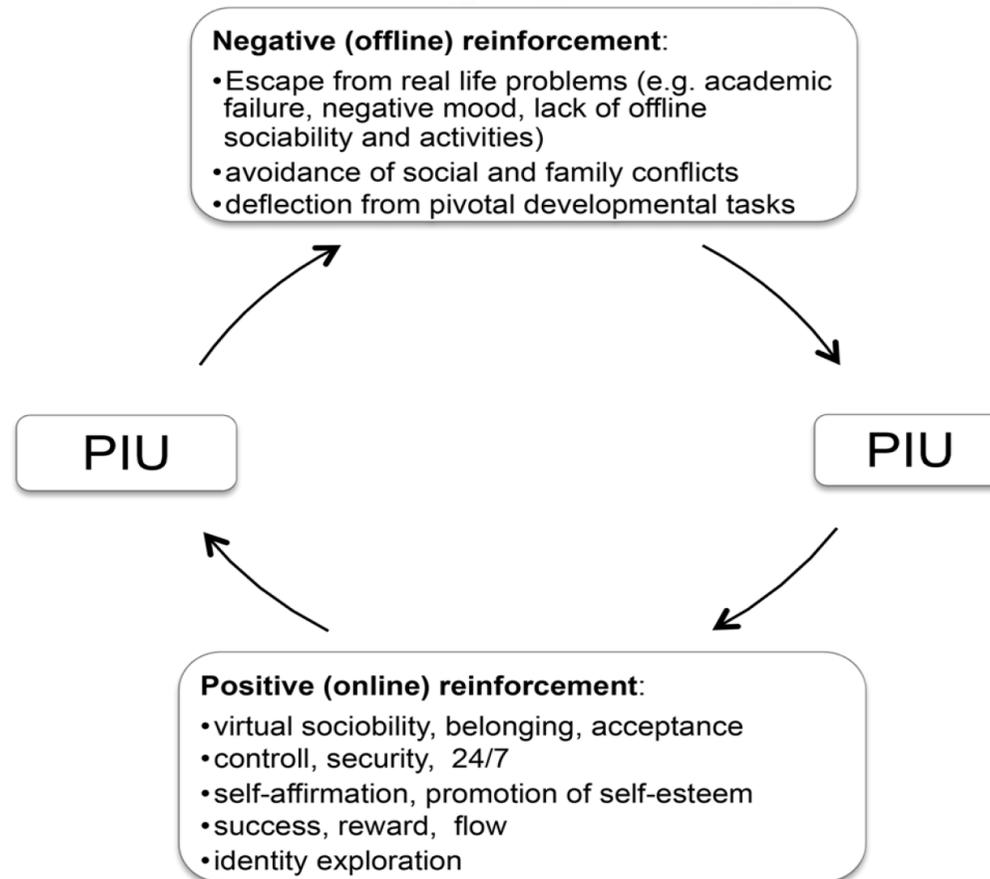
- 1) Eingeschränkte Kontrolle über Spielen (e.g., Beginn, Beendigung, Intensität,...)
- 2) Zunehmende Priorisierung über andere Interessen und Aspekte des täglichen Lebens
- 3) Kontinuität oder Eskalation trotz negativer Konsequenzen

Ausreichender Schweregrad: führt zu Funktionseinschränkungen (persönlich, familiar, sozial, schulisch/ Ausbildung)

Kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend

min. 12 Monate (Verkürzung möglich bei ausreichender Schwere)

Negative und positive Verstärker - circulus vitiosus



Therapieelemente

- Psychoedukation
- motivierende Gesprächsführung
- Protokollierung / Verhaltensanalysen
- Selbstsicherheitstraining
- Training sozialer Fertigkeiten
- Problemlöse- / Selbstmanagementtraining
- Entspannungstraining
- Enge Einbeziehung der Familien
- Behandlung von Komorbiditäten

Therapieprogramme: Meta-Analyse

- Meta-Analyse: n=58 RCTs mit 2871 TN
 - Gruppentherapieprogramme (SMD: -1,37)
 - CBT (SMD: -1,88)
 - Sport (SMD: -1,70)
- Alle Programme. Sign. Reduktion von IA
 - Gruppe: höchste Effektivität: Zeitmanagement, interpersonelle und Gesundheitsthemen, Toleranz und zwanghafte Internetnutzung
 - CBT: Effekt auf Depression, Angst, Somatisierung, soziale Unsicherheit, Aggressivität, paranoide Gedanken
 - Sport: effektiv, auch gegen Entzugssyndrome

Frontalcortex outsourcen

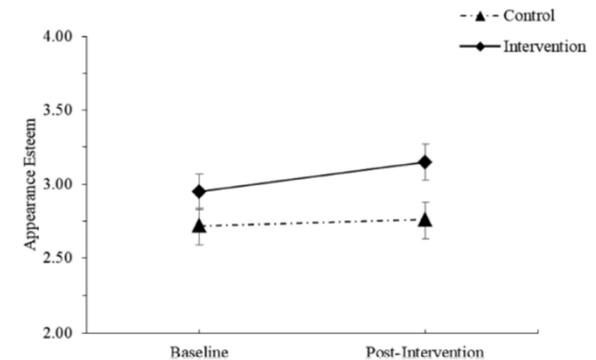
one sec

N=280

57%↓ App Gebrauch in sechs Wochen

N=220, 17-25a

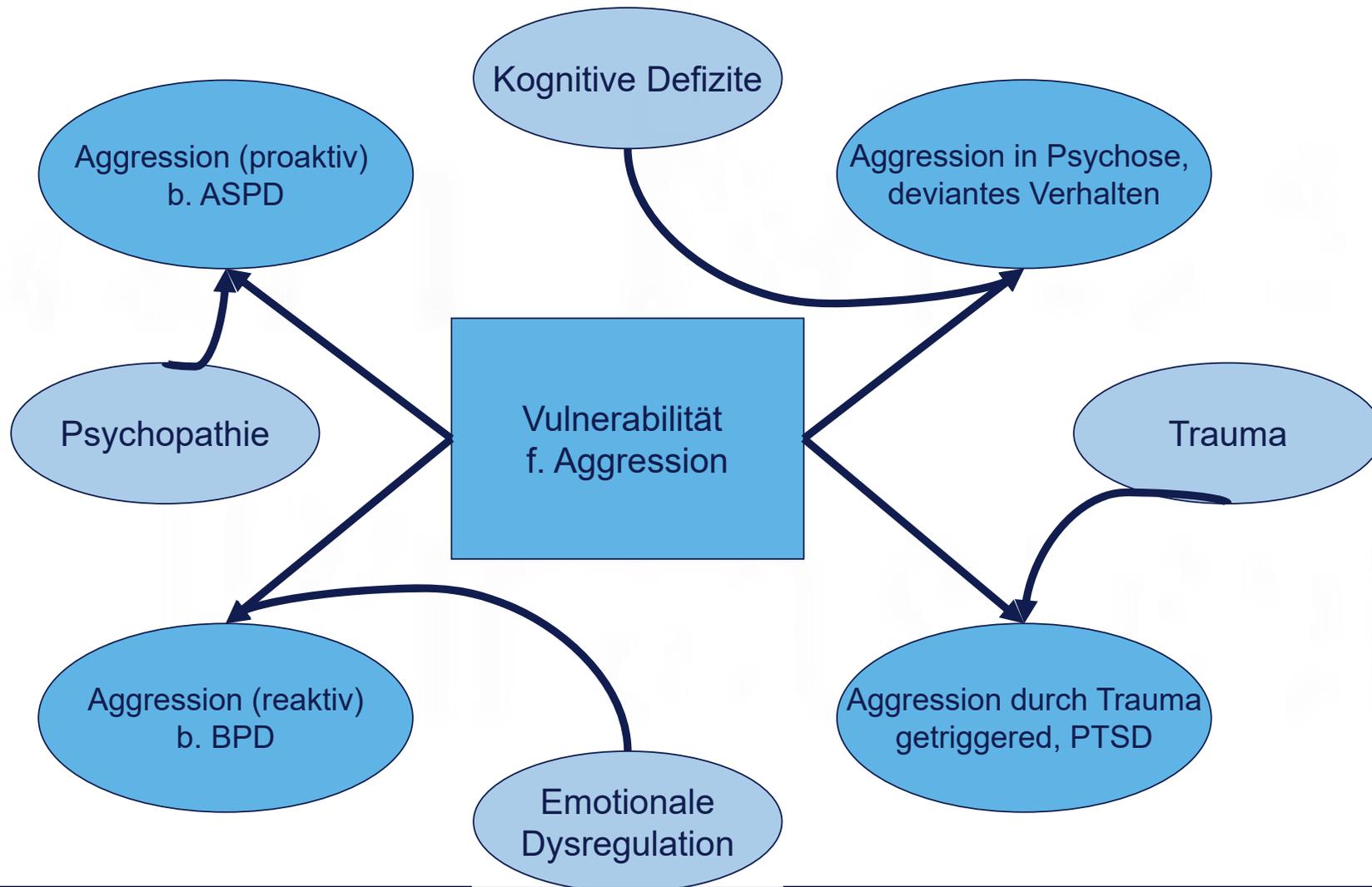
Reduktion v. social media Konsum auf 1h/d für 3 Wochen



Störung des Sozialverhaltens



Ätiologie



HOT or COLD Aggression

Hans Steiner (2005)

- | | | | |
|---|------------------|---|---------------------|
| • | HOT | • | COLD |
| • | RADI | • | PIP |
| • | Reactive | • | Planned |
| • | Affective | • | Instrumental |
| • | Defensive | • | Proactive |
| • | Impulsive | | |



Eltern bei Kindern mit SSV zeigen häufiger:

- Mangel an klaren Alltagsregeln
 - (abends zu Hause sein, Hausaufgaben, Mithilfe)
- Inkonsistente Bestrafungsregeln
- kaum nicht-aggressive Strafen
 - (time-out; "abarbeiten", Entzug von Privilegien)
- rigorose Ankündigung von Strafmaßnahmen
 - (keine Diskussion über Kompromisse)

Protektive Faktoren

- Hoher IQ
- „ruhiges“ Temperament
- Fähigkeit gut mit anderen in Kontakt zu kommen
- Gute schulische Arbeitshaltung
- Außerschulische Kompetenzen
- Gute Beziehung zu min. einem Elternteil od. anderem wichtigem Erwachsenen
- Prosoziale peers
- Schumatmosphäre, die Wert auf Erfolg, Verantwortung und Selbstdisziplin legt

Definition

- **SSV=**

- Muster dissozialen, aggressiven od. aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen.
- >6 Monate
- Oft gleichzeitig schwierige psychosoziale Umstände
- Ev. mit Symptomen einer emotionalen Störung (Angst, Depression) gemeinsam

Leitsymptome

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten od. Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige od. schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen od. Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

Subtypen: ICD-10 –old-school

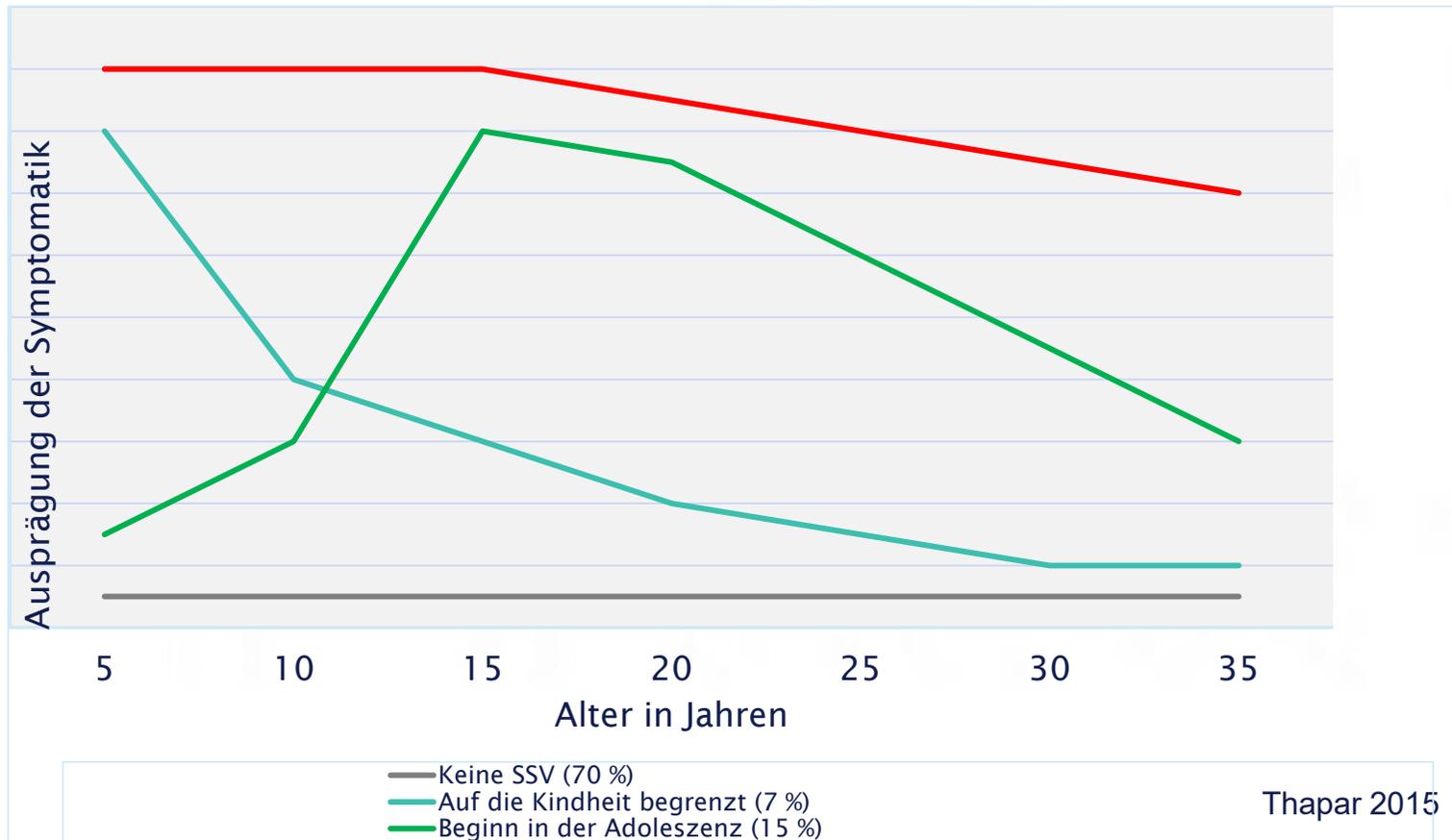
SSV-Subtypen

- F91.0 auf den familiären Rahmen beschränkt
- F91.1 bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2 bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3 mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten

SSV mit Komorbiditäten

- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F 92.8 Kombinierte St. d. Sozialverhaltens und der Emotionen

Alter und Diagnose



Specifier „With limited prosocial emotions“: CU traits

- Fehlendes Schuldgefühl
- Fehlende Empathie
- Kaltes Benutzen anderer für eigene Zwecke

- Stabil von Kindheit bis ins Erwachsenenalter

- Prädiktor für Psychopathie und Delinquenz im Erwachsenenalter:
 - Mehr Kapitalverbrechen, längere Gefängnisstrafen

WLPE

- Defizite in Prozessierung negativer emotionaler Stimuli
- Defizite in der Erkennung von Angst und Stress bei anderen
- Weniger sensibel bzgl. Bestrafungsreizen
- Erwarten sich ein positiveres Ergebnis in aggressiven Situationen
- Furchtlosigkeit, „thrill-seeking“
- Weniger ängstlich

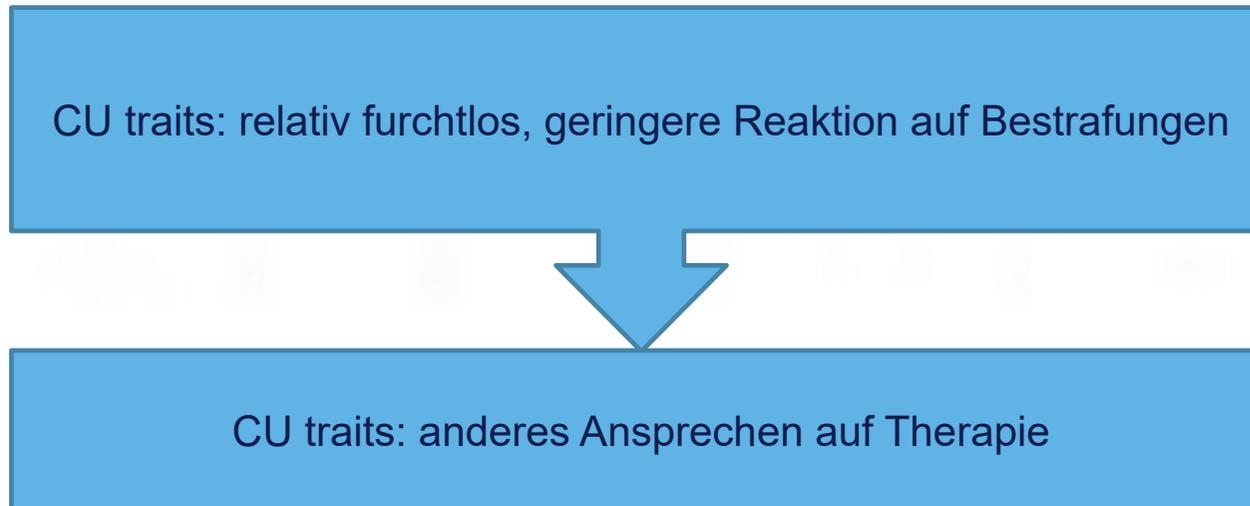
ICD-11: 6C91 Conduct-dissocial disorder

- Repetitives und überdauerndes Verhaltensmuster
- Verletzung von Grundrechten anderer, altersadäquater sozialer Normen, Regeln oder Gesetze
- Etwa: Aggression gegen Menschen oder Tiere, Betrug, Diebstahl
- Ausreichender Schweregrad um zu Funktionseinschränkungen zu führen: persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich
- Durchgängig (min. 12 Monate) vorhanden, keine isolierten dissozialen oder kriminellen Handlungen

ICD-11: 6C91 Conduct-dissocial disorder

- Childhood onset: <10a
- Adolescent onset: keine Anzeichen vor 10a
- **childhood onset with limited prosocial emotions**
- In addition, the individual exhibits characteristics that are sometimes referred to as ‘callous and unemotional’. These characteristics include a lack of empathy or sensitivity to the feelings of others and a lack of concern for others’ distress; a lack of remorse, shame or guilt over their own behaviour (unless prompted by being apprehended), a relative indifference to the probability of punishment; a lack of concern over poor performance in school or work; and limited expression of emotions, particularly positive or loving feelings toward others, or only doing so in ways that seem shallow, insincere, or instrumental.
- **childhood onset with typical prosocial emotions**
- The individual does not exhibit characteristics referred to as ‘callous and unemotional’, such as lack of empathy or sensitivity to the feelings of others and a lack of concern for others’ distress.

CU: klinisch relevant?



- Geringeres Ansprechen auf Elterninterventionen:
 - Gleiches Ansprechen auf Verwendung positiver Verstärker und Förderung prosozialen Verhaltens
 - Geringeres Ansprechen auf negative Verstärker

Stationäre Behandlung

- Eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung soll unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden:
 - akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in Verbindung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z. B. Suizidalität, ext rem geringe Impulskontrolle);
 - eine Fremdgefährdung ohne begleitende psychische Störung, welche die Fremdgefährdung wesentlich beeinflusst, stellt keine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahme dar.
- *Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%*

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ö

- KJP: Eigenes Fach seit 2007
- Bevölkerungsgruppe 0-18a: 1,6 Millionen
 - In Kliniken: 100 Fachärzt:innen
 - Kassensitz: 48 Fachärzt:innen
 - In Ausbildung: 93 Ausbildungsärzt:innen
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit:
 - KJP (teil-)stat. Behandlungsplätze: 0.11 (BMZ: Betten/Population x 1,000)=890 Plätze
 - Realität: BMZ: 0.05 (437 stationäre Plätze, 138 teilstationäre Plätze); 9.2% aller stat. Plätze aufgrund von Personalmangel geschlossen



Fazit

- Multiple Krisen gehen mit einem Anstieg der Häufigkeit psychischer Erkrankungen einher
- Klassifikationssysteme funktionieren (zumeist) kategorial, Psychopathologie aber dimensional
- Grat zwischen „Normalität“ und Pathologie nicht immer scharf differenzierbar
- Abhängigkeit von gesellschaftlichem Konsens

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

paul.plener@meduniwien.ac.at