

# Was kann stationäre Behandlung bei Impulskontrollstörungen und selbstverletzendem Verhalten bzw. schulphobischen und sozialphobischen Störungen leisten – und was nicht?

Prof. Dr. med. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



KVJS-Tagung 24.6.2019

# Impulskontrollstörungen und selbstverletzendes Verhalten

## Was liegt zugrunde?

- Störung des Sozialverhaltens, dissoziale Entwicklung  
F91.x = Störungen des Sozialverhaltens
- Persönlichkeits(entwicklungs)störung vom impulsiven Typ/ vom Borderline Typ /andere Persönlichkeitsstörungen  
F60.3
- „einfaches“ selbstverletzendes Verhalten (Peer group orientiert)

X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung

# Allgemeine diagnostische Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung 1

A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht.

Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- (1) Kognitionen (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- (2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- (4) Impulskontrolle

B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

# Allgemeine diagnostische Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung 2

- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück

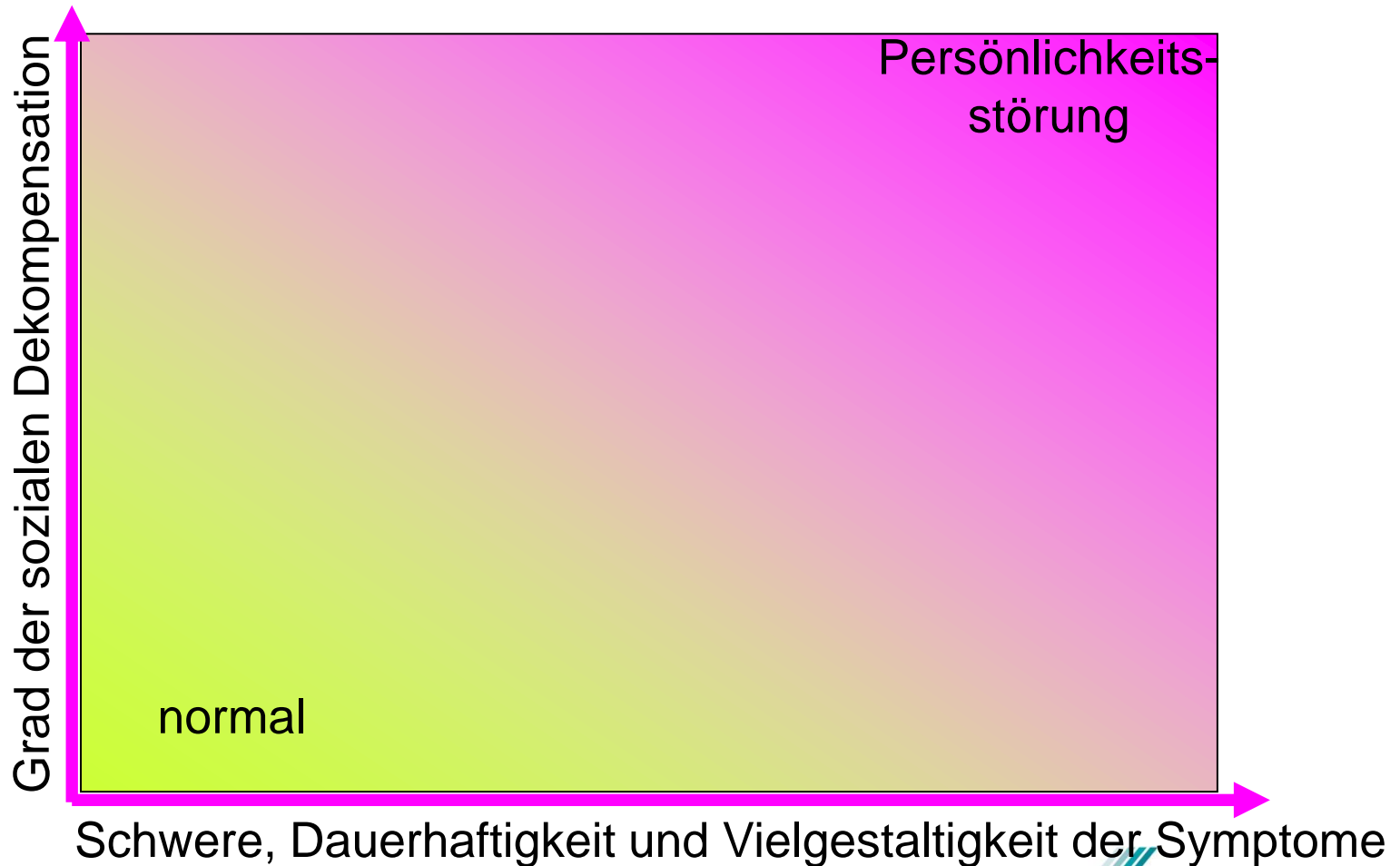
nach DSM-IV

Prof. Dr. Michael Günter 2019

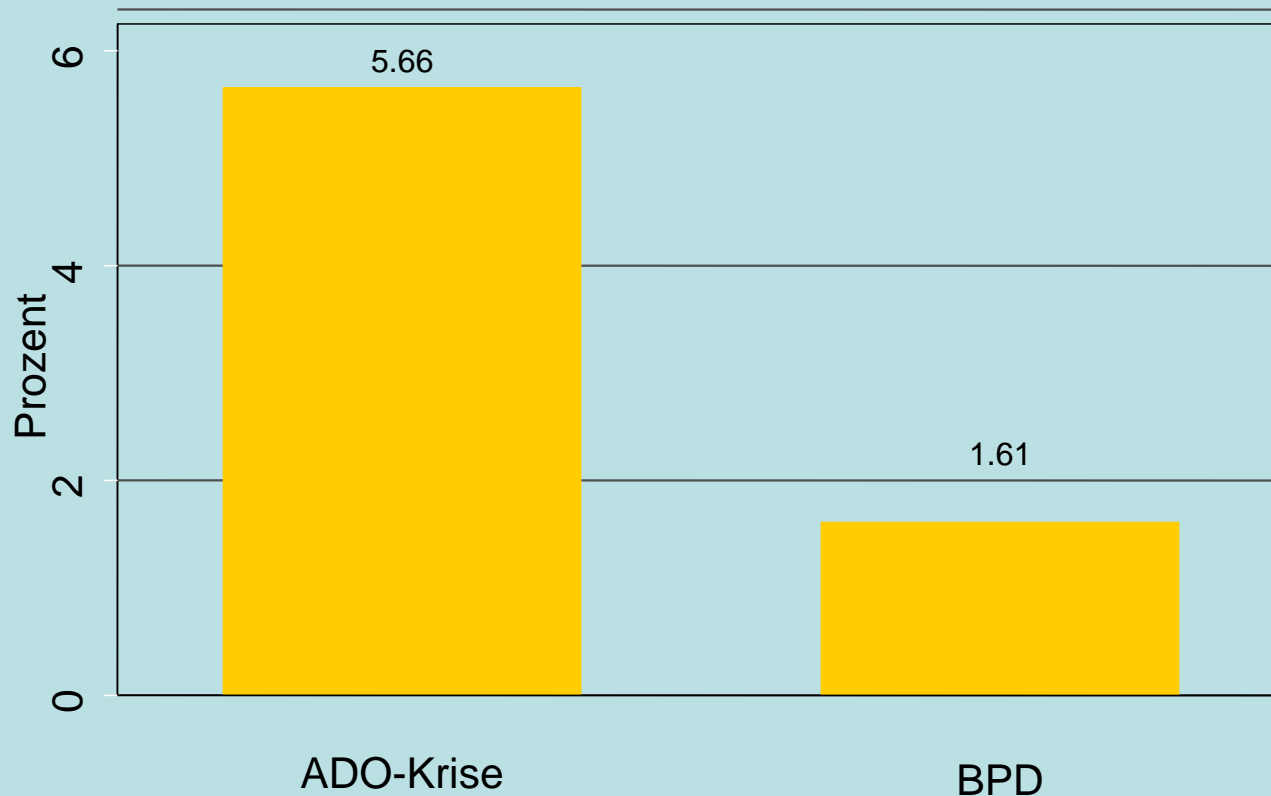


Klinikum Stuttgart

# Diagnose einer Persönlichkeitsstörung

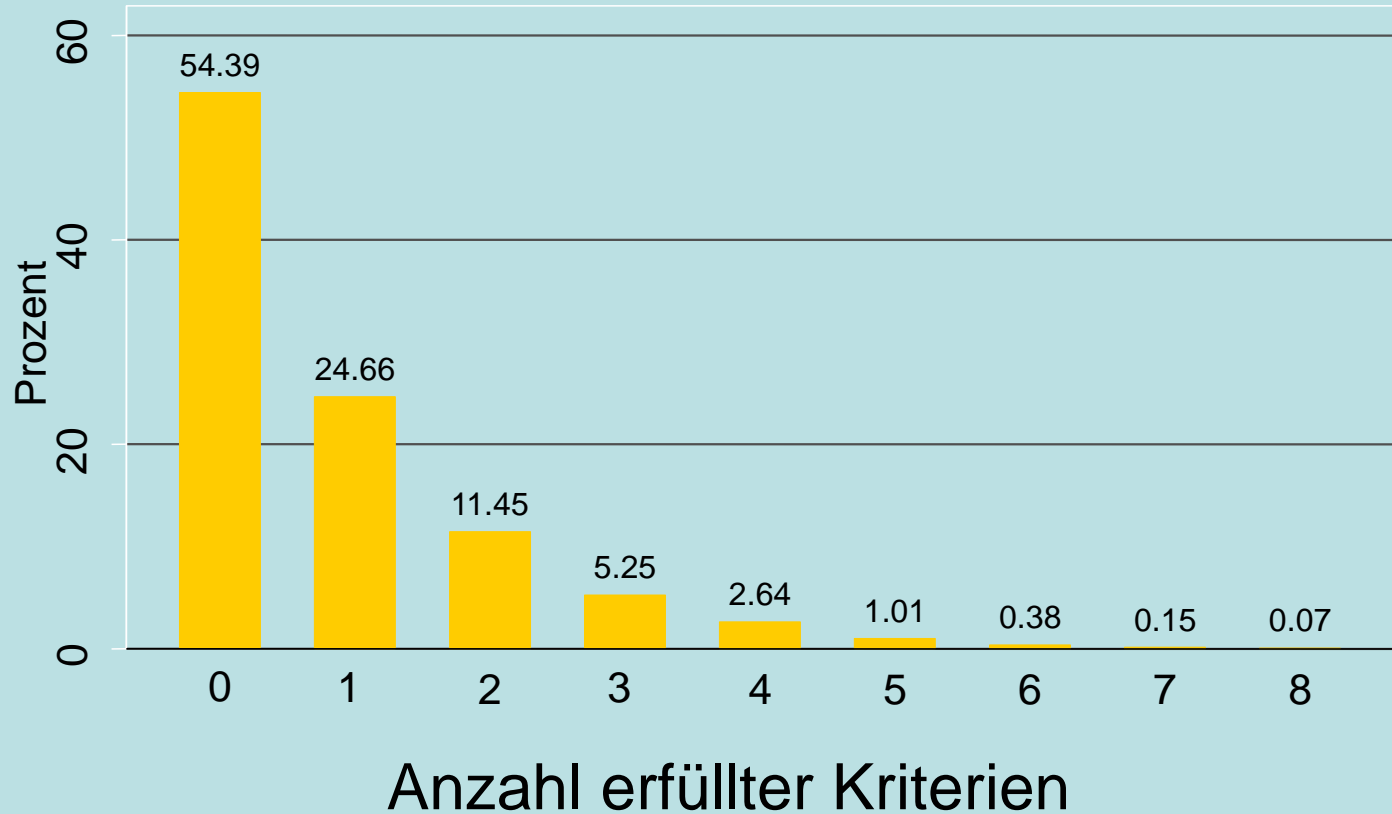


# Heidelberger Schulstudie: Häufigkeit v. Adoleszenzkrise und Borderline – Konfiguration im Alter von 15 Jahren (Resch, Haffner, Parzer, Steen, Roos, Klett et al., 2005)



# Heidelberger Schulstudie: Häufigkeit v. Adoleszenzkrise und Borderline – Konfiguration im Alter von 15 Jahren

(Kersch, Hämmer, Farzer, Steen, Roos, Klett et al., 2005)



# Diagnostische Kriterien für eine Borderline - Persönlichkeitsstörung 1

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
- (2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten .



# Diagnostische Kriterien für eine Borderline - Persönlichkeitsstörung 2

- (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder Suiziddrohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronische Gefühle von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

DSM-IV, dt. Fassung, S. 175 f.

# Laufersche Kriterien für die Einschätzung des Schweregrades einer Entwicklungsstörung 1 (Lauer 1995)

1. Ist der Sog zu kindlichen Verhaltensweisen so stark, dass die Gefahr besteht, dass der Versuch oder der Wunsch, erwachsenere Verhaltensweisen zu entwickeln aufgegeben wird?
2. Ist das Verhalten des Adoleszenten so rigide, dass er sich ein zeitweises Entspannen von den Anforderungen, die an ihn gestellt werden nicht erlauben kann (totale Kontrolle)?
3. Dienen soziale Beziehungen dazu, Kindheitsbeziehungen fortzusetzen oder unterstützen sie den Jugendlichen in seinem Wunsch sich ins Erwachsenenalter zu entwickeln ?
4. Spielen Freunde und Gleichaltrige im Leben des Jugendlichen eine größere Rolle als die Eltern?

# Laufersche Kriterien für die Einschätzung des Schweregrades einer Entwicklungsstörung 2 (Lauer 1995)

5. Hat der Jugendliche die Fähigkeit, angemessen seine Gefühle auszudrücken und zu erleben oder gibt es erhebliche Diskrepanzen zwischen dem Ereignis und der Art seiner Reaktion darauf?
6. Gibt es irgendwelche Einschränkungen in der Fähigkeit des Jugendlichen Reaktionen der Außenwelt zu beurteilen und sie von seinen eigenen „Erzeugnissen“ zu unterscheiden?
7. Wie stellt sich der Jugendliche zu seiner Zukunft? Sieht er sie als etwas, worauf er sich freut, oder als etwas Bedrohliches?
8. Gibt es irgend welche Fantasien, die die Funktionsfähigkeit des Jugendlichen ernsthaft beeinträchtigen oder ist der Jugendliche fähig, mit unterschiedlichen ängstigenden Fantasien umzugehen, ohne den Wunsch aufzugeben, erwachsen zu werden?

# Diagnostik

- ❖ Spezifität der Übertragungs-/Gegenübertragungssituation → z.B. Gegenüber wird nicht als Objekt wahrgenommen, Diagnose der inneren Dynamik, typ. Gegenübertragungsphänomene (resultierend aus primitiven Abwehrmechanismen), projektive Identifikation, primitiver Hass, narzisstische Kälte, Desorientiertheit, Verwirrung, extrem konträre (projektiv identifikatorisch ausgelöste) Identifizierungen, unreflektierte Ablehnung der Eltern, Idealisierungen etc.
- ❖ Dynamik der Eltern-Kind-Beziehungen und der sonstigen problematischen Beziehungsstruktur
- ❖ Verstehen und Beschreiben der spezifischen Formen des “Agierens” → welche Abwehrfunktion hat z.B. aggressives Ausagieren, Thrillsuche, emotionale Kälte und Empathielosigkeit etc.
- ❖ Reflective functioning (vgl. Bleiberg 2001)

# Wann stationär?

- ❖ Äußere Anlässe/Anlässe aus der Symptomatik
  - ❖ Suizidalität, Erregungszustände, Verwahrlosung, Schulabsentismus, Drogen, Abgängigkeit, soziale Desintegration etc.
  - ❖ Mangelmilieu

Cave: Jugendhilfe oft vorzuziehen

- ❖ „Innere“ Anlässe
  - ❖ Verschärfung der psychiatrischen Symptome (z.B. paranoid, psychotische Episoden, verschärftes selbstverletzendes Agieren etc.
  - ❖ Bereitschaft an inneren Konflikten zu arbeiten Auseinandersetzung mit Belastungen/Traumata, eigenem dysfunktionalen Verhalten
  - ❖ „Erlernen“ eines naderen Umgangs mit sich/Menschen/Symptomatik
  - ❖ Auszeit (für Patienten/Wohngruppe etc.

❖ Professionelles Team/Abklärung

# Prinzipien kinderpsychiatrisch-therapeutischer Arbeit

- ❖ Vorzug eines umfassenden (z.B. psychodynamischen) Therapieansatzes bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Adoleszenzkrisen: Denken in komplexen miteinander interagierenden Zusammenhängen; daher nicht zentral reine Symptom- oder Störungsbehandlung sondern komplex organisierte Menschen = Persönlichkeiten
- ❖ Dies schließt einfache strukturierende Maßnahmen, pädagogische Interventionen etc. ein!!: umfassende Behandlung (in aufeinander bezogenen Zusammenhängen) statt multimodale B. (= additiv eklektisch)
- ❖ Öffnung: z.B. Sozialarbeit + Einzeltherapie + Wohngruppe + intermittierende Fokalbehandlung + Medikamente
- ❖ Reflexionshintergrund: Dynamik der Interaktion und Übertragung
  - Interventionen passgenau abzustimmen und aufeinander zu beziehen
  - Teamprozesse reflektieren und optimieren (z.B. Spaltung der Übertragung)
  - Adaptieren des Setting an die Dynamik, Individualisierung

# Diagnostik bei selbstverletzendem Verhalten

- Vorgeschichte selbstschädigender Handlungen, Familienanamnese selbstschädigenden Verhaltens
- Alter bei Beginn, Verlauf, freie Intervalle, Veränderung
- Häufigkeit und Art der Selbstbeschädigungen
- Substanzgebrauch vor und während der Handlung
- Behandlungserfahrung (psychotherapeutisch und pharmakologisch), Medizinische Komplikationen oder Interventionen
- Suizidale Impulse, Zeitliche Beziehung zu suizidalen Ideen/Verhalten
- Motive, emotionale Zustände, Trigger
- Zuvor bestehender Drang/Impulsivität
- Empfinden/Verhalten unmittelbar und später nach der Verletzung
- Dystonizität (Wunsch aufzuhören)
- Kontrolle (Erfolgreiches Beenden)

(nach Simeon und Hollander 2001)



# Thesen

**Ansprechen von Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen.  
Neutral, offen, kompetent**

**Vorsicht vor Mitagieren insbesondere im institutionellen Kontext.  
projektive Identifikationen**

**Einschätzung des Funktionsniveaus des Jugendlichen (z.B. Laufersche  
entwicklungsorientierte Kriterien)**

**Arbeit im „Verbund“**

**Eltern/Wohngruppe; Jugendamt; verteilte Rollen**

**Dissozialität: nicht alles, was (auch) psychische Hintergründe hat, ist  
psychotherapeutisch zu behandeln**

**Verhältnis von Psychotherapie und Beratung und Pädagogik/Sozialarbeit**



# Schulabsentismus

- Schulschwänzen

F91.x = Störungen des Sozialverhaltens →

- Schulangst

F93.1 phobische Störung des Kindesalters

F93.2 Störung mit sozialer Überempfindlichkeit

F40.1 soziale Phobie

(durch Überforderung, Teilleistungsstörungen, Mobbing etc.)

- Schulphobie

F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst

# Schulabsentismus

- Schulschwänzen

F91.x = Störungen des Sozialverhaltens

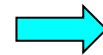


# Schulabsentismus

- Schulschwänzen

F91.x = Störungen des Sozialverhaltens

- Schulangst



F93.1 phobische Störung des Kindesalters

F93.2 Störung mit sozialer Überempfindlichkeit

F40.1 soziale Phobie

(durch Überforderung, Teilleistungsstörungen, Mobbing etc.)

- Schulphobie

F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst

# Schulabsentismus

- **Schulangst**

F93.1 phobische Störung des Kindesalters

F93.2 Störung mit sozialer Überempfindlichkeit

F40.1 soziale Phobie

(durch Überforderung, Teilleistungsstörungen, Mobbing etc.)



# Schulabsentismus

- Schulschwänzen

F91.x = Störungen des Sozialverhaltens

- Schulangst

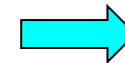
F93.1 phobische Störung des Kindesalters

F93.2 Störung mit sozialer Überempfindlichkeit

F40.1 soziale Phobie

(durch Überforderung, Teilleistungsstörungen, Mobbing etc.)

- Schulphobie



F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst

# Schulabsentismus

- Schulphobie  
F93.0 emotionale Störung mit  
Trennungsangst



# Schulphobie und somatoforme Störungen

- Breite Überschneidung, in der Regel kommen die Schulphobiker mit somatoformen Störungen zum Kinderarzt → Krankschreibung → Verschlechterung und Chronifizierung
- Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Angstattacken

# Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter

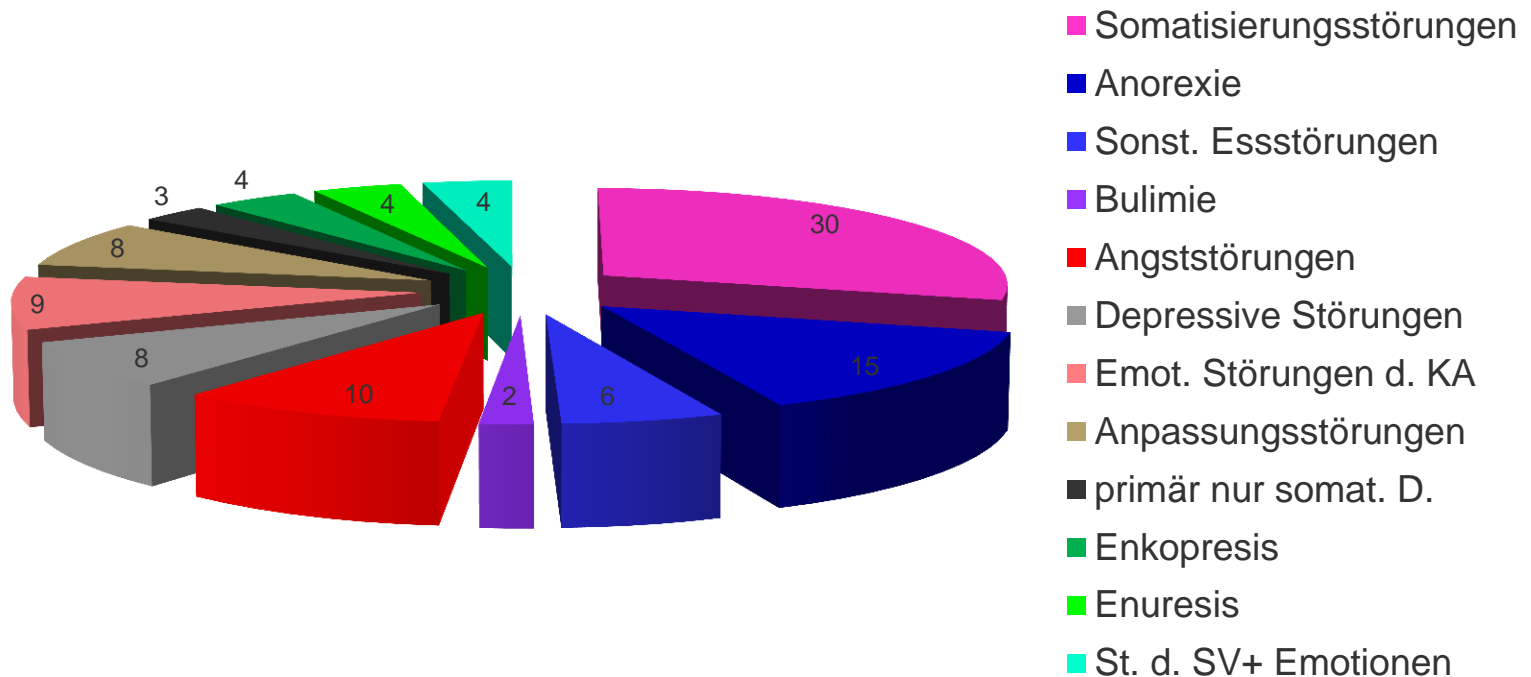
Allgemeine Definition: Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach med. Untersuchungen trotz unauff. Ergebnisse

Ergebnisse

- F45.0 Somatisierungsstörung
  - Jedes mögliche Körperteil, gastrointestinal, Haut, sexuell, menstruell, Schmerz, **Kinder rez. Bauchschmerzen, Übelkeit**
- F45.2 Hypochondrische Störung **Jugendliche: Dymorphophobie, Aussehen**
- F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
  - Herz, Gastrointestinaltrakt, resp. System, urogenit. System, Schwitzen **Kinder: Colon irritabile, Diarrhoe**
- F45.4 anhaltende psychogene Schmerzstörung bei **Kindern seltener als bei Erwachsenen**



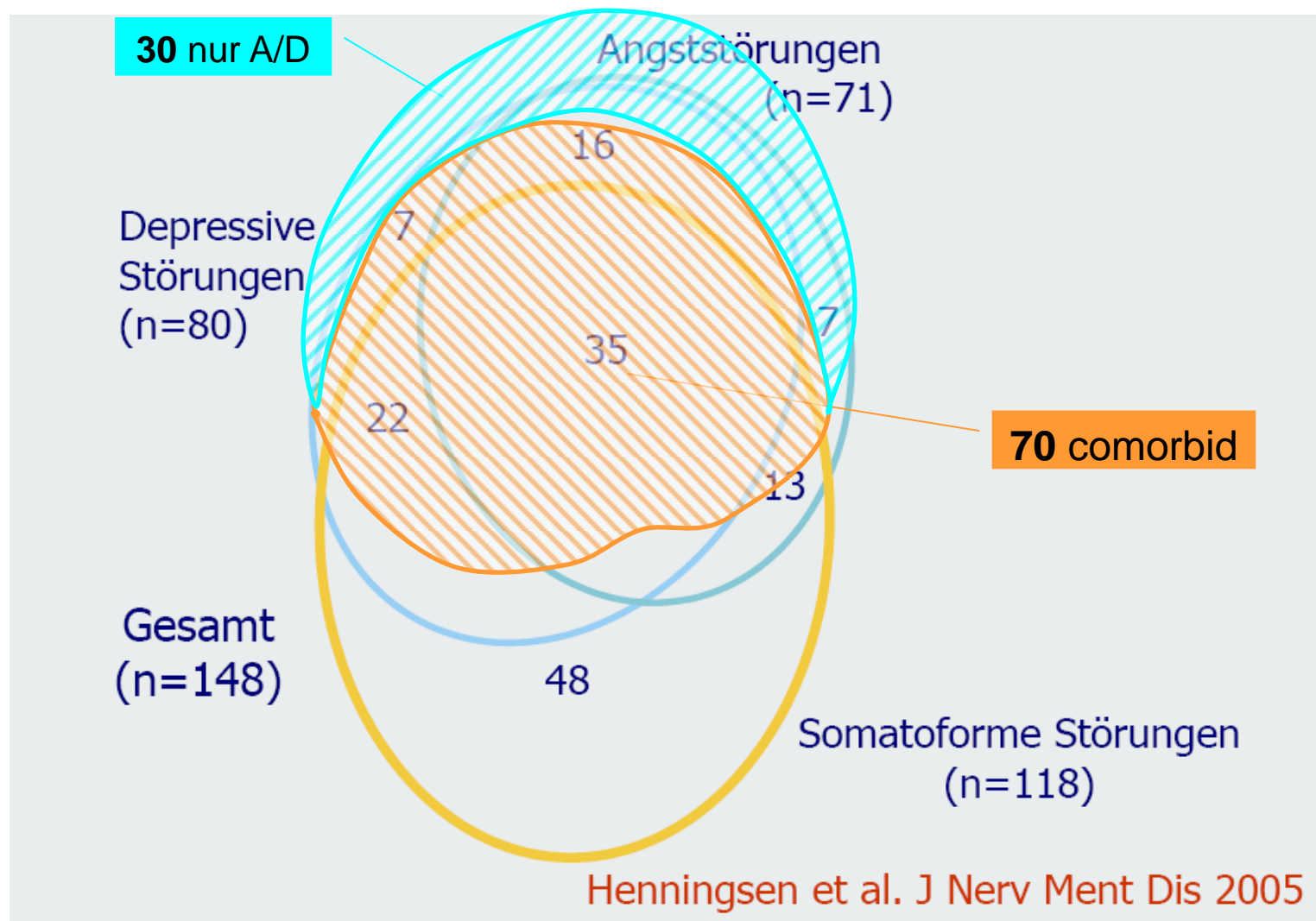
# Eingangsd Diagnosen (Hauptdiagnose) einer psychosomatischen Kinderstation



**N = 113 Patienten**

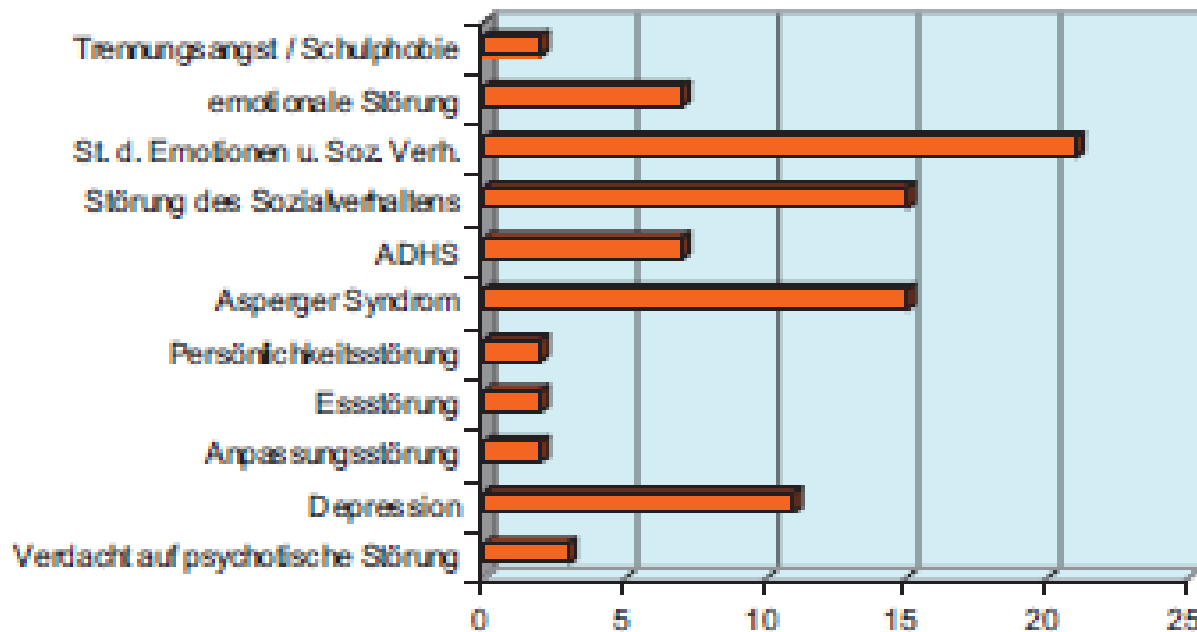
**\* Somatisierungsstörungen in der Regel nur in stationäre Behandlung, wenn ausgeprägte Schulphobie**

# Comorbidität bei erwachsenen psychosomatischen Patienten



# Komorbidity in einer klinischen Population - bei Mediensucht

Die n = 63 Jugendlichen mit komorbiden Störungen zeigten folgende Störungsbilder:



Die Inzidenz ist in Absolutzahlen der Häufigkeit aufgeführt, Mehrfachnennungen waren möglich.

Komorbidity in der Tübinger Inanspruchnahme-population

Quelle: Barth 2012  
[http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Studium/barth\\_nichtstoffgeb\\_sucht\\_12.pdf](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Studium/barth_nichtstoffgeb_sucht_12.pdf)

# Wann stationär?

- ❖ Schulschwänzen (St. d. SV normalerweise nicht, eher Jugendhilfe, Stabilisierung des Milieus, Beseitigung von Milieubelastungen)
- ❖ Ausmaß der Dysfunktionalität, amb. Behandlungsversuche gescheitert
  - ❖ Keine Atteste!
- ❖ Ausmaß der Comorbidität
  - ❖ Autismus, somatoforme Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS etc.
- ❖ Notfalls mit § 1631 b BGB – Elternkooperation!

# Thesen

**Bei Schulproblemen im Vorfeld immer! Abklärung der kognitiven Leistungsfähigkeit**

**Milieuwechsel oft gegen erhebliche Widerstände der Eltern – Betrachtung der Gesamtdynamik des familiären Systems**

**Stationär oft relativ rasch symptomatische Erfolge – somatoforme Störungen, Schulphobie, Medienspielsucht, jedoch Stabilisierung der Entwicklungsdynamik wesentlich langwieriger**

**Grundsätzlich:**

**Erziehungsprozesse verlaufen schwieriger und störungsanfälliger – daher bei psychischen Erkrankungen häufig**

- ❖ **Parallel Verwahrlosungsentwicklung**
- ❖ **Verunsicherung der Eltern**
- ❖ **Selbstunsicherheit und soziale Ängste der Kinder und Jugendlichen**

Prof. Dr. med. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie -  
Klinikum Stuttgart

Zentrum für Seelische Gesundheit

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin – Olgahospital (kooptiert)

Prießnitzweg 24

70374 Stuttgart

E-Mail: [m.guenter@klinikum-stuttgart.de](mailto:m.guenter@klinikum-stuttgart.de)

[www.klinikum-stuttgart.de](http://www.klinikum-stuttgart.de)