

# Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

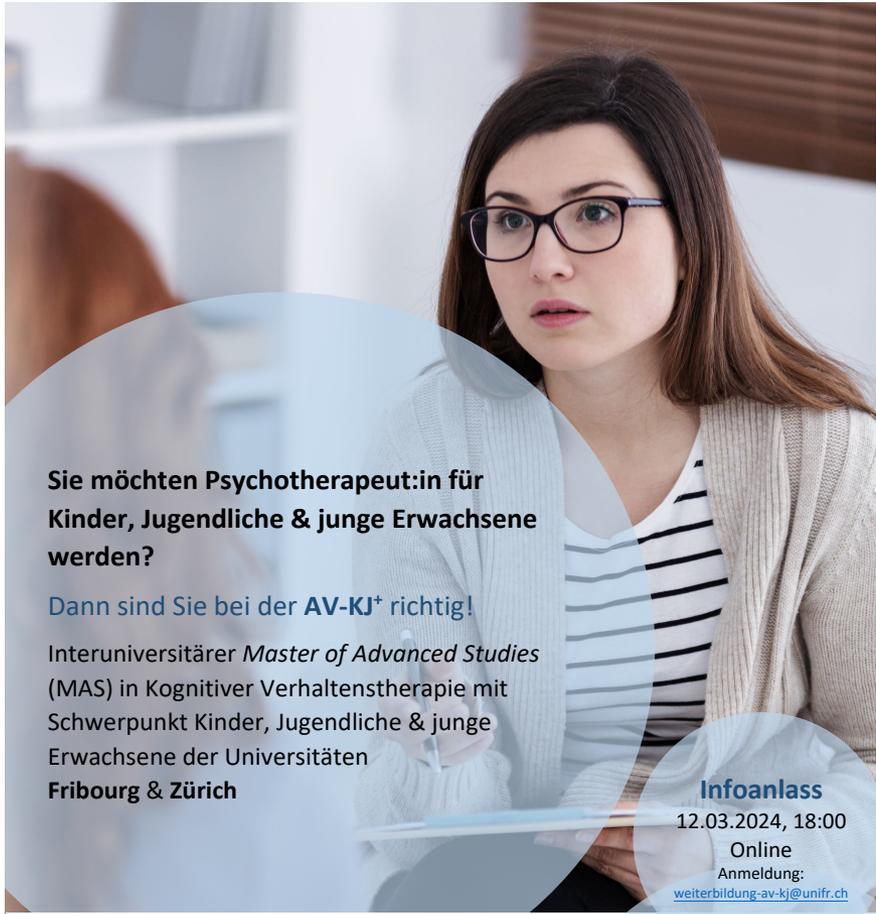
**Passwort für Moodle: KlinKiJu\_I\_2024**

Prof. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy



**Sie möchten Psychotherapeut:in für  
Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene  
werden?**

Dann sind Sie bei der **AV-KJ<sup>+</sup>** richtig!

Interuniversitärer *Master of Advanced Studies*  
(MAS) in Kognitiver Verhaltenstherapie mit  
Schwerpunkt Kinder, Jugendliche & junge  
Erwachsene der Universitäten  
**Fribourg & Zürich**

**Infoanlass**

12.03.2024, 18:00

Online

Anmeldung:

[weiterbildung-av-kj@unifr.ch](mailto:weiterbildung-av-kj@unifr.ch)

- Leitung** Prof. Dr. Simone Munsch (Fribourg) und  
Prof. Dr. Guy Bodenmann (Zürich)
- Abschluss** Eidgenössischer Weiterbildungstitel Psycho-  
therapie & Master of Advanced Studies (MAS)
- Weiterbildungsstart** Jeweils im Januar
- Bewerbung** mit Motivationsschreiben, Curriculum vitae, BA & MA  
Diplom an [weiterbildung-av-kj@unifr.ch](mailto:weiterbildung-av-kj@unifr.ch).



[www.mas-kjpsych.uzh.ch](http://www.mas-kjpsych.uzh.ch)

# Ziele der Vorlesung

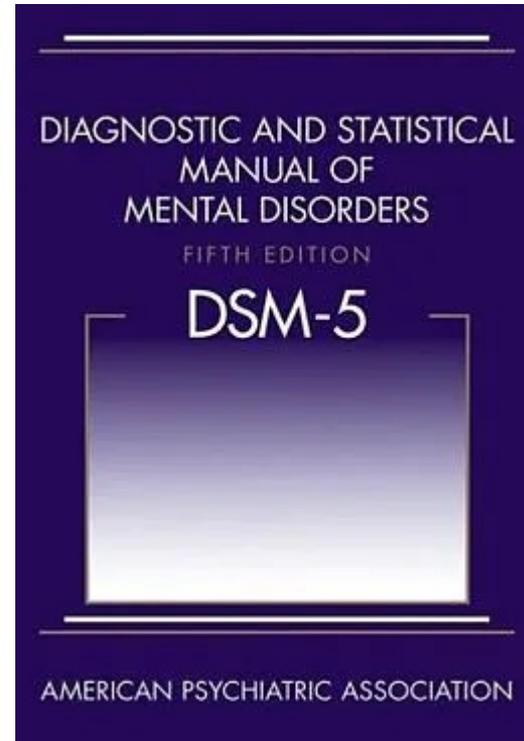
- Erweiterung des Verständnisses der Psychopathologie und Psychotherapie im *Kindes- und Jugendalter*
  - Klassifikation
  - Phänomenologie
  - Ätiologie
  - Behandlung

Was möchten Sie erreichen?

# Literatur



Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (2019). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer Verlag.



APA-American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.

# **Epidemiologische Aspekte psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter**



**Katja Schönenberger** · 2.

+ Folgen

People & Transformation Enthusiast |

Advocate of New Work

2 Tage · 🌐

## Januar 2023

Ich war heute zu Gast im Tagesgespräch von Radio **SRF - Schweizer Radio und Fernsehen**, um über die erhöhte psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Multikrise zu sprechen.

Eine Zahl, die wir heute das erste Mal genannt haben und die mich seit ein paar Tagen nicht loslässt lautet 161.

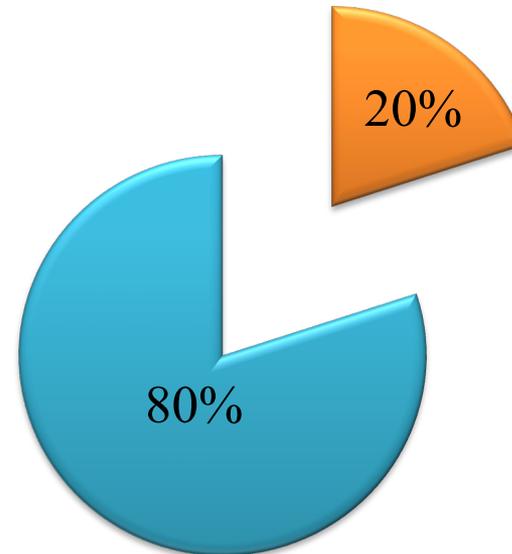
So häufig haben wir 2022 eine Krisenintervention ausgelöst. Das bedeutet, dass wir Sanität oder Polizei anbieten, weil ein junger Mensch keinen anderen Ausweg sieht als sich etwas anzutun. 2021 waren es insgesamt 130 Kriseninterventionen, 96 im 2020 und im Jahr 2019 waren es noch 57 Kriseninterventionen.

Die Multikrise trifft Kinder und Jugendliche in einer vulnerablen Phase und sie trifft auf ein überlastetes Versorgungssystem.

Ich plädiere für politische Lösungen, insbesondere rasche Soforthilfe für Erstanlaufstellen wie das 147 von **Pro Juventute**, die Stärkung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen sowie mittel- und langfristig genügend Therapieplätze (und Fachpersonen) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

<https://lnkd.in/eiUrJhh8>

**Psychische Störungen  
sind bei bis zu 20% der Kinder und  
Jugendlichen im Alter von 3-16 Jahre  
vorhanden**



Hölling et al., 2016, WHO 2014

# Chronizität psychischer Störungen

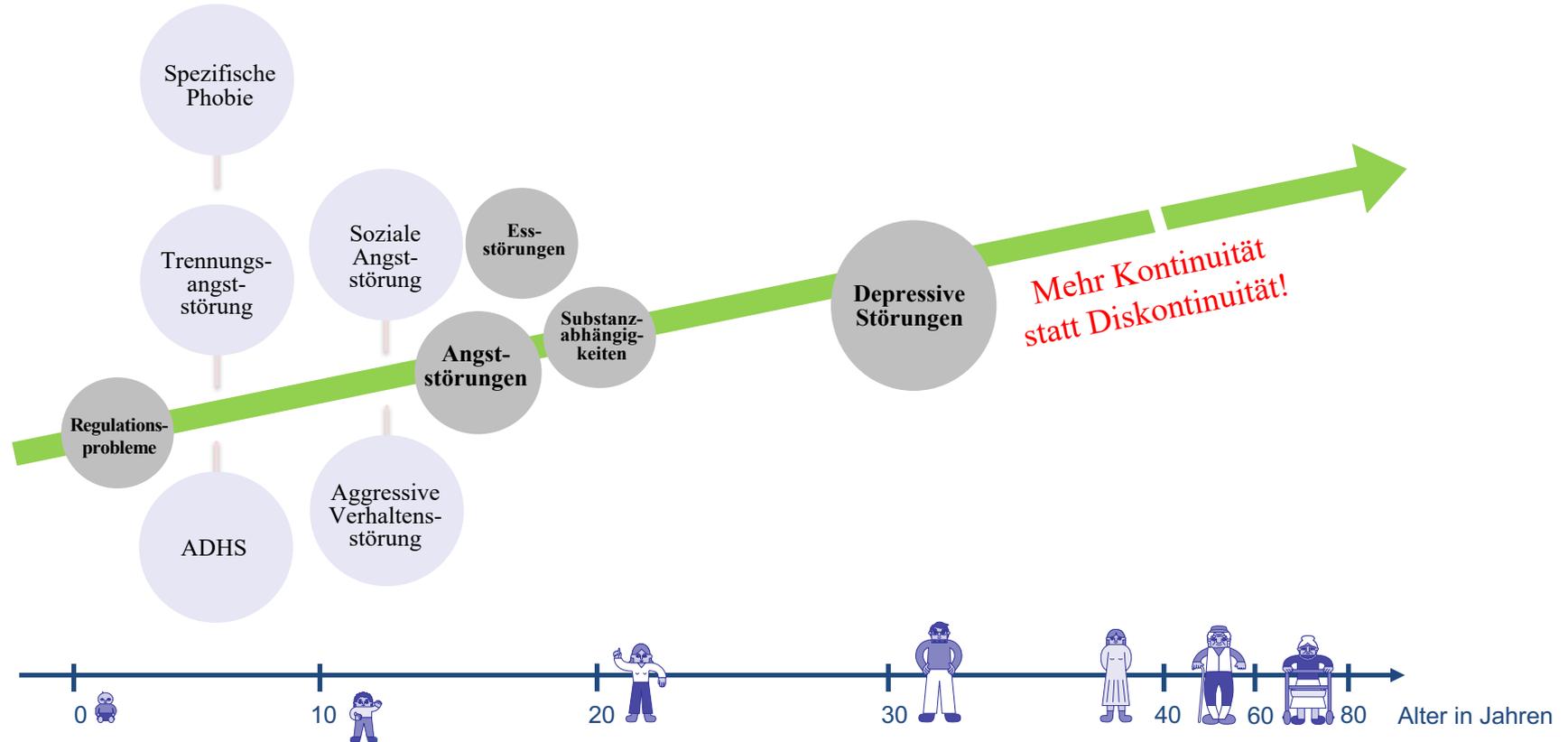
Psychische Störungen im Kindesalter verlaufen **chronischer als erwartet**

- das Vorliegen von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter erhöht unter bestimmten Umständen das **mittlere Risiko** um den **Faktor 2-6** im Erwachsenenalter an einer psychischen Störung zu leiden



# Schrittmacherfunktion psychischer Störungen im Kindesalter

(Durchschnittliches Erstauftretensalter, 50. Perzentil)



Kessler et al. (2005). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Hemmi et al. (2011). *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629.

Kossowsky et al. (2013). *The American Journal of Psychiatry*, 170(7), 768–781.

# Diagnostik

# Savoir reconnaître les sentiments de l'adolescent



révolté



heureux



amoureux



désespéré



enthousiaste



complexé

# Ziele der Diagnostik

- Aufbau einer **vertrauensvollen Beziehung**
- Transformation vager Beschwerden in **konkrete Fragestellungen**
- Kategoriale (und dimensionale) **diagnostische Einordnung**
- **Ressourcen** und Kompetenzen bei Kind und Umfeld (z.B. Kommunikation, Problemlösung, Rollenverteilung, familiäres Klima, familiäre Risikofaktoren) erheben
- Erfassen der **situativen Bedingungen**, unter welchen Verhalten auftritt und unter welchen es erworben wurde
- Festlegen der selektiven **Indikation**
- Erfassen der **Therapieerwartung und Therapieziele**
- Klärung des **therapeutischen Auftrags** (häufig verschiedene Auftraggeber)
- **Therapiebegleitende Diagnostik/** kontinuierliche Verlaufskontrolle

# Informationsquellen

- **Kind/ Jugendliche** (Interview, Fragebogenverfahren; Lesefähigkeit sowie Selbstreflexionsfähigkeit als Limitation)
- **Eltern** (retrospektiv anhand Fragebogen und Interview)
- **Lehrpersonen** oder anderen **Bezugspersonen**
- **Verhaltensbeobachtung** durch Kliniker:innen, Bezugsperson oder unabhängige Person
- **Projektive Verfahren** (Spiele, Zeichnungen, Formdeutung etc.)
- **Interaktionsaufgaben** (simuliert, Spiel/Hausaufgabensituation, Figurenskulptur etc.)
- **Standardisierte Selbstbeobachtung** (ab ca. 8-9-jährig)

# Anamnese

## Schwangerschaft und Geburt

- Schwangerschaftswunsch
- Psychische und soziale Situation der Eltern
- Geburt – Komplikationen – Grösse und Gewicht

## Säugling und Kleinkind (0-3 Jahre)

- Neugeborenenperiode (Mutter-Kind-Interaktion, Komplikationen, Stillen)
- Frühkindliche Entwicklung
- Temperament, Regulation (-sstörungen), Bindungsverhalten, Schlafverhalten
- Sauberkeitserziehung
- Reaktion auf Geschwister
- Spielverhalten

## Kindergartenalter (3-6 Jahre)

- Entwicklung Motorik, Sprache, Wahrnehmung, Spiel- und Sozialverhalten, Selbstständigkeit
- Reaktionen auf Grenzsetzungen
- Trennungssituationen in Spielgruppe und Kindergarten
- Besondere Lebensereignisse

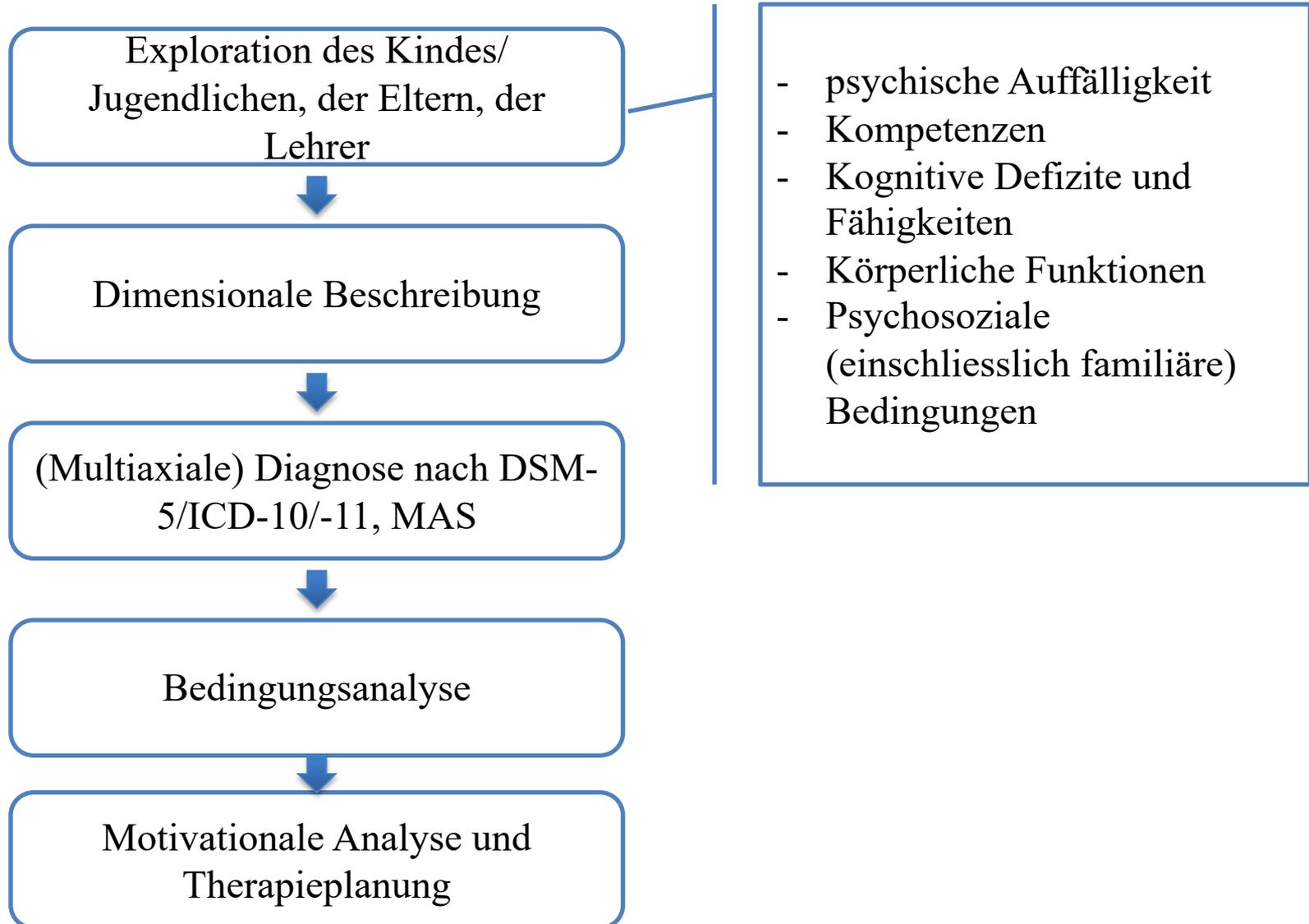
## Primarschulalter (6-10 Jahre)

- Einschulung und Reaktion darauf
- Entwicklung schulischer Fertigkeiten
- Beziehungen zu Peers
- Beziehungen zu Autoritätspersonen
- Autonomieentwicklung
- Besondere Lebensereignisse

## Pubertät und Adoleszenz (ab 11 Jahren)

- Schulwechsel
- Körperliche Veränderungen der Pubertät
- Entwicklung Autonomie und Ablösung
- Beziehungen zur Peergruppe, intime Beziehungen
- Regelverhalten (Drogen, Ausgang, Alkohol, Schule etc.)

# Diagnostischer Prozess



# Altersangepasste Erhebungsinstrumente

## Bildwahl:

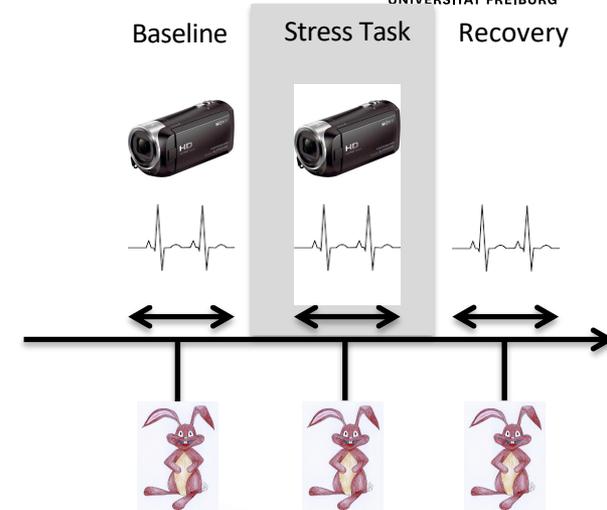
### Positive Hasen

Baseline 92%

Stresstest 72%

Erholung 80%

Bildwahl korreliert mit emotionalem Gesichtsausdruck und Stressreaktivität



# Empfehlungen zum Umgang mit Nicht-Übereinstimmung von Eltern-/ Kindbericht

- **Unabhängige Diagnosestellung** aufgrund Eltern- und Kind-Interview (vgl. z.B. Kinder-DIPS; Schneider et al., 2018); dann Zusammenfügen der Informationen
- Im Falle einer **Nicht-Übereinstimmung**:
  - Bei **jüngeren Kindern** und bei Diagnostik früherer Störungen werden Elterninformationen stärker gewichtet
  - Bei **emotionalen Störungen** (z.B. Depression, Angststörungen) werden Kindinformationen stärker gewichtet
  - Bei **Verhaltensstörungen** (z.B. Hyperaktivität, oppositionelles Trotzverhalten) und bei Ausscheidungsstörungen werden Elterninformationen stärker gewichtet

# Video: Kinder Gespräche Machbarkeit Leitlinienbasierte Diagnostik



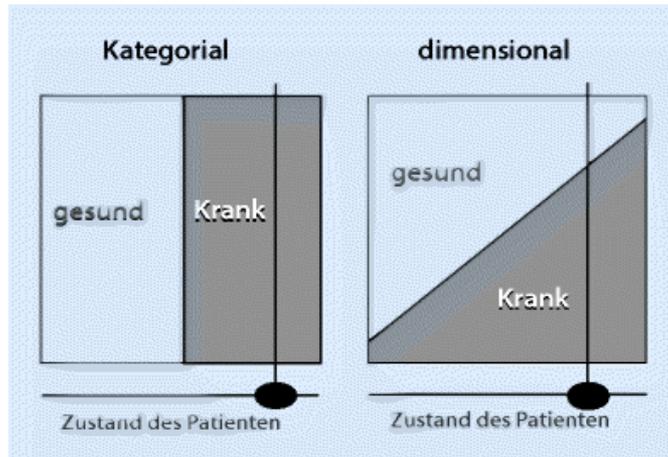
Videoaufnahme und Verwendung zu Lehrzwecken von Patient:innen autorisiert.

# Klassifikationssysteme

**\* = Repetition, Selbststudium**

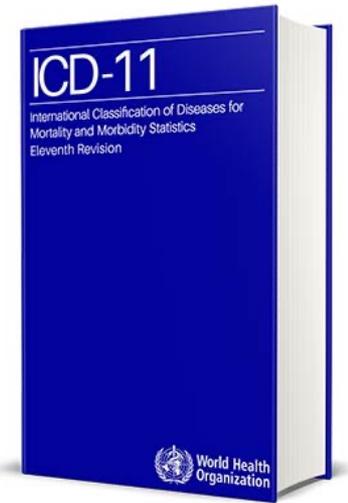
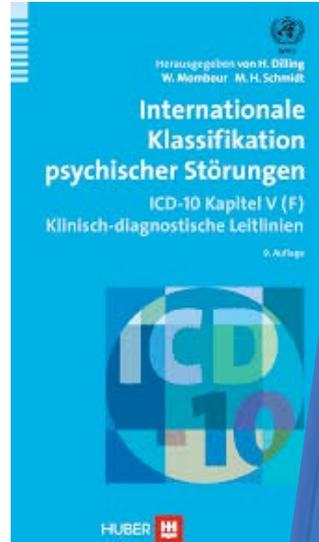
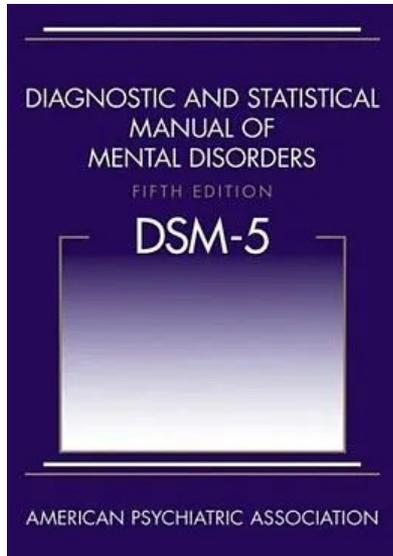
# \* Klassifikationsmöglichkeiten

- **Kategoriale** Klassifikation: Gruppierung der Merkmale und Einordnung in ein System von Kategorien, Klassen (qualitativ)
  - Diagnose vorhanden? ja/nein



- **Dimensionale** Klassifikation: Ausprägungsgrad (quantitativ)

# \* Klassifikationssysteme



# \* Klassifikationssysteme

## Altersungebunden

- **ICD-10/ ICD-11:** Internationale Klassifikation von Krankheiten (Weltgesundheitsorganisation, WHO)
- **DSM-5:** Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (American Psychiatric Association, APA)

## Spezifisch für Kinder/ Jugendliche

- **MAS:** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt, Schmidt & Poustka)
- **Zero to Three DC:0-3R** => neue Version **DC:0-5** (National Center for Infants, Toddlers, and Families; 2005)

# \* Ziele des DSM-5

- Dimensionaler Ansatz
- Entwicklungsperspektive in Diagnosen integriert
- Geschlechtsunterschiede (z.B. ADHS)
- Kulturelle Unterschiede (Sektion III, Diskussion und Erfassung kultureller Ausprägungen)
- Konkretisieren der Sektion „unspezifischer Störungen“
- Nonaxiale Dokumentation psychischer Störungen (Wegfall der Unterteilung in Achse I, II und III sowie IV und V):
  - Kombination vom Achse I, II und III
  - Psychosoziale und Umgebungsprobleme (DSM-IV: Achse IV) werden mittels Z-Codes des ICD kodiert (gemäss WHO Empfehlungen)
  - Funktionsniveau/ Ausmass der Beeinträchtigung (DSM-IV: Achse V) wird mittels Disability Assessment Schedule (WHODASI) erfasst

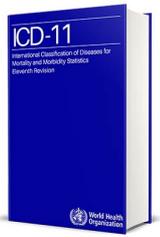
# Neuerungen im DSM 5 im Kinder- und Jugendbereich

- Autismus-Spektrums-Störung: verbindet alle Störungen des autistischen Spektrums zu einer einzigen, dimensional angelegten diagnostischen Kategorie (beinhaltet: Autistische Störung, Desintegrative Störung, Rett-Störung, Asperger-Störung)
  - Kernsymptome: Defizite der sozialen Kommunikation und Interaktion und repetitive Muster im Verhalten, Interessen und Aktivitäten
- Ess- und Fütterungsstörungen (Binge Eating Störung, BED)
- Geschlechtsdysphorie (ehemals Störungen der Geschlechtsidentität)
  - Wird sehr restriktiv vergeben

# Neuerungen im DSM 5 im Kinder- und Jugendbereich

- Depressive Störungen (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) für Kinder bis zum 18. Lebensjahr
  - Kernsymptome: chronische, schwerwiegende Irritabilität mit zwei Manifestationsarten: dreimal die Woche Wutanfälle (Schule/ zu Hause) ansonsten hohe Irritabilität, ab Entwicklungsalter von 6 Jahren diagnostizierbar
- Neurodevelopmental disorders:
  - fassen die DSM IV Kategorien der Lesestörung, Rechenstörung, Störung des schriftlichen Ausdrucks etc. zusammen
- ADHS: Subtypen heißen „presentations“ (primär unaufmerksam oder hyperaktiv / impulsiv)

# \* Neuerungen im ICD-11



- ICD-11 wurde 2019 von der **WHO** verabschiedet
- ICD-11 tritt ab **2022** in Kraft (flexible Übergangsphase von 5 Jahren)
- Im Unterschied zu ICD-10 neu mit **arabischen** statt mit römischen Ziffern bezeichnet
- Veränderte (dynamische) **Codierung**
- Schlafstörungen aus altem Kapitel V (F: Psychische und Verhaltensstörungen) herausgenommen, **neues Kapitel 7 «Schlaf-Wach-Störungen»**
- Bedingungen und Zustände im Zusammenhang mit Sexualität aus altem Kapitel V (F: Psychische und Verhaltensstörungen) herausgenommen, **neues Kapitel 17 «Zustände im Zusammenhang mit der Sexuellen Gesundheit»**
- **ICD und DSM** beschreiben bis auf wenige Ausnahmen die gleichen Störungsgruppen und stimmen auch in den Kriterien für die Störungen größtenteils überein; beide Systeme beinhalten eine **kategoriale und dimensionale Diagnostik**

# \* Aufbau ICD-11: Kapitel 6

## ▼ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

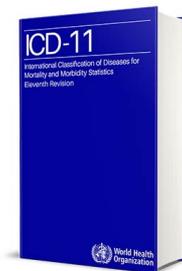
### ▶ Neurodevelopmental disorders

- ▶ Schizophrenia or other primary psychotic disorders
- ▶ Catatonia
- ▶ Mood disorders
- ▶ Anxiety or fear-related disorders
- ▶ Obsessive-compulsive or related disorders
- ▶ Disorders specifically associated with stress
- ▶ Dissociative disorders
- ▶ Feeding or eating disorders
- ▶ Elimination disorders
- ▶ Disorders of bodily distress or bodily experience
- ▶ Disorders due to substance use or addictive behaviours
- ▶ Impulse control disorders

### ▶ Disruptive behaviour or dissocial disorders

- ▶ Personality disorders and related traits
- ▶ Paraphilic disorders
- ▶ Factitious disorders
- ▶ Neurocognitive disorders
- ▶ Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium
- ▶ 6E40 Psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
- ▶ Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere

Keine separate Kategorie mehr zu  
«Verhaltens- und emotionale  
Störungen mit Beginn in der  
Kindheit und Jugend»; analog zu  
DSM-5



# Multiaxiales Klassifikationssystem (MAS)

- **Achse I:** Psychische Störung
- **Achse II:** Umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. Entwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens)
- **Achse III:** Intelligenzniveau
- **Achse IV:** Körperliche Symptomatik
- **Achse V:** Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (0-9; 2 = psych. Störung in der Fam., 4 = abnorme Erziehungsbedingungen, 7 = gesellschaftliche Belastungsfaktoren)
- **Achse VI:** Globalbeurteilung des psychosozialen Niveaus (Skala von 0-8: 0= gutes soziales Funktionieren, 8= tiefe, durchgängige soziale Beeinträchtigung)

Kapitel 4

170

M10 Multiaxiale Diagnosedokumentation nach ICD-10/  
Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS)

Achse	Diagnose	ICD-10-Nr.
<b>1</b>	Psychische Symptomatik	F
	•	F
	•	F
<b>2</b>	Spezifische Verzögerungen der Entwicklung (F80 – F83 / F88 / F89)	F
<b>3</b>	Intelligenz	
	• sehr hohe Intelligenz (IQ > 129)	
	• hohe Intelligenz (IQ 115-129)	
	• durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)	
	• niedrige Intelligenz (IQ 70-84)	
	F71 leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)	
	F72 mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49)	
F73 schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34)		
F74 schwerste Intelligenzminderung (IQ < 20)	F	
<b>4</b>	Somatische Bedingungen	
	•	
	•	
<b>5</b>	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (siehe Beurteilungsbogen; hier: Z-Kodierung nach ICD-10)	
	•	Z
	•	Z
<b>6</b>	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (siehe Beurteilungsbogen; hier: beurteilte Schweregrad auf der Skala von 0 bis 8; 9 = Information fehlt)	
	•	

# Diagnostic Classification DC:0-5

- Alte Version: Diagnostic Classification Zero To Three, DC: 0-3 (ZERO TO THREE, 2003)
- Berücksichtigt **unterschiedliche Entwicklungsphasen** des Kleinkindes und Wechselwirkungen in der **Eltern-Kind-Beziehung**
- **Ergänzung zu DSM und ICD**
- Multiaxiales System:
  - Achse I: Primäre Diagnose der psychischen Störung
  - Achse II: Beschreibung der Eltern-Kind-Beziehung
  - Achse III: medizinische und neurologische Probleme
  - Achse IV: psychosoziale Stressoren
  - Achse V: Funktionsniveau der emotionalen Entwicklung

Interaktion,  
Gefühlsausdruck,  
gefühlsmässige  
Verbundenheit  
Untergruppen (über-  
/unterinvolvert,  
ängstlich-vermeidend,  
zornig-feindselig,  
gemischt,  
missbrauchende  
Beziehungsstörung)

# \* Wussten Sie es noch? Vorteile/ Nutzen von Klassifikation & Diagnostik

- Klare und einheitliche **Definition & gemeinsame Sprache** zwischen Fachpersonen (und betroffenen Personen) ⇒ verbesserte **Kommunikation** und effiziente **Informationsvermittlung**
- Basis für Aufbau von Wissen und zur **Erforschung** psychischer Störungen
- Klinische Merkmale treten überzufällig häufig gemeinsam als **Syndrome** auf
- Sinnvolle **Informationsreduktion**
- Objektivierbare Entscheidung über „**Störungswert**“ und Behandlungsbedarf/ Behandlungsindikation
- **Evidenzbasiertes** therapeutisches Vorgehen möglich
- **Abrechnungslogik** im Gesundheitssystem
- **Anerkennung** und Schutz von Betroffenen

# \* Nachteile/ Risiken von Klassifikation & Diagnostik

- **Etikettierung** statt detaillierte Beschreibung
- **Stigmatisierung** der Patient\*innen
- Vereinfachung und **Informationsverlust**
- **Heterogenität, Komorbidität, Überlappung zugrundeliegender Probleme**
- **Rigide Urteilsbildung**
- **Hypothesenbestätigende Informationsverarbeitung**



# Weshalb Diagnostik im Kindes- und Jugendalter?

## **Diagnostik soll kein Selbstzweck sein**

- Kommunikationserleichterung
- Erleichterter Zugang zu Wissen
- Behandlungsindikation
  - Adäquate Behandlung
  - Komorbidität
- Forschung: Eindeutige und effiziente Beschreibung von Patientenpopulationen

# Überdiagnostizierung?

Merten *et al.*  
*Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2017) 11:5  
DOI 10.1186/s13034-016-0140-5

Child and Adolescent Psychiatry  
and Mental Health

REVIEW

Open Access



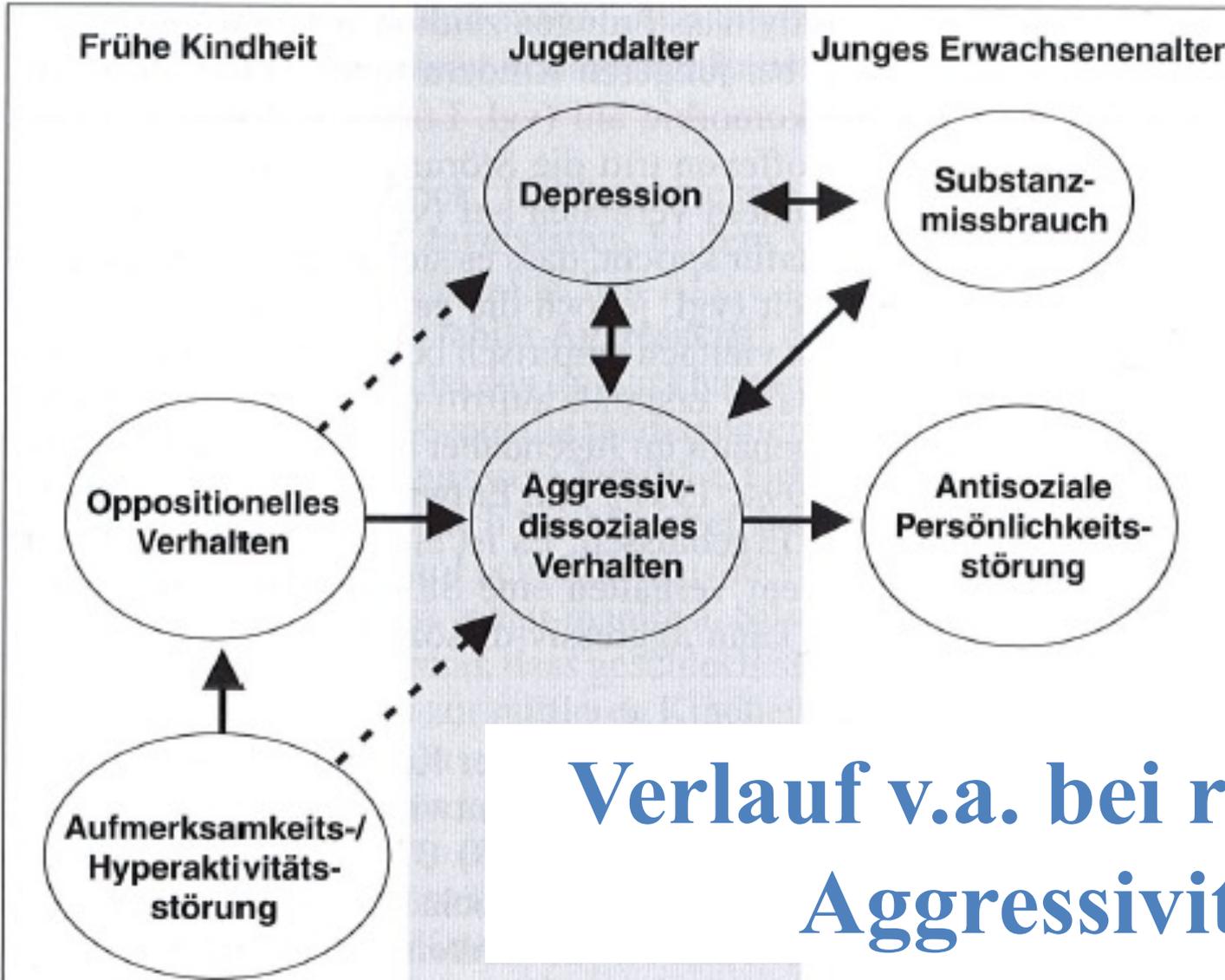
## Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries)

Eva Charlotte Merten<sup>1\*</sup>, Jan Christopher Cwik<sup>2</sup>, Jürgen Margraf<sup>2</sup> and Silvia Schneider<sup>1</sup>

- Krankenversicherer und nationale Register berichten Zunahme der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- Epidemiologische Studien zeigen jedoch nicht zwingend eine Zunahme der Prävalenz
- Daher Frage der Überdiagnostizierung in der Praxis anstelle von erhöhter Prävalenz
- Systematische Literaturübersicht zeigt: **Fehldiagnosen kommen vor; Evidenz besteht v.a. für ADHS**

# Evan, 8 Jahre

- Wohnhaft in xy bei Mutter (Km), Eltern getrennt lebend
- Anmeldung an Psychotherapeutischer Praxisstelle (PTPS) im Mai 2023 infolge Streit und Schlägereien, versetzungsgefährdet, Überforderung der Lehrpersonen und Km
- Diagnose Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten, mittelschwer nach Abklärung (leichte ADHS, nicht diagnostiziert); hohe Belastung des Kindes und Mutter
- Leitlinienbasierte Behandlung und Verlauf bis Januar 2024: Anwendung kindspezifischer Interventionen zum Training der Selbstkontrolle, Arbeit an Emotionserkennung und Emotionsausdruck, Abbau von Schuld und Scham; Behandlung erschwert infolge belastetem familiären Kontext, abwechselnd Parentifizierung, hohe Anforderungen und wenig altersentsprechende Anleitung im Alltag; Km klinisch relevant belastet, Beginn der Behandlung Km in PTPS im Sommer 2022, Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS (DSM-5), schwer bzw. komplexe PTBS (ICD-11)



Loeber et al. (2000).

# Jan, 14 Jahre

- Wohnhaft im Berner Seeland bei Eltern, 1 jüngerer Bruder, Sekundarstufe, Lehrstellensuche
- Diagnose ADHS , mittelschwer, von Vorbehandler:in nach Abklärung im Alter von 9 Jahren gestellt, 2 Jahre wöchentliche Behandlung, Medikation mit Methylphenidat Depotabs 36mg
- Anmeldung an PTPS im Mai 2022, ADHS, mittelschwer, Soziale Angststörung, leicht
- Leitlinienbasierte Behandlung bis Januar 2024: Training der Selbstorganisation, Übernahme altersentsprechender Aufgaben zu Hause, Exposition und Training der sozialen Kompetenz, Autonomieaufbau
- Reevaluation ergab Diagnose ADHS, leicht; Soziale Angststörung, remittiert, deutlich reduzierte Belastung. Entsprechende Rückmeldung an IV und Empfehlung Beenden der Psychotherapie, Begleitung durch Lerntraining
- Ablehnung des Gesuchs und Verordnen weiterer Psychotherapie durch IV