



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm

Psychische Situation von Heimkindern

Michael Kölch

Ulm, 20.9.2011





Forschungsförderung:

BMBF

BMFFSJ

Schweizer Bundesamt für Justiz

Eli Lilly International Foundation

Boehringer Ingelheim

Europäische Akademie

Mitarbeit in klinischen Studien

Eli Lilly

Astra Zeneca

Janssen-Cilag

Reisebeihilfen/Vortragshonorare:

Universität Rostock

DGKJPP

UCB

diverse gemeinnützige Organisationen

Keine Aktien, keine Beteiligungen an Pharmafirmen





Wie belastet sind Jugendliche in institutioneller Erziehung?

Children and youth residing away from their parents (...) represent one of the most vulnerable and disadvantaged groups in Western society.

Tarren-Sweeney, 2008, S.345





Kinder und Jugendliche in institutioneller Erziehung: hohe Prävalenz für psychische Störungen

44 – 96 % erfüllen die Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Störung

Blower et al., 2004; Ford et al., 2007; McCann et al., 1996; Meltzer et al., 2003b; Schmid et al., 2008

hohe Komorbidität und komplexe Psychopathologie

Tarren-Sweeney, 2008

„Ultra high risk“ verglichen mit anderen Hochrisikogruppen: sehr viel höhere psychosoziale Belastung/ Prävalenz psychiatrischer Diagnosen

Ford et al. 2007, Meltzer et al., 2003a; Meltzer et al., 2000; Meltzer et al., 2004a, 2004b

Ulmer Heimkinderstudie (557 Jungen und Mädchen)

- 60 % mindestens eine,
- 38 % mehr als eine ICD-10 Diagnose
- Häufigste Diagnosen:
- 26 % Störung des Sozialverhaltens
- 22 % hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Schmid, 2007





Kinder und Jugendliche in institutioneller Erziehung: hohe Prävalenz für traumatische Erfahrungen

Erhöhte Rate (60-70%) an Traumatisierungen durch Vernachlässigung, Misshandlung und Mißbrauch

Richardson & Lelliott, 2003, Hukkanen et al. 2003, Klein et al. 2003, Burns et al., 2004; Ihle et al., 2002

Fähigkeit der Emotionsregulation, insbesondere der Emotionserkennung von traumatisierten Kindern, unterscheidet sich deutlich von Kindern ohne belastende Erfahrungen

Cicchetti & Toth, 1995; Petermann & Wiedebusch, 2002; Pollak et al. , 2002; Smith & Walden, 1999; Shields & Cicchetti, 2009

Einfluss von Zeitpunkt und Art von Misshandlung:

Kleinkindalter: externalisierendes und aggressives Verhalten

Vorschulphase: internalisierende Symptomen/sozialer Rückzug

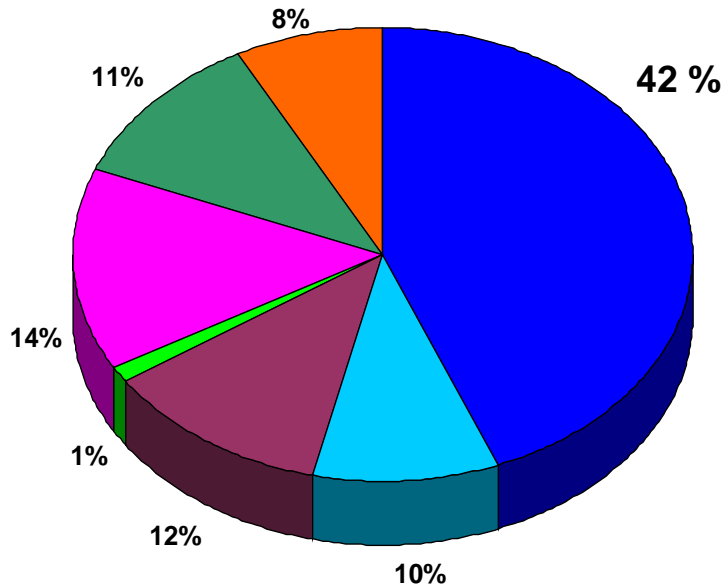
Manly et al. 2001



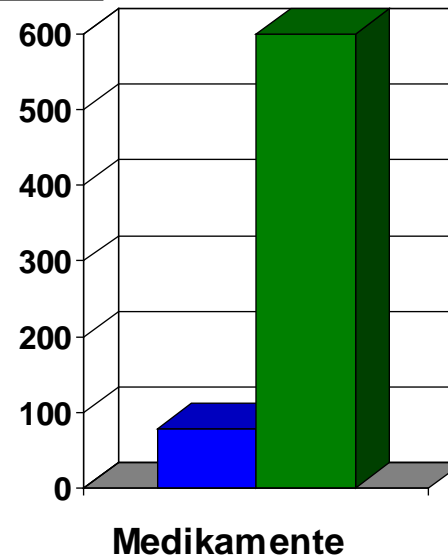


Kinder und Jugendliche in institutioneller Erziehung: Gefahr der Fehlversorgung

Jugendliche in Behandlung



Ulmer Heimkinderstudie (Schmid 2007)



12 % (86) Kinder+Jugendliche
medikamentös behandelt



Medikamentöse Versorgung im internationalen Vergleich

Heimkinder: häufiger Psychopharmakotherapie und Polypharmazie:

77% Heimkinder mind. 1 Psychopharmakon

Breland-Noble et al. PsychServ 2004 55(6): 706-708

USA foster care:

- Psychopharmakotherapie: 38% der Kinder
 - 41%: 3 verschiedene Substanzklassen
 - 16%: 4 verschiedene Substanzklassen
- kaum Zusammenhang Substanz mit zugrundeliegender Diagnose
- Unterschiede regional + soziökonomischer Status

Zito et al. Pediatrics 2008 121(8): 157-163, Rubin et al. Pediatrics 2009 124(2):305-312

In Deutschland:

generell deutlich geringere Prävalenz für Psychopharmaka bei MJ in Deutschland + eher kein Zusammenhang mit sozioökonomischen Status und Medikation

Koelch et al. J Child Adolesc Psychopharm 2009 19(6):765-770





Warum ist das alles wichtig für Behandlung und Betreuung?

Je grösser die psychosoziale Belastung der Jugendlichen, desto wahrscheinlicher Abbrüche oder schwierige Verläufe

Baur et al. 1998

Je mehr Beziehungsabbrüche und gescheiterte Hilfen in der Vorgeschichte, desto schlechter die Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemassnahme. Jeder Wechsel ist zudem mit Ressourcenaufwand/Kosten im Jugendhilfesystem verbunden.

EVAS, 2004

Zahl der Beziehungsabbrüche geht mit höherer Delinquenz auf dem weiteren Lebensweg einher

Ryan & Testa, 2004





MAZ.-Studiendesign

MAZ.: Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen in der Schweiz

Finanziert durch das Schweizerische Bundesamt für Justiz

Beteiligte Studienzentren: Basel, Romandie, Tessin und Ulm

Jan. 2007: Reform des schweizerischen Jugendstrafgesetzes (JStG)

- Art. 9: Persönliche Verhältnisse der Jugendlichen müssen abgeklärt werden
- Art. 19: Maßnahme muss auf therapeutische Wirkung untersucht werden

Ziel des Projektes: Unterstützung der Institutionen durch Bereitstellen geeigneter Instrumente





Projektphasen Modellversuch zur Abklärung von Zielerreichung in Massnahmen – MAZ.

MAZ.

MAZ. 1

Deutsch-Schweiz

MAZ. 2

Deutsch-Schweiz

Romandie

Italienische Schweiz

2007

Sommer 2009

Februar 2011





Studiendesign: epidemiologische + Verlaufs- Untersuchung: interventional research

t1: Computergestützte
psychometrische
Messungen;
Zieldefinition

Diagnostische
Interviews

t2: Computergestützte
psychometrische
Messungen;
Zielerreichungs-
überprüfung

12 Monate später oder
bei Beendigung der
Maßnahme



Verfahren

Selbstbeurteilung/Fremdbeurteilung

YSR (bis 18 Jahre) Youth Self-Report

YASR (ab 18 Jahre) Young Adult Self-Report

CBCL/YBCL

ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität

Fragen zur Zufriedenheit

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

FTNA (Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit)

SDS (Severity of Dependence Scale)

MAS Multiaxiales System Achse 6

Maysi-2:

JTCI: Junior Temperament Character Inventory

YPI (Youth Psychopathic Trait Inventory):

Kriminologische Fragen

Anamnesefragebogen

Fachärztliche Untersuchung mit K-SADS

Verhaltensauffälligkeiten (wie Aufmerksamkeitsprobleme, Aggressives Verhalten)

Lebensqualität resp. Handlungsfähigkeit

hinsichtlich der Maßnahme

Screening für Störungen durch Alkoholgebrauch

Körperliche Nikotinabhängigkeit von Rauchern

Abhängigkeitserleben von Konsumenten illegaler Substanzen

Psychosoziales Funktionsniveau

Screening für erhöhtes Risiko für psychische Störungen, das im amerikanischen Jugendstrafvollzug eingesetzt wird.

Persönlichkeit; Temperaments- und Charakterdimensionen

Psychopathische Eigenschaften

Fragen zu erfahrenen und selbst begangenen

Ordnungswidrigkeiten bzw. Gesetzesüberschreitungen, angelehnt an Münsteraner Längsschnittstudie von Boers & Reinecke (2007)





Stichprobe

592 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus 64 Einrichtungen

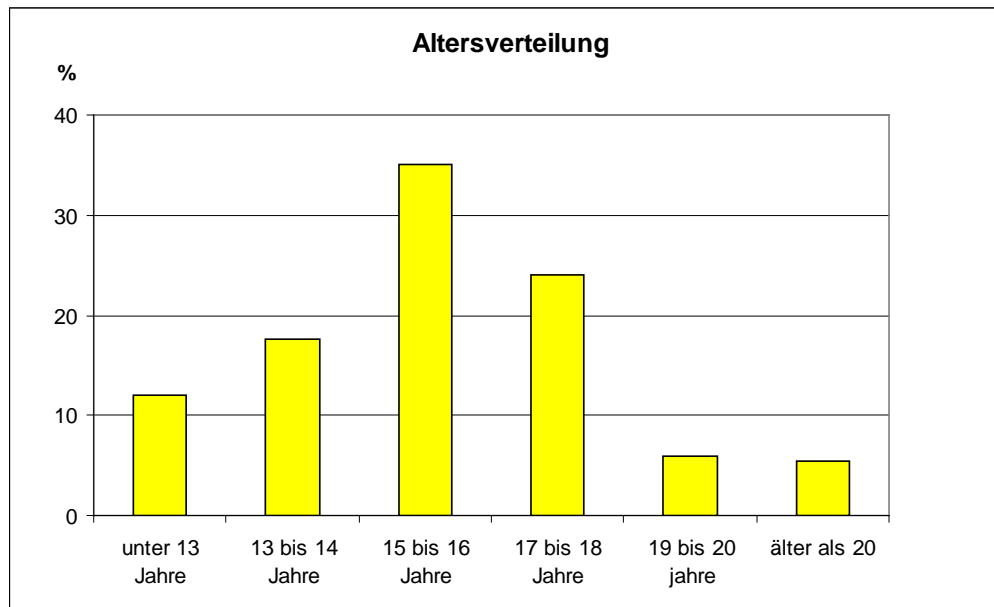
402 Jungen (67,9%) und 190 (32,1%) Mädchen

462 (78,0%) in der Schweiz geboren

429 Teilnehmer aus der Deutschschweiz (72,5%), 102 aus der Romandie (17,2%), 61 aus dem Tessin (10,3%)

Unterbringungsgrund: 54% zivilrechtlich, 26% strafrechtlich

Alter: \bar{x} 16,08 ($s = 3,07$)

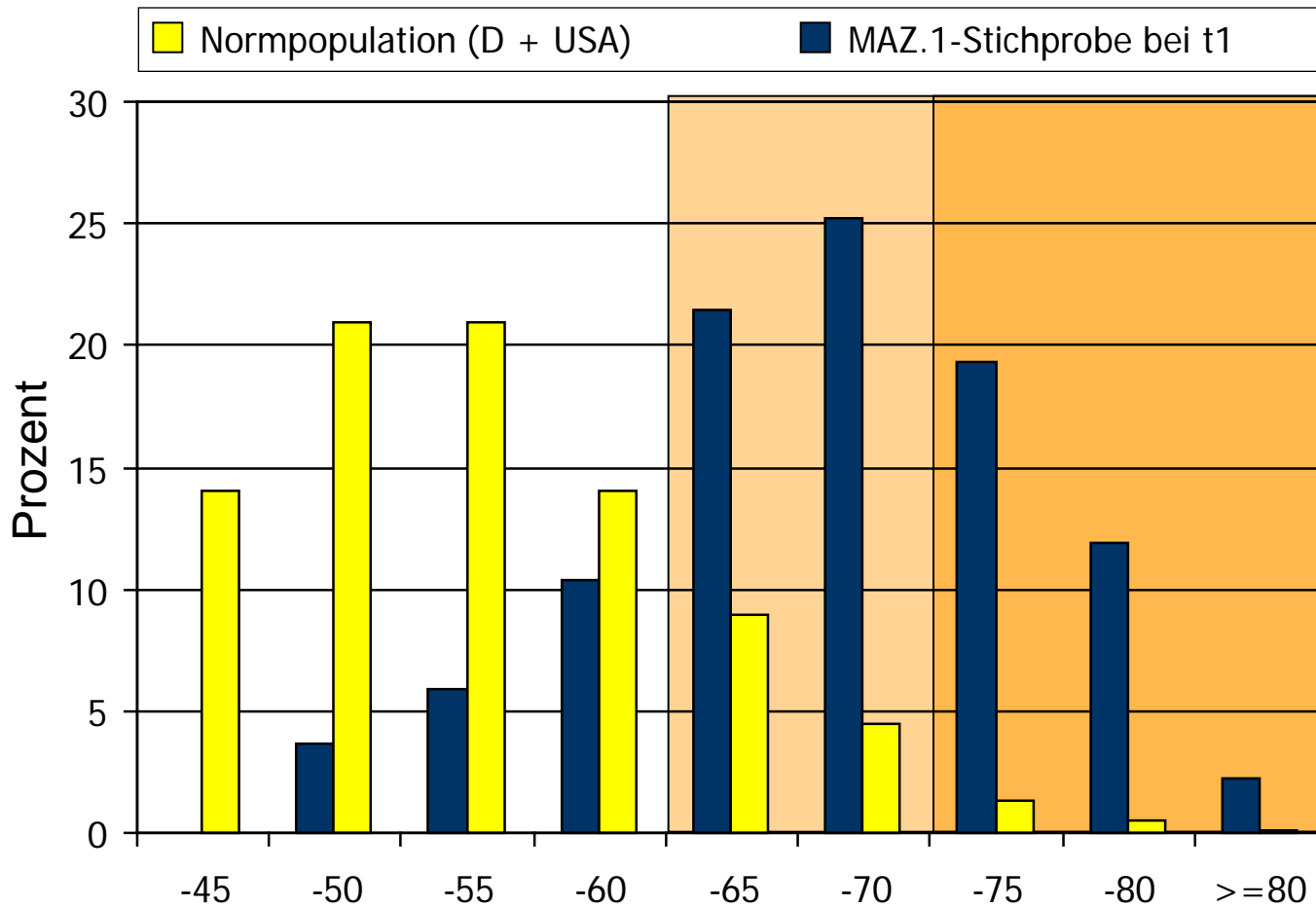




Psychische Auffälligkeiten



Fremdeinschätzung beim CBCL



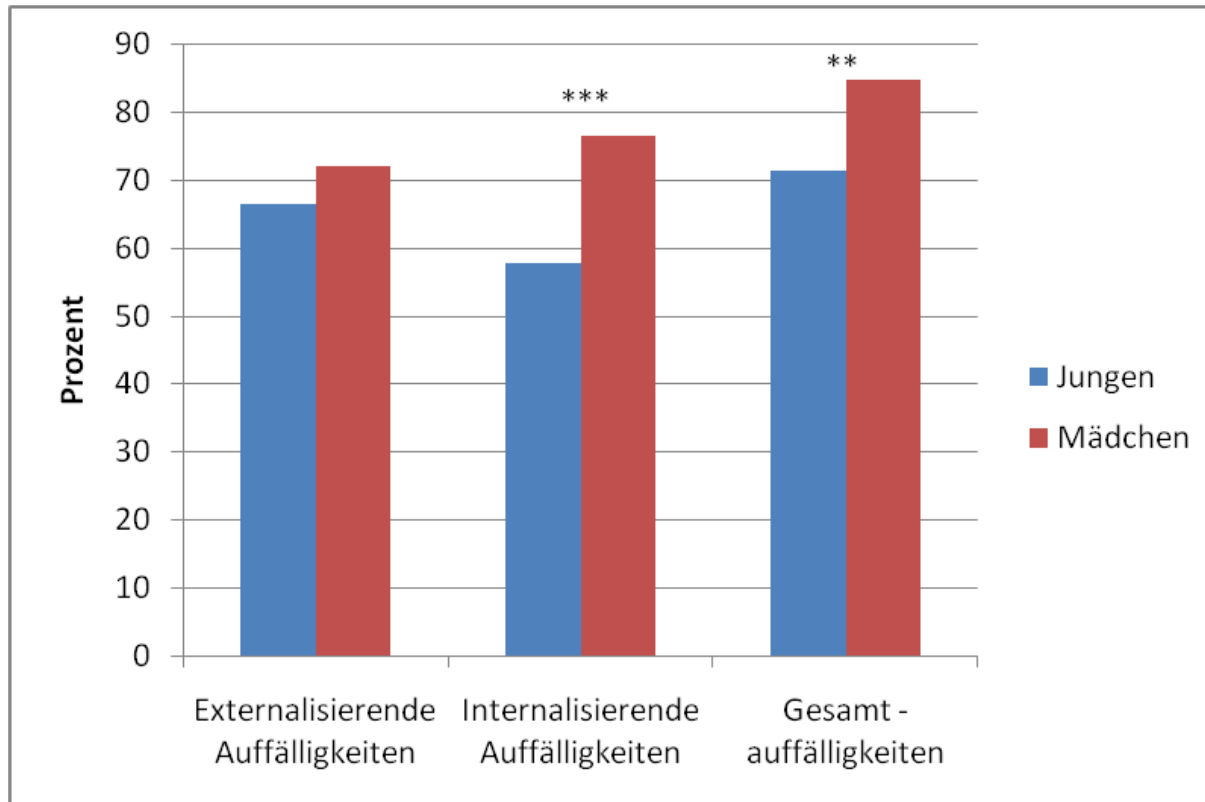
80% der Stichprobe bei t1 im klinisch auffälligen Bereich.

33% bei t1 im klinisch hoch auffälligen Bereich (T-Wert über 70).

>18-jährige zeigen beim YABCL ein ähnliches Bild



Psychische Probleme: Mädchen werden als auffälliger beschrieben



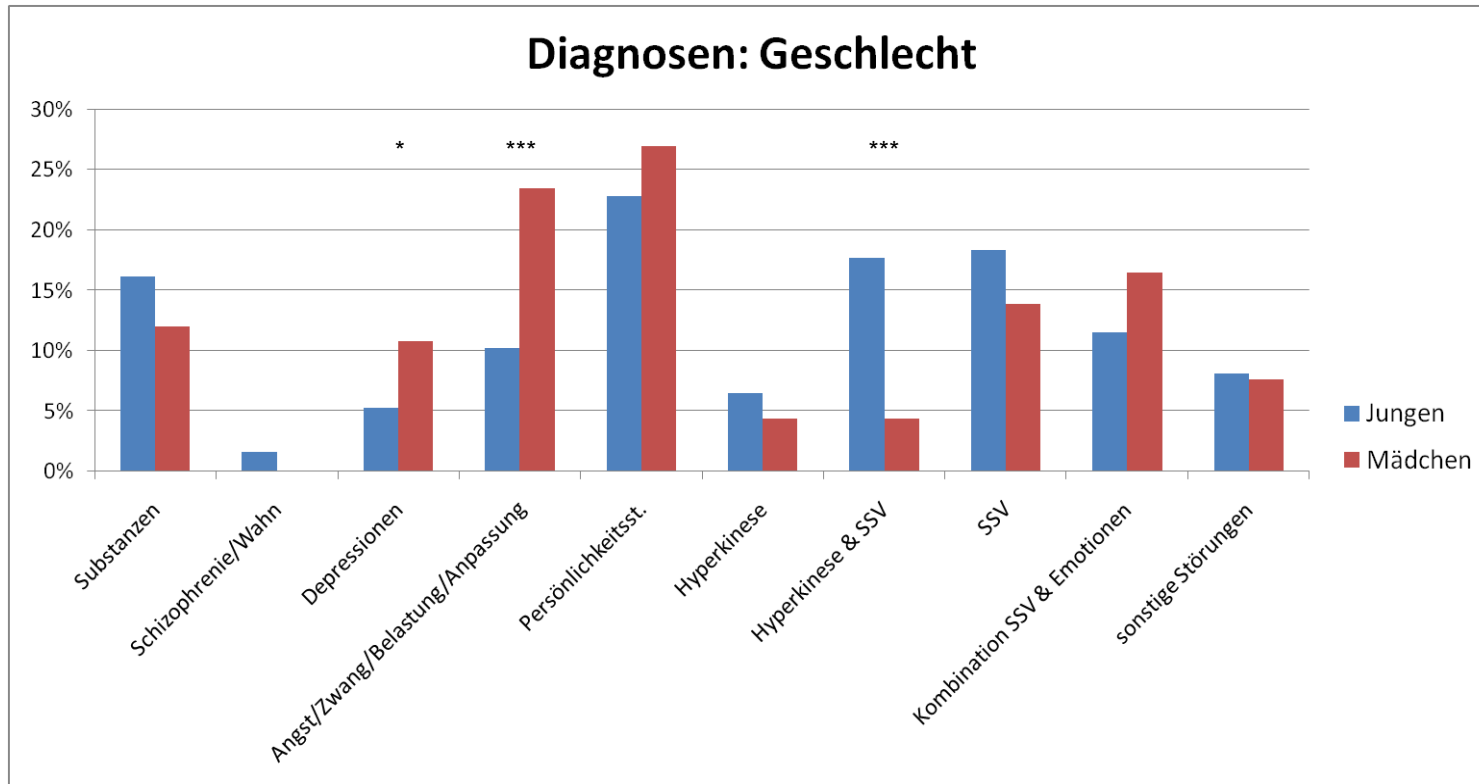


Diagnosen nach ICD-10



Diagnosen

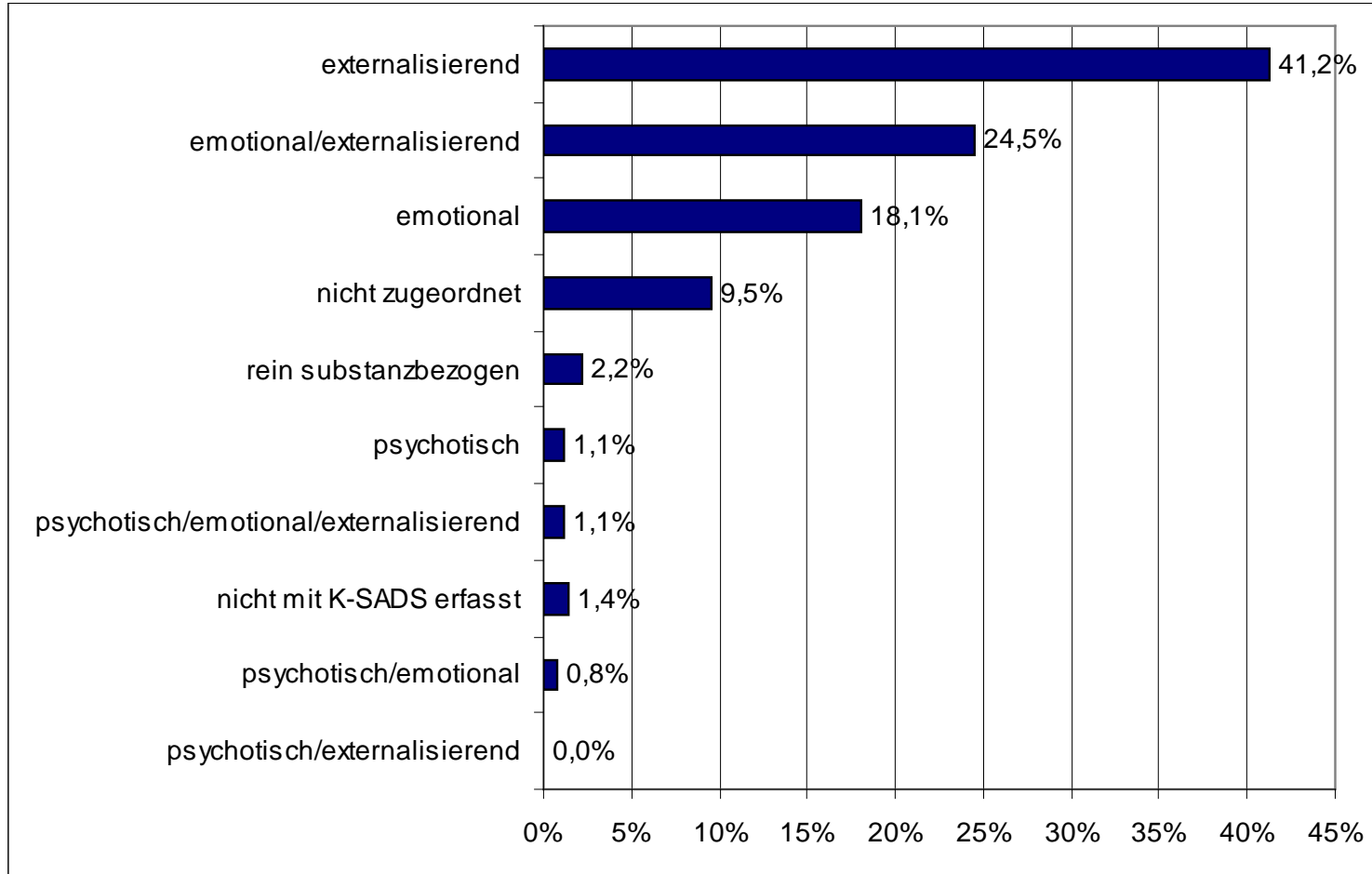
Je 74% der Jungen und der Mädchen haben mind. eine Diagnose.



N=480, bei Persönlichkeitsstörungen N=439



Zuordnung der Personen zu den Diagnosegruppen



Jede Person wird eindeutig einer einzelnen Diagnosegruppe zugeordnet





Hauptdiagnose nach ICD-10 (N=483), Teil 1

F-Kategorien der ICD-10	N (%)	Inhaltliche Gruppierung	N (%)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	7 (1,4%)	Alkohol	2 (0,4%)
		Cannabinoide	5 (1,0%)
		Abhängigkeit von mindestens einer Substanz	2 (0,4%)
		Missbrauch oder sonstiger Konsum mindestens einer Substanz	5 (1,0%)
F2 Schizophrene und andere wahnhafte Störungen	4 (0,8%)	Schizophrene, schizoaffektive und andere wahnhafte Störungen	4 (0,8%)
F3 Affektive Störungen	32 (6,6%)	Manische/bipolare affektive Störungen	6 (1,2%)
		Einzelne depressive Episode	17 (3,5%)
		Rezidivierende/anhaltende depressive Störung	9 (1,9%)
F4/F93 Angst- und Belastungsstörungen	58 (12,0%)	Angststörungen (inkl. gemischten Angststörungen)	23 (4,8%)
		Zwangsstörungen	2 (0,4%)
		Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung	16 (3,3%)
		Anpassungsstörungen (und sonstige Reaktionen auf schwere Belastung)	17 (3,5%)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3 (0,6%)	Essstörungen	3 (0,6%)

Jede Person wird entsprechend ihrer Hauptdiagnose (Diagnose, die laut Rater-Urteil zur größten Teilhabebeeinträchtigung führt) eindeutig einer Kategorie zugeordnet





Hauptdiagnose nach ICD-10 (N=483), Teil 2

F-Kategorien der ICD-10	N (%)	Inhaltliche Gruppierung	N (%)
F6 Persönlichkeitsstörungen	57 (11,8%)	Schizoide PS	1 (0,2%)
		Dissoziale PS	6 (1,2%)
		Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus	10 (2,1%)
		Anankastische PS	2 (0,4%)
		Ängstlich-vermeidende PS	2 (0,4%)
		Sonstige spezifische PS (Negativistische, Depressive, Narzisstische)	2 (0,4%)
		Nicht näher bezeichnete PS (kein Cutoff erfüllt: beruht auf klinischer Einschätzung!)	3 (0,6%)
		Kombinierte PS (mehrere Cutoffs erfüllt)	31 (6,4%)
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	194 (40,2%)	Hyperkinetische Störungen	16 (3,3%)
		Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	50 (10,4%)
		Störungen des Sozialverhaltens	87 (18,0%)
		Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	37 (7,7%)
		F92.0 bzw. Kombination mit F3	16 (3,3%)
		F92.8 bzw. Kombination mit F4/F93	17 (3,5%)
F92.9 bzw. Kombination mit F3- und F4/F93	4 (0,8%)		
Ausscheidungsstörungen	4 (0,8%)		
andere, nicht mit K-SADS erfasste Diagnosen	4 (0,8%)	Schlafstörungen	1 (0,2%)
		Störungen der Impulskontrolle, der Geschlechtsidentität und Paraphilien	2 (0,4%)
		andere Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (0,2%)



Psychische Belastung nach ICD-10: Achse 1-Diagnosen

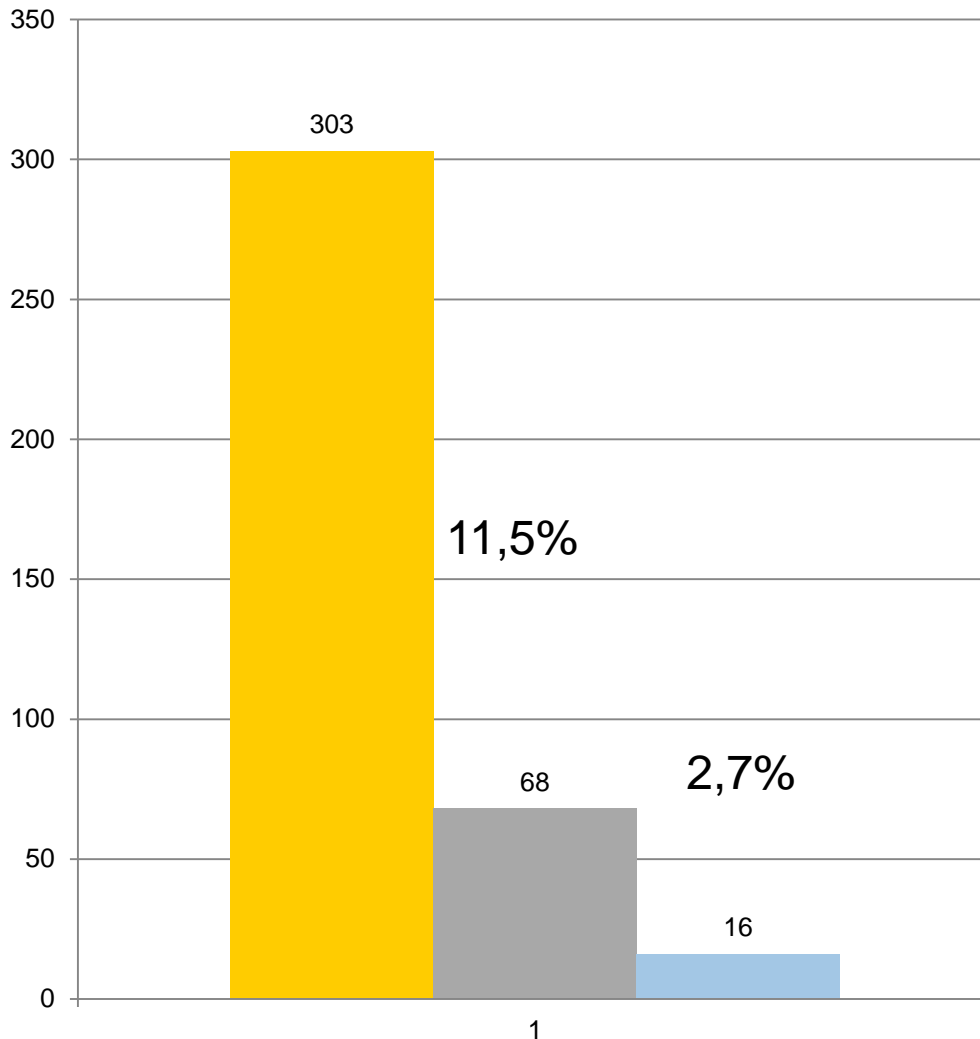
	Alle	m	w
Mindestens eine ICD-10 Diagnose	74%		
> als eine ICD-10 Diagnose	47%	50%	40%
> als zwei ICD-10 Diagnosen	27%	29%	22%
Persönlichkeitsstörungen (F 6)	23%	25%	18%



Medikamentöse Versorgung



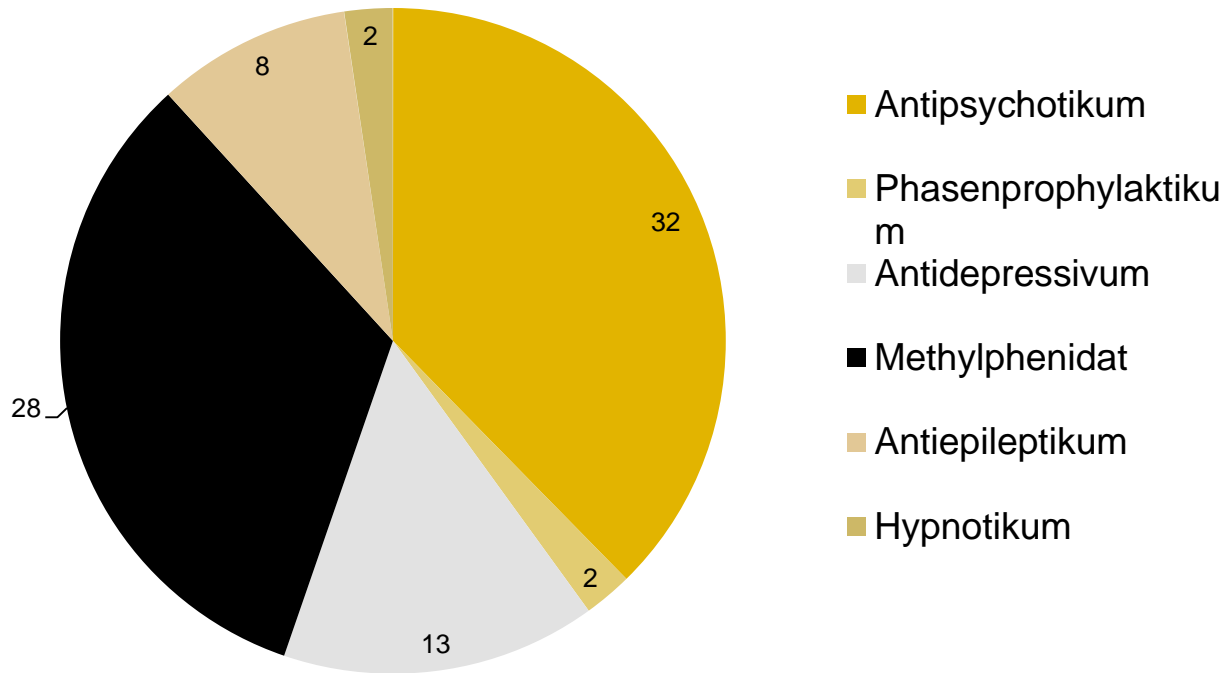
Anteil der medizierten Kinder und Jugendlichen



- Mind. eine Diagnose der Diagnosehauptgruppen (F10-F14, F2x, F30-F33, F34.1, F38, F39, F40-45, F48, F50, F52 F64-F66, F90-F92, F98.0, F98.1)
- Mind. ein Medikament der Hauptgruppen verordnet (Antidepressivum, Phasenprophylaktikum, Methylphenidat, Antipsychotikum, Antiepileptikum, Hypnotikum)
- Mehrfachmedikation (Antidepressivum, Phasenprophylaktikum, Methylphenidat, Antipsychotikum, Antiepileptikum, Hypnotikum)



Verteilung der Substanzgruppen



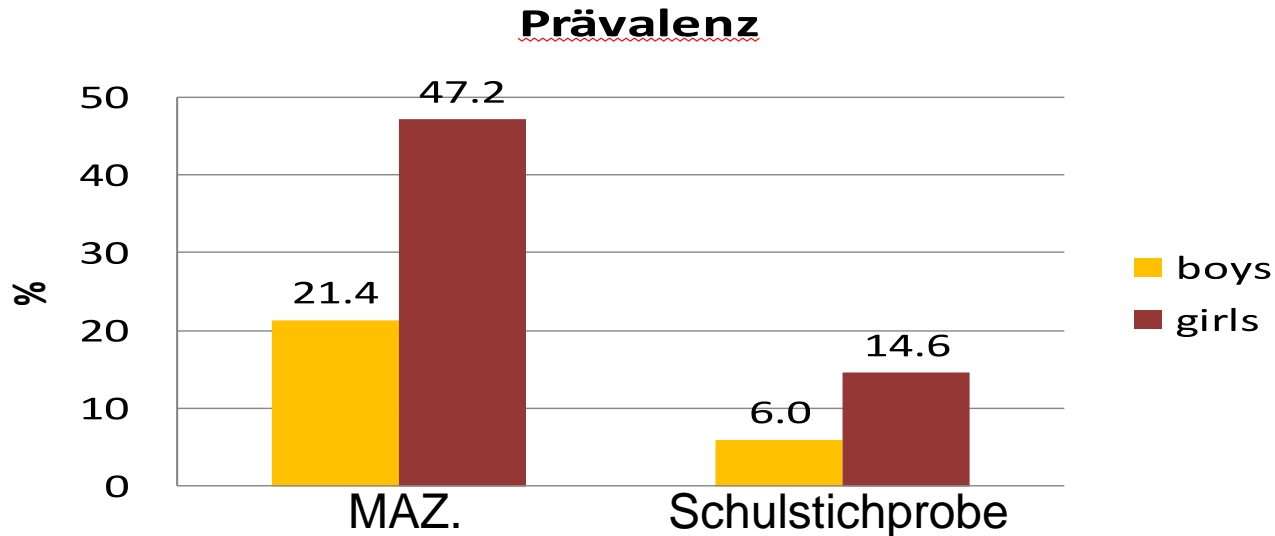
Wenn Medikation, dann Substanzen durchaus
diagnosenspezifisch eingesetzt



Symptomebene suizidale Gedanken



Prävalenz für Suizidgedanken MAZ



Psychopathologie: v.a. depressed-anxious (*RR*: 4.04^{***})

Ansteigende Problemanzahl: 2 Probleme (*RR*: 3.83^{***}) - 4 Probleme (*RR*: 8.89^{***})

Achse I und Persönlichkeitsstörungen

- mind. 1 Achse 1-Störung (*RR*: 1.98^{*}):
 - Conduct disorders (*RR*: 2.04^{***}) ♂ *RR*: 4.39^{***} ♀ *RR*: 1.25^{ns}

Mädchen: Depressed-anxious (*OR*: 8.12^{***})

Jungen: Depressed-anxious (*OR*: 7.21^{***})

mind. 1 traumatisches Erlebnis (*OR*: 4.41^{**})

Störung des Sozialverhaltens (*OR*: 3.99^{*})

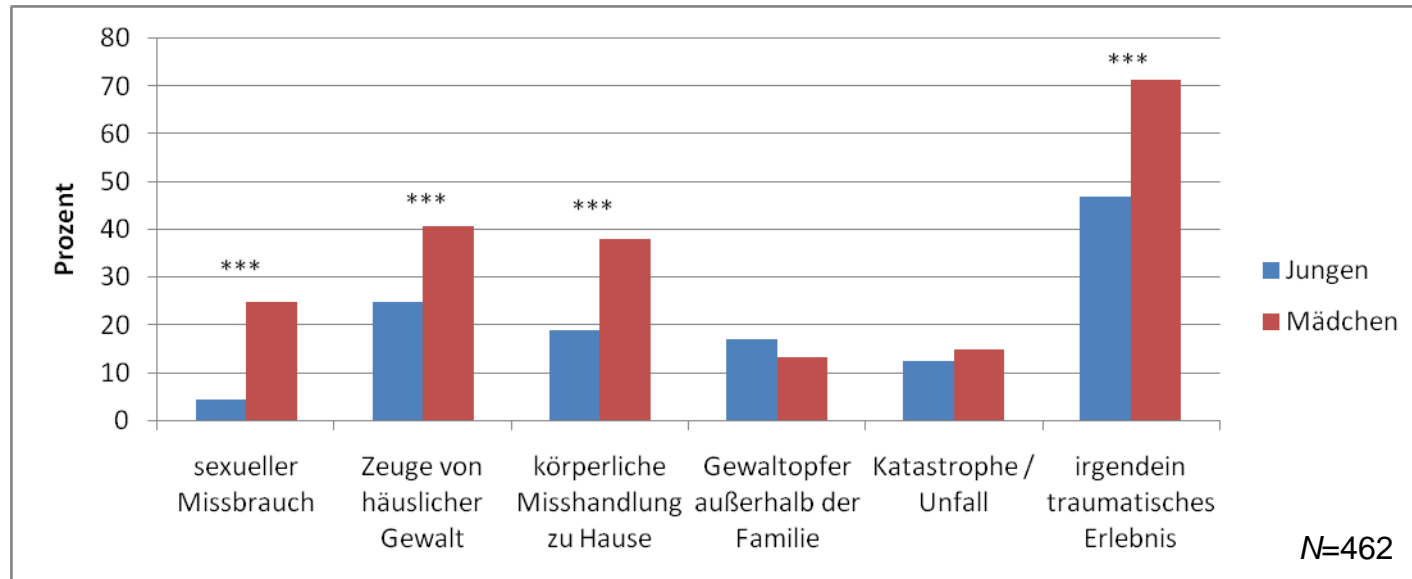


Traumatische Erlebnisse



Trauma

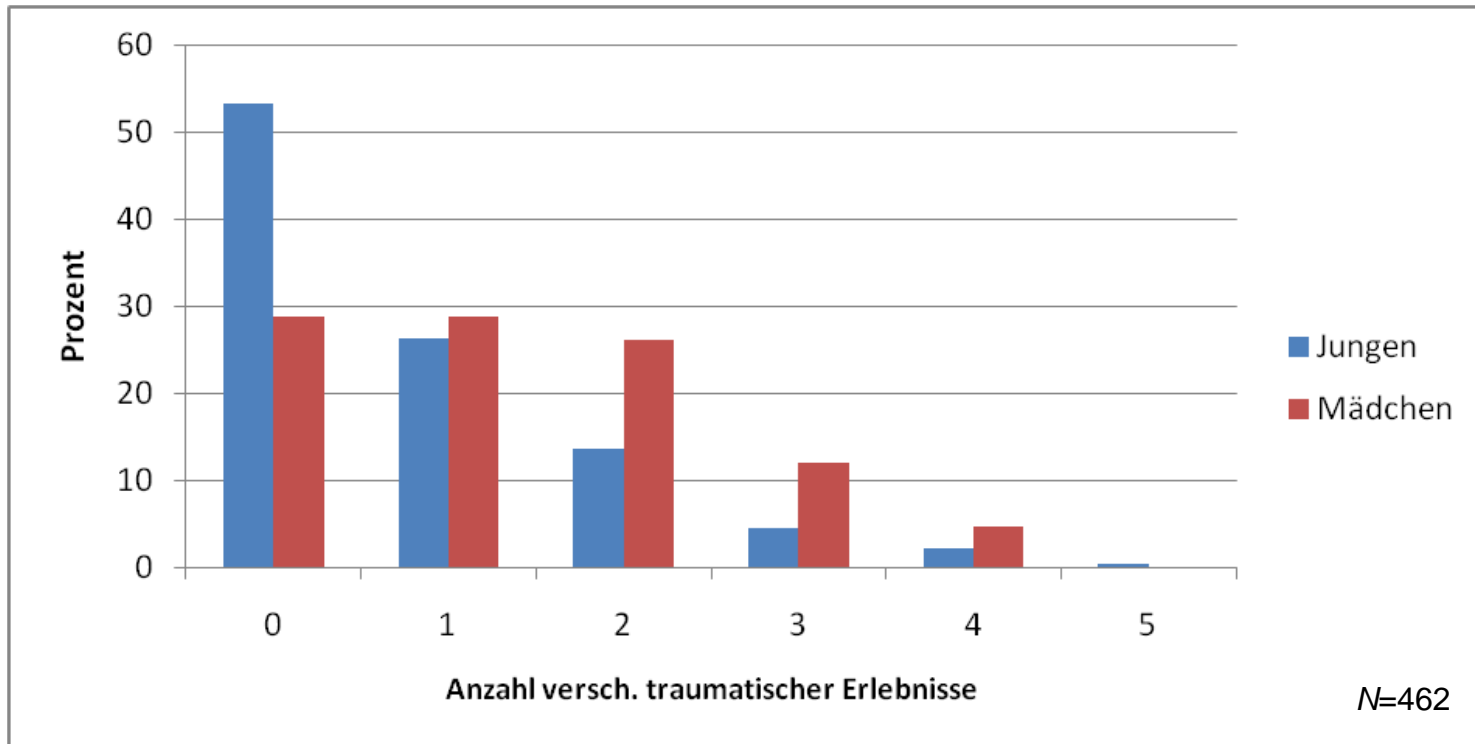
47% der Jungen und 71% der Mädchen erlebten bereits ein traumatisches Ereignis





Trauma

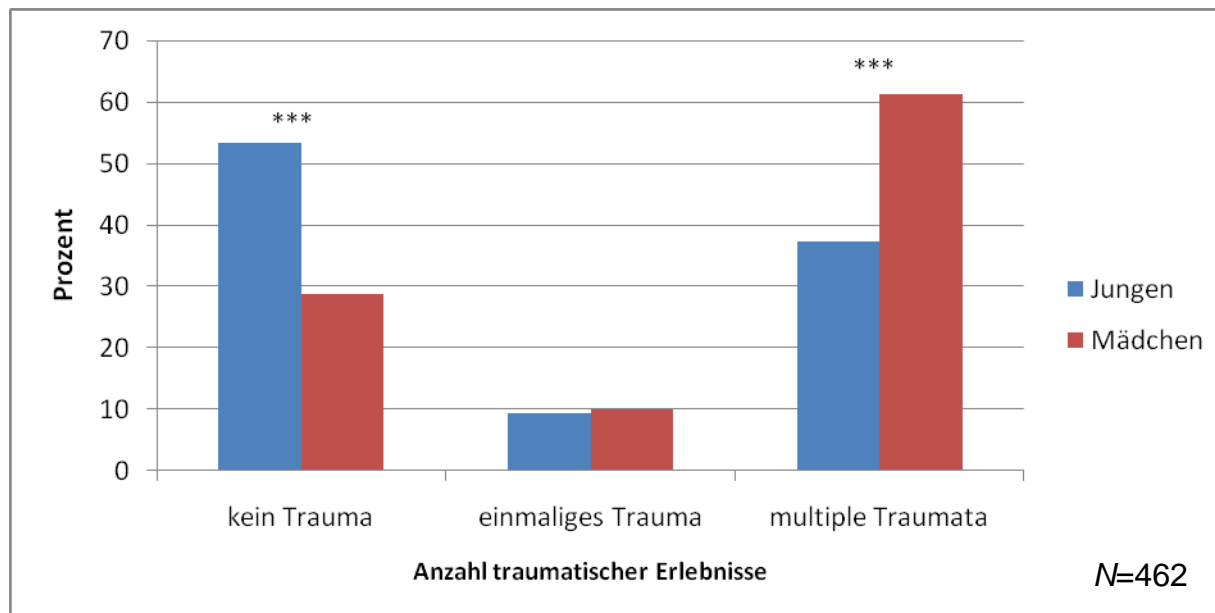
28% erlebten mehrere verschiedene traumatische Ereignisse
(z.B. Zeuge häuslicher Gewalt *und* Naturkatastrophe erlebt)





Trauma

60% der Mädchen und 39% der Jungen erlebten multiple Traumatisierungen (z.B. mehrmaliger sexueller Missbrauch, auch durch eine Person)





Traumaklassen und Auswirkungen auf Psychopathologie und Funktionsniveau

Jugendliche der Klasse „Schwere Traumatisierung“ :

- höchstes Maß an psychopathologischer Auffälligkeit
- begingen die am meisten schwere Gewaltdelikte
- am häufigsten Behandlungsbedarf gesehen,
- tatsächlich aber seltener in aktueller Behandlung

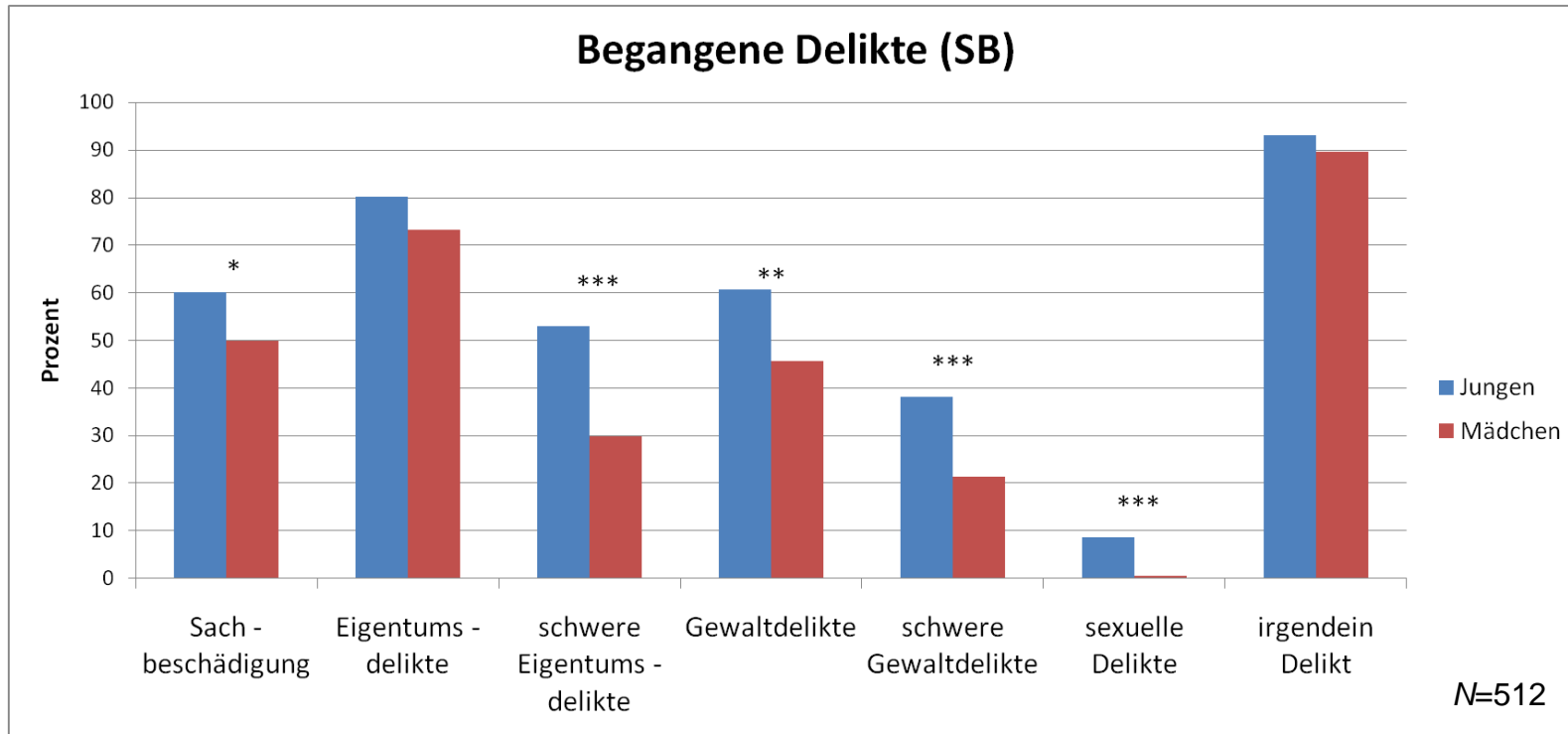


Delinquenz



Delinquenz: Täter

- Über 90% der Kinder/Jugendlichen geben mind. ein Delikt an

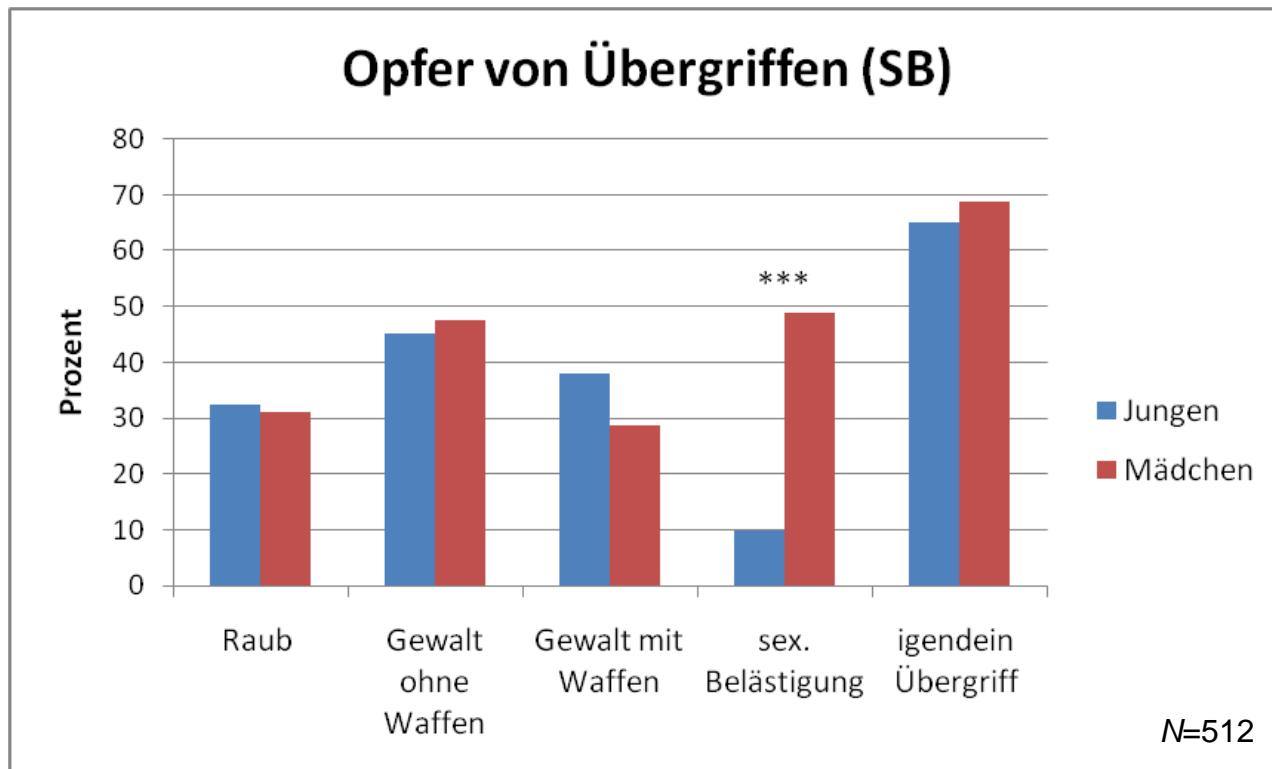


SB = Selbstbericht



Delinquenz: Opfer

- $\frac{2}{3}$ der Stichprobe gaben an, Opfer eines Übergriffs geworden zu sein



SB = Selbstbericht



Delinquenz: Zusammenhang Täter-Opfer („Cycle of Violence“; Widom, 1989)

		Übergriffe erfahren				
		Raub	Gewalt o. Waffen	Gewalt m. Waffen	sex. Belästigung	irgendein Übergriff
Delikt begangen	Sachbeschädigung	2,90***	2,83***	4,30***	2,20***	5,94***
	Eigentumsdelikte	1,81*	3,09***	4,24***	2,61**	4,51***
	Schwere Eigentumsdelikte	1,81**	2,23***	4,28***	1,10	3,64***
	Gewaltdelikte	2,31***	4,05***	4,79***	1,55*	4,89***
	schwere Gewaltdelikte	1,78**	2,96***	4,90***	1,08	4,53***
	sex. Delikte	1,34	1,28	1,94	1,23	1,79
	irgendein Delikt	2,48*	4,56***	11,01***	2,17	7,26***

Alle Angaben sind Odds Ratios

$N=512$ → Opfer von Delinquenz haben häufiger Delikte begangen als Personen, die kein Opfer wurden.

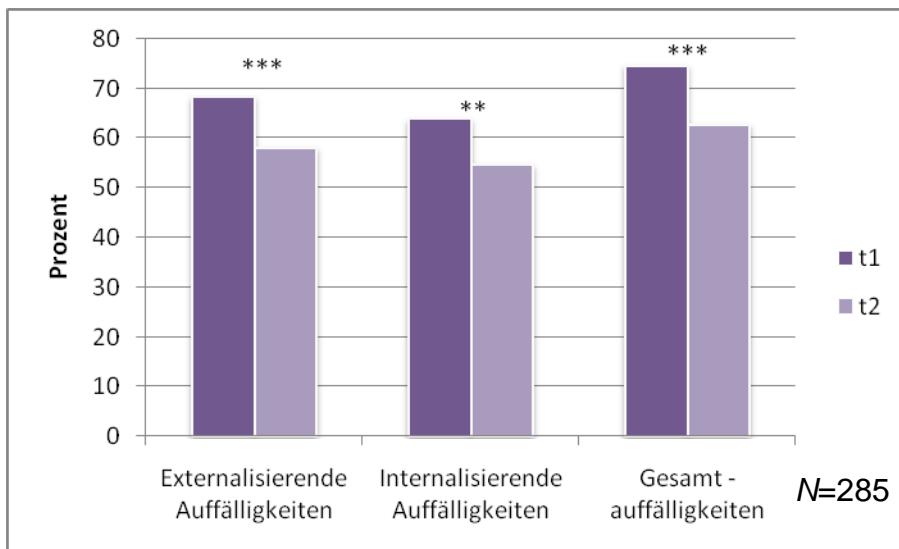
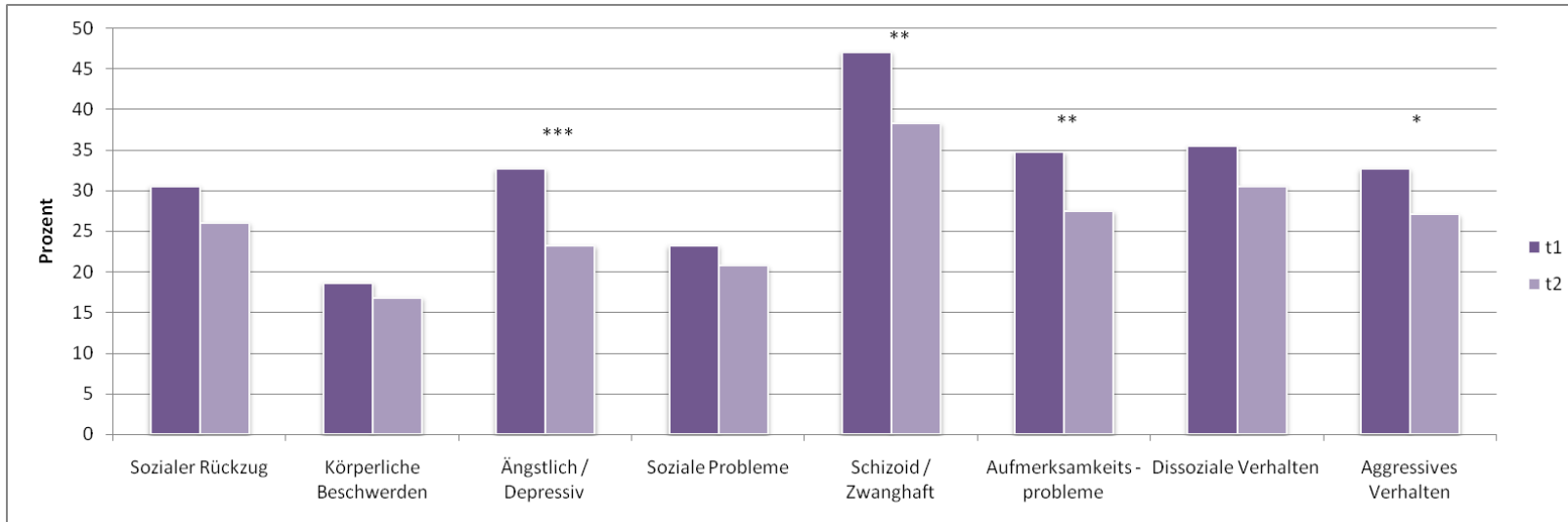
- Körperliche Misshandlung zu Hause und Gewalt außerhalb der Familie geht mit selbstberichteter Delinquenz einher
- Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Zusammenhang



Welche Veränderungen ergeben sich bezüglich der psychischen Belastung?



Verlauf psychischer Auffälligkeiten



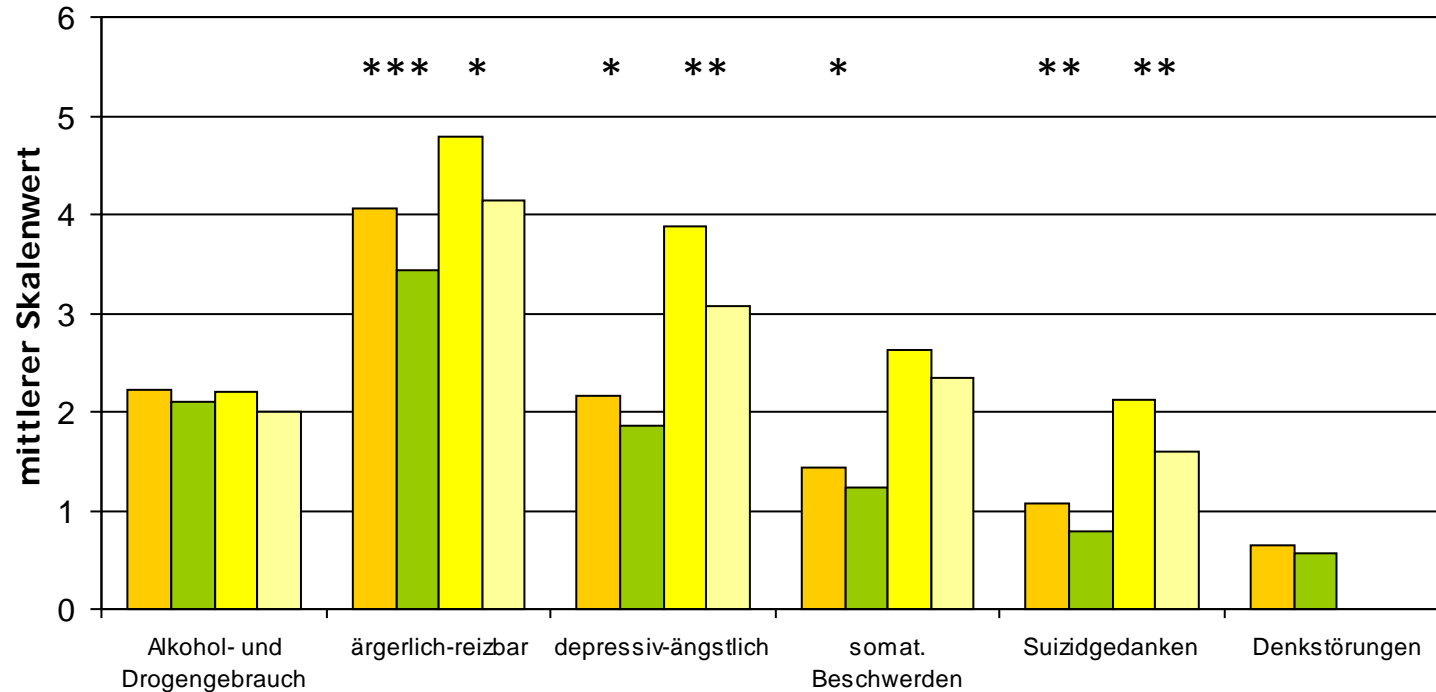
Psychische Auffälligkeiten nehmen während des Verlaufs der Maßnahme ab!
Auch ext. Auffälligkeiten → Wahrscheinlich auch Delinquenz!





Veränderungen der psychischen Belastung: Mittelwertsvergleiche der Gesamtstichprobe

Geschlechterunterschiede MAYSI-2



n=215 (männlich)

n=99 (weiblich)

■ t1 m
■ t2 m
■ t1 w
■ t2 w





Fazit MAZ

Hohe Prävalenz (75 %) psychischer Störungen

Ca. die Hälfte (48 %) hat mehr als einer Diagnose

Klare Dominanz externalisierender Störungen, aber hoher Anteil (23%) internalisierender Störungen

Suizidgedanken sind ein psychopathologisch auffälliges, aber bisher kaum beachtetes Symptom bei Heimkindern

Großteil (81 %) hat mindestens eine traumatische Erfahrung gemacht - 54 % erfüllen mit mindestens einem Ereignis das DSM-IV-A-Kriterium.

Prävalenz PTBS mit 4 % gering, aber ca. viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung

Psychopharmakotherapeutische Versorgung eher gering



Veränderung der psychischen Belastung: Fremd- und Selbstbeurteilung

Sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil zeigen sich überall **signifikante Verbesserungen** im Verlauf der Massnahme

Es zeigen sich zu t2 **~10% weniger psychische belastete Kinder und Jugendliche**

Ausser im Bereich der somatischen Beschwerden bei den Mädchen sowie Alkohol- und Drogengebrauch bei den Jungen nimmt die Anzahl psychisch belasteter Jugendlichen gesamthft in allen Bereichen ab

Es verbleiben jedoch immer noch **~ 70% der Jugendlichen in einem klinisch auffälligen Bereich** während eines durchschnittlichen Verlaufs von 9 Monaten



Ausblick

Spezifische Interventionen: was wirkt bei wem?

- Spezifische Therapiemodule: Sucht, Suizid, Depression, Trauma
- Wirkungsmessung

Traumaentwicklungsstörung als Diagnose DSM V?

Epigenetische Effekte?

Längere Verläufe abbilden, um Veränderungen, v.a. Verbesserungen deutlicher zeigen zu können



Vivantes

Netzwerk für Gesundheit

**Kliniken für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik**

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit und
alles Gute für die nächsten 10 Jahre!**

