

# Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einführung



UK für Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit...

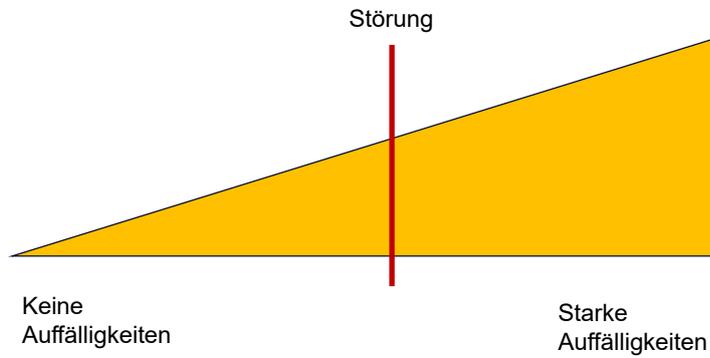
entwicklungsabhängige Epidemiologie

Diagnostik, Klinik und Behandlung von Störungen, die **auch im Erwachsenenalter** vorkommen in den frühen Phasen des Lebens: unterschiedliche und spezifische Ausprägungen

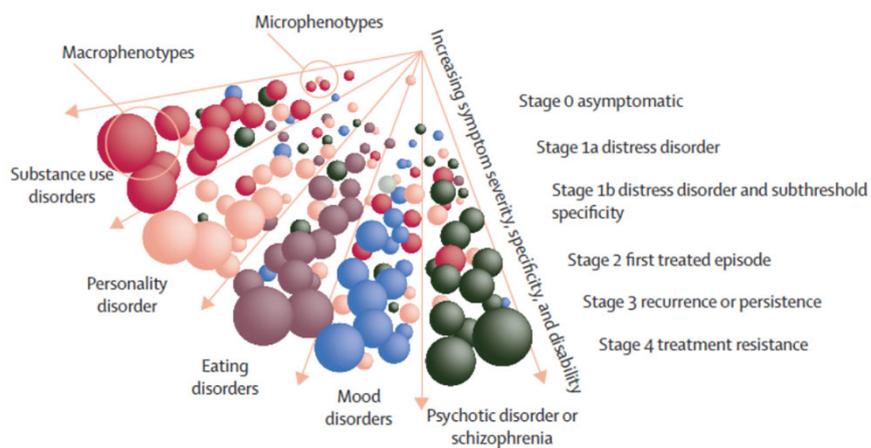
Störungen, die **nahezu nur im Kindes- und Jugendalter** vorkommen oder immer in dieser Lebensphase beginnen



## Das Problem psychiatrischer Diagnosen



## Schweregrade und Stadien



## Psychische Erkrankungen, Charakteristika und Klassifikationssysteme

Erhebliche krankheitswertige Abweichungen im Erleben oder/und Verhalten

Zeigen sich auf Ebenen ► Denken, ► Fühlen, ► Handeln

Typische Eigenschaften von psychischen Störungen:

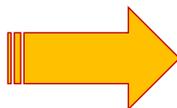
- sehr eingeschränkt willentlich zu steuern
- längere Dauer
- Verursachen Leiden
- beeinträchtigen Leben ( Familie, **Schule, Ausbildung**)

Medizinische Klassifikationssysteme:

- **ICD-10: WHO-> ICD-11**
- DSM 5: APA

## ICD-10 → ICD-11

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



## Multiaxiale Klassifikation

Sechs Achsen:

Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom (F0-F6, F9)

Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen (F8)

Achse 3: Intelligenzniveau (F7)

Achse 4: körperliche Symptomatik

Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

## Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

- ausführliche Anamneseerhebung
- psychopathologischer Untersuchungsbefund
- *Ergänzend: psychologische Testverfahren*
- Sinnvoll: Verhaltensbeobachtungen (ev. auch stationär)

## Achse 2: (Umschriebene) Entwicklungsstörungen

- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

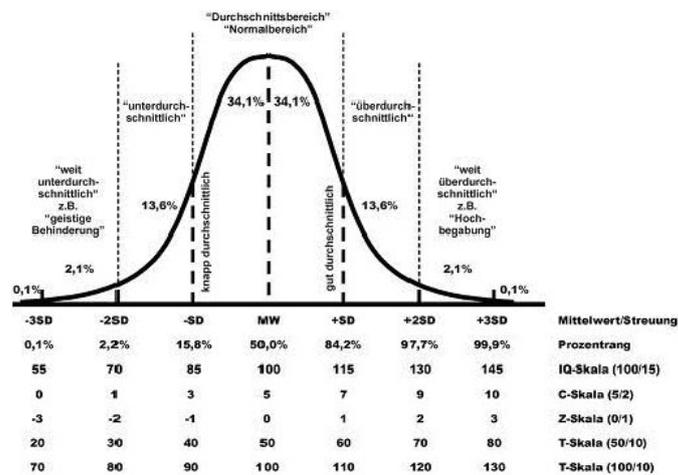
In den meisten Fällen:  
Sprache,  
visuellräumliche Fertigkeiten und  
Bewegungskoordination betroffen

In der Regel Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen  
Erkennungszeitpunkt an

Mit dem Älterwerden: Störungen zunehmend vermindert

Defizite bleiben oft im Erwachsenenalter zurück

## Achse 3: Intelligenz



## **Achse 4: körperliche Symptome**

- Begleitende körperliche Symptome: Zusammenhang mit psychischer Erkrankung
- Bsp: Adipositas, T1DM,...
- [Link zur Psychosomatik](#)

## **Achse 5: assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände**

abnorme intrafamiliäre Beziehungen (z.B. Disharmonie, Mangel an Wärme, Mißhandlung oder Mißbrauch)

psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

abnorme Erziehungsbedingungen

abnorme unmittelbare Umgebung

akute, belastende Lebensereignisse

gesellschaftliche Belastungsfaktoren (Verfolgung, Diskriminierung, Migration etc.)

chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit (z.B. Sündenbockrolle, Streitigkeiten mit Mitschülern/ Lehrern)

belastende Lebensereignisse

## Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Von 0 (herausragende soziale Funktionen mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen in und außerhalb der Familie, mit adäquaten Interessen und Freizeitaktivitäten)

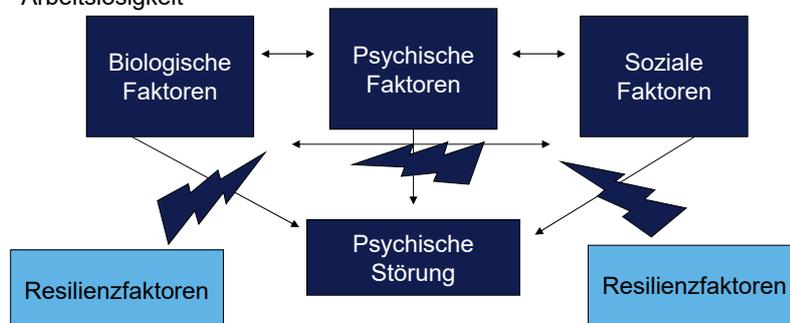
bis 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, Fehlen von Kommunikation, Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung).

Beurteilung:

- Beziehungen zu Familie, Gleichaltrigen und Außenstehenden
- soziale Kompetenzen
- schulische/ berufliche Adaptation
- Interessenlage
- Freizeitaktivitäten

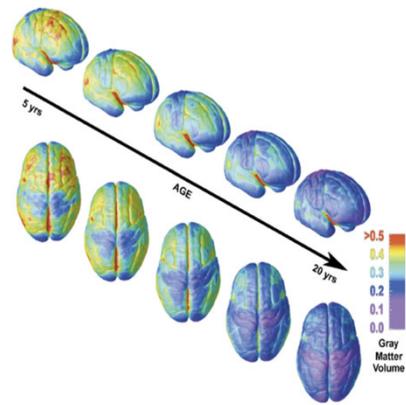
## Bio-psycho-soziales Modell

- Erklärungsfigur für psychische Störungen und ihre Behandlung: biopsychosoziales Modell
- Biologische Faktoren: z.B. Genetik
- Psychische Faktoren: z.B. negativer Denkstil („ich schaffe nichts“)
- Soziale Faktoren: z.B. Verlust einer liebevollen Beziehung, Arbeitslosigkeit



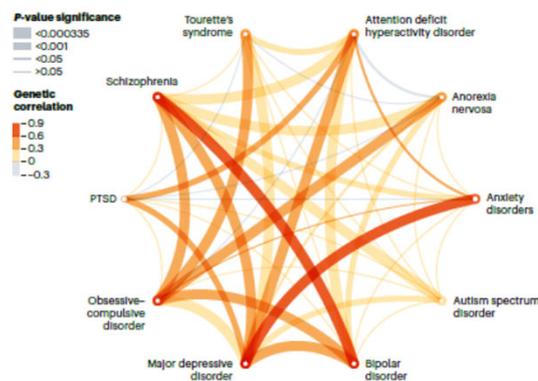
## Neuronale Entwicklung

- 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



## Genetik

- Brainstorm consortium: GWAS: n=265.218 patients, n=784.643 controls



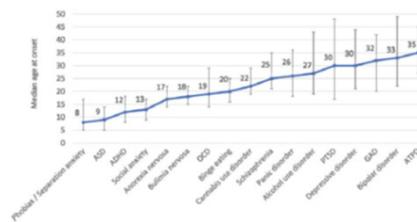
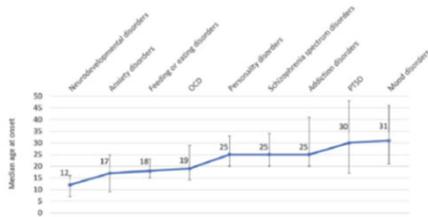
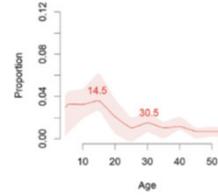
## Beginnalter psych. Erkrankungen

• N=192 epidemiol. Studien

Beginn  
(irgendeiner  
psychischen)  
Erkrankung:

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

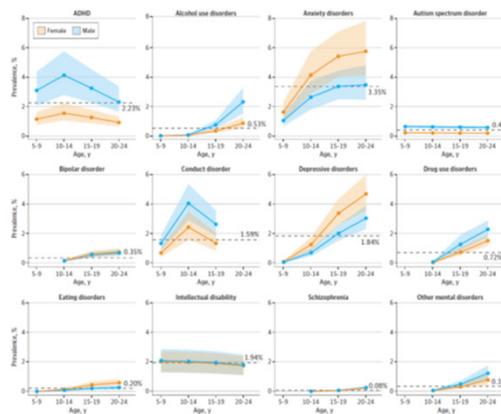
- Peak: 14,5a
- Median: 18a



## Prävalenz: präpandemisch

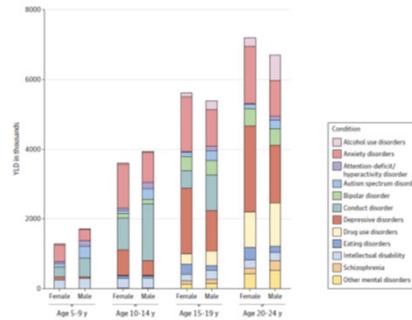
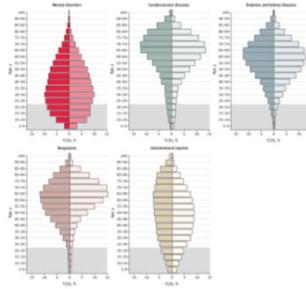
WHO Global Burden of Disease Study (2019)  
5-24 y: 2.516 millions

- 293 millions with mental disorder: 11,6%
- 31 Millionen with substance use disorder

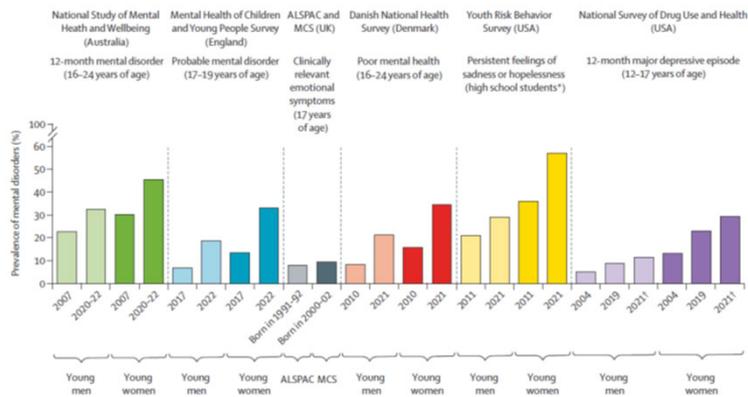


## Psychische Erkrankung

- Mental disorders:
- Leading cause of nonfatal disability in children and youths in 2019 (31.14 million: years lived with disability: YLD)
- 2nd: neurological disorders (16.29 millions)
- 3rd: skin and subcutaneous diseases (16.13 millions YLD)

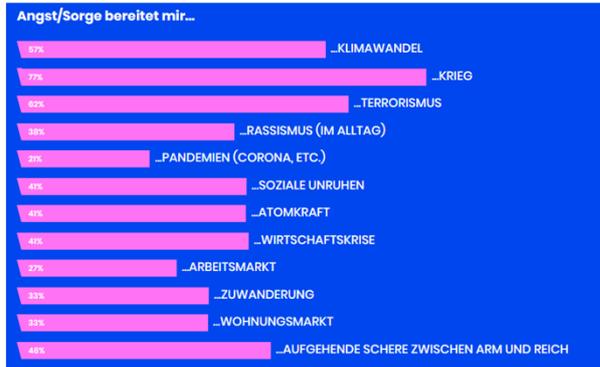


## Prävalenzratenanstieg

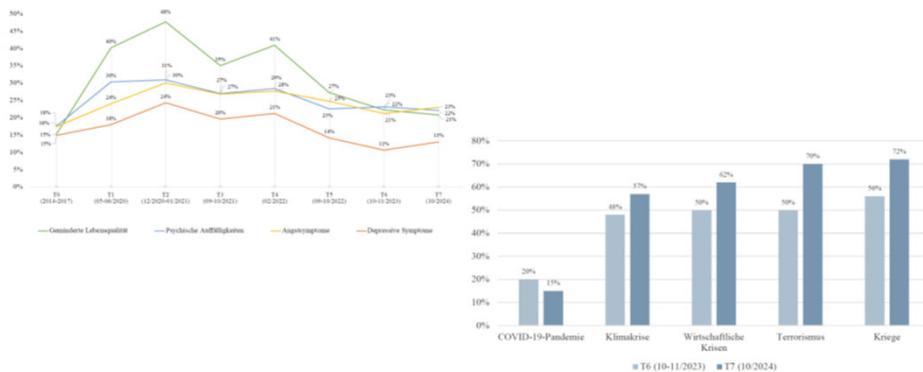


## Jugendstudie: Ö

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



## COPSY Studie



## Shell Jugendstudie 2024

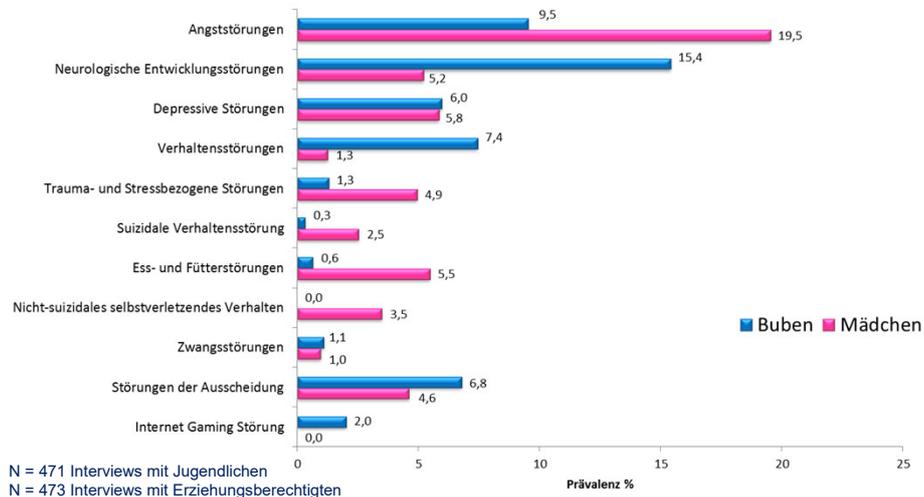
- 19. Shell Jugendstudie: 01-03/2024
- 12-25a: n=2509
- Persönliche Interviews



## Epidemiologie: Ö

- MHAT Studie: n=3610
- Punktprävalenz (full-syndrome) (6 Mon):  
**21.9%** (inkl. subklinische: 34.6 %)
- Lebenszeitprävalenz (full-syndrome):  
**34.1 %** (inkl. subklinische: 45.3 %)

## Lebenszeitprävalenz nach Geschlecht



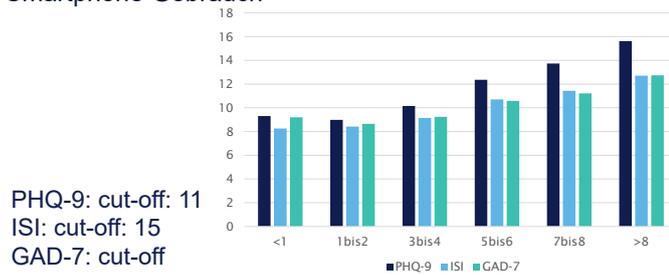
## ...und dann kam

- Meta-Analyse: Angst und Depression bei Kindern und Jugendlichen unter CoVid-19
  - N=29 Studien mit 80.879 TN
  - Erhöhte Depressionssymptome: 25,2%
  - Erhöhte Angstsymptome: 20,5%
  - Werte umso höher je später in Pandemie erhoben
  - Höhere Werte bei weiblichen Kindern und Jugendlichen
  - Verdoppelung in Vergleich zu prä-pandemischen Werten
- 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 er Angstsymptomatik (SMC: 0,10)

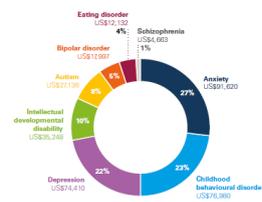
## Situation Jugendliche: Ö

- 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)



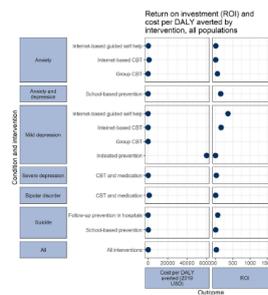
## Was kostet Nichtstun?



Source: McLeod, David and Sam Evans-Lloyd. The Case for Investing in the Mental Health and Wellbeing of Children; background paper for The State of the World's Children 2021, United Nations Children's Fund, May 2021.

**Jährlicher Verlust** von purchasing power parity (DALY based on GDP): **387 Milliarden USD** f. 0-19 jährige

Europa: **57.6 Milliarden USD**



**ROI(m): 21,5 USD** (über 80 Jahre)

- Bester ROI:
- Depression: CBT in der Gruppe
  - Universelle Prävention (Schule): Angst und Depression
  - Suizid Prävention (Krankenhäuser und Schulen)

## Spezielle Krankheitsbilder

### Entwicklungsspezifische Aspekte von.....

- Sucht (F1)
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F2)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
  - Zwangsstörungen
  - Angststörungen
  - Belastungsstörungen
  - Dissoziative Störungen
- Essstörungen, Schlafstörungen (F5)
- Persönlichkeitsstörungen (F6)

Intelligenzminderung (F7)  
Entwicklungsstörung (F8)  
Störungen mit Beginn in  
der Kindheit (F9)

## Sucht

### Toleranzentwicklung

- Drogenwirkung wird durch Gegenregulation (Neuroadaptation) ausgeglichen
- neuronale Aktivität stabilisiert sich auf neuem Niveau

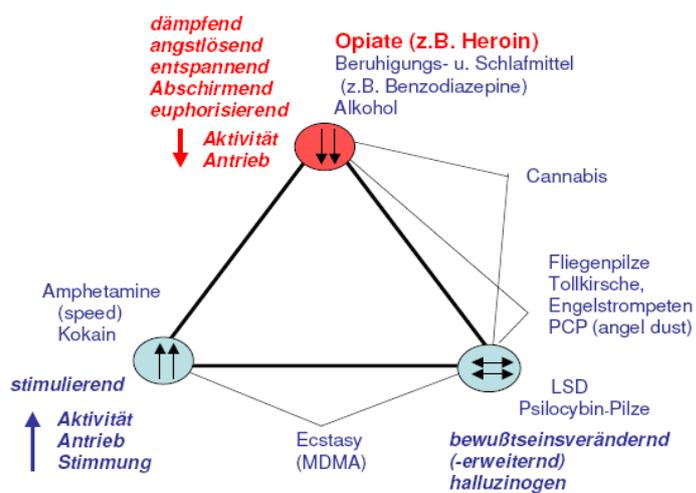
### Sensitivierung

- Neuronale Veränderungen durch Drogeneinwirkung führen bei Wiedereinnahme zu verstärkter Reaktion
- Reize (Trigger) lösen vergleichbare neurobiologische Reaktionen aus

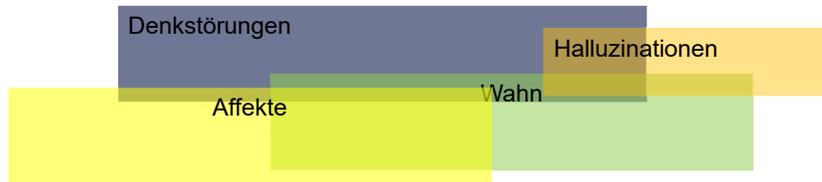
## Biologische Faktoren

- Überaktivität des Nucleus accumbens (Belohnungs-/Lustsystem) durch Förderung dopaminerger Transmission – direkt oder indirekt durch Enthemmung
- Vermeidung von Entzugsymptomen
- Ungleichgewicht zwischen exzitatorischen und inhibitorischen Neurotransmittersystemen - z.B. Alkohol (GABA / Glutamat/NDMA-Rezeptor)

## Psychische Wirkungen von Suchtstoffen



## Symptome schizophrener Störungen



### Kernsymptome

- grundlegende und charakteristische Störungen von Denken
- Wahrnehmung
- inadäquate oder verflachte Affekte

## Symptomatik: Einteilung Plus-Minus-Symptomatik und Typologie (Andreasen und Crow)

### Plus

- Wahn
- Halluzination
- Denkstörungen

### Minus

- Verarmung des Affekts
- des Antriebs
- des Denkens
- der Sprache
- Denkhemmungen
- Sozialer Rückzug

## Häufigkeit

Lebenszeitprävalenz 1% (Regier et al., 1993)

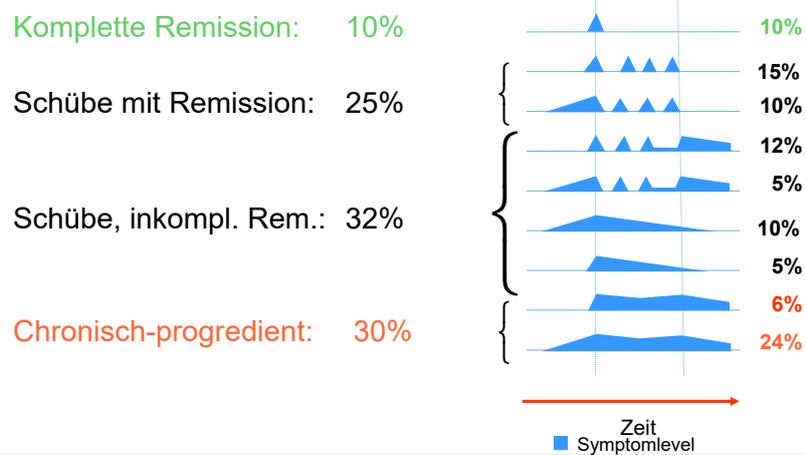
EOS 0,23% (Gillberg, 2001)

Transkulturell stabiles Phänomen

Erkrankungsrisiko bei erkrankter Verwandtschaft:

- ein Elternteil ca 13%
- Beide Eltern ca 46%
- Dizygote Zwillinge ca 17%
- Monozygote Zwillinge ca 48%

## Schizophrenie: Langzeitverlauf



## **Depressive Episoden - Kernsymptome**

- Stimmungsprobleme (gedrückte Stimmung, Traurigkeit)
- Interessenverlust/Freudeverlust
- Veränderungen im Aktivitätsniveau (erhöhte Ermüdbarkeit), Hemmung der Handlungsfunktionen
- Zeitkriterium: 2 Wochen, meiste Zeit vorhanden

## **Depressive Episoden - Häufige weitere Symptome**

- Interessensverlust, Freudlosigkeit
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Körperlich-vegetative Beschwerden, z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen

## Symptome bei Kindern

### Im Vorschulalter (3-6 Jahre)

- Trauriger Gesichtsausdruck
- Verminderte Gestik und Mimik
- Leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil
- Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- Introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten
- Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme
- Schlafstörungen (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen)
- Ängste

## Symptome und Alter

### Schulkinder

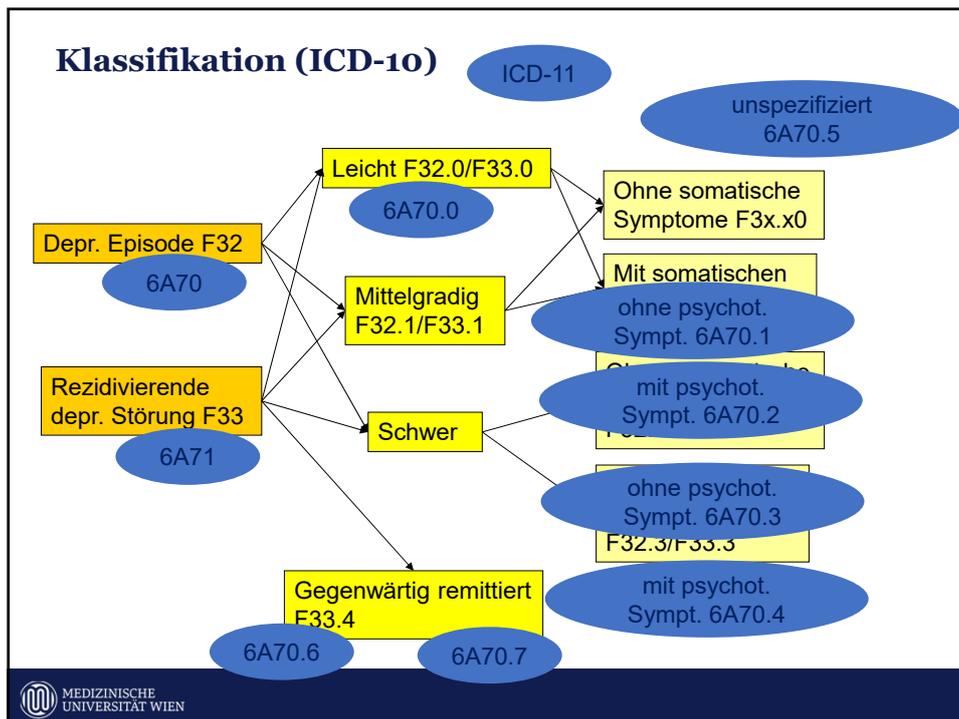
- Verbale Berichte über Traurigkeit
- Suizidale Gedanken
- Schulleistungsstörungen
- Dysfunktionale Kognitionen

### Im Pubertäts- und Jugendalter

- Vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- Zirkadiane Schwankungen des Befindens
- Psychosomatische Störungen

### Komorbidiäten:

Angst  
ADHS  
Substanzkonsum  
Essstörungen



## Epidemiologie und Entwicklungen

- Meta-Analyse (2001-2020: n=72 Studien, 10-19-jährige)
- PP depressive Symptomatik: 34% (95% CI: 0.30-0.38)
- PP: MDD: 8% (95% CI: 0.02-0.13)
- PP: Dysthymie: 4% (95% CI: 0.01-0.07)
- LP: MDD: 19% (95% CI: 0.12-0.26).
- Zunahme der PP depressiver Symptomatik:
  - 2001-2010: 24% (95% CI: 0.19-0.28)
  - 2011-2020: 37% (95% CI: 0.32-0.42)
- W>m (ab Pubertät)

Zunahme mit Alter:  
 Vorschulkinder: 0,3%  
 Grundschul Kinder: 2%  
 Adoleszenz: 5-10%  
 (Ö: : 4%, PP: 1%)

Verlauf: 60% neuerliche Episode/  
 Verlauf: Erwachsenenalter

## Empfehlung Leitlinie

Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen  
(Langfassung, Stand: 01.07.2013)



### Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)  
AWMF-Registernummer 028 - 043

Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten. **(Starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A)**

Einer Psychotherapie ist Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte. **(Starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A)**

## Zwangsstörungen

Zwangsgedanken, Zwangshandlungen  
subjektiv als sinnlos erlebt

Genetische Komponente

Prognose: 30-40% chronifizieren.

Therapie: VT (+ SSRI)

Diskussion: PANDAS (3.LJ bis Pubertätsbeginn)?

	Häufigkeit	Prozent
<b>Zwangsgedanken</b>	52	95
Verschmutzungsängste	26	47
religiöse Inhalte	16	29
aggressive Impulse	15	27
auf eigenen Körper bezogen	14	26
schlechtes Gewissen erzeugend	12	22
Symmetriewünsche	8	15
sexuelle Inhalte	4	7
Sammelimpulse	3	6
<b>Zwangshandlungen</b>	50	91
Reinigungs- und Waschwänge	34	62
Wiederholungszwänge	27	49
Ordnungszwänge	25	46
Kontrollzwänge	20	36
Zählzwänge	9	16
Sammel-/Aufbewahrungszwänge	8	15

## Angststörungen

Situations-unangemessene Angst +  
Vermeidungsverhalten

Häufigste Störungen (6-9%) bei Minderjährigen

Hohe Komorbidität mit anderen Störungen (25-70%)

## Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Einteilung und Symptome

Schneider, S. und In-Albon T.: Effektivität von Psychotherapie bei Angststörungen

193

Tabelle 1  
Symptomatik, Kognitionen, körperliche Symptome und Vermeidungsverhalten bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Störung	Symptomatik	Kognitionen	Körperliche Symptome	Vermiedene Situationen
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	übermäßig starke und unrealistische Angst in Erwartung der oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	Eltern oder Kind könnte etwas Schlimmes zustoßen, was sie dauerhaft voneinander trennen könnte (z.B. Unfall, Entführung)	Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	Schule; Kindergarten; alleine, im eigenen Bett schlafen; auswärts übernachten
Phobische Störung des Kindesalters (Spezifische Phobie)	unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht	z.B. Das Tier beißt mich. Es passiert etwas Schlimmes. Es wird wehtun.	Herzklopfen, Bauchschmerzen, Schwitzen, Zittern	Zum Arzt gehen (Blut, Spritzen), in den Keller gehen (Spinnen), Liftfahren, Wasser, Dunkelheit

## Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Einteilung und Symptome

Störung mit sozialer Ängstlichkeit (Soziale Phobie)	anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen, große Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen	z.B. Ich werde mich blamieren. Andere lachen mich aus. Andere denken schlecht über mich.	Erröten, Zittern, Übelkeit	Geburtstagsfest, vor der Klasse sprechen, mit unvertrauten Personen sprechen
Generalisierte Angststörung des Kindesalters	übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit; Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben; gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben	z.B. Wenn die Hausaufgaben nicht korrekt sind, werde ich keinen Beruf erlernen können.  Meta-Sorgen: Von den vielen Sorgen werde ich verrückt.	Nervosität, Anspannung, Ein- und Durchschlafprobleme	Hausaufgaben (aus Angst, Fehler zu machen), Nachrichten hören, Zuspätkommen, (Rückversicherung)

## Therapie von Angststörungen

- Psychoedukation
- Psychotherapie (CBT)
- Ergänzend: Pharmakotherapie. SSRI
  - Off-label im Kindes- und Jugendalter

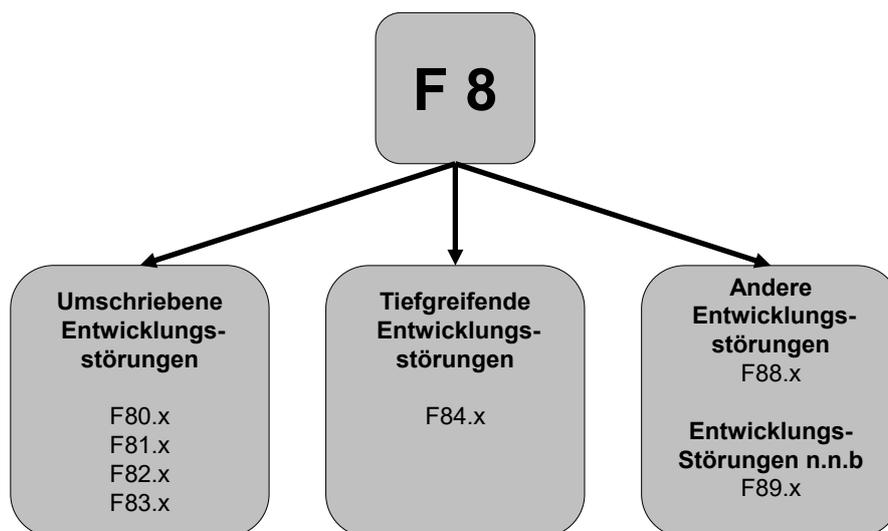
## Grundidee der Exposition

- Konfrontation mit angstauslösendem Reiz
- Graduierte Exposition vs. Flooding
- kein Einsatz angstreduzierender Maßnahmen
  - bis zur Habituation
- Aha-Erlebnis: befürchtete Folgen treten gar nicht ein u. ich kann Angst bzw. Spannung aushalten
- Abbau der physiologischen Reaktionen
- Abbau des Vermeidungsverhaltens
- Stärkung Kontrollgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung
- Abkoppeln von Gedanken, Schlüsselreizen oder Erzählung über traumatisches Ereignis von überwältigenden negativen Gefühlen

## **IQ Minderung: Diagnosen im ICD-10**

- F70: leichte Intelligenzminderung
- F71: mittelgradige Intelligenzminderung
- F72: schwere Intelligenzminderung
- F73: schwerste Intelligenzminderung
  
- F7x.0: keine oder geringfügige Verhaltensstörung
- F7x.1: deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
- F7x.8: sonstige Verhaltensstörung
- F7x.9: n.n.b Verhaltensstörung

## **F8**



## Autismus- Historie

*„Es hat den Anschein, dass  
für den Erfolg in Wissenschaft  
oder Kunst ein Schlag  
Autismus essentiell ist“  
[Hans Asperger]*

Leo Kanner  
1896-1981  
1943: „autistic disturbances of  
affective contact“

Hans Asperger:  
1906-1980  
1944: „Die „autistischen  
Psychopathen“ im Kindesalter“

## Frühkindlicher Autismus (ICD 10: F 84.0)

## Asperger-Syndrom (ICD 10: F 84.5)

- Qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen sozialen Interaktion
- **Fehlen einer eindeutigen Verzögerung der sprachlichen oder kognitiven Entwicklung**
- Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten
- Abnorme Entwicklung vor dem 36. Lebensmonat

## 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 oder idiosynkratische 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“

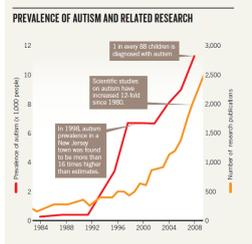
## Repetitive, restriktive und stereotype Verhaltensmuster

- 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)

## ICD-11: Autismus Spektrumsstörung

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

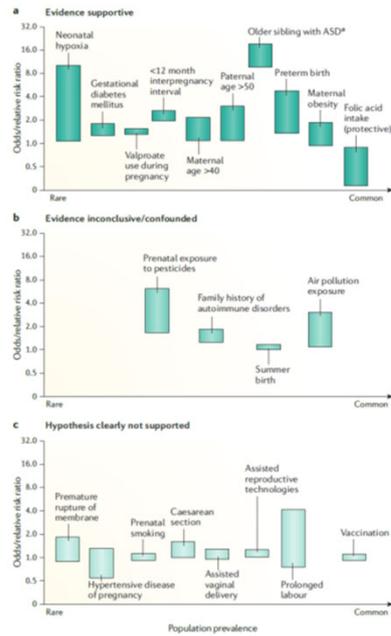
# Die Suche nach den Ursachen



s.a. Mandell & Lecavalier, 2014

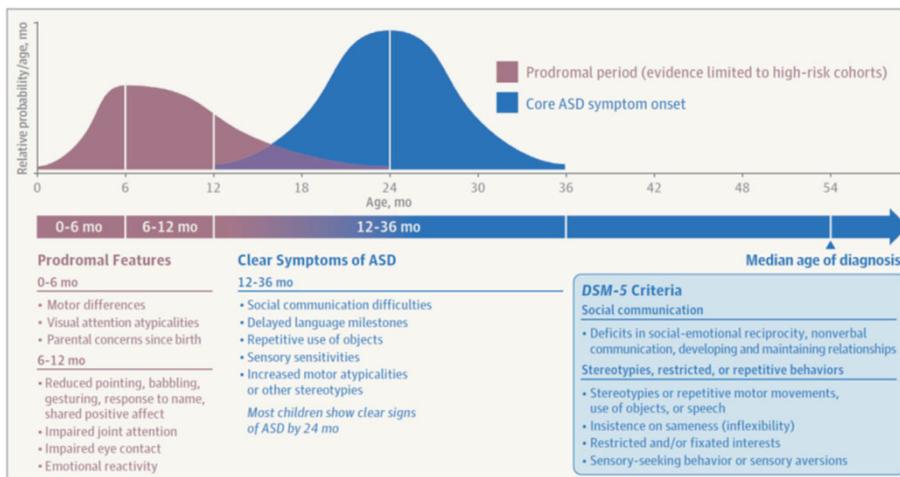
Prävalenzrate von ca. 1 %

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

# Frühe Anzeichen



Estes et al., 2019, JAMA Psychiatry

# ASS

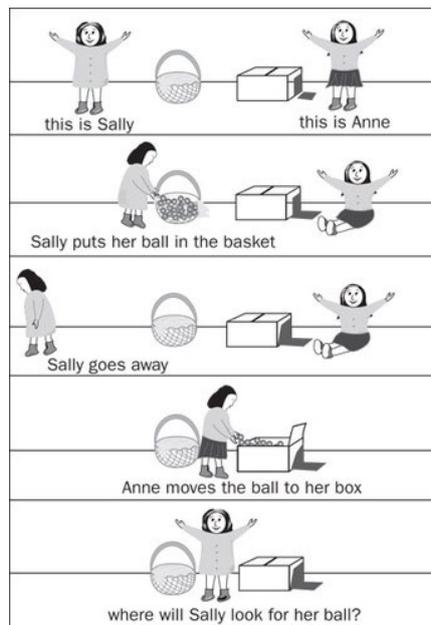
## Jüngere Kinder

- 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

## Theory of mind: Sally-Anne Task



## Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9)

ADHS (F90)

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Kombinierte Störung emotional & sozial (F92)

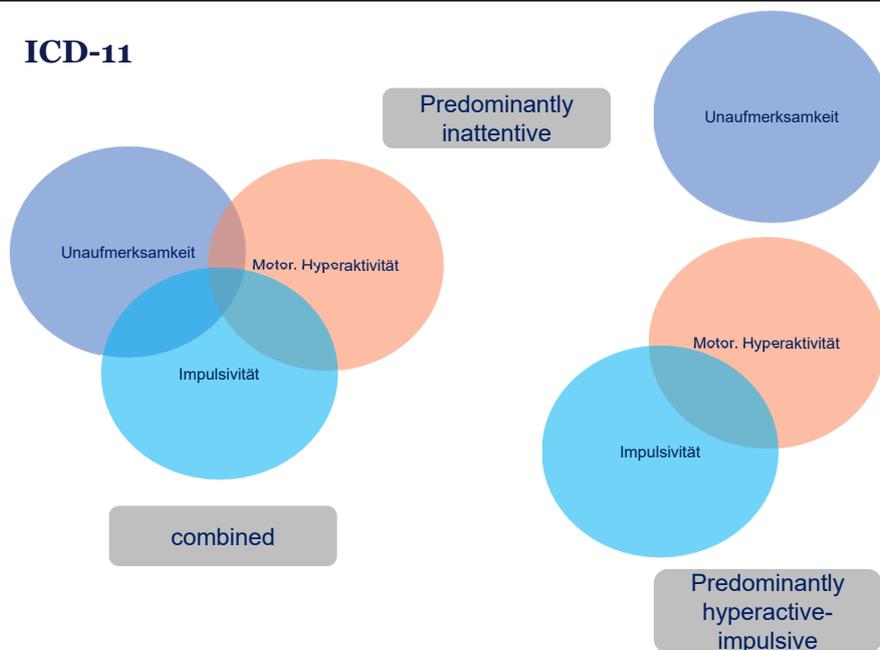
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

Störungen sozialer Fertigkeiten (F94)

Tic-Störungen (F95)

Sonstige: Enuresis (F98), Enkopresis (F98.1), Fütterstörung (F98.2)

## ICD-11



# 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

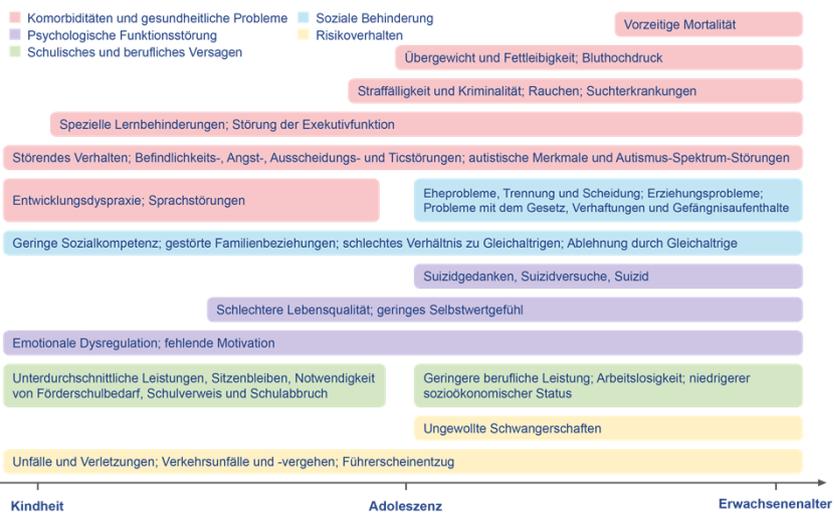
## Impulsivität

- 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

# Lebensqualität bei ADHS



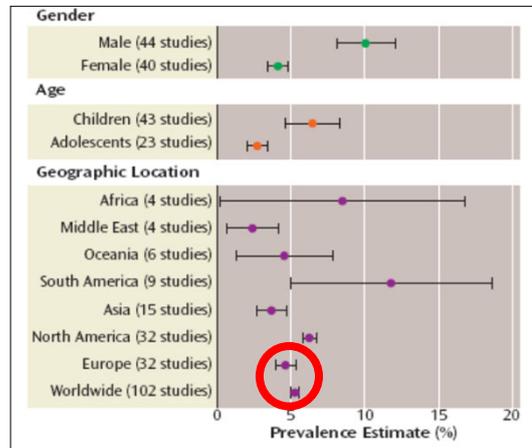
## LL: Behandlung

- 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

## LL und Zulassungen

- ADHS (S3, 2018): Wenn eine medikamentöse Behandlung indiziert: Stimulanzien (Methylphenidat, Amfetamin und Lisdexamfetamin), Atomoxetin und Guanfacin als mögliche Optionen
- Methylphenidat: 6 Jahre
- Lisdexamfetamin: 6 Jahre
- Atomoxetin: 6 Jahre
- Guanfacin: 6 Jahre

## ADHS - epidemiologische Prävalenz



Kein Hinweis auf Veränderung der Prävalenz über die letzten 30 Jahre

## Störungen des Sozialverhaltens

### •SSV=

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

## 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
- **Childhood onset: <10a**
- **Adolescent onset: keine Anzeichen vor 10a**
- Neuer specifier: „with limited...“ oder „with typical prosocial emotions“

## F93-95

### Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

- F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
- F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

### Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)

- F94.0 Elektiver Mutismus
- F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- F94.2 ...mit Enthemmung

### Tic-Störungen (F95)

- F95.2 Tourette Syndrom

**War das schon alles?  
Teaser: Spezialfälle**

**Trauma und PTBS:** siehe Traumaseminar

**Esstörungen:** siehe Tertiäre Pädiatrie – Essstörungen

**Suizidalität:** siehe Notfälle in der KJP

**NSSV, Persönlichkeitsstörungen:** siehe Seminar

**Lernunterlagen**

Kölch M, Rassenhofer M, Fegert JM: Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag 2020

[www.awmf.org](http://www.awmf.org)

## Arbeiten in der KJP: Multidisziplinäres Team

Viele Berufsgruppen :

Ärzt:innen, DGKPP, Psycholog:innen,  
Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen,  
Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen,  
Logopäd:innen, Sonderkindergärtner:innen,,  
Psychotherapeut:innen, Diätolog:innen  
Musiktherapeut:innen, Lehrer:innen,  
Leitstellenmitarbeiter:innen,

## Wege zur KJP

- **Block 20** (h): Entwicklungspsychopathologie, Risikofaktoren, Diagnostik, Epidemiologie, PTSD, Therapien, Pharmakotherapie: **29h**
- **Tertiäre Psychiatrie** (h): VO (2), Seminar Notfälle in der KJP (2), Seminar Trauma (2), Einführungsgruppen (4), Lehrvisiten (2): **12h**
- **Famulatur** (ab 4 Wochen)
- **KPJ Teil 3**: an der KJP (8 oder 16 Wochen)
- **Diplomarbeit** in KJP; **Dr. med. scient.** bzw. **PhD** in KJP
  
- **Fachärzt:innenausbildung**: 6 Jahre