



# Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

- Einführung in die Thematik -

Fritz Mattejat

Referat am Mittwoch, 28. November 2007 um 15.00 Uhr im  
Rahmen des

**Kinder- und jugendpsychiatrischen Nachmittages der  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

# **Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

## **- Einführung in die Thematik -**

1. Was verstehen wir unter introversiven Störungen?
2. Warum ist es wichtig, dass wir uns mit introversiven Störungen beschäftigen?
3. Ausblick: Moderne Psychotherapie bei introversiven Störungen und ihre Geschichte

# Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

## - Einführung in die Thematik -

### 1. Was verstehen wir unter introversiven Störungen?

- *Introversive vs. extraversive Störungen*
- *Normale Angst und Trauer*
- *Pathologische Angst und Depression*
- *Klassifikation introversiver Störungen nach ICD*
- *Ursachen von introversiven Störungen*

# Introversive vs. extraversive Störungen

## Introversive Auffälligkeiten:

*Nach innen gerichtete  
Auffälligkeiten*

Erleben und Verhalten  
eines Menschen, das  
primär bei der betroffenen  
Person selbst Leiden  
verursacht oder für diese  
Person eine Belastung /  
Beeinträchtigung darstellt.

## Extraversive Auffälligkeiten:

*Nach außen gerichtete  
Auffälligkeiten*

Erleben und Verhalten  
eines Menschen, das  
primär bei anderen  
Personen Leiden  
verursacht oder eine  
Belastung /  
Beeinträchtigung darstellt.

# Introversive vs. extraversive Störungen

## **Introversive Störungen:**

*Typische Diagnosen:*

- Affektive Störungen
- Neurotische Störungen
- Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters

## **Extraversive Störungen:**

*Typische Diagnosen:*

- Störungen des Sozialverhaltens
- Hyperkinetische Störung

# Introversive vs. extraversive Störungen

## **Introversive Störungen:**

*Hauptsymptome:*

Angst

Depression

Somatisierung

## **Extraversive Störungen:**

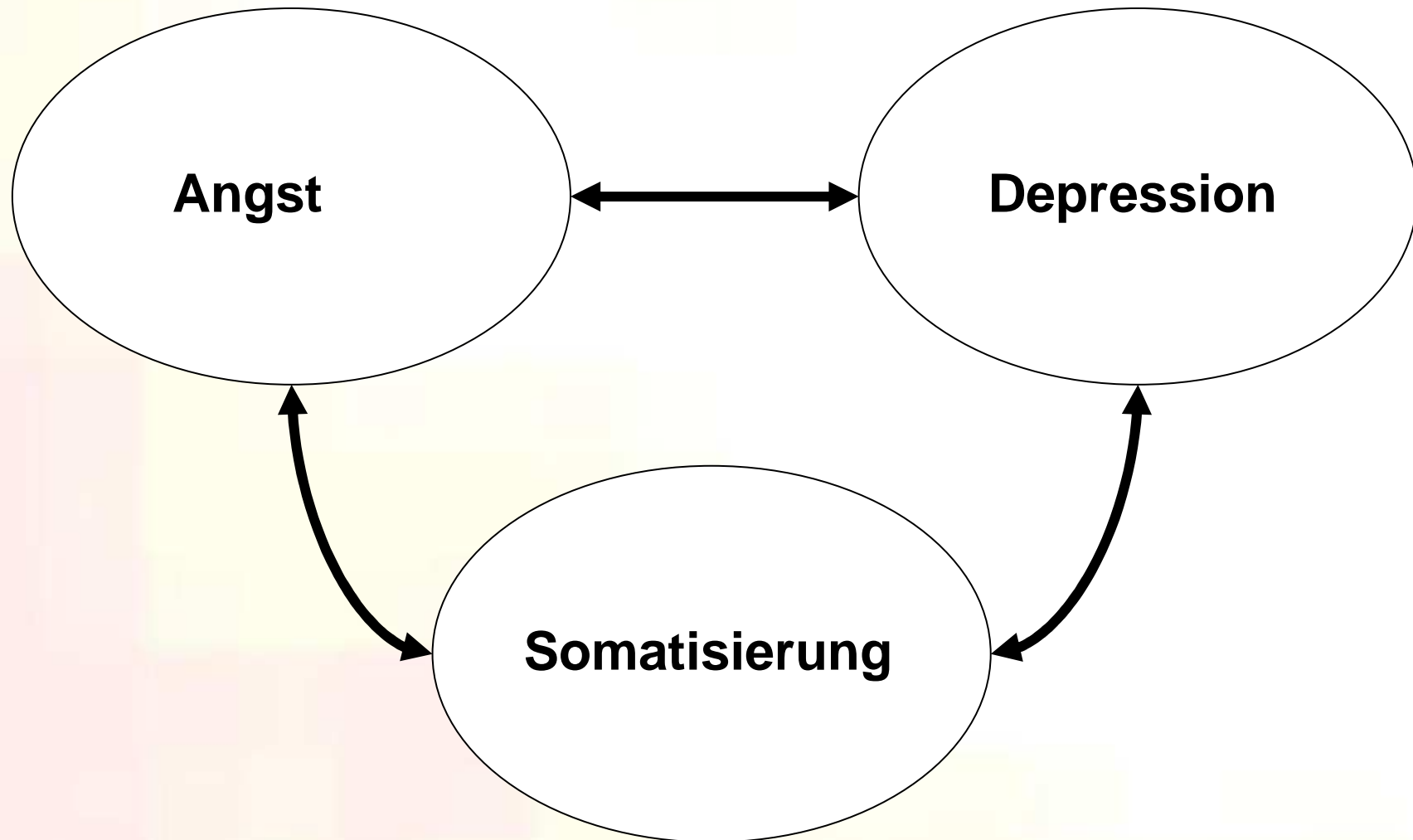
*Hauptsymptome:*

Oppositionelles Verhalten

Agressivität und Gewalt

Dissoziales Verhalten

## Introversive Störungen:



## Angst: Ein biologisch sinnvolles und überlebensnowendiges Reaktionsmuster

Phantasie-  
Entspannungsübung:  
Stellen Sie sich vor:  
Sie sind im Urlaub auf  
Madagaskar. Dort ist  
es jetzt schön warm.  
Sie liegen nach dem  
Frühstück entspannt  
unter einem Baum ...



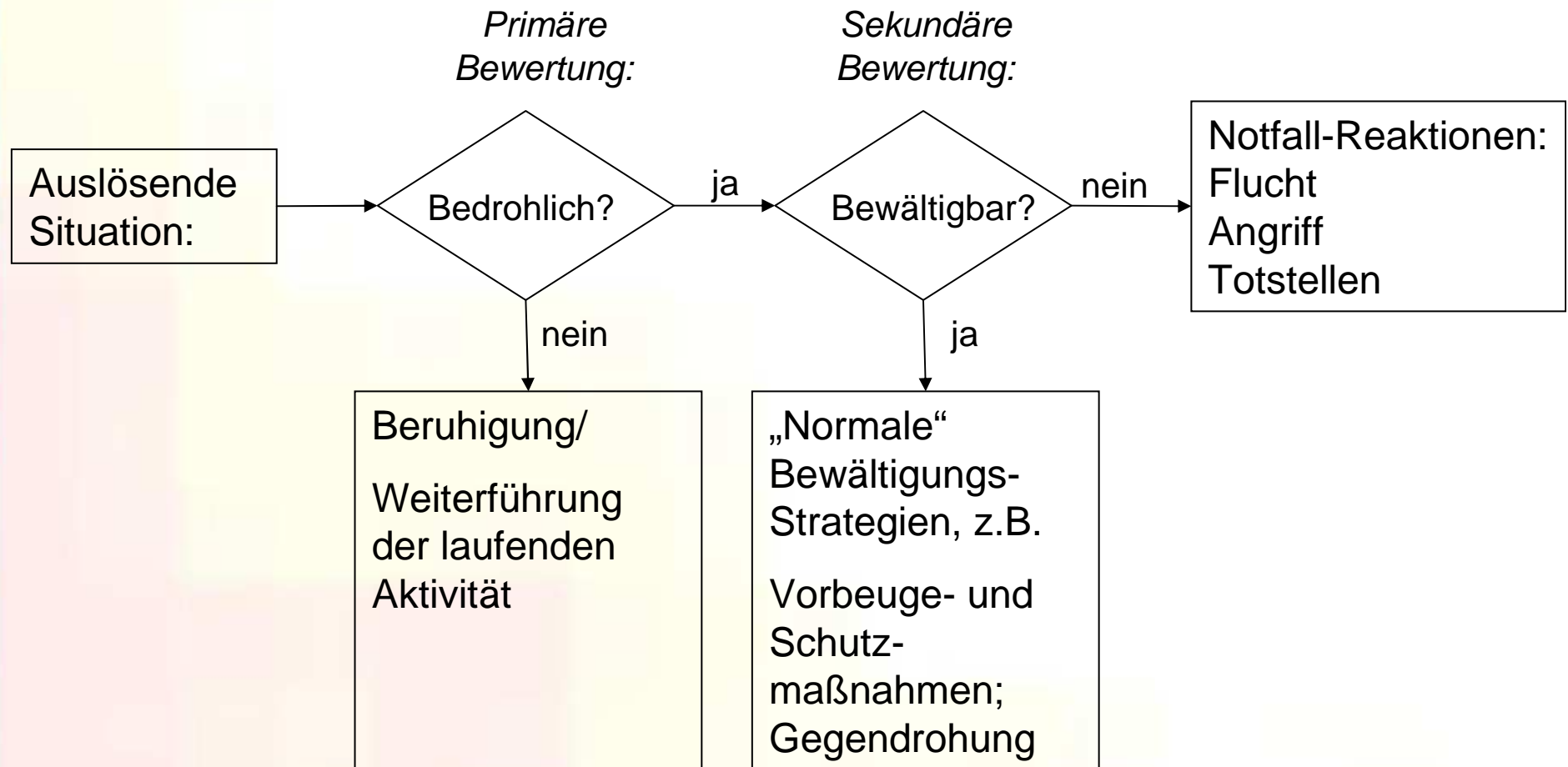
# Angst: Ein biologisch sinnvolles und überlebenswichtiges Reaktionsmuster



Auslösende  
Situation:

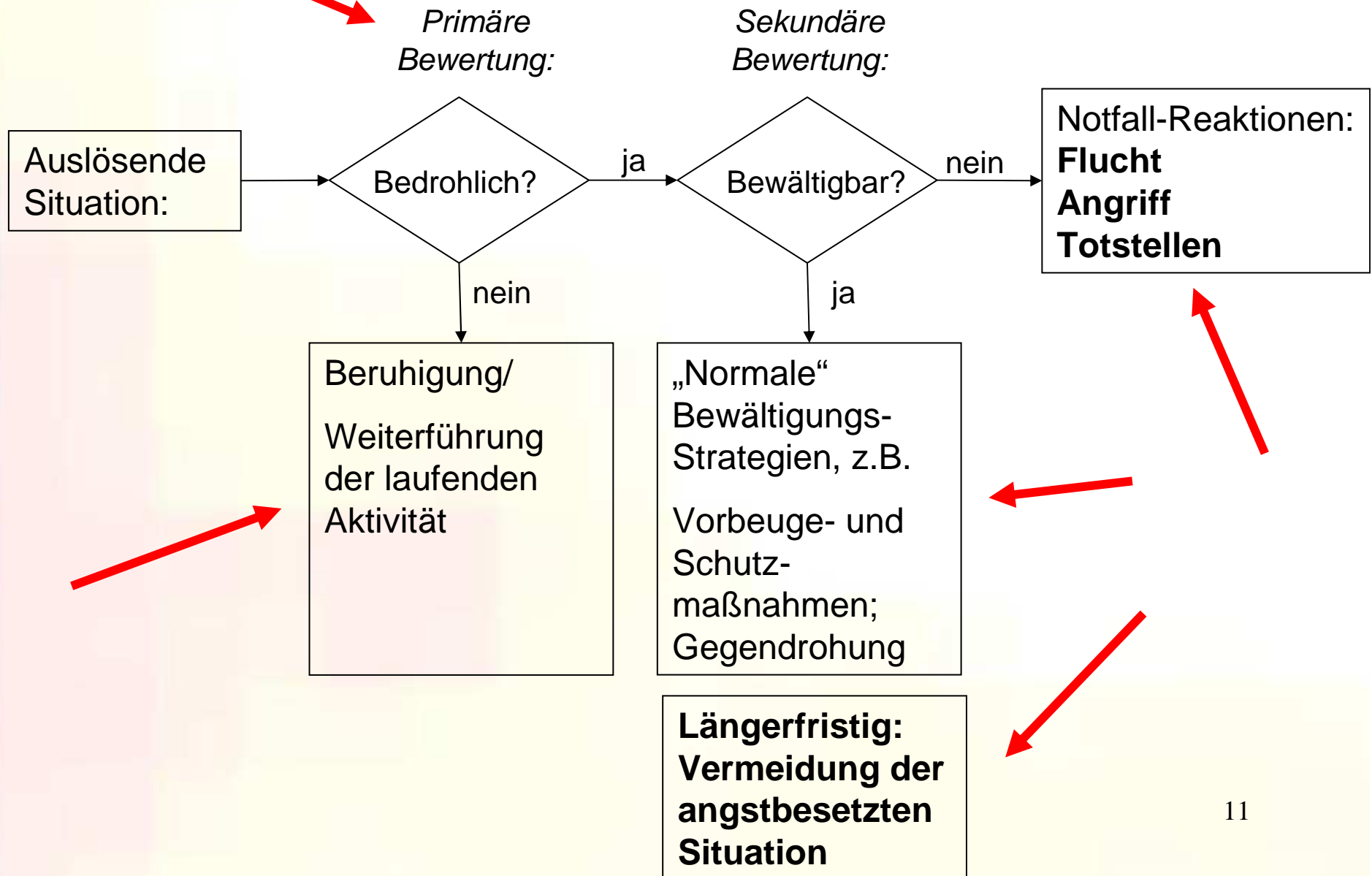
Notfall-Reaktionen:  
Flucht  
Angriff  
Totstellen

# Angst: Ein biologisch sinnvolles und überlebensnowendiges Reaktionsmuster



# Angst: Ein biologisch sinnvolles und überlebensnowendiges Reaktionsmuster

*Mögliche pathologische Auslenkungen*



# Mögliche Hinweise auf eine Angststörung

- Übermäßige Intensität
- Ungewöhnliche Dauer (keine Beruhigung)
- Ungewöhnliche Angstinhalte
- Unangemessenheit der Reaktion im Verhältnis zur auslösenden Situation
- Chronifizierung
- Fehlen von Möglichkeiten zur Reduktion bzw. Bewältigung von Angst

# **Trauerreaktionen – „Normale Depressionen“: Auslöser**

- Primär: Verlusterlebnisse (Verlust einer geliebten Person, z.B. durch Tod oder Kontaktabbruch; aber auch: Verlust von sonstigen bedeutsamen „Objekten“ [Heimat, Sprache] )
- Sekundär: Verletzungen der körperlichen oder seelischen Integrität (Beispiele: Verlust von Körperteilen/Körperfunktionen, kogn. Funkt; Verlust der Ehre; Abwertungs- /Entwertungserlebnisse.)

# **Trauerreaktionen – „Normale Depressionen“: Der Trauerprozess**

*Trauer = Restitutionsprozess*

***Funktion der Trauer: Eine „Schonpause“ im normalen Lebensablauf; ein Prozess Ablösung/Verabschiedung und der emotionalen und lebenspraktischen Umstellung /Neuorganisation***

Phasen nach Bowlby (1988)

- Phase der Betäubung
- Phase der Sehnsucht und Suche nach dem verlorenen Menschen
- Phase der Desorganisation und Verzweiflung
- Phase der Reorganisation

# **Trauerreaktionen – „Normale Depressionen“: Der Trauerprozess**

## **Aufgaben** im Trauerprozess

(Children and Grief – When a parent dies. Worden, 1996)

- Die Realität des Verlustes akzeptieren
- Den Schmerz oder die emotionalen Aspekte des Verlustes zu erleben
- Sich an die veränderte Umgebung (in der die verlorene Person fehlt) anzupassen.
- Der verstorbenen Person einen neuen Platz im eigenen Leben einräumen und Formen zu finden sich an die Person zu erinnern.

# Mögliche Hinweise auf eine depressive Störung

- Ungewöhnliche Intensität
- Ungewöhnliche Dauer
- Ungewöhnliche gedankliche Inhalte (z.B. Art der Schuldgefühle)
- **Unangemessenheit der Reaktion im Verhältnis zur auslösenden Situation**
- Chronifizierung
- Fehlen von Möglichkeiten zur Reduktion bzw. Bewältigung der depressiven Stimmung und des depressiven Verhaltens



# Symptome der Depression

- **Auf der emotionalen Ebene:**
  - Affektstörung: Traurigkeit, Verstimmung
  - Schuldgefühle / Selbstvorwürfe
  - Reduziertes Selbstwertgefühl („Ich bin nichts wert“)
  - Gefühl der Gefühllosigkeit
- **Auf der Verhaltensebene:**
  - Antriebsstörung / Verminderte Aktivität
  - Psychomotorische Hemmung (bis hin zum Stupor/völlige Erstarrung) oder Agitiertheit
  - Sozialer Rückzug

# Symptome der Depression

- **Auf der kognitiven Ebene:**
  - Konzentrationsstörungen
  - Formale Denkstörungen (Denkhemmung, Verlangsamung)
  - Grübeln, Todes- und Suizidgedanken
- **Auf der körperlichen Ebene:**
  - Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen)
  - Appetitverlust (oder –steigerung) mit entsprechender Gewichtsveränderung
  - Libidoverlust und vegetative Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen)

## Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter

<p>(1) Akute Gefährdung</p>	<p>Ist die körperliche oder seelische Integrität des vorgestellten Kindes oder Jugendlichen oder anderer Personen <b>gefährdet</b>? Beispiele: Selbstgefährdung durch Suicidalität, Störungsbilder mit Fremdgefährdung</p>
<p>(2) Objektive Beeinträchtigungen bzw. Einschränkungen in den altersentsprechenden Lebensvollzügen</p>	<p>Ist das vorgestellte Kind aufgrund seiner psychischen Auffälligkeiten oder aufgrund von anderen Faktoren in bedeutsamer Weise daran gehindert, an normalen altersentsprechenden <b>Lebensvollzügen teilzunehmen</b>? Beispiel: Jegliche Einschränkung in den sozialen Kontakten, den Freizeitaktivitäten und in anderen für die Lebensqualität relevanten Bereichen.</p>
<p>(3) Objektive Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten</p>	<p>Ist die <b>zukünftige Entwicklung</b> des vorgestellten Kindes aufgrund seiner psychischen Auffälligkeiten oder aufgrund von anderen Faktoren in bedeutsamer Weise beeinträchtigt? Beispiele: Versäumnis des Schulbesuchs, langfristige schulische Entmutigung (z.B. aufgrund von Legasthenie), keine Möglichkeit zu sozialen Kontakten (z.B. bei sozialen Ängsten).</p>
<p>(4) Subjektiver Leidensdruck und subjektives Behandlungsbedürfnis</p>	<p><b>Subjektives Leiden</b> und Behandlungsbedürfnis des vorgestellten Kindes und seiner Bezugspersonen.</p>

## ICD-Klassifikation von Angststörungen

Hauptgruppen	Zugehörige ICD-Klassifikation
1 Umgrenzte Phobien	F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
2 Panikstörungen und Agoraphobien	F41.0 Panikstörung F40.0 Agoraphobie
3 Generalisierte Angststörungen	F41.1 Generalisierte Angststörung F93.8 Generalisierte Angststörung des Kindesalters (Überängstl.)
4 Trennungsangst und Schulphobie	F93.0 Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
5 Soziale Ängste (Ängstlichkeit, Überempfindlichkeit und soziale Phobien)	F40.1 Soziale Phobien F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (Überempfindlichkeit)

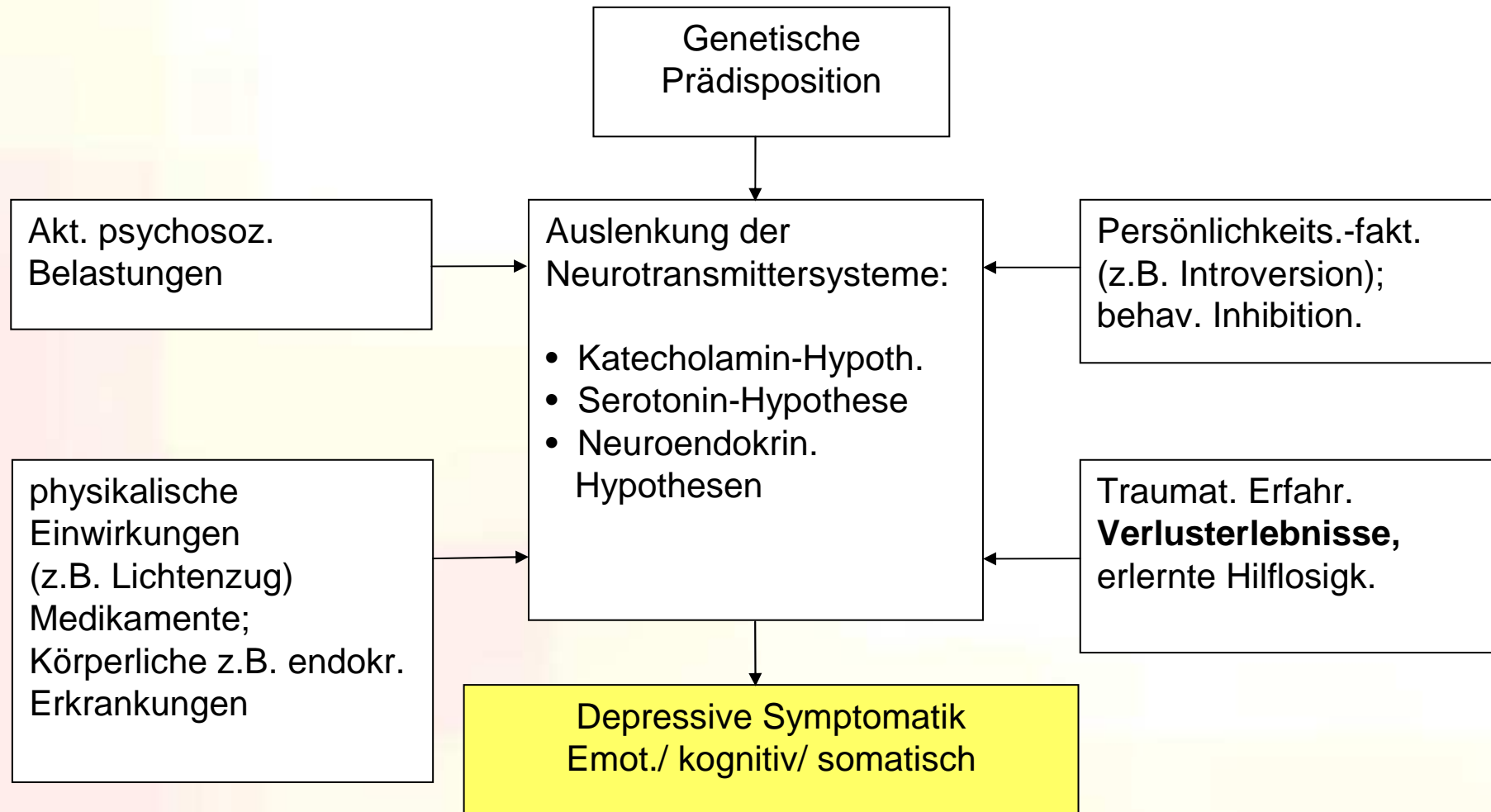
## ICD-Klassifikation von Angststörungen

### Hauptgruppen

### Zugehörige ICD-Klassifikation

1 Manisch und bipolare Störungen	F30 Manische Episode F31 Bipolare affektive Störung
2 Umgrenzte depressive Episoden	F32 Depressive Episode (Leicht/mittel/schwer) F33 Rezidivierende depressive Störung
3 Anhaltende affektive Störungen	F34.0 Zylothymie F34.1 Dysthymie

## Ätiologie der Depression (n. Preis und Remschmidt, 2008)



## **Heritabilität psychischer Störungen** (nach Hebebrand et al. 2006 S. 4)

Intelligenz-Quotient*	48%
Persönlichkeitseigenschaft Extraversion*	66%
Zwangsstörung	47%
<b>Angststörung</b>	<b>30 - 40%</b>
Aufmerksamkeits-Defizit und Hyperaktivitätsstörung	60 - 80%
Anorexia nervosa	48 - 88%
Bulimia nervosa	28 - 83%
Schizophrenie	73 - 90%
Bipolare Störung	60 - 85%
<b>Schwere Depression („major“ Depression)</b>	<b>31- 42%</b>

\*nach McGuffin & Murray: The new genetics of mental illness, 1991.

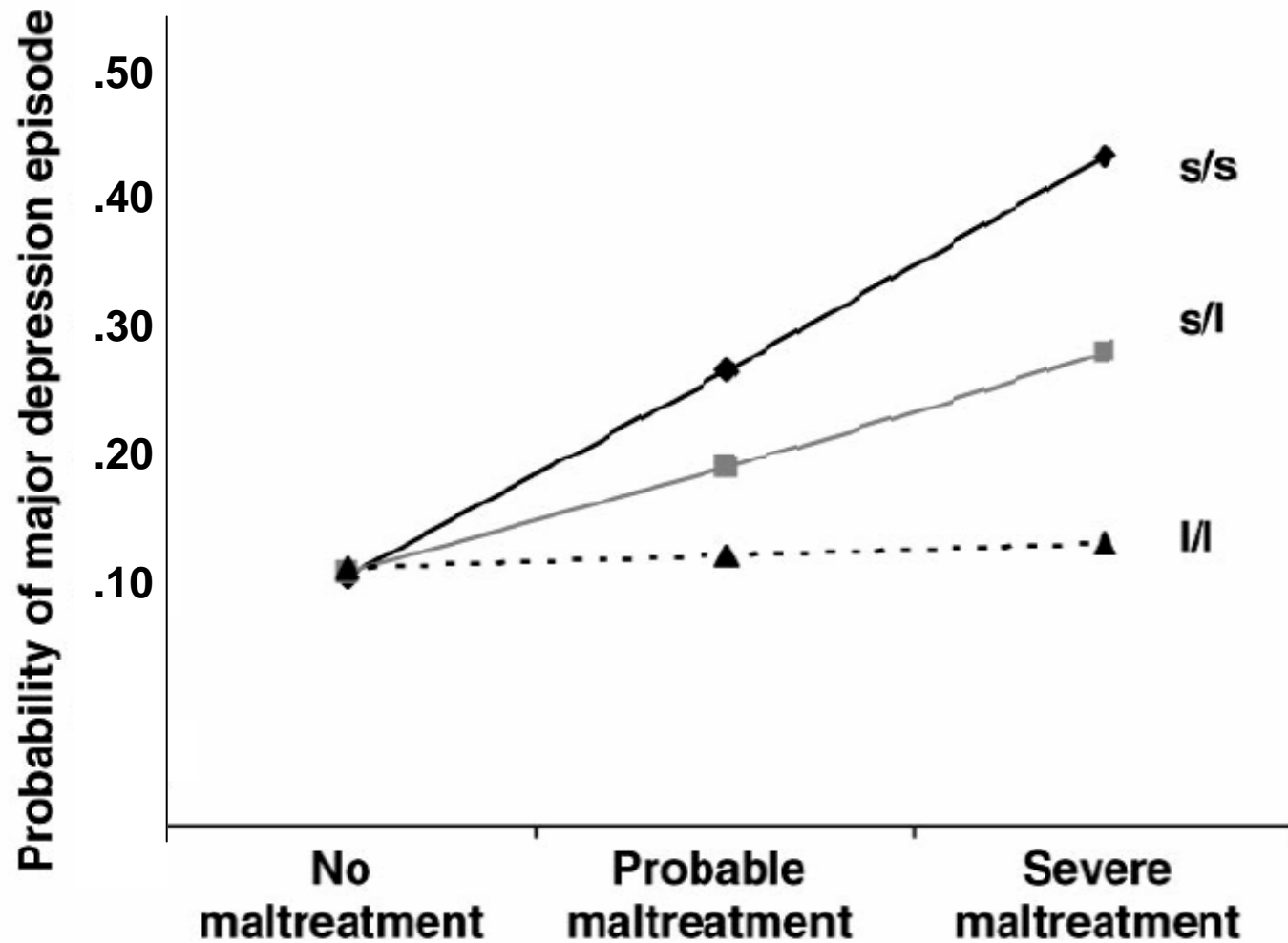
# Depression: Interaktion zwischen genetischen und Umweltfaktoren

- Die Arbeitsgruppe um Moffitt und Caspi untersuchte die Frage, wie genetische Ausstattung und Umweltbelastungen zusammenwirken.
- **Genetische Ausstattung:** Über 800 Probanden wurden nach dem Serotonin-Transporter-Gen (5-HTT-Gen) eingeteilt in drei genetische Gruppen (s/s), (s/l), (l/l).
- **Umweltbelastungen:** Bei jedem Probanden wurde untersucht, wie viele mit starkem Stress verbundene Lebensereignisse er erfahren hatte.
- **Auswirkungen:** Dann wurde untersucht, wie sich die genetische Ausstattung und die Lebensereignisse auf spätere depressive Symptome / Erkrankungen auswirken.



# Depression: Interaktion zwischen genetischen und Umweltfaktoren

(aus Caspi et al., 2003)



## Risikofaktoren für Angststörungen

<b>Biologische Risikofaktoren</b>	Kinder von Menschen mit Angststörungen zeigen eine potenzierte Schreckreaktion
<b>Geschlecht</b>	Mädchen haben höhere Vulnerabilität; biologische und kulturelle Erklärungen
<b>Temperamenteigenschaften</b>	Behaviorale Inhibition („Verhaltenshemmung“)
<b>Frühkindlicher Bindungsstil</b>	Unsichere frühkindliche Bindung erhöht die Wahrscheinlichkeit für Angststörungen
<b>Elterlicher Erziehungsstil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eltern zeigen erhöhtes Maß an EE</li><li>• Mütter zeigen weniger Feinfühligkeit</li><li>• Angstinduktion durch Modellverhalten</li><li>• Angstverstärkernde Verhaltensweisen</li></ul>

## Risikofaktoren für Angststörungen: Kognitive Risikofaktoren

<b>Kontrollerfahrungen in der Kindheit und Kontrollüberzeugungen</b>	Frühe Erfahrungen, dass Situationen nicht kontrollierbar sind → verringerte Kontrollüberzeugung
<b>Angstsensitivität</b>	Angstsensitivität = stabile Überzeugung, dass erlebte Angst und körperliche Angsymptome zu schädlichen Konsequenzen (z.B: Lebensgefahr) führen.
<b>Verzerrungen der Informationsverarbeitung</b>	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für Angstreaktionen durch folgende kognitive Verzerrungen: Aufmerksamkeitskonzentration auf bedrohliche Reize („attention bias“) Neigung, bestimmte Reize als bedrohlich zu bewerten („interpretaton bias“ – Tante Gretl) Tendenz, sich an ängstigende Reize besser zu erinnern („memory bias“)

## Die wichtigsten Angstquellen im Entwicklungsverlauf

<b>Alter</b>	<b>Angstquelle</b>
<b>0-6 Monate</b>	Intensive sensorische Reize, z.B. laute Geräusche; Verlust von Zuwendung.
<b>6-12 Monate</b>	Fremde Menschen; Trennung.
<b>2-4 Jahre</b>	Fantasiestellen; potenzielle Einbrecher; Dunkelheit.
<b>5-7 Jahre</b>	Naturkatastrophen (Feuer); Verletzungen; Tiere; medienbasierte Ängste.
<b>8-11 Jahre</b>	Schlechte schulische und sportliche Leistungen.
<b>12-18 Jahre</b>	Ablehnung durch Gleichaltrige.

# Angst und Depression im Entwicklungsprozesse

- Die kindliche Welt strukturiert sich durch Angst. „Normale“ oder „physiologische“ Ängste (Kinderängste) nehmen mit dem Alter ab; Angstinhalte verändern sich im Entwicklungsverlauf.
- Angststörungen in allen Altersgruppen, etwa in gleicher Häufigkeit, bis zu 10%. Grundschulalter: Mädchen und Jungen gleich häufig. Ab Pubertät: Mädchen etwas doppelt so häufig wie Jungen.
- Depressionen nehmen ab der Pubertät stark zu. Prävalenz bei Kindern ca. 1,5%. Jungen doppelt so häufig wie Mädchen. Bei Jugendlichen 5%. Mädchen doppelt so häufig wie Jungen.

# Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

## - Einführung in die Thematik -

2. Warum ist es wichtig, dass wir uns mit introversiven Störungen beschäftigen?
  - *.. sie sind sehr häufig und sind ernst zu nehmen*
  - *... sie werden übersehen und vernachlässigt: wahre und behandelte Prävalenz*
  - *Es besteht die Gefahr, dass sie chronifizieren  
⇒ Störungen im Erwachsenenalter*
  - *Sie können sehr gut behandelt werden:  
Stufenkonzept der Interventionen ⇒  
Prävention und Therapie*

Vorliegen von psychischen Auffälligkeiten / psychischen Störungen  
nach der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

[Robert-Koch-Institut, 2007]

Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren:  
n=2942; SDQ-Elternbericht und zusätzliche

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozial- verhaltens
Jungen	5,4%	10,1%	2,9%	7,9%
Mädchen	5,3%	10,0%	1,4%	7,2%
Niedriger Sozialstatus	7,3%	12,9%	3,7%	11,3%
Mittlerer Sozialstatus	5,5%	10,1%	2,3%	7,1%
Hoher Sozialstatus	3,8%	8,0%	0,9%	5,7%
<b>Insgesamt</b>	<b>5,4%</b>	<b>10,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>7,6%</b>

Bei 13,4 % gibt es neben dem allgemeinen Hinweis auf eine mögliche psychische Störung **und** konkrete Hinweise auf eine spezifische psychische Auffälligkeit. D.h. bei 13,4% gibt es einen diagnostischen, Beratungs- oder Behandlungsbedarf.

## ***Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe bei verschiedenen Angststörungen (Essau et al., 1998)***

Irgendeine Angststörung	18,2 %
Panikstörung	20,0 %
Soziale Phobie	23,5 %
Zwangsstörung	30,8 %
Generalisierte Angststörung	25,0 %
Posttraumatische Belastungsstörung	47,1 %
NNB-Phobie	13,9 %



## Suizidalität (Preiß und Remschmidt, 2007)

- Die Suizidrate in Deutschland beträgt 13,5 auf 100.000 Einwohner pro Jahr: 10.000 bis 11.000 offiziell erfasste Suizide pro Jahr.
- Suizid ist in vielen Industrieländern bei Jugendlichen die zweithäufigste Todesursache (nach Unfällen)
- In Deutschland sterben jährlich etwa 450 junge Menschen zwischen 15 und 21 Jahren durch Suizid (zusätzlich Dunkelziffer).
- Etwa 90% der Jugendlichen, die Suizid begehen, ist psychisch krank (Fleischmann et al, 2005). Besonders häufig: Alkohol-, Drogenmissbrauch, Depression. Rund die Hälfte der Jugendlichen, die Suizid begehen, leiden unter einer Depression (Ryan, 2005).
- Selbstmordgefahr bei depressiv erkrankten Jugendlichen korreliert mit Dauer und Schweregrad der Erkrankung und mit Komorbidität
- Bei depressiven Jugendlichen ist das Suizidrisiko dann am höchsten, wenn Suizidversuche vorausgegangen sind (Apter & King, 2006).
- Wir können die Risiken gut abschätzen und wissen, wann wir intervenieren müssen ⇒ genaue individuelle Risikoabschätzung (vgl. die Erfahrungen in unserer Klinik).

## Verlauf von Angststörungen

<b>Umgrenzte Phobien</b>	Häufig geringe Stabilität. Durch VT-Methoden kann häufig in sehr kurzer Zeit eine deutliche Verbesserung erreicht werden.
<b>Panikstörungen und Agoraphobie</b>	Verlauf ist stark fluktuierend. Gefahr der Chronifizierung, wenn keine Behandlung erfolgt. Gefahr des Medikamenten- und Alkoholabusus / abhängigkeit.
<b>Generalisierte Angststörungen</b>	Tendenziell hohe Persistenz. Häufig mit Depressionen assoziiert. Stabilität über mehrere Jahre bis zu 50%.
<b>Trennungsangst und Schulphobie</b>	Leichte Trennungsstörungen im Kindesalter sind häufig passager. Schwere Trennungsstörungen chronifizieren häufig; außerdem häufig Übergang zu Panikstörungen.
<b>Soziale Ängste</b>	Soziale Ängste und Sozialphobien haben eine relativ hohe Stabilität.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung:  
 Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheits surveys (RKI)  
 (BPtK-Newsletter, I/2007; **Februar 2007**)

Diagnosen(-gruppe)	12-Monats-Prävalenz
Substanzstörungen (F1) [ohne Nikotinabhängigkeit]	4,5 %
Mögliche psychotische Störungen (F2)	2,6 %
Affektive Störungen (F3) [Depressionen]	11,9 %*
Angststörungen (F40-42)	14,5 %
Somatoforme Störungen (F45)	11,0 %
Essstörungen (F50)	0,3 %
Psychische Störungen aufgrund einer körperlichen Erkrankung	1,3 %
Irgendeine psych. Störung	31,0 %

\* davon rund 50% behandlungsbedürftige Depressionen.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung:  
 Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheits surveys (RKI)  
 (BPtK-Newsletter, I/2007; **Februar 2007**)

Diagnosen(-gruppe)	12-Monats-Prävalenz
Substanzstörungen (F1) [ohne Nikotinabhängigkeit]	4,5 %
Mögliche psychotische Störungen (F2)	2,6 %
<b>Affektive Störungen (F3) [Depressionen]</b>	<b>11,9 %*</b>
<b>Angststörungen (F40-42)</b>	<b>14,5 %</b>
<b>Somatoforme Störungen (F45)</b>	<b>11,0 %</b>
Essstörungen (F50)	0,3 %
Psychische Störungen aufgrund einer körperlichen Erkrankung	1,3 %
Irgendeine psych. Störung	31,0 %

\* davon rund 50% behandlungsbedürftige Depressionen.

# Bedeutung depressiver Störungen

(nach Pössel, Schneider & Seemann, 2006)

## - Die Politische und wirtschaftliche Dimension -

- WHO: Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Maß entwickelt, mit dem die gesundheitliche Beeinträchtigung und Sterblichkeit bei verschiedenen Krankheiten miteinander verglichen werden können. **Disability Adjusted Life Years (DALY)**. Wie viele Jahre gesunden Lebens gehen durch eine Krankheit verloren?
- Schon 1990 stand die unipolare Depression an vierter Stelle aller Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung und vorzeitiger Mortalität (Murray und Lopez 1996)
- Bis zum Jahr 2020 wird die Depression bei den Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung und vorzeitiger Mortalität auf den 2. Platz aufrücken (nur übertroffen von Herz-Kreislaufkrankungen) [WHO]
- In Deutschland gibt es rund 4 Millionen Patienten mit behandlungsbedürftigen Depressionen [Kompetenznetz Depression, 2005]
- Im Jahr 2005 verursachen Depressionen in Deutschland Gesamtkosten von etwa **17 Milliarden Euro**. Im Vergleich dazu: Etat des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2007: von **5,25 Milliarden Euro**.

# **Kernaussagen des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“**

(Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Robert Koch Institut  
und Statistisches Bundesamt, 2007)

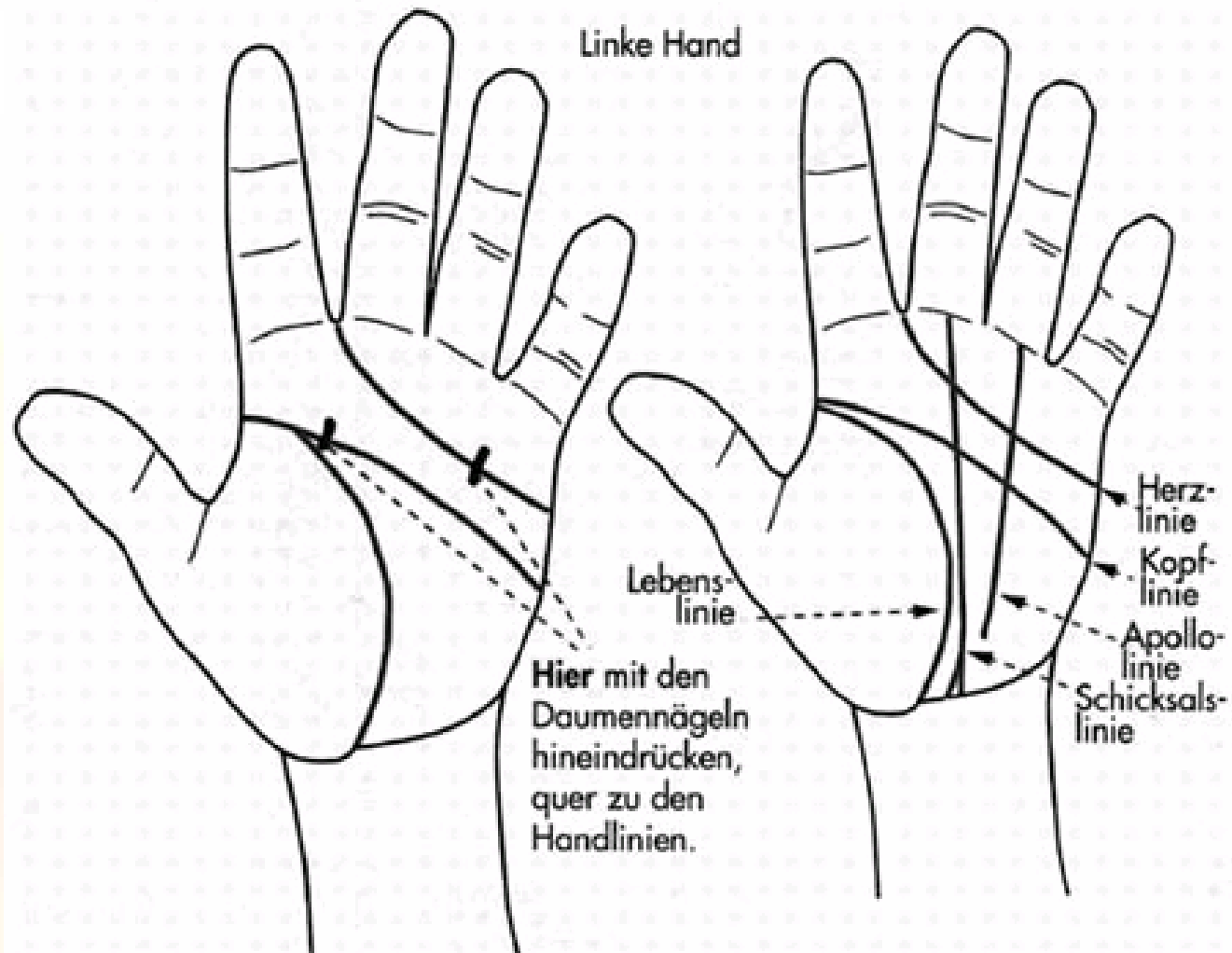
- Steigende Lebenserwartung und gute Gesundheit, aber: Immer noch zu viele Menschen rauchen, sind zu dick, bewegen sich zu wenig und trinken zu viel Alkohol.
- Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten Jahren insgesamt verbessert.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen zurück.
- Psychische Erkrankungen spielen eine immer größere Rolle. Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen wie Frühberentungen eine immer größere Rolle.

# **Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

**- Einführung in die Thematik -**

3. Ausblick: Moderne Psychotherapie bei introversiven Störungen und ihre Geschichte
  - Modernen Psychotherapie = Evidenzbasierte / Evidenzinformierte Psychotherapie
  - Die Geschichte nicht vergessen

Wenn Sie jemanden kennen, der von Ängsten geplagt wird, probieren Sie doch die Methode selbst aus. Die Druckpunkte sehen Sie auf diesen Skizzen.





# Wirksamkeit der Therapie von introversiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen I

- Introversive Störungen sind relativ gut behandelbar: Sie haben insgesamt eine höhere Therapieerfolgsrate als extraversive Störungen.
- Für Angststörungen ist die die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie / kognitiv-behavioralen Therapie sehr gut nachgewiesen: Bei der überwiegenden Mehrzahl können deutliche Verbesserungen erreicht werden; bei über 50% eine Vollständige Symptomremission.
- Wir haben auch Wirksamkeitsnachweise für die personzentrierte Spieltherapie bei Kindern.
- Eine medikamentöse Therapie ist bei Angststörungen in der Regel nicht angezeigt (Ausnahme: Zwangsstörungen, z.B. SSRI).

# Wirksamkeit der Therapie von introversiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen II

- Bei depressiven Störungen gibt es einerseits eine hohe Spontanremissionsrate, andererseits aber auch eine hohe Rückfall- und Chronifizierungsgefahr.
- Der Erfolg von psychotherapeutischen Behandlung bei depressiven Störungen ist etwas geringer als bei Angststörungen.
- Die kognitiv-behaviorale Therapie / Verhaltenstherapie hat bei depressiven Störungen mit abstand die besten Wirksamkeitsnachweise. Es ist die Therapie erster Wahl. Ähnlich gute Wirksamkeit hat die interpersonale Psychotherapie.
- Für schwere Depressionen ist die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung nachgewiesen.
- Wenn innerhalb von 6 Wochen in einer Psychotherapie keine symptomatische Verbesserung erreicht wird, sollte bei Jugendlichen zusätzlich eine medikamentöse Behandlung erwogen werden.

# Stufenkonzept der Interventionen: Prävention und Therapie

- Diagnostische Abklärung  
und Beratung ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ *Keine Therapie*



- Indizierte Prävention



- Ambulante Kurztherapie



- Ambulante Langzeittherapie



- Stationäre Therapie

# **Introversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

## **- Einführung in die Thematik -**

Die Geschichte nicht vergessen:

- Der kleine Hans (Sigmund Freud: Pferdephobie),
- der kleine Peter (Mary C. Jones: Kaninchenphobie)
- und die Geschichte vom großen Zauberer

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**