Kinder- und Jugendpsychiatrie

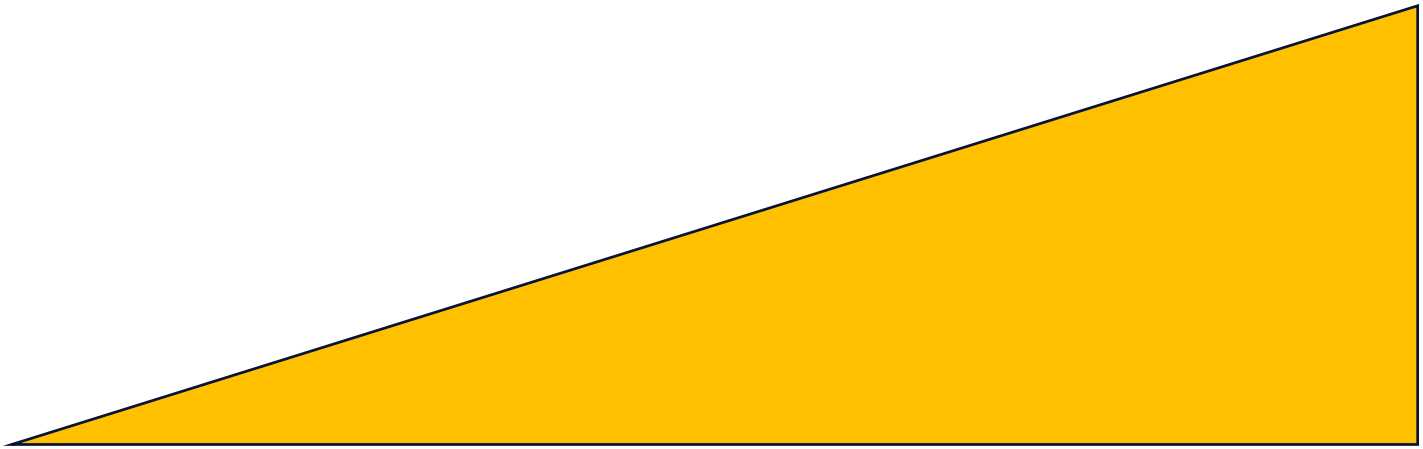
Einführung

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



Keine
Auffälligkeiten

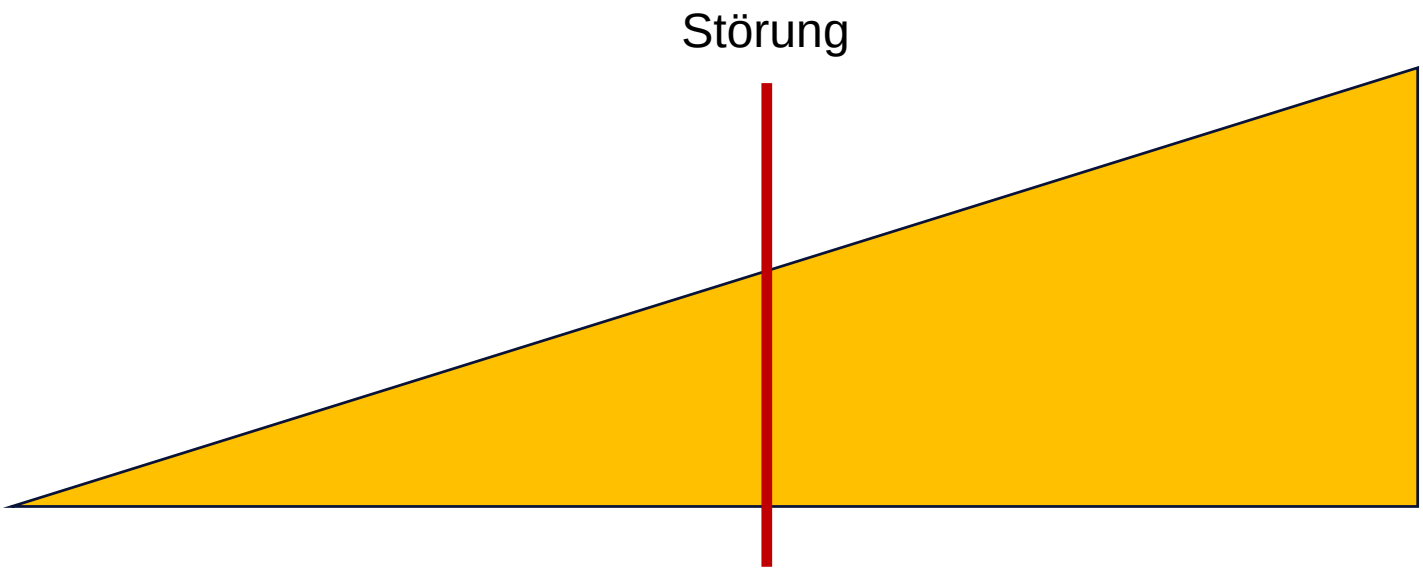
Starke
Auffälligkeiten

Das Problem psychiatrischer Diagnosen

Keine Störung

Störung

Das Problem psychiatrischer Diagnosen



Keine Auffälligkeiten

Starke Auffälligkeiten

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:

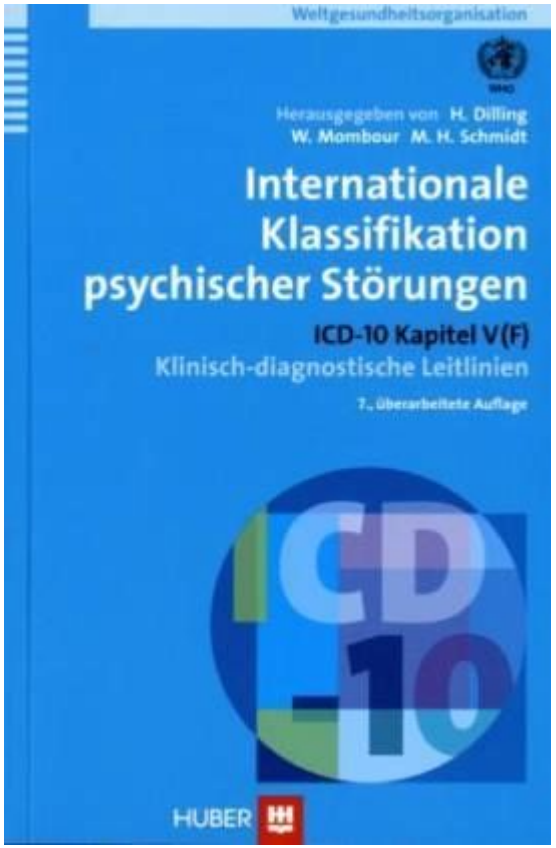
- sehr eingeschränkt willentlich zu steuern
- längere Dauer
- Verursachen Leiden
- beeinträchtigen Leben (Familie, **Schule, Ausbildung**)

Medizinische Klassifikationssysteme:

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

ICD-10

- 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

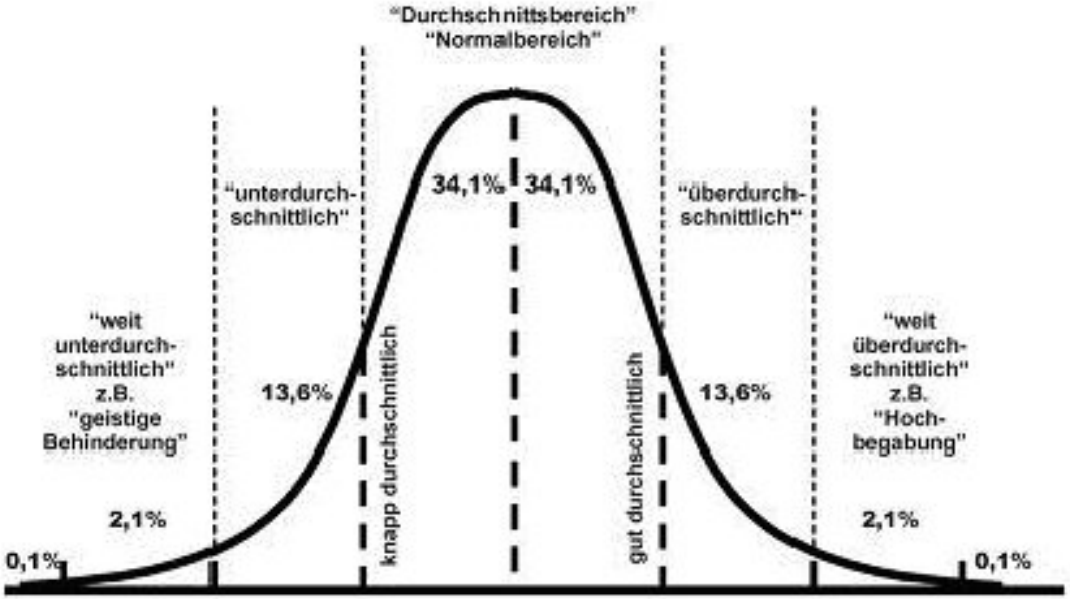
In den meisten Fällen:
Sprache,
visuellräumliche Fertigkeiten und
Bewegungskoordination betroffen

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



-3SD	-2SD	-SD	MW	+SD	+2SD	+3SD	Mittelwert/Streuung
0,1%	2,2%	15,8%	50,0%	84,2%	97,7%	99,9%	Prozentrang
55	70	85	100	115	130	145	IQ-Skala (100/15)
0	1	3	5	7	9	10	C-Skala (5/2)
-3	-2	-1	0	1	2	3	Z-Skala (0/1)
20	30	40	50	60	70	80	T-Skala (50/10)
70	80	90	100	110	120	130	T-Skala (100/10)

Achse 4: körperliche Symptome

Begleitende körperliche Symptome

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

Untersuchung

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

Exploration & psychopathologischer Status

Somatischer und neurologischer Befund

Zusatzuntersuchungen

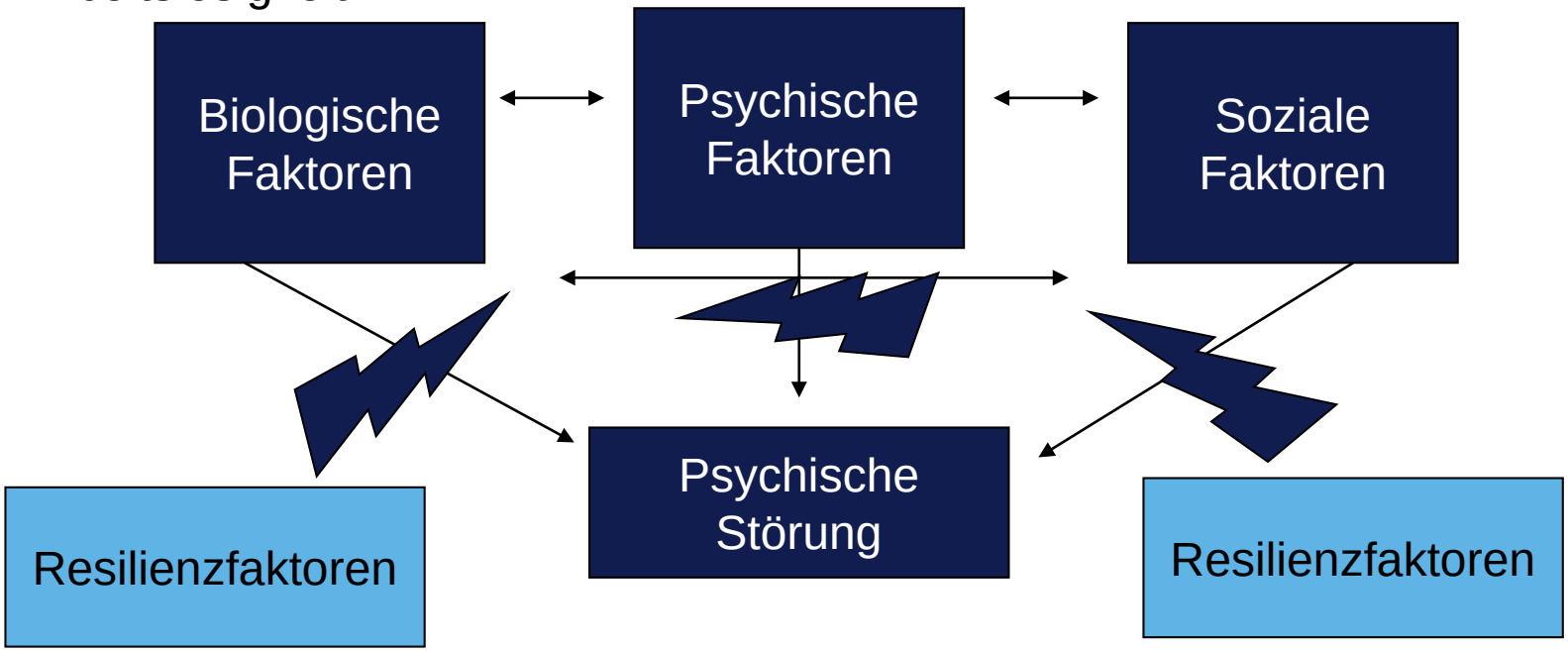
Multidisziplinäres Team

Viele Berufsgruppen sind am diagnostischen und therapeutischen Prozess beteiligt.

Arzt, DGKPP, Psychol, Sozarb, Sozpäd, Physio, Ergo, Logo, Sonderkinderg, Famther, Psychother, Musikther, ...

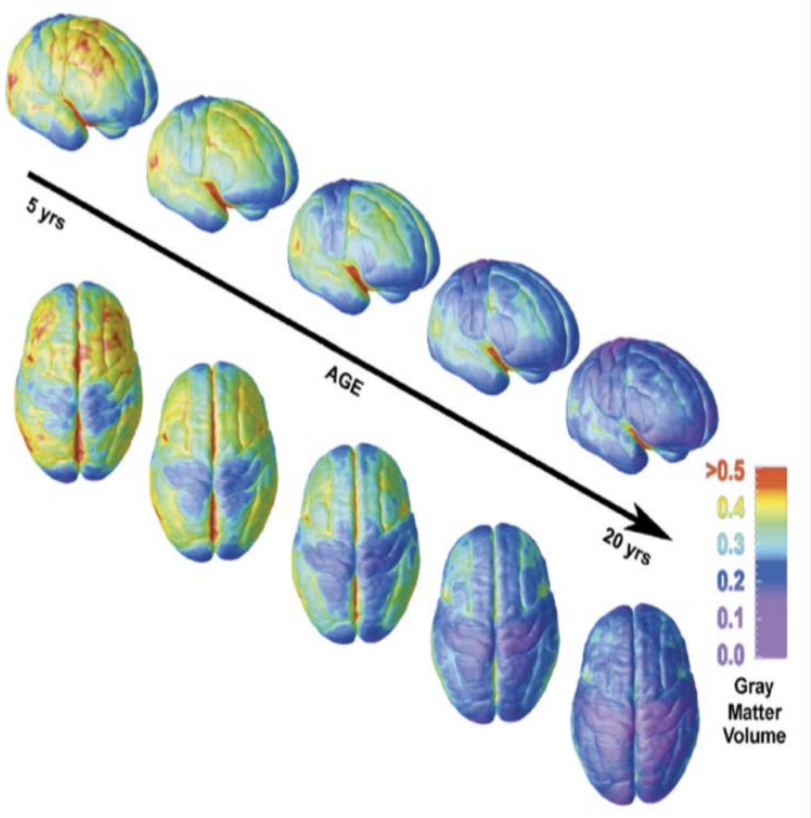
Bio-psycho-soziales Modell

- 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



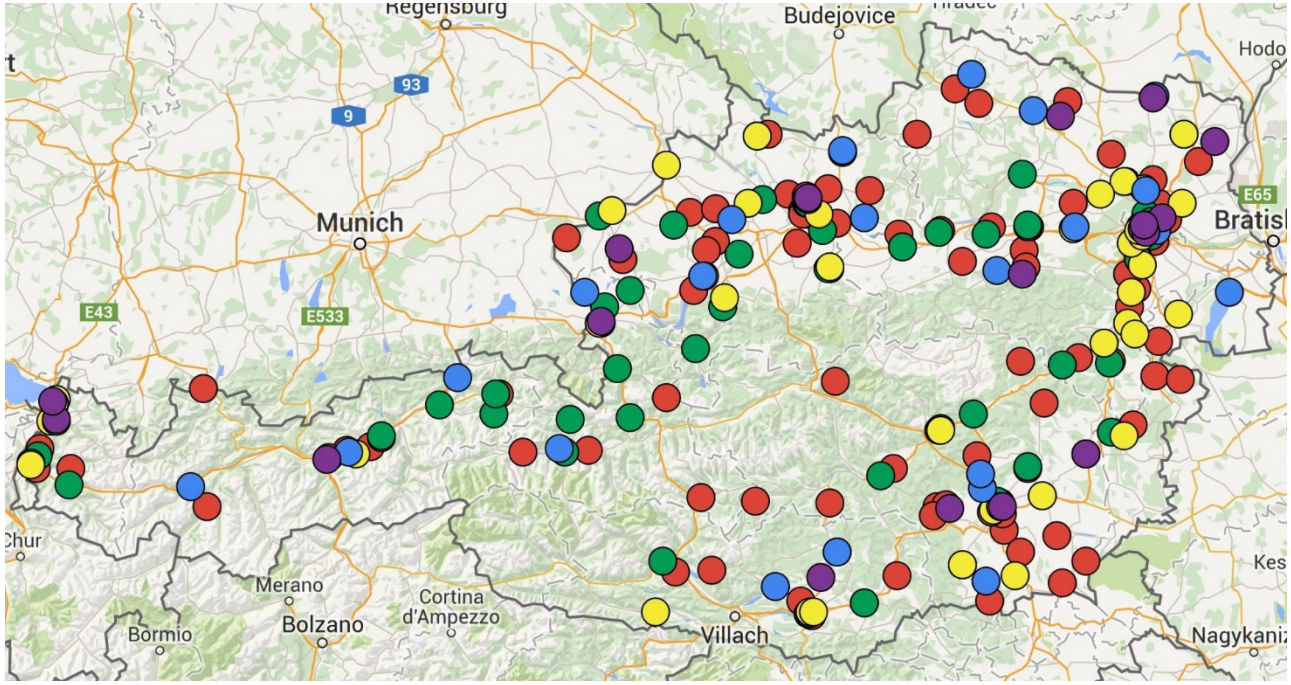
Paus et al. Nat Rev. 2008; 9: 947-957. Jones PB. Br J Psychiatry. 2013; 202: s5-s10.
Giedd et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009; 48: 465-470.

M H A T- Project

Mental Health in Austrian Teenagers

Psychische Gesundheit bei österreichischen Jugendlichen

Karwautz A, Zeiler M, Philipp J, Truttmann S, Dür W, Waldherr K, Wagner G



N=3610

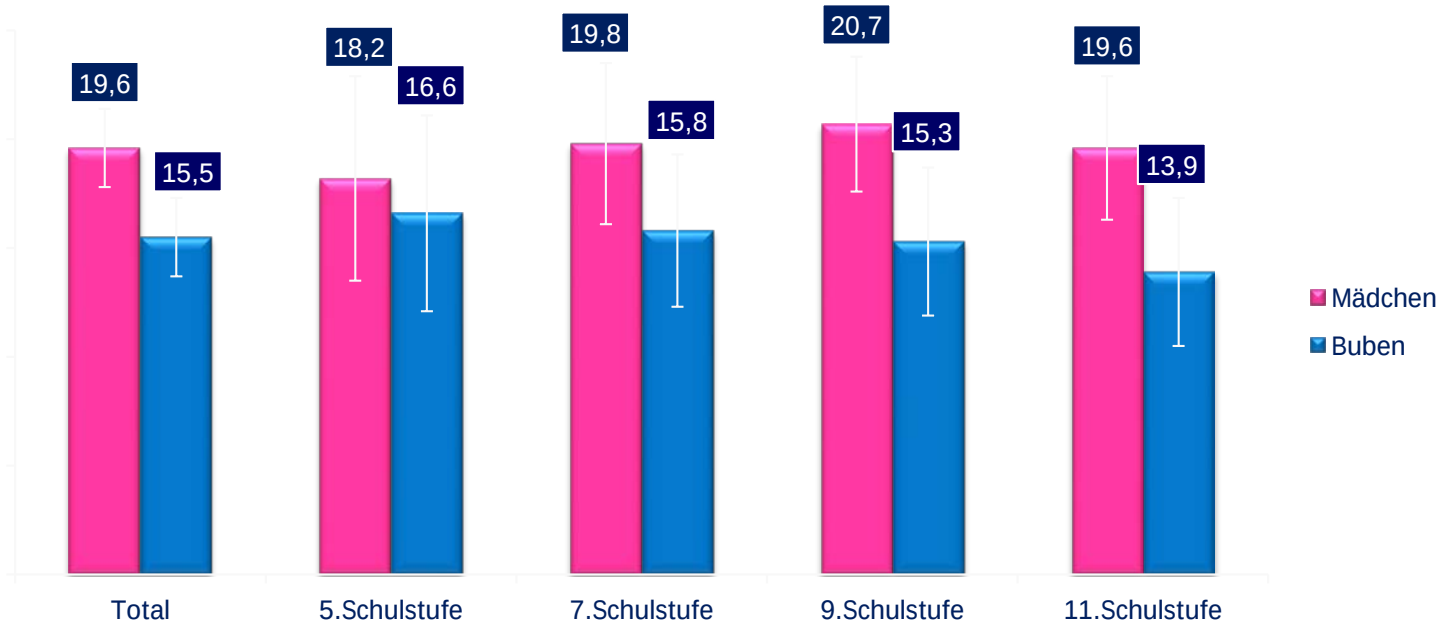
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

FERDINAND PORSCHE FERN FH

Gefördert aus den Mitteln GEMEINSAME GESUNDHEITSZIELE aus dem Rahmen-Pharmavertrag eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung

Philipp et al, (2014), The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study, *Neuropsychiatrie* 28(4), 198-207

Prävalenz Internalisierender Verhaltensprobleme (in %)

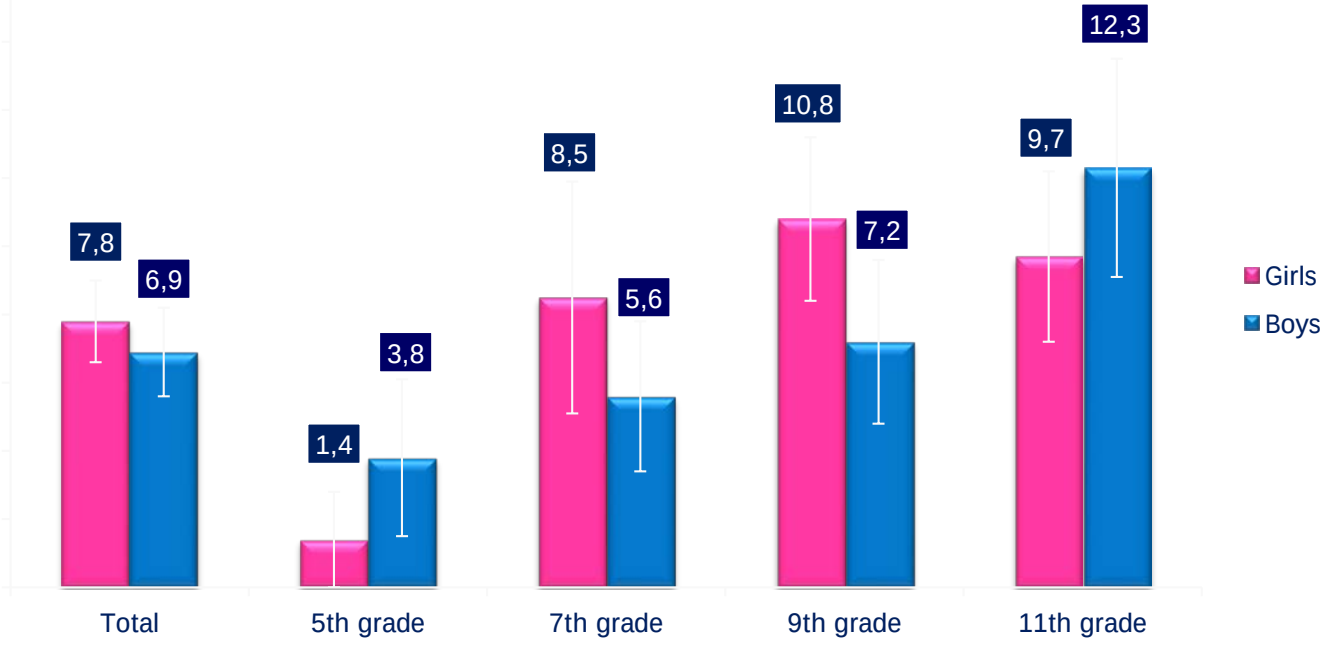


Daten gewichtet nach Schultyp, Bundesland, (Schulstufe)

YSR-Deutsche Normwerte 1998: Klinisch relevante Auffälligkeiten, wenn **T > 63**

N= 3610 SchülerInnen

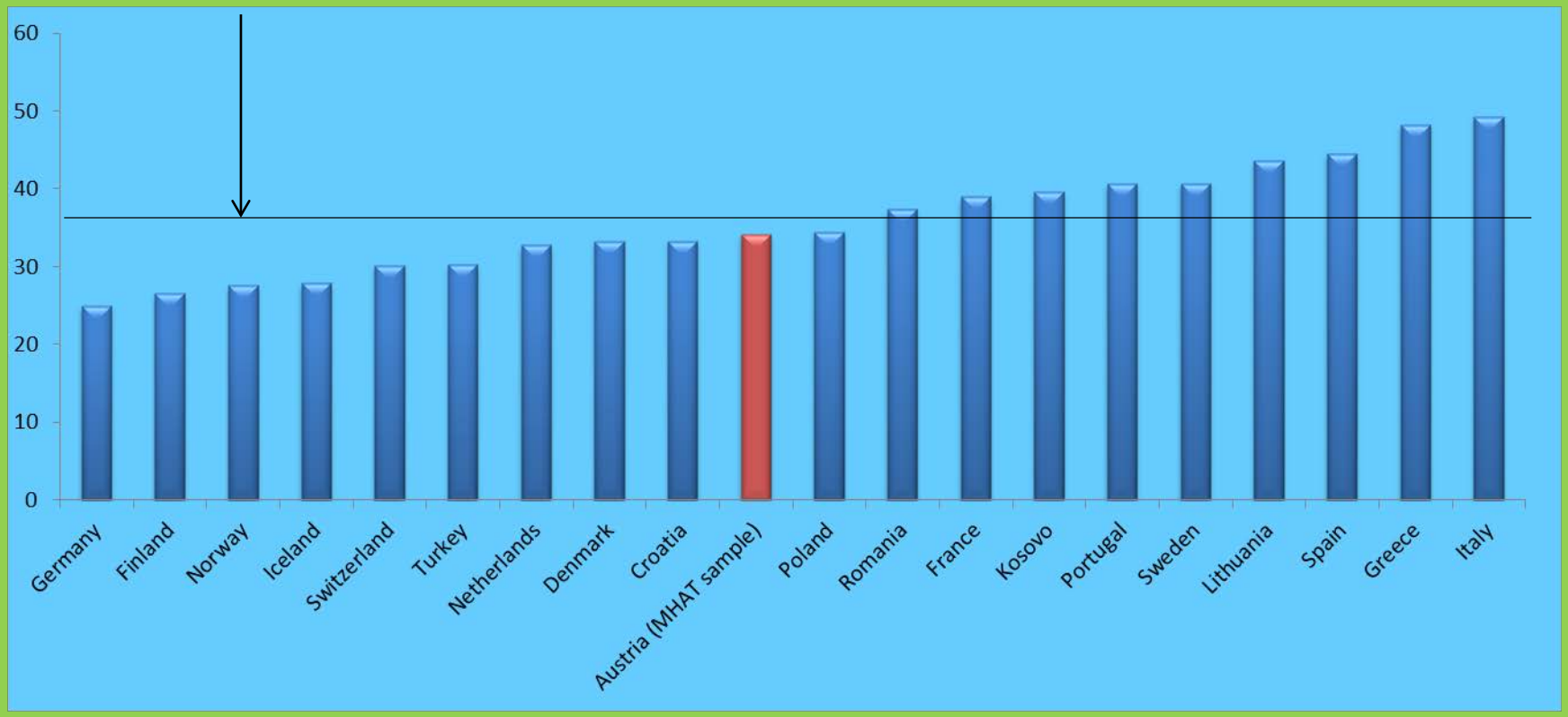
Prävalenz Externalisierender Verhaltensprobleme (%)



YSR-Deutsche Normwerte 1998; Klinisch relevant, wenn **T > 63**

N = 3610 SchülerInnen

YSR-Gesamtscore im Vergleich zu anderen europäischen Stichproben – allgemeine Psychopathologie



(angelehnt an Rescorla et al., 2012, 2007)

Diagnosen (gem. DSM-5) (KINDER-DIPS)

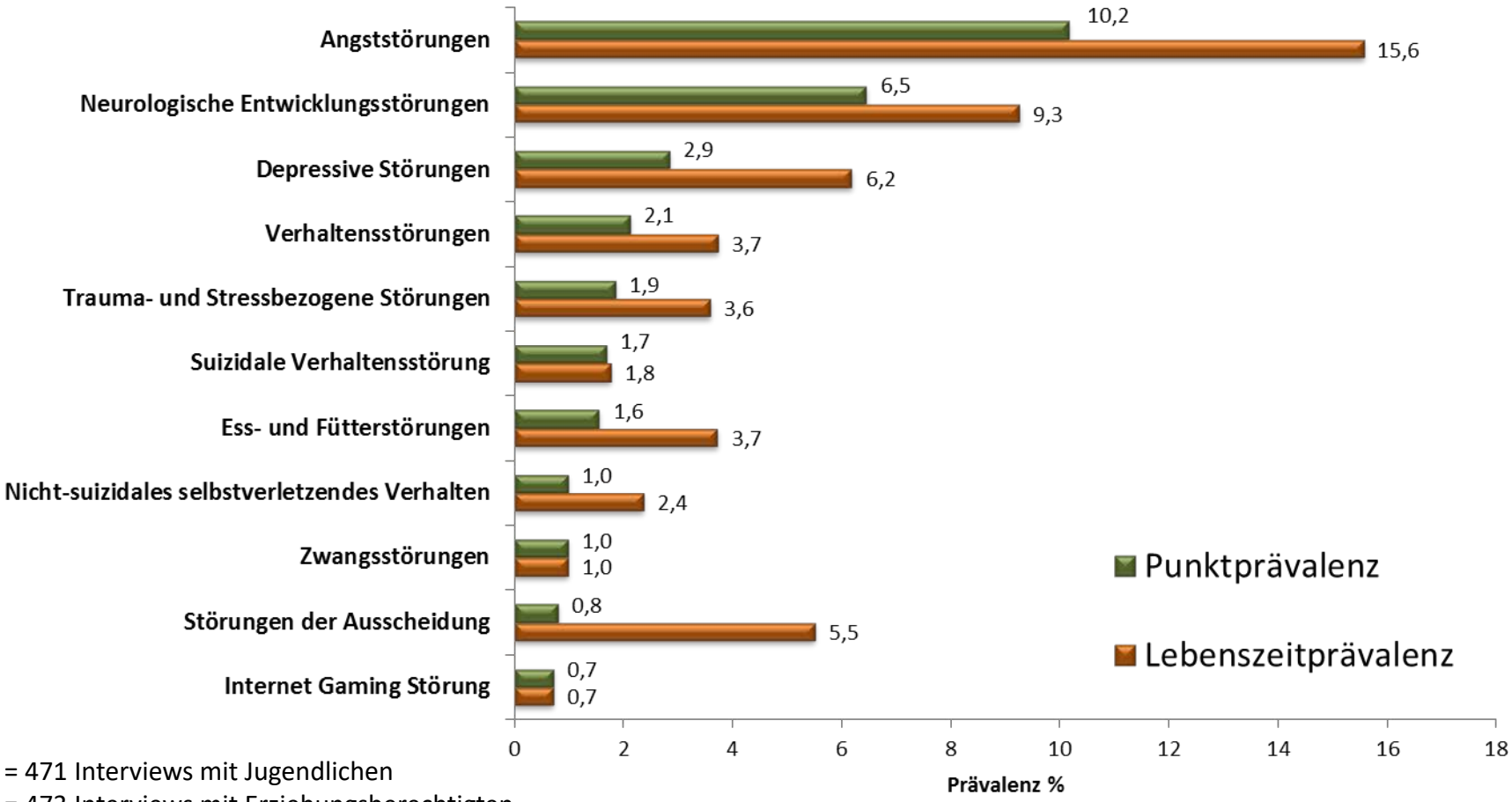
- Punktprävalenz (full-syndrome) (6 Mon):

  21.9% (inkl. subklinische: 34.6 %)

- Lebenszeitprävalenz (full-syndrome):

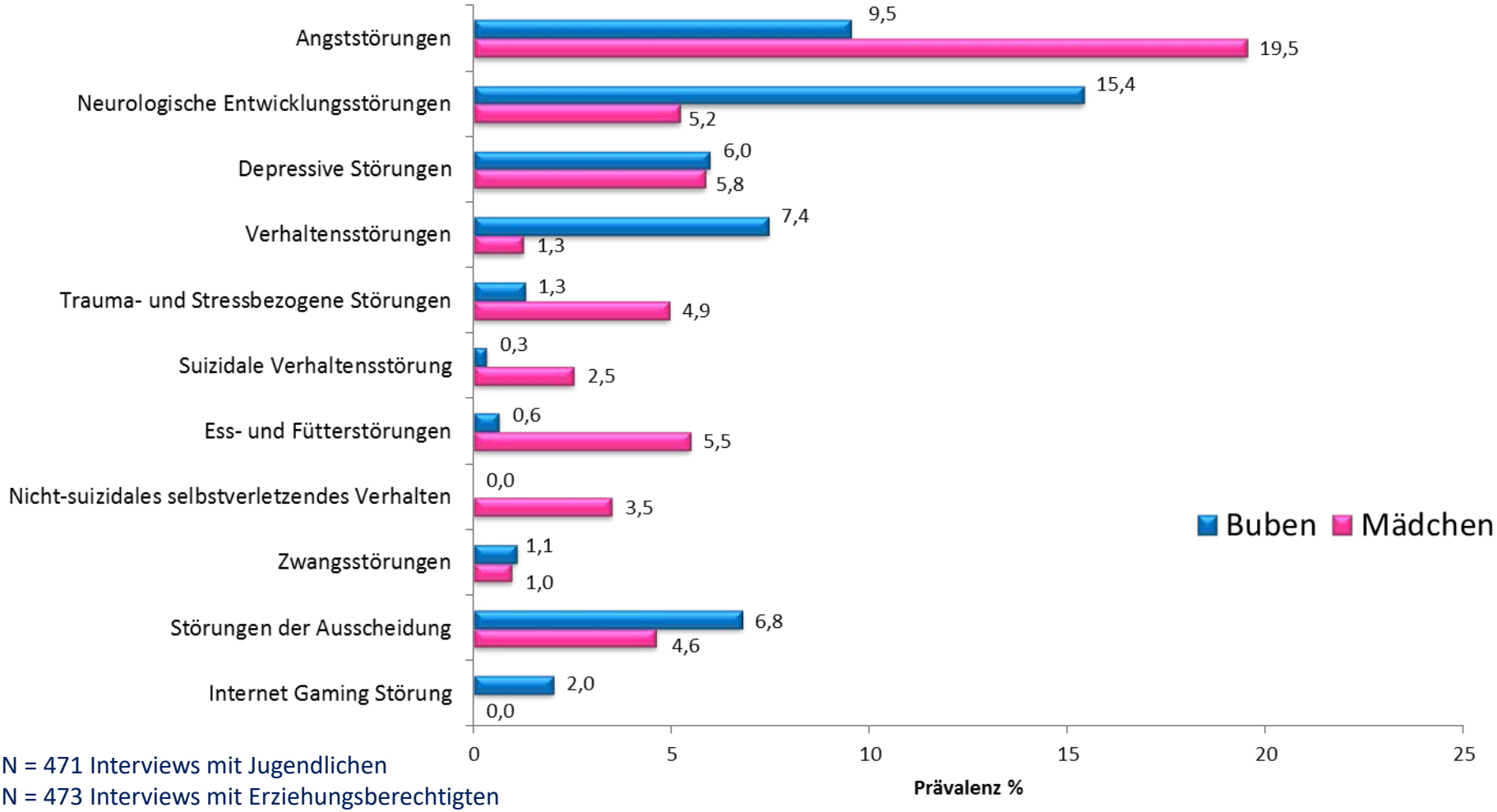
  34.1 % (inkl. subklinische: 45.3 %)

Punkt- und Lebenszeitprävalenz



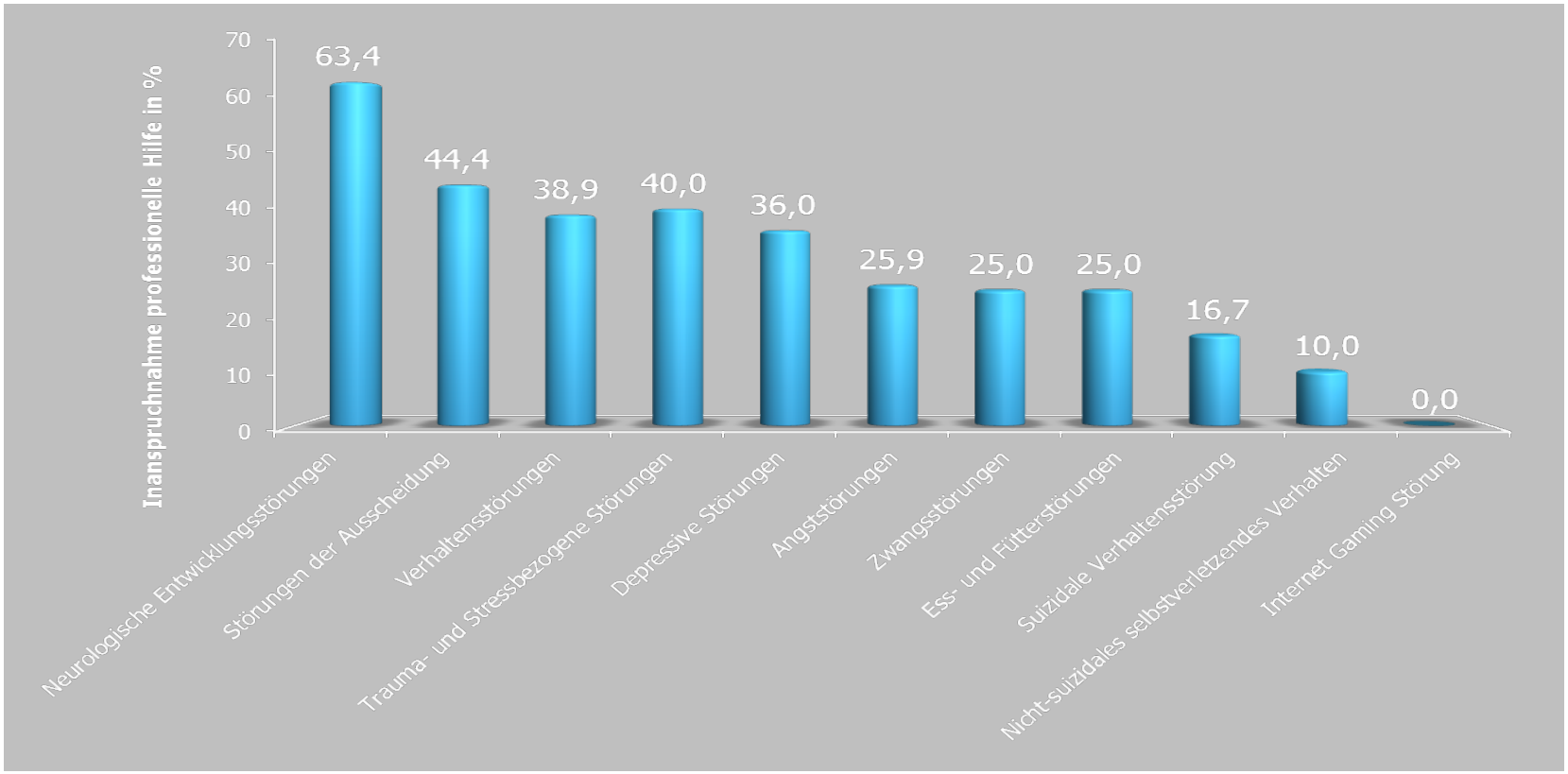
N = 471 Interviews mit Jugendlichen
N = 473 Interviews mit Erziehungsberechtigten

Lebenszeitprävalenz nach Geschlecht



N = 471 Interviews mit Jugendlichen
N = 473 Interviews mit Erziehungsberechtigten

Inanspruchnahme professioneller Hilfe nach Störungsgruppen (%)



www.mhat.at

- Prävalenz von emotionalen und Verhaltensauf-fälligkeiten sind mit anderen europäischen Stichproben vergleichbar.
- Etwa 22 % sind erkrankt (n=378000).
- YSR Gesamtscores in Ö im europäischen Mittelfeld.
- Internalisierende häufiger als externalisierende VH.
- Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten über die Schulstufen hinweg steigend.
- Inanspruchnahme der Internalisierenden Störungen sehr gering (!).

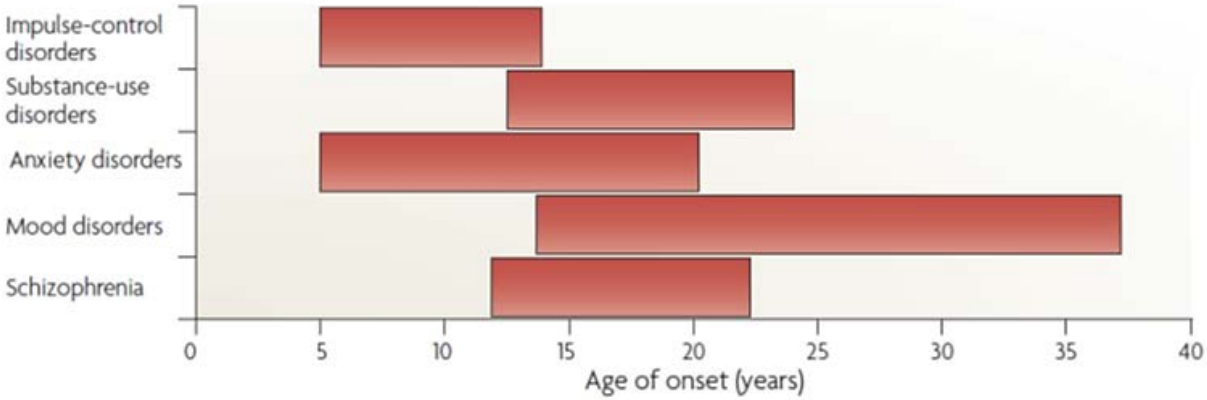
Spezifische Krankheitsbilder

Gruppierung nach ICD-10

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)



Jones PB. Br J Psychiatry. 2013; 202: s5-s10.
McGorry et al. Curr Opin Psychiatry. 2011; 24: 301-306.

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
- Abstinenz bewirkt Entzugssymptomatik (Dysbalance exzitatorischer und inhibitorischer Transmitter)

Sensitivierung

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

Biologische Faktoren der Substanzabhängigkeit

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

Introspektion, Bagatellisierung, Akzeptanz

- „Reizreaktivität“ (Sensitivierung) für drogenspezifische Hinweisreize (trigger)

  (Flagel et. al 2011, Vanderschuren & Piers 2010)

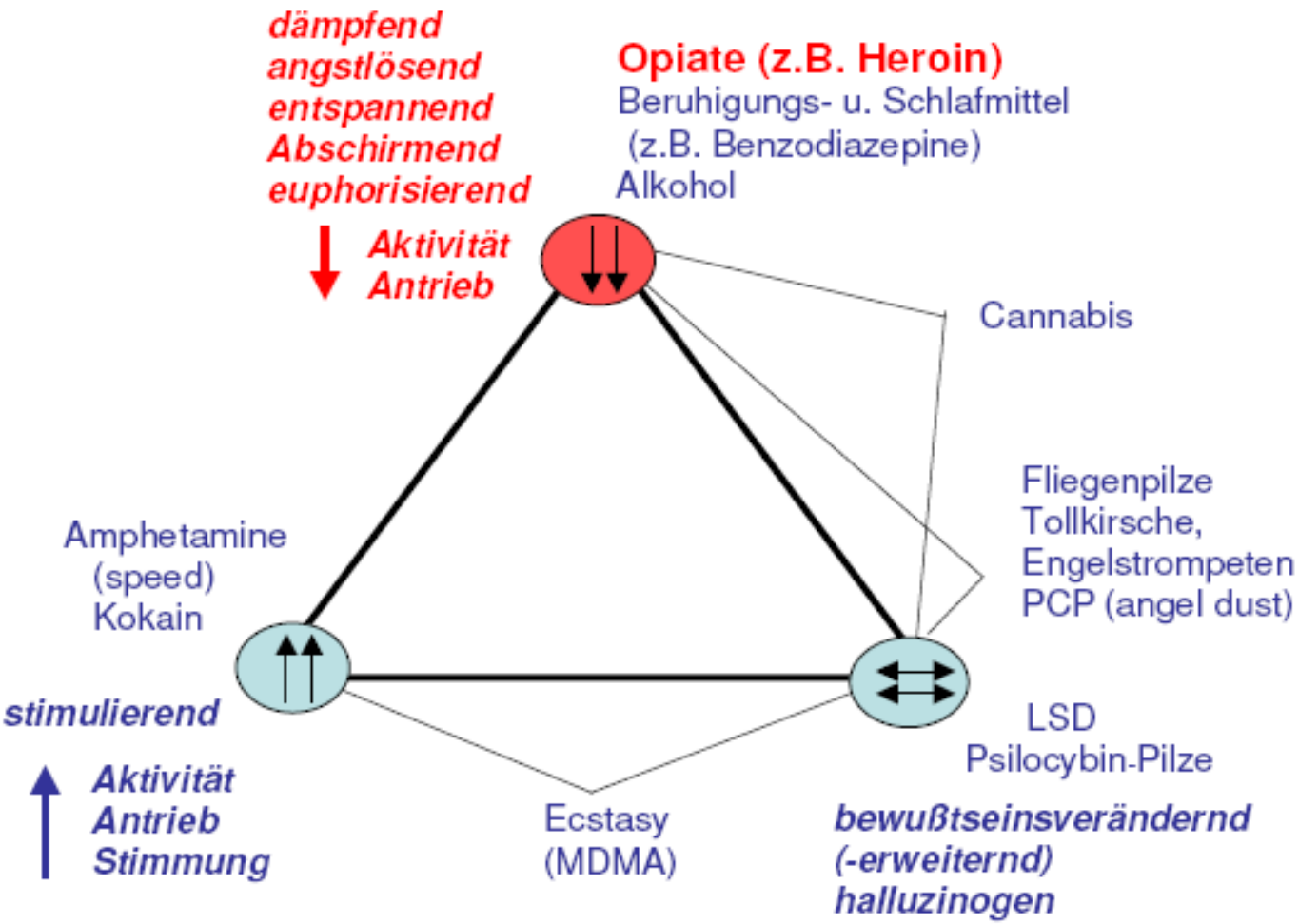
- Sucht/Konsumdruck (nach Bewusstwerdung als Craving bezeichnet) (Koob, Volkow 2010)

- mangelnde Krankheitseinsicht

  (Garavan & Stout 2005)

- unrealistische Einschätzung über die Fertigkeiten die Abstinenz zu erhalten

Psychische Wirkungen von Suchtstoffen



Schizophrenie

4 % der Schizophrenien treten vor dem 15. LJ auf. (1% vor dem 10. LJ).
10 % zw 14 und 20 LJ.

Im Jugendalter klassische Formen häufiger:

Paranoide Schizophrenie

Hebephrenie

katatone Schizophrenie

Schizophrenia simplex

Schizophrenie Symptome

Positive und negative Symptome

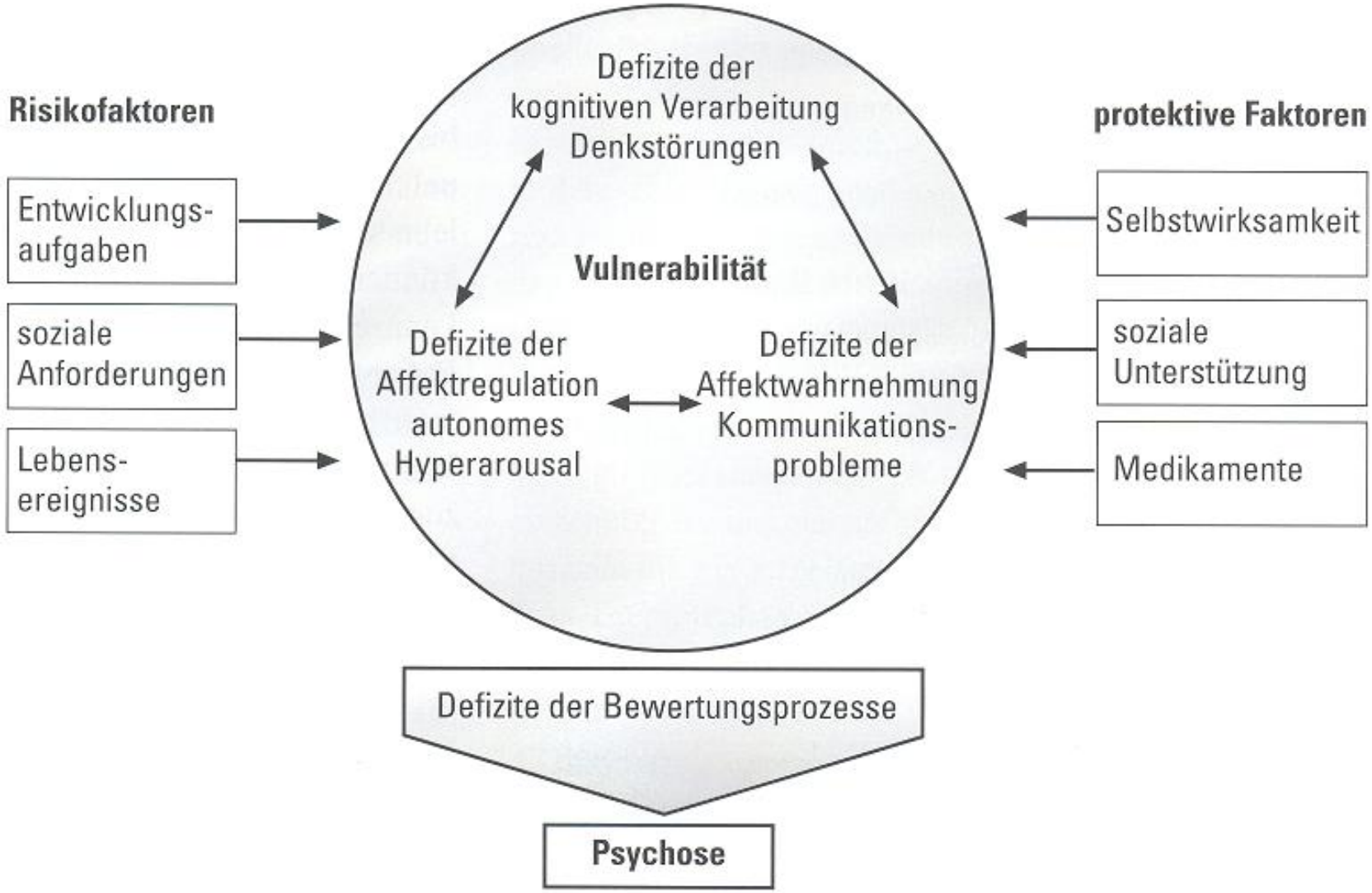
Kognition, Wahrnehmung (Halluz, Wahn, Denken, Ichstörung - Gedankenlautwerden)

Emotionalität, Kontakt, Sozialverhalten (Rückzug, Negativismus, Regression)

Sprache (Gesteigert, Perseveration, Neologismen)

Motorik (Steif, Kataton, reduziert)

Antriebslosigkeit (Verlust der Spontanität)


Risikofaktoren
Entwicklungs-aufgaben
soziale Anforderungen
Lebens-ereignisse
Defizite der kognitiven Verarbeitung Denkstörungen
Vulnerabilität
Defizite der Affektregulation autonomes Hyperarousal
Defizite der Affektwahrnehmung Kommunikations-probleme
protektive Faktoren
Selbstwirksamkeit
soziale Unterstützung
Medikamente
Defizite der Bewertungsprozesse
Psychose

atypische Antipsychotika

Wirkstoff	Alter	Indikation	Sonstiges	Box
Aripiprazol	ab 13 Jahren ab 15 Jahren	mäßige bis schwere manische Episode bei Bipolar I Schizophrenie	für eine Dauer von 12 Wochen	
Paliperidon	ab 15 Jahren	Schizophrenie		
Risperidon	ab 5 Jahren	Aggression bei Verhaltensstörung bei unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion	für eine Dauer von 6 Wochen	
Ziprasidon	ab 10 Jahren	manische oder gemischte Episoden mittleren Schweregrads bei bipolaren Störungen		

typische Antipsychotika

Wirkstoff	Alter	Indikation	Sonstiges	Box
Haloperidol	ab 6 Jahren ab 10 Jahren ab 13 Jahren	anhaltende Aggression bei Autismus-Spektrum-Störung oder anderer tiefgreifender Entwicklungsstörung Tics einschließlich Tourette bei stark beeinträchtigten Kindern Schizophrenie	wenn andere Therapie versagt haben oder unverträglich sind	
Sulpirid	ab 6 Jahren	Schizophrenie		
Tiaprid	ab 12 Jahren	Früh-/Spätdyskinesien		

Wie oft kommen depressive Störungen vor?

Prävalenz von MDD:

- Punktprävalenz von MDD in der Adoleszenz 5% (Essau & Dobson, 1999)
- 0.3% Vorschulkinder, 2% Grundschulkinder, 5-10% Jugendliche (Emslie et al, 2002)
- 10 – 20% aller Jugendlichen hatten mindestens eine depressive Episode im Verlauf der Entwicklung (z.B. Saluja et al., 2004)

Geschlechterunterschiede:

- Kindern (m :w 1:1); Jugendlichen (m : w 1 : 2) (Boyd et al, 2000)
- Im Alter zwischen 13 und 18 Jahren: 1-Jahres-Prävalenz 3% für Mädchen und 1% für Jungen (Angold & Costello, 2001)

► ab der Pubertät: Mädchen häufiger als Jungen betroffen

► Trend: häufigere und früher beginnende depressive Episoden (Colloshaw et a., 2004)

Dauer und Verlauf

- mittlere Dauer depressive Episode Jugendliche: 8 Monate
- fast die Hälfte der Depressionen bei Minderjährigen remittiert innerhalb eines Jahres (NICE 2005).
- Nach Remission: Wiederauftretensrate 20-60% nach 1 Jahr, 70% nach 5 Jahren (Birmaher et al., 2002, Costello et al., 2002)
- 60% der in der Kindheit/Jugend Erkrankten hatten im späteren Lebensalter ebenfalls eine Depression einen bis in das Erwachsenenalter andauernden Verlauf (Fombonne et al. 2001, Weissman et al. 1999).

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 bei Schulkindern und Jugendlichen

Schulkinder

- Verbale Berichte über Traurigkeit
- Suizidale Gedanken
- Befürchtung, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Schulleistungsstörungen
- Ab hier auch dysfunktionale Kognitionen auffallend

Im Pubertäts- und Jugendalter

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

Risikofaktoren

- Verlust eines Elternteils
- Konflikthafte Elternbeziehung, Trennung u. Scheidung
- Psych. od. körperl. Krankheit eines Elternteils
- Deprivation
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Migration
- Probleme in sozialen Beziehungen
- Schulische Über- oder Unterforderung
- Schulwechsel
- Teilleistungsschwächen

Herpertz-Dahlmann et al., 2000; Eley & Stevenson, 2000

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 Waschzwänge	34	62
Wiederholungszwänge	27	49
Ordnungszwänge	25	46
Kontrollzwänge	20	36
Zählzwänge	9	16
Sammel-/Aufbewahrungszwänge	8	15

DD der Zwangsstörung

körperliche Erkrankungen und organische psychische Störungen	z. B. ziellose Aktivitäten bei Temporallappenepilepsie (iktal), postenzephalitische und hirntraumatisch bedingte Stereotypien und sprachliche Iterationen
schizophrene Störungen	Wahn (objektiv falsch, nicht verstehbar, unkorrigierbar, keine Einsicht), Ich-Störungen (Gedankeneingebung: nicht als eigen erlebt)
autistische Störungen	stereotype Verhaltensweisen, Sonderinteressen, Rituale und Veränderungsängste
depressive Störungen	gedankliche Einengung, exzessives Grübeln
Anorexia nervosa	gedankliche Einengung auf Essen und Figur, ritualisiertes Essverhalten und exzessive körperliche Aktivität
hypochondrische und körperdysmorphe Störung	gedankliche Einengung auf körperliche Erkrankung oder Entstellung; angstbindende Verhaltensweisen wie wiederholte Arztbesuche oder exzessives Schminken
Störungen der Impulskontrolle und der Sexualpräferenz	nicht kontrollierbarer Drang zu bestimmten Verhaltensweisen bei Trichotillomanie, Kleptomanie, pathologischem Spielen, Exhibitionismus
Tic-Störungen	komplexe motorische Tics wie etwa Berührungen
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	als Ich-synton erlebte, störend ausgeprägte Einstellungen und Verhaltensweisen wie Ordnungssinn, Pedanterie, Rigidität, Sparsamkeit

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	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 Lebens-bereiche: 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 Durchschlaf-probleme	Hausaufgaben (aus Angst, Fehler zu machen), Nachrichten hören, Zuspätkommen, (Rückversicherung)

Antidepressiva

Wirkstoff	Alter	Indikation	Sonstiges	Box
Amitriptylin	ab 6 Jahren	Enuresis nocturna	Wenn organische Ursache ausgeschlossen ist und andere Maßnahmen versagt haben.	■
Fluoxetin	ab 8 Jahren	mittelgradige bis schwere Episoden einer Major Depression wenn nach 4-6 Sitzungen kein Ansprechen auf psychologische Behandlung	Soll nur in Kombination mit psychologischer Behandlung gegeben werden.	■
Johanniskraut	ab 12 Jahren	leichte bis mittelgradige depressive Episoden		■
Sertralin	ab 6 Jahren	Zwangsstörung		■

Trauma

-- Siehe Traumaseminar B12

Essstörungen

AN

BN

EDNOS (60% der Eds sind EDNOS)

BED

-- siehe Tertiale Pädiatrie - Essstörungen

Suizidalität, NSSV

Suizid und Suizidalität

Bei Kindern an 10. Stelle, bei 15-25 Jährigen an 2. Stelle der Todesursachen!

SV: 8-10 mal häufiger
NOTFALL – Direkte Exploration!

NSSV

Details siehe VO Notfälle in der KJP

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

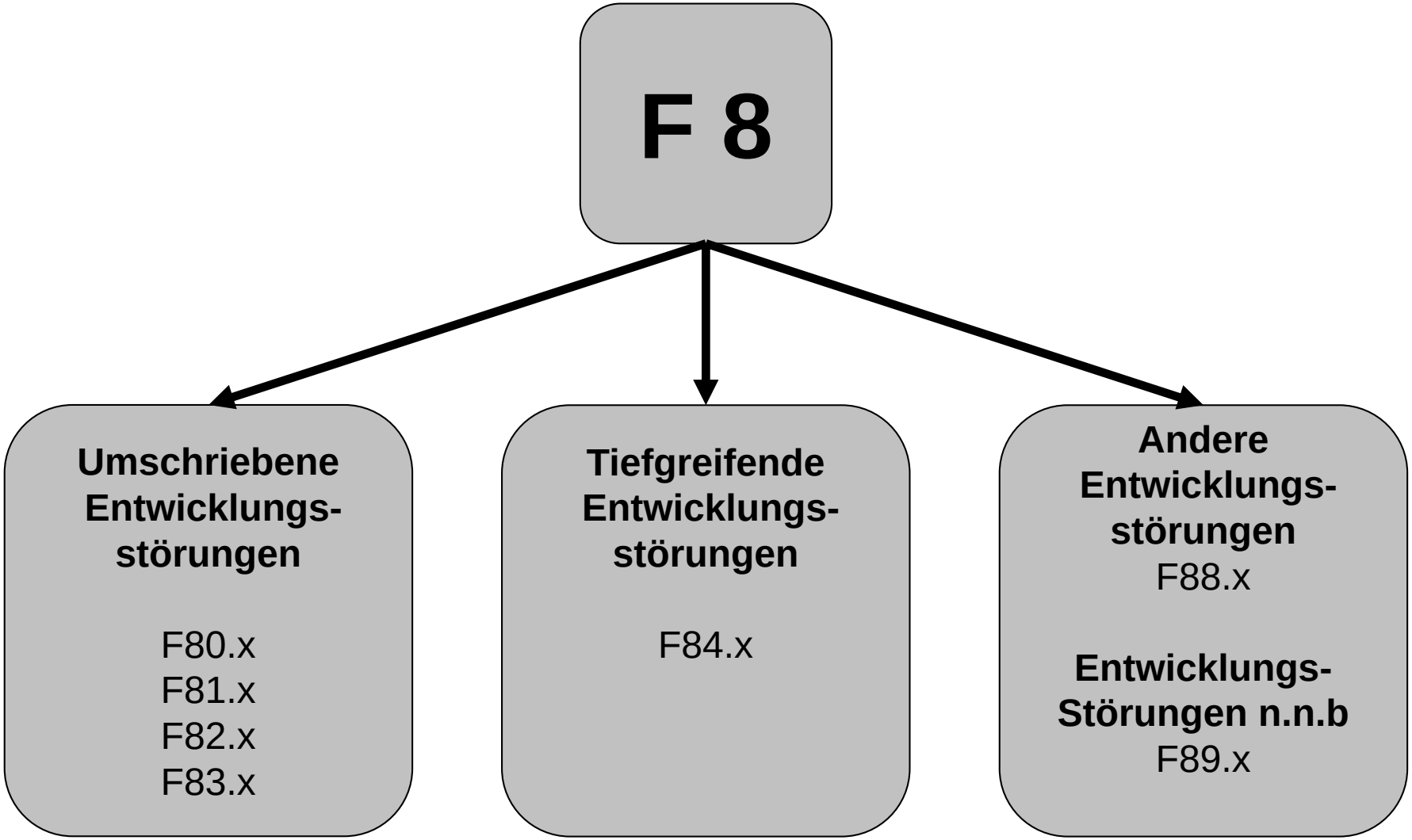
Ursachen

- Pränatal
  - Genmutationen
    - Stoffwechselstörungen
    - Fragiles X Syndrom
    - Rett Syndrom
  - Chromosomenmutationen
    - Trisomien (21, 13, 18)
    - Gonosomale Aberrationen (Klinefelter)
  - Exogen
    - Infektionen (z.B. Röteln)
    - Toxisch

Ursachen

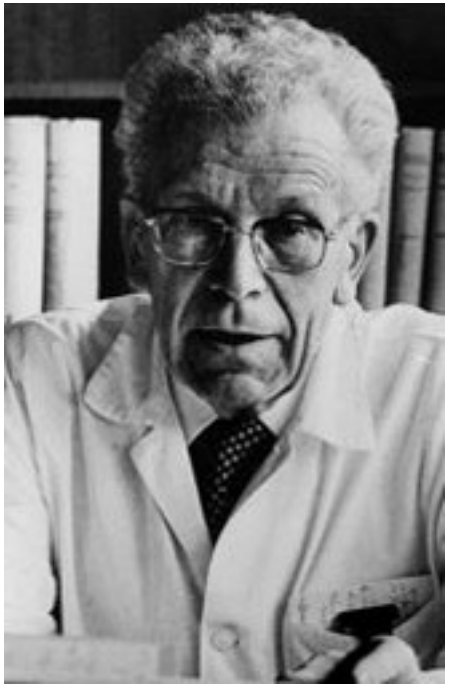
- Perinatal
  - Geburtstraumata
    - Z.b.: Hypoxie
  - Gestationsalter <32 Wochen
  - Geburtsgewicht >1500g
  - Kopfumfang < 3. P.
  - Apgar: 0-2
- Postnatal
  - Schäden
    - SHT
    - Entzündungen
    - Malignome

F 8


F 8
Umschriebene Entwicklungs-störungen
F80.x
F81.x
F82.x
F83.x
Tiefgreifende Entwicklungs-störungen
F84.x
Andere Entwicklungs-störungen
F88.x
Entwicklungs-Störungen n.n.b
F89.x

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“)

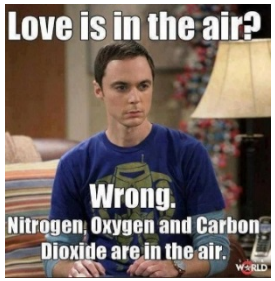
Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation und Sprache (I)

- 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

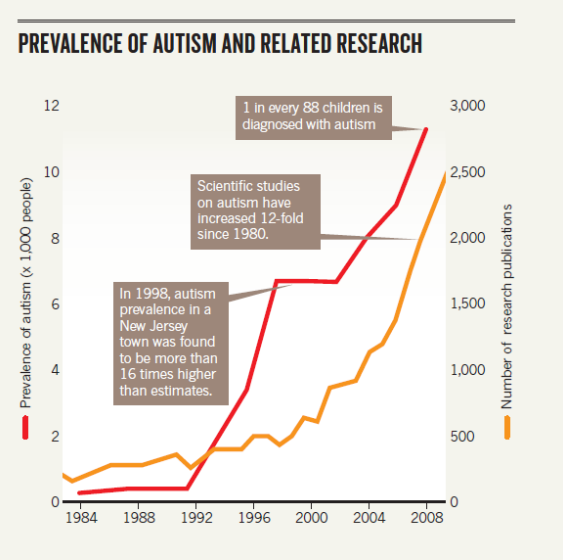
- Ausgedehnte Beschäftigung mit stereotypen, ungewöhnlichen Handlungen und eng begrenzten Spezialinteressen
  - zwanghaftes Festhalten an nicht-funktionalen Handlungen oder Ritualen
  - extrem ängstliche oder beunruhigte Reaktion bei Unterbrechen dieser Handlung

- 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)

Was Autismus nicht ist:

- Beruht nicht auf Erziehungsfehler
- Keine „verdeckte“ Hochbegabung
- Keine degenerative Erkrankung
- Kein Impfschaden

Prävalenz
Stetiger Anstieg seit ca. 2000



- 62.6/10 000 (Fombonne & Chakrabati, 2001)
- 116 /10.000 (Baird et al., 2006)
- 264/10.000 (Kim et al., 2011)
- **Propagiert wird derzeit eine Prävalenzrate von ca. 1 %**

s.a. Mandell & Lecavalier, 2014

- Erhöhte Prävalenzraten aufgrund von:
  - Veränderung der diagnostischen Kriterien
  - Verbesserung der diagnostischen Instrumente
  - Verbesserte Früherkennung durch Kinderärzte/Erziehungspersonal usw…

- Andere Faktoren:
  - Steigendes Alter der Eltern
  - Potentielle Effekte von Umweltfaktoren (zB Medikamenteneinnahme während der SS)

Vergleich der Autismus-Spektrum-Störungen

	Frühkindlicher Autismus	Asperger-Syndrom
Prävalenz	ca. 11 – 18 : 10 000	ca. 3 : 10 000
Alter bei Erstmanifestation	< 3 J.	In der Regel > 3 J.
Geschlecht (m/w)	3-4 : 1	8 : 1
Symptomatologie	o Beeinträchtigte soz. Interaktion o Beeinträchtigte Kommunikation und Sprache o Repetitive, stereotypes Verhalten	o Beeinträchtigte soz. Interaktion o Unbeeinträchtigte kognitive Funktionen o Repetitive, stereotypes Verhalten oder ausgeprägte hochspezialisierte Sonderinteressen
Sprache	o Gestörte Sprachentwicklung o Echolalie o Vertauschen von Pronomina	o Normale Sprachentwicklung o Förmlicher Sprachstil o Auffällige Sprachmelodie
Intelligenz	Häufig beeinträchtigt	o Nicht beeinträchtigt
Motorik	Keine typischen Auffälligkeiten	o Ungeschicklichkeit o Koordinationsstörungen

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

ADHS (F90)

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Kombinierte Störung emotional & sozial (F92)

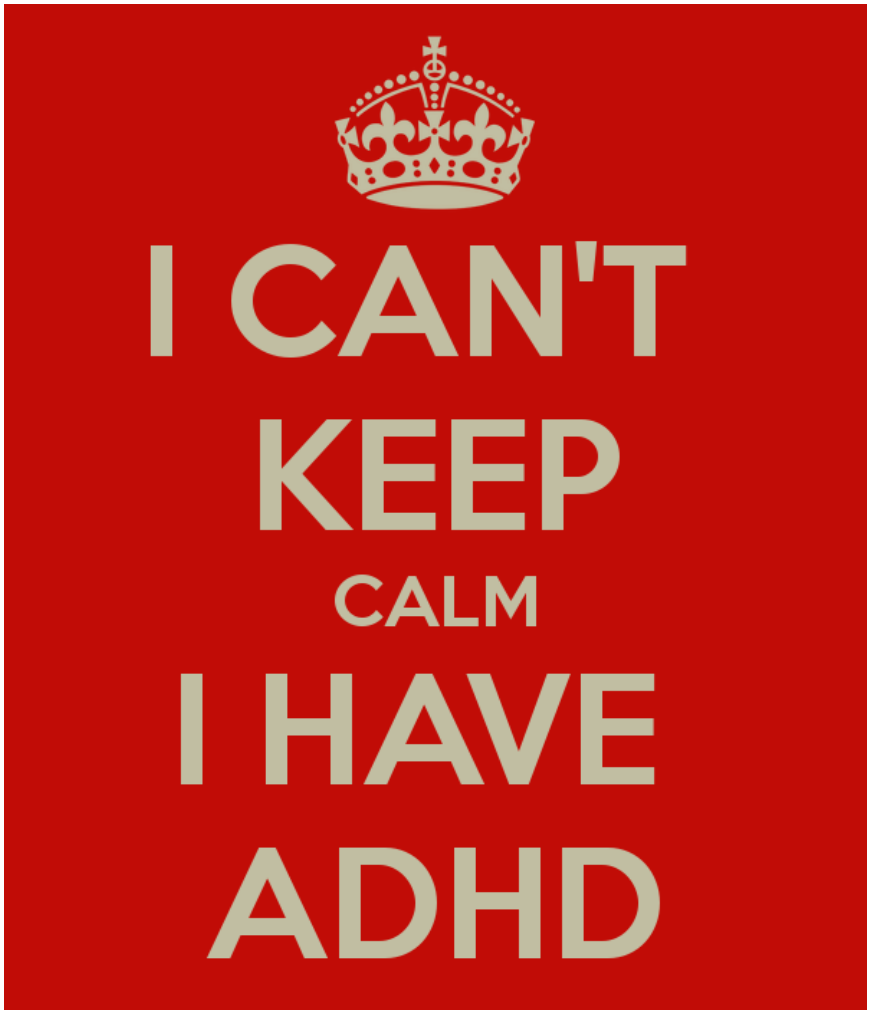
Emotionale Störungen des Kindesalters(F93)

Störungen sozialer Fertigkeiten (F94)

Tic-Störungen (F95)

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

ADHS

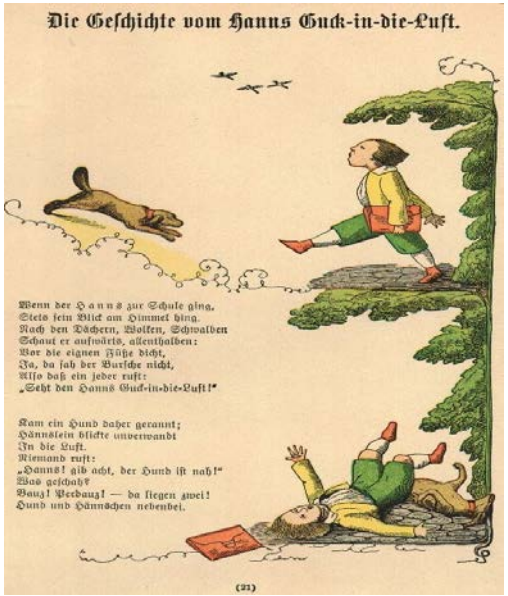


AD(H)S - Kernsymptome

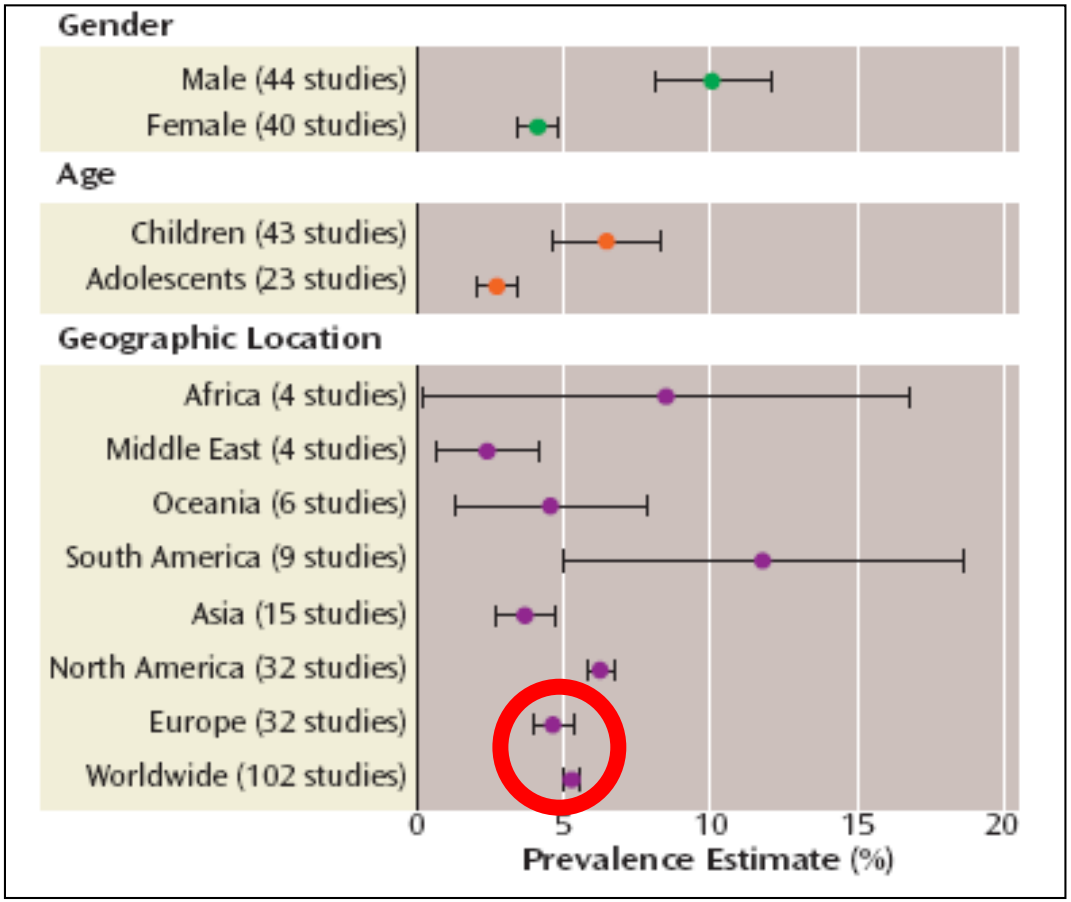
- **Überaktivität**
- Hyperaktivität
- fein- und grobmotorische Unruhe
- Kraft und Tempo schlecht dosiert
- Verhalten nicht situationsgerecht

- **Impulsivität**
- Probleme bei der Selbstkontrolle
- Mangel an vorausschauender Planung
- geringe Frustrationstoleranz
- schnelle Stimmungswechsel

- **Unaufmerksamkeit**
- Aufmerksamkeitsstörung
- Ablenkbarkeit
- Mangel an zielgerichteter Aktivität



ADHS - epidemiologische Prävalenz

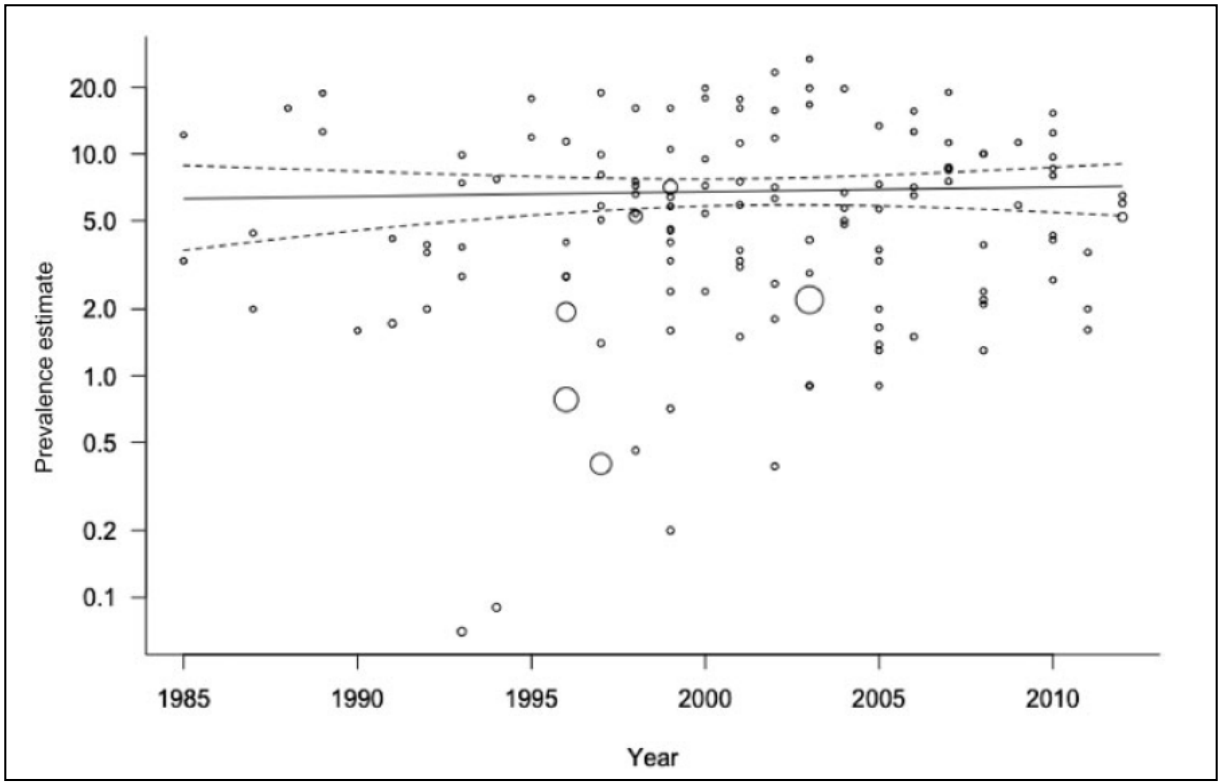


Polanczyk et al., 2007

ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis

Guilherme V Polanczyk,[1,2,3] Erik G Willcutt,[4] Giovanni A Salum,[3,5] Christian Kieling[5] and Luis A Rohde[3,5]*

International Journal of Epidemiology, 2014, 434–442



Kein Hinweis auf Veränderung der Prävalenz über die letzten 30 Jahre

AD(H)S - Diagnosestellung

- Symptome **situation**sübergreifend
  - Schule, zuhause, Untersuchungssituation
- abnormes Ausmaß für **Entwicklungsstand**
- Beginn vor dem 7. LJ (**Alter**) – wird diskutiert (Polanczyk et al. 2010)
- mindestens seit 6 Monaten (**Dauer**)

- Diagnosestellung (Leitlinien der DGKJPP):
  1. Symptomatik (Exploration)
  2. Entwicklungsgeschichte (biographische Anamnese, Temperament, Beginn und Verlauf der Symptomatik)
  3. Psychiatrische Komorbidität (Sozialverhalten, Teilleistungen, Tics, Angst, Depression)
  4. Störungsspezifische Rahmenbedingungen (Fremdanamnese, körperlich-neurologische Untersuchung, Erziehung)
  5. Testpsychologische Diagnostik (Intelligenz, Teilleistungen, Entwicklungsstand)
  6. Apparative Labordiagnostik (Schilddrüsenfunktion, EEG)
  7. Differentialdiagnostik

Stimulanzien/ADHS

Wirkstoff	Alter	Indikation	Sonstiges	Box
Atomoxetin	ab 6 Jahren	ADHS	Im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms.	
Guanfazin	ab 6 Jahren	ADHS	Im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms wenn eine Behandlung mit Stimulanzien nicht infrage kommt, oder unverträglich, oder unwirksam ist.	
Lisdexamphetamin	ab 6 Jahren	ADHS	Im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms und wenn vorangegangene Behandlung mit Methylphenidat klinisch unzureichend war.	
Methylphenidat	ab 6 Jahren	ADHS	Im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms wenn alle anderen Maßnahmen unzureichend sind.	

Störungen des Sozialverhaltens

Epidemiologie

- Prävalenz in Deutschland: ca. 5–8 %
- Bangladesh: 8,9 %
- Jemen: 7,1 %
- Italien: 1,2 %
- Indien: 0,4 %

Risikopopulationen:

- Jungen (2:1 bis 7:1)
- Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (2- bis 3-fach)
- Kinder in außerhäuslicher Unterbringung

Thapar et al., 2015

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

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

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 Schwergrad um zu Funktionseinschränkungen zu führen: persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich
- Durchgängig (min. s12 Monate) vorhanden, keine isolierten dissozialen oder kriminellen Handlungen
- Childhood onset: <10a
- Adolescent onset: keine Anzeichen vor 10a

F93 Emotionale Störungen des Kindesalters

- 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

F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

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

F95: Tic-Störungen

F95: Tic-Störungen

Lernunterlagen

Fegert J, Kölch M: Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag 2013

www.awmf.org

Wege zur KJP

- **Block 20** (h): Entwicklungspsychopathologie, Risikofaktoren, Diagnstik, Epidemiologie, PTSD, Therapien, Pharmakotherapie: **21h**
- **Tertiale Psychiatrie** (h): VO (2), Seminar Notfälle in der KJP (2), Seminar Trauma (2), Einführungsgruppen (6), Lehrvisiten (2): **14h**
- **Famulatur** (ab 4 Wochen)
- **KPJ** Teil 3: an der KJP (8 oder 16 Wochen)
- **Diplomarbeit** in KJP; **Dr.** med. scient. bzw. PhD in KJP

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit