

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einführung



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN

UK für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit...

entwicklungsabhängige Epidemiologie

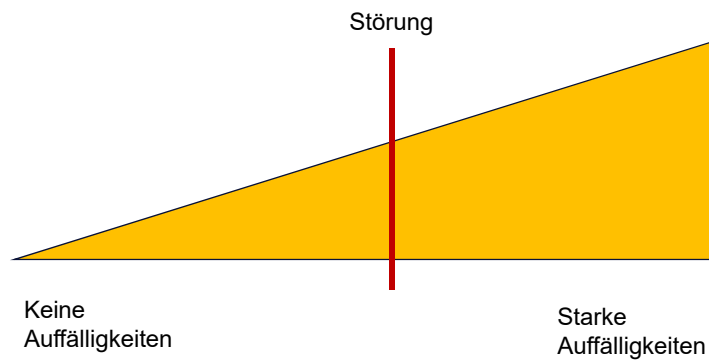
Diagnostik, Klinik und Behandlung von Störungen, die **auch im Erwachsenenalter** vorkommen in den frühen Phasen des Lebens: unterschiedliche und spezifische Ausprägungen

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



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN

Das Problem psychiatrischer Diagnosen



Psychische Störungen, 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

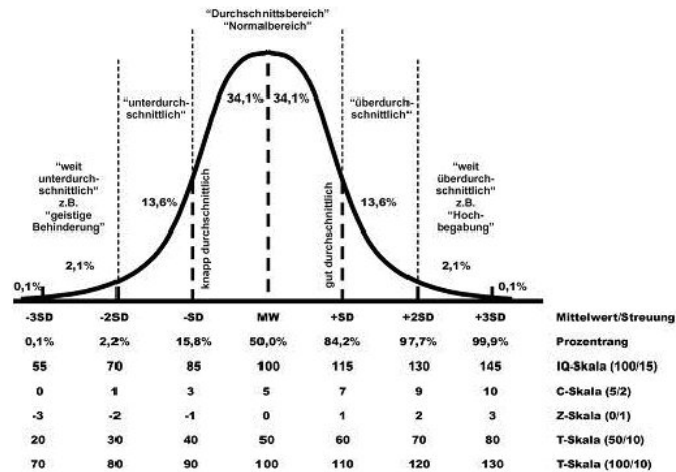
In den meisten Fällen:
Sprache,
visuellräumliche Fertigkeiten und
Bewegungskoordination betroffen

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)

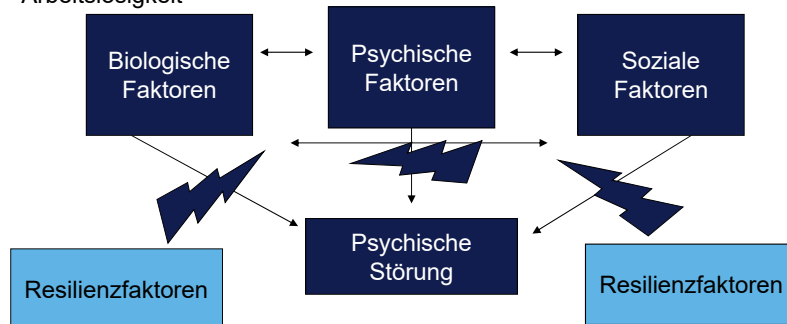
bis 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, Fehlen von Kommunikation, Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung).

Beurteilung:

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

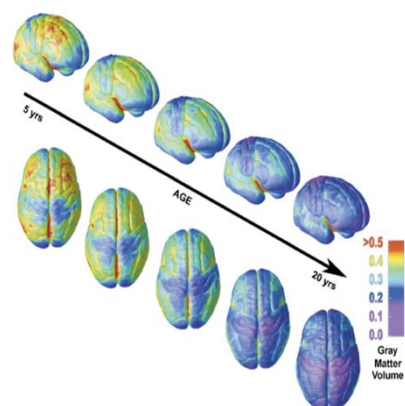
Bio-psycho-soziales Modell

- 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



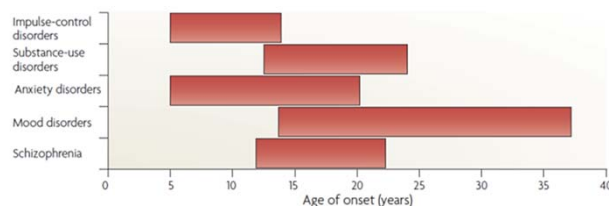
Neuronale Entwicklung

- 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



Beginn psych. Erkrankungen

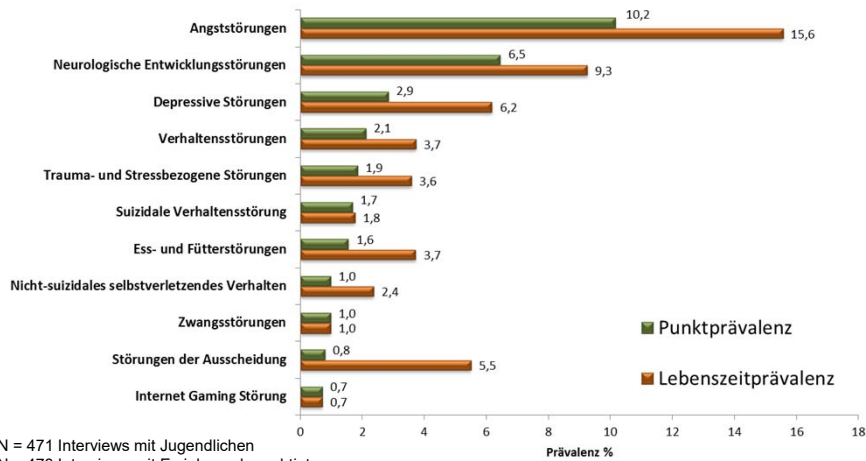
- 50% aller psychischen Erkrankungen: bis zum 14. Lj. erstmalig gezeigt, 75% bis zum 25. Lj.
- Median Erstmanifestation (25. -75. Perz.)
 - Angststörungen: 11 Jahre (6-21)
 - Impulskontrollstörungen: 11 Jahre (7-15)
 - Störungen des Substanzkonsums: 20 Jahre (18-27)
 - affektive Störungen: 30 Jahre (18-43)



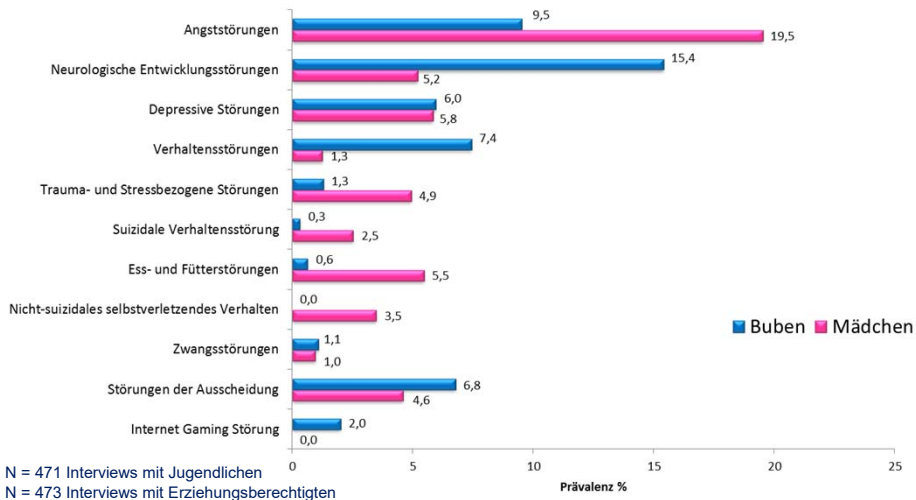
Epidemiologie: Ö

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

Punkt- und Lebenszeitprävalenz



Lebenszeitprävalenz nach Geschlecht



CoVid-19: Kinder und Jugendliche

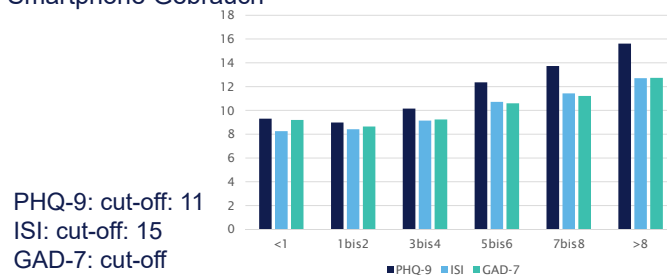
- Meta-Analyse: Angst und Depression bei Kindern und Jugendlichen unter CoVid-19
 - N=29 Studien mit 80.879 TN
- Erhöhte Depressionssymptome: 25,2%
- Erhöhte Angstsymptome: 20,5%
- Werte umso höher je später in Pandemie erhoben
- Höhere Werte bei weiblichen Kindern und Jugendlichen
- Verdoppelung in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

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)



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

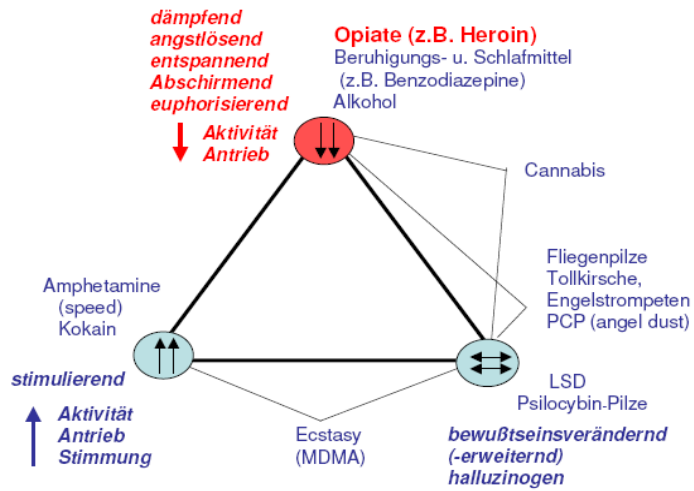
Biologische Faktoren

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

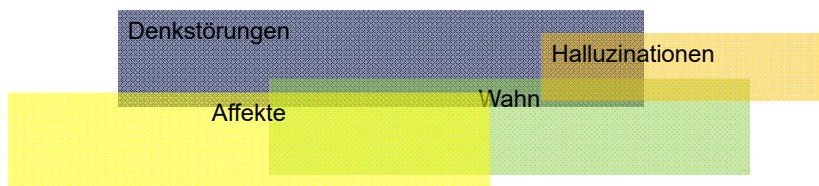
Psycholog. Faktoren: Introspektion, Bagatellisierung, Akzeptanz

- „Reizreaktivität“ (Sensitivierung) für drogenspezifische Hinweisreize (trigger) (Fligel et. al 2011, Vanderschuren & Piers 2010)
- Sucht/Konsumdruck (nach Bewusstwerdung als Craving bezeichnet) (Koob, Volkow 2010)
- mangelnde Krankheitseinsicht (Garavan & Stout 2005)
- unrealistische Einschätzung über die Fertigkeiten die Abstinenz zu erhalten

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)

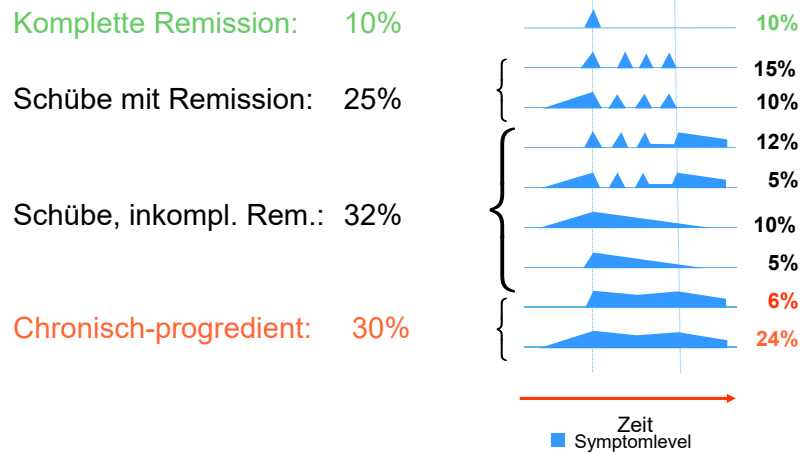
EOS 0,23% (Gillberg, 2001)

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
- Vermindertes 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

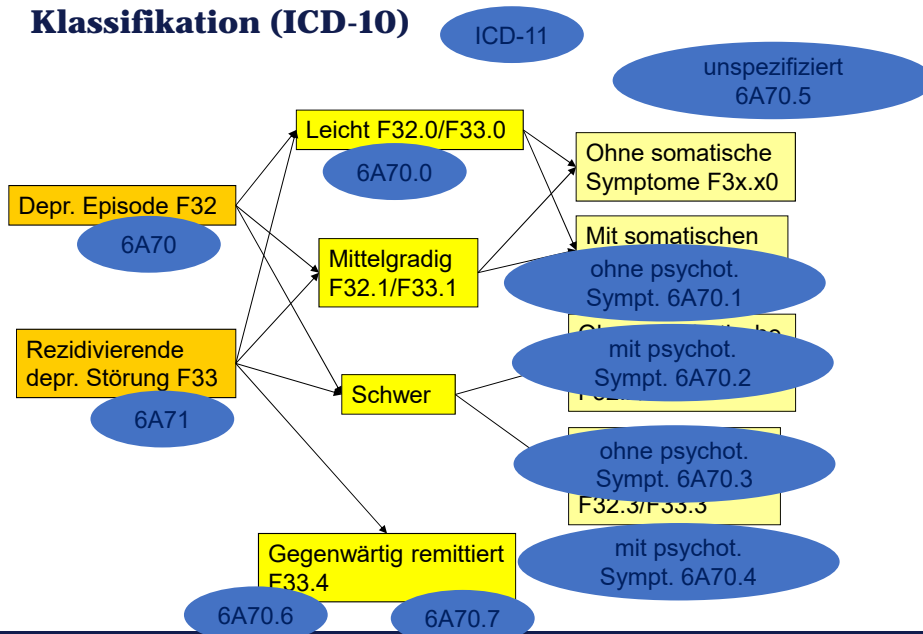
Im Pubertäts- und Jugendalter

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

Komorbidiäten:

Angst
ADHS
Substanzkonsum
Essstörungen

Klassifikation (ICD-10)



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)**

Psychopharmakotherapie

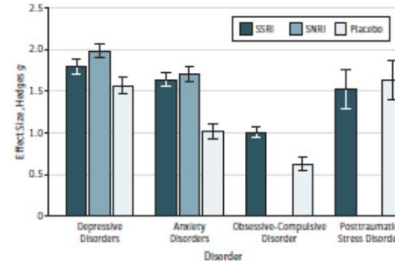
- Zugelassenes SSRI: ab 8 Jahren: Fluoxetin
- Beste Evidenz für Fluoxetin & Sertralin
- Keine Wirksamkeit von TCAs bei Kindern
- CAVE: Verhaltensaktivierung: Suizidalität

SSRI im Kindes- und Jugendalter

Wirkstoff	Alter	Indikation	Einschränkung	Sonstiges
Amitriptylin	Ab 6 Jahren	Enuresis nocturna	Organische Ursache, inkl. Spina bifida und verwandte Störungen, muss ausgeschlossen sein Wenn kein Ansprechen mit allen anderen medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen, inkl. Antispastika und Vasopressin-verwandten Arzneimittel	Sollte nur von Ärzt*innen mit Erfahrung in der Behandlung von persistierender Enuresis verordnet werden
Cloimipramin	Ab 5 Jahren	Zwangsstörung	Zulassung gilt für Dragees, nicht für Retardtabletten!	–
Fluoxetin	Ab 8 Jahren	Mittelgradige bis schwere Depression	Wenn nach 4–6 Sitzungen kein Ansprechen auf psychologische Behandlung	Sollte nur in Kombination mit einer psychologischen Behandlung verabreicht werden
Fluvoxamin	Ab 8 Jahren	Zwangsstörung	Über max. 10 Wochen	–
Sertralin	Ab 6 Jahren	Zwangsstörung	–	–

Wirksamkeit von SSRIs und SNRIs

- Meta-Analyse (36 Studien):
- SSRIs und SNRIs b. Kindern wirksam, aber kleine ES gegenüber Placebo ($g = 0,32$, CI: 0,25-0,40)
- Angststörungen: $g = 0,56$ (CI: 0,40-0,72)
Zwangsstörungen: $g = 0,39$ (CI: 0,25-0,54)
- Depression: $g = 0,20$ (CI: 0,13-0,27)
- Größerer Placeboeffekt bei
 - Depression: $g = 1,57$ (CI: 1,36-1,78) als bei
 - Angststörungen: $g = 1,03$ (CI: 0,84-1,21)
- Mehr UAWs (RR:1,07) und schwere UAWs (RR:1,76) bei ADs vs. Placebo



Zwangsstörungen

Zwangsgedanken, Zwangshandlungen
subjektiv als sinnlos erlebt

Genetische Komponente

Prognose: 30-40% chronifizieren.

Therapie: VT (+ SSRI)

Diskussion: PANDAS (3.LJ bis Pubertätsbeginn)?

	Häufigkeit	Prozent
Zwangsgedanken	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
Zwangshandlungen	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

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	Geburtsfest, 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

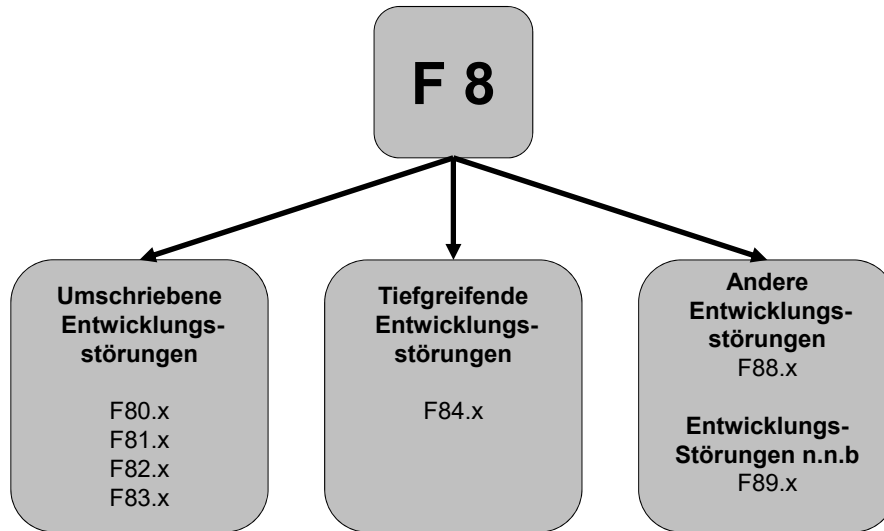
https://www.wmf.org/uploads/tx_szelllinien/051-029k_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf

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)

- Qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen sozialen Interaktion
- Qualitative Beeinträchtigungen in Kommunikation und Sprache
- Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten
- Abnorme Entwicklung vor dem 36. Lebensmonat

Asperger-Syndrom (ICD 10: F 84.5)

- **Qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen sozialen Interaktion**
- (Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprache)
 - **Fehlen einer eindeutigen Verzögerung der sprachlichen oder kognitiven Entwicklung**
- **Ungewöhnlich intensive umschriebene Interessen** oder restriktive, repetitive und stereotype Verhaltensmuster

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 ↓
 - 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“

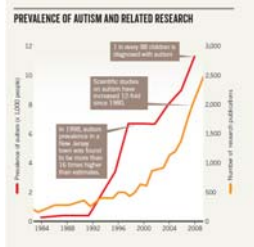
Repetitive, restriktive und stereotype Verhaltensmuster

- 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

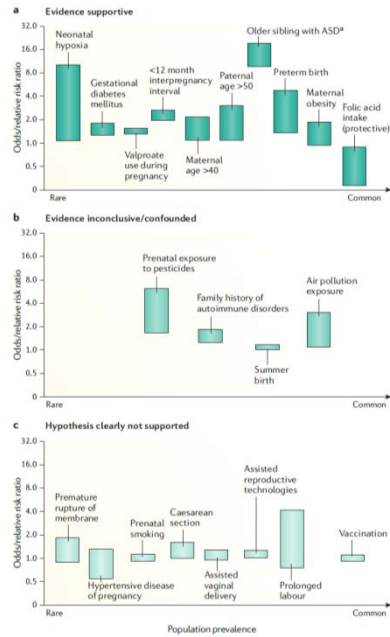
Die Suche nach den Ursachen



s.a. Mandell & Lecavalier, 2014

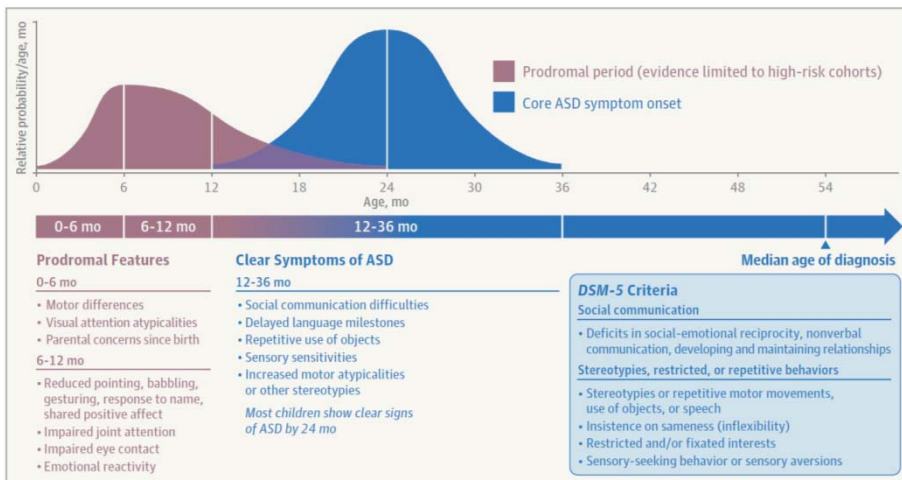
Prävalenzrate von ca. 1 %

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



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

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

ADHS (F90)

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Kombinierte Störung emotional & sozial (F92)

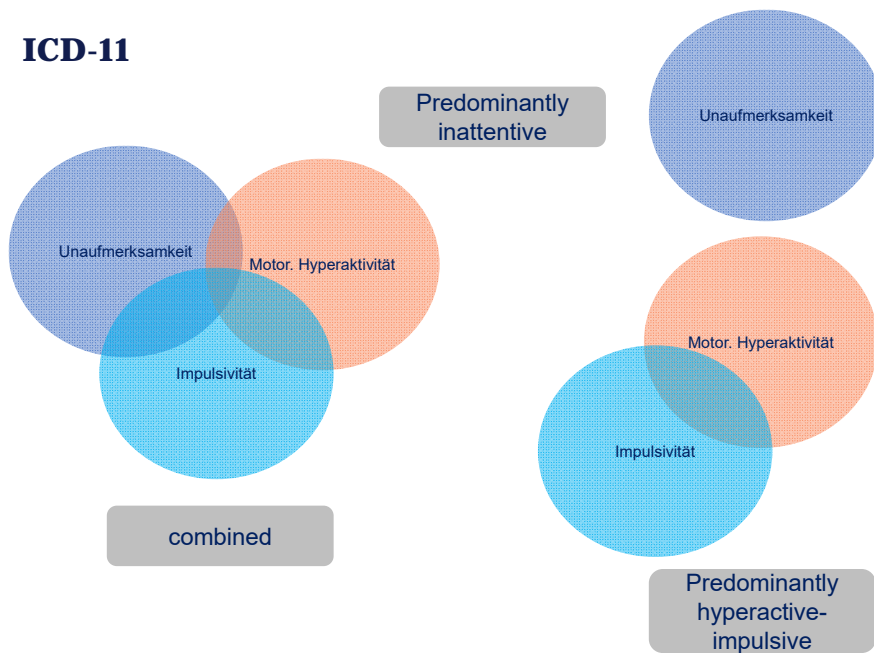
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

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

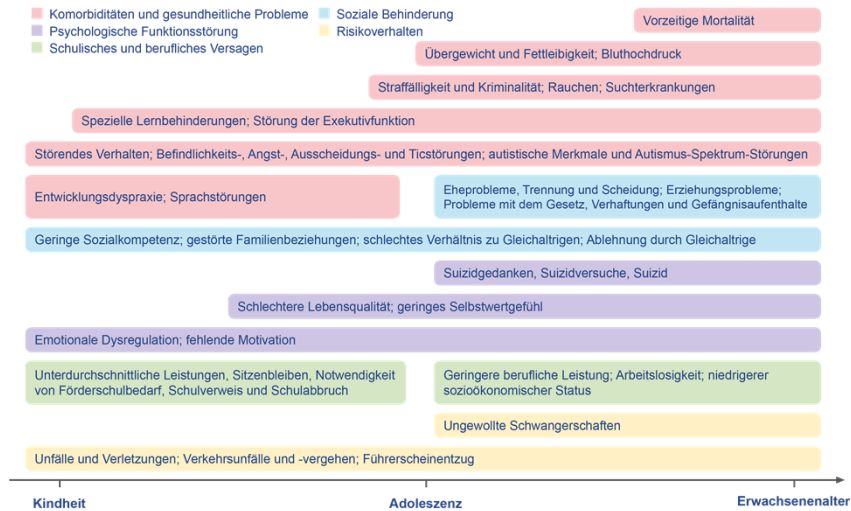
Impulsivität

- 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



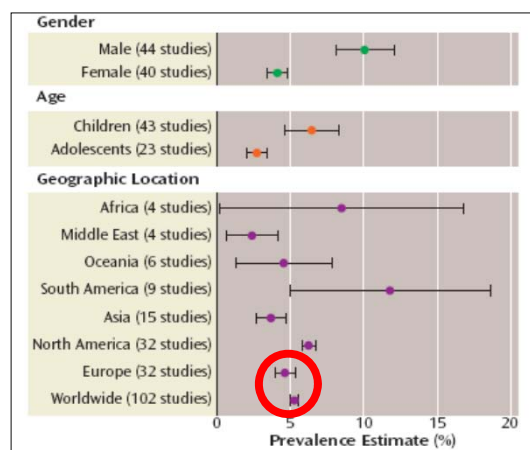
LL: Behandlung

- 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

Definition

•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

Leitsymptome

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten od. Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige od. schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen od. Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

Subtypen: ICD-10 –old-school

SSV-Subtypen

- F91.0** auf den familiären Rahmen beschränkt
- F91.1** bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2** bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3** mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten

SSV mit Komorbiditäten

- F90.1** Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F92.0** Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F 92.8** Kombinierte St. d. Sozialverhaltens und der Emotionen

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

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,

Untersuchung

Anamnese (Familie, Eigen, Aktuelle, biografische, Fremd)

Exploration & psychopathologischer Status

Somatischer und neurologischer Befund

Zusatzuntersuchungen:

Psycholog. Testverfahren

Labor

Bildgebung,...

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