



Prof. Dr. Tina In-Albon
1. Vorsitzende der KJPVT

Liebe KJPVT Mitglieder,

gerne präsentieren wir Ihnen einen neuen KJPVT Newsletter zu den Themen Bullying und der aktuellen AWMF-Leitlinie zu Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Wie Sie auf unserer Homepage entnehmen können, bekennt sich die KJPVT zusammen mit anderen Psychotherapieverbänden, unter dem Dach des GK II, zum Klimaschutz. Gemeinsam fordern die Verbände, die Potenziale psychotherapeutischer Expertise und verbandlicher Aktivitäten bei der Bewältigung der Klimakrise zu nutzen. Informieren Sie sich auf unserer Homepage, was Sie tun können! Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Viele Grüße
Ihr KJPVT Vorstand

Untersuchung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Bullying - Erfahrungen

Bullying (Mobbing) ist im Alltag von Kindern und Jugendlichen leider häufig. Laut der PISA-Studie gaben 2018 in Deutschland rund 23% der 15-jährigen Schüler*innen an, dass sie mindestens einmal im Monat gebullied wurden (OECD, 2019). Bullying kann weitreichende Folgen auf vielen Ebenen haben: psychische, physische, soziale und sozioökonomische. Damit stellen die Folgen von Bullying ein weltweites Gesundheitsproblem dar (Arseneault, 2018; Lereya, Copeland, Costello & Wolke, 2015; Moore et al., 2017; Srabstein & Leventhal, 2015; Wolke & Lereya, 2015; Wolke, 2019).

Zu den immensen negativen Auswirkungen für Betroffene kommen außerdem die hohen Kosten auf dem gesellschaftlichen Level (Jantzer et al., 2019). Es ergibt sich daraus ein dringender Bedarf Betroffene von Bullying zu identifizieren und den Bullying-Folgen durch entsprechende Hilfsangebote entgegenzutreten (Srabstein & Leventhal, 2015). Aber wie?

Bisher ist wenig darüber bekannt, welche Rolle Vertreter*innen verschiedener Professionen in der regulären Gesundheitsversorgung (insbesondere Pädiater*innen und Psychotherapeuten*innen) dabei einnehmen. Und das, obwohl Opfer von Bullying häufiger Kontakt mit psychotherapeutischen bzw. pädiatrischen oder psychologischen Versorger*innen haben (Wolke, 2019) und rund ein Viertel der Patient*innen (6-20 Jährige) in ambulanter Psychotherapieversorgung von Bullying berichteten (Kranhold et al., 2021).

Zudem gibt es nur wenig systematisches Wissen darüber, welche Form und Art von Versorgung Betroffene von Bullying sich tatsächlich wünschen und welche sie aktuell schon erhalten. Diese Informationen sind aber wichtig, um erste Hinweise aufzuklären, die zeigen, dass sich viele betroffene Kinder und Jugendliche trotz ihres Leidensdrucks selbst keine Hilfe suchen (Dowling & Carey, 2013).

Daher führen wir, Prof. Dr. Silvia Schneider, Dr. Babett Voigt und M.Sc. Anna-Luisa Kranhold, aktuell am Lehrstuhl für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie am Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum eine Online-Umfrage durch, um die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen, die von Bullying betroffen sind.

Die Online-Umfrage richtet sich an alle, die beruflichen Kontakt mit Kindern bzw. Jugendlichen haben, beispielsweise in ihrer Tätigkeit als Psychotherapeut*in, PiA, Psycholog*in, Mediziner*in, Sozialarbeiter*in oder Pädagog*in. In der ca. 10-minütigen **Online-Studie werden Versorger*innen zu ihren Erfahrungen und Routinen mit Betroffenen** befragt. Sollten Sie diesen Berufsgruppen angehören, würden wir uns sehr über Ihre Teilnahme an der Umfrage freuen. Gerne kann der Link auch an interessierte Kolleg*innen weitergeleitet werden:

<https://apollon.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/limesurvey/index.php/791689?language=de>

Vielen herzlichen Dank im Voraus!
Anna-Luisa Kranhold & Kolleginnen

Ausgewählte Literaturreferenzen:

Jantzer, V., Schlander, M., Haffner, J., Parzer, P., Trick, S., Resch, F., & Kaess, M. (2019). The cost incurred by victims of bullying from a societal perspective: estimates based on a German online survey of adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4), 585–594. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1224-y>

Kranhold, A.-L., Voigt, B., Wolke, D., Krause, K., Friedrich, S., Margraf, J., & Schneider, S. (2021). Bullying-Erfahrungen bei PatientInnen einer Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychotherapie – eine besonders gefährdete Gruppe? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 101–114. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000761>

Srabstein, J. C., & Leventhal, B. L. (2015). Medical recognition of bullying and its related morbidity. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 858–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00381-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00381-8)

Wolke, D. (2019). Bullying und psychische Gesundheit. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3*, 979–995. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_54

Save-the-date:

KJPVT Kongress

5./6. Mai 2023

www.kjpvt.de



S3- Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (AWMF Register Nr. 028-007)

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-007.html>

Im Juni 2021 wurde die aktualisierte AWMF- LL zu den Zwangsstörungen veröffentlicht. Die KJPVT war eine der beteiligten Fachgesellschaften, vertreten durch Dr. Andrea Ertle. Wir danken allen Beteiligten für Ihre Arbeit!

Im Folgenden haben wir einen kleinen Auszug aus der Leitlinie für Sie zusammengetragen:

Diagnostik

Die Diagnostik beinhaltet eine Basis-Diagnostik und eine störungsspezifische Diagnostik. Die Basis-Diagnostik umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische und ärztliche Diagnostik (inklusive einer apparativen und Labordiagnostik), die der Sicherung der Diagnose, der Prüfung differentialdiagnostischer Kriterien und der Beurteilung eventueller koexistierender Störungen dient.

Die störungsspezifische Diagnostik bestimmt Art und Schweregrad der Zwangsstörung. Neben einem halbstrukturierten Interview, der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) kommen auch Protokollbögen („Tagebücher über den Zwang“) und Fragebögen oder weitere Checklisten zum Einsatz, die vom Patienten und ggf. auch den Eltern ausgefüllt werden (z.B. Zwangsinventar für Kinder, ZWIK; Adam et al., 2019).

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Zur Diagnostik der Symptomatik wird die Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS, Goodman et al., 1986; Goletz & Döpfner 2020) eingesetzt, ein halbstrukturiertes Interview zur detaillierten Erfassung der Zwangssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 - 17 Jahren.

Die CY-BOCS besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil wird anhand von Symptomlisten ein umfangreiches Spektrum von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen erfasst. Im zweiten Teil erfolgt die Bestimmung des Schweregrades der Zwangsstörung und damit auch die Einschätzung der aktuellen Belastung des Patienten. Weitere assoziierte Merkmale und Auffälligkeiten (Krankheitseinsicht, Vermeidungsverhalten, Entscheidungsunfähigkeit, übersteigertes Verantwortungsgefühl, Antriebsverminderung und pathologisches Zweifeln) werden erfasst. Die Bestimmung des Schweregrades der Zwangsstörung erfolgt durch die Berechnung eines Summenwertes. Dieser Wert liegt zwischen 0 und 40 Punkten. Der „cut off“, also der Wert, ab dem die Symptomatik als klinisch auffällig zu bewerten ist, liegt für gemischte Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bei >16 Punkten und für reine Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen bei >10 Punkten. Durch die Möglichkeit der Bestimmung des Schweregrades ist die CY-BOCS auch ein Instrument für die Verlaufsdagnostik im Therapieprozess.

Therapie

Die Psychotherapie hat sich basierend auf der gesamten Studienlage als wirksam erwiesen, auch im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungsmethoden erzielt sie insgesamt die besten Ergebnisse und ist deshalb die Behandlung der ersten Wahl. Die Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions- und Reaktionsmanagement ist aktuell als die Therapiemethode der ersten Wahl bei der Behandlung der Zwangsstörung zu bewerten. Die Effektstärken dieser Therapie gehören zu den höchsten im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen. Die aufgeführten Empfehlungen weisen jeweils einen starken Konsens auf.

Empfehlung 3.5.1: Die psychotherapeutische Behandlung der ersten Wahl

- Bei einer Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Psychotherapie der 1. Wahl angeboten werden einschließlich Expositions- und Reaktionsmanagement als Kernelemente.
- Die KVT mit Expositions- und Reaktionsmanagement soll hinsichtlich Intensität, Dauer und Einbezug der Eltern an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden.

Empfehlung 3.5.2: Wirksamkeit der KVT und Familieneinbezug

- KVT mit Einbezug der Familie ist bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen wirksam. Der Einbezug der Familie in die Therapie soll erfolgen.
- Beim Einbezug der Familie und der Bezugspersonen sollen die individuellen Begebenheiten des Patienten berücksichtigt werden. Keine Empfehlungen für andere psychotherapeutische Verfahren.

Empfehlung 3.6.1: Wann soll eine Medikation eingesetzt werden?

- Wenn die KVT nicht ausreichend wirksam ist, soll eine Kombinationsbehandlung von KVT mit einer Medikation mit SSRI oder eine Monotherapie mit SSRI eingesetzt werden.
- Im Falle von schwerer Symptomausprägung und Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus kann auch initial eine Kombinationsbehandlung mit KVT und psychopharmakologischer Therapie erwogen werden.
- Wenn keine KVT zur Verfügung steht und die Symptomatik das psychosoziale Funktionsniveau schwer beeinträchtigt, sollte eine medikamentöse Therapie mit SSRI erwogen werden.

Empfehlung 3.6.2: Welche Medikation soll eingesetzt werden

Wenn eine Medikation indiziert ist, sollen SSRIs eingesetzt werden. Entscheidungsgrundlage für die Verordnung eines SSRI sind im Kindes- und Jugendalter der Zulassungsstatus, die jeweiligen Nebenwirkungsprofile, pharmakokinetische Aspekte der Arzneistoffe sowie eventuell vorliegende koexistierende weitere psychische Erkrankungen des Kindes oder Jugendlichen. Eine Zulassung zur Behandlung von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen besteht derzeit nur für Sertralin ab dem Alter von 6 Jahren und für Fluvoxamin ab dem Alter von 8 Jahren. Obwohl für weitere SSRI wie Fluoxetin und Paroxetin eine ebenso gute Datenlage besteht, sind diese Medikamente für Zwangsstörungen nicht zugelassen und nur unter den Bedingungen des off-label use einsetzbar. Fluoxetin ist für die Behandlung von mittelschweren und schweren depressiven Störungen ab einem Alter von 8 Jahren zugelassen. Sertralin und Fluvoxamin, gefolgt von Fluoxetin sollten somit primär für eine pharmakologische Behandlung bei einer Zwangsstörung erwogen werden.

Referenzen

Adam J, Goletz H, Mattausch SK, Plueck J, Doepfner M (2019). Psychometric evaluation of a parent-rating and self-rating inventory for pediatric obsessive-compulsive disorder. German OCD Inventory for Children and Adolescents (OCD-CA). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 13:25.

Goletz H, Adam J, Döpfner M (2020). *Diagnostikum für Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter* (DZ-KJ). Göttingen: Hogrefe.

Goletz H, Döpfner M (2020) Die klinische Beurteilung von Zwangssymptomen bei Kindern und Jugendlichen Eine Studie mit der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS-D). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 48: 178–193.

Goodman WK, Rasmussen SA, Price, LH, Mazure C, Rapoport JL, Heninger GR et al. (1986). *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS), Unpublished scale.