VIDEO: Verhaltensstörungen
Anzeichen, Beispiele (1)

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Sarah Aileen Söhnen
(M.Sc. Psychologin)
[…]

Einstieg: Warum behandeln wir dieses Thema? Prävalenz psychischer Störungen im Kindesalter

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

„Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten**, stieg von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017**. (Steffen et al., 2019; Datengrundlage: Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland).“

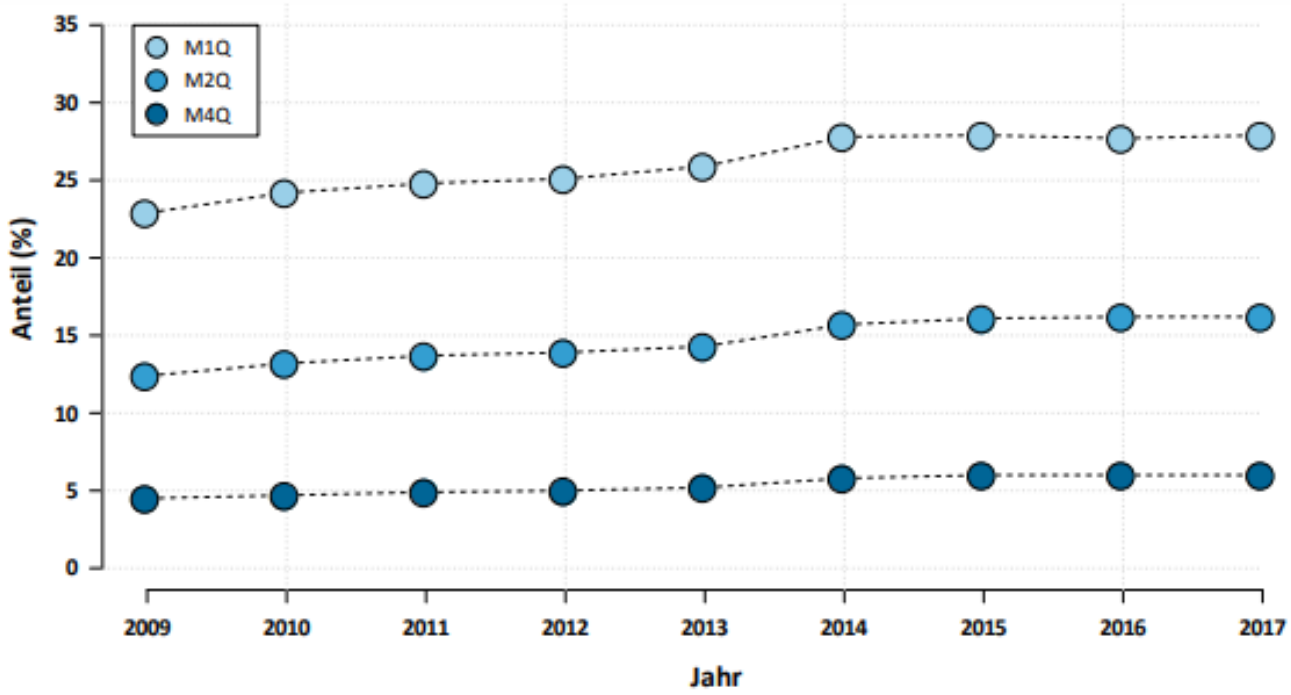


Abbildung 2: Trends im Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2017

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres; M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres; M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

Einstieg: Warum behandeln wir dieses Thema? Prävalenz psychischer Störungen im Kindesalter

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

Häufigkeiten schwanken mit der Operationalisierung:

- Störungen der psychischen Gesundheit gehören bei jungen Menschen zu den **häufigsten Ursachen für den Verlust von Lebensqualität**, und werfen unter Umständen lange Schatten bis weit in das Erwachsenenalter (Fuchs & Karwautz, 2017).
- In einer Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002), die 19 nationale und internationale Studien auswertet, liegen die 6-Monatsprävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei **17,2 Prozent**.
- Gut konzipierte, **weltweite Studien** liefern Häufigkeiten, die oft **zwischen 10 und 20 %** liegen (Petermann, 2006; Kieling, Baker-Henningham, Belfer, et al., 2011).
- Meta-Analyse von **33 internationalen epidemiologischen Studien der letzten 50 Jahre** (Barkmann & Schulte-Markwort, 2010): **18 Prozent** der Kinder und Jugendlichen wiesen in diesem Zeitraum eine psychische Störung auf. Die **Prävalenzen** schwanken zwischen den Studien stark und **reichen von zehn bis über 30 Prozent**.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey zeigt eine **stabile, hohe Prävalenz psychischer Störungen von 10 % in Deutschland** (Ravens-Sieberer, Otto, Kriston, et al, 2015), jedoch sind **nur circa ein Drittel der akut sowie chronisch psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in ärztlicher Behandlung**. Häufigste Störungen: Angststörungen (ca. 10%), dissoziale (ca. 8%), depressive (4 - 5%, Costello, Egger & Angold, 2005 - Mädchen doppelt so häufig betroffen wie Jungen, Hyde, Mezulis & Abramson, 2008) und hyperkinetische Störungen (auch ca. 4%; andere Studien liefern Befunde von ca. 1-6%, Schuber, Köster, Lehmkuhl, 2000-2007).
- **Bis zum Alter von 13 Jahren (ZI Untersuchung: bis 16 J.): höhere Gesamtprävalenz bei Jungen. Mit dem Einsetzen der Pubertät gleichen sich die Störungsraten für Jungen und Mädchen an**, bzw. sind **Mädchen** im Jugendalter **häufiger** von psychischen Störungen betroffen (Petermann et al., 2004).
- **Risikoanalyse: „**Zur **KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) waren 20,0 %** der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig. Aktuelle Prävalenzen aus **KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)** berichten von **16,9 %**. Jungen zeigen mit 19,1 % eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5 %. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Als Indikator dienten die Elternangaben des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (SDQ) für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche. Der rückläufige Trend betrifft insbesondere Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status psychisch auffällig. „ (2018, rki).

Einstieg:
Warum behandeln wir dieses Thema? Prävalenz Verhaltens- und emotionaler Störungen im Kindesalter

„Im Jahr 2017 erhielten in Deutschland 1.307.290 Kinder und Jugendliche eine Diagnose aus der Kategorie **Verhaltens- und emotionaler Störungen**, dies entspricht einer **Diagnoseprävalenz von 11 %.** Jungen waren in allen Altersgruppen häufiger von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) betroffen als Mädchen“ (Abbildung 7; Steffen et al., 2019; Datengrundlage: Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland).

Jungen Mädchen

Mögliche Ursachen zur Diskussion: Jungen externalisieren ihr Verhalten eher als Mädchen, sozialpsychologische Ursachen (Stereotypen), etc.

Auszug aus der Gesamtgrafik, hier nur die Verhaltens- und emotionalen Störungen

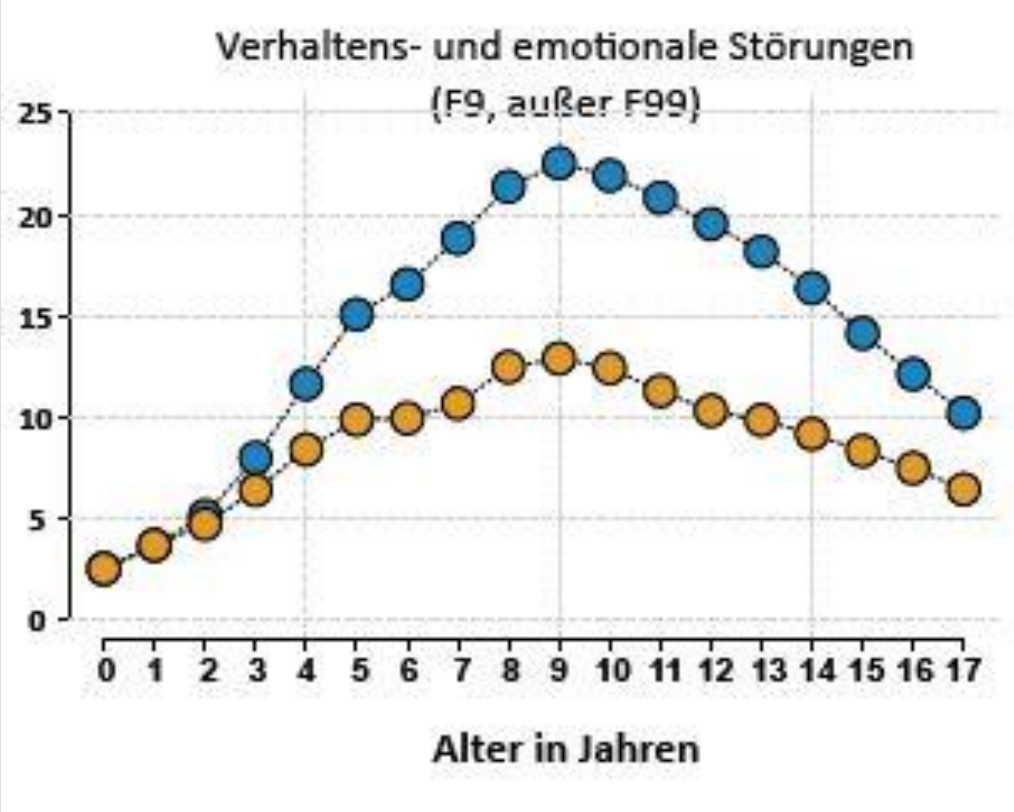


Abbildung 7: Diagnoseprävalenz (M1Q) der bedeutsamsten psychischen Störungsbilder (ICD-2-Steller) im Jahr 2017 nach Alter auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Einstieg: Warum behandeln wir dieses Thema? Rechtsgrundlagen und Früherkennung

- „Kinder müssen die für ihr leibliches und **seelisches Wohl** erforderliche Versorgung und Erziehung erhalten (wie auch schon im § 1626 BGB vorgeschrieben – s. Kap. 6).“ (**Kinderschutzleitfaden** der Stadt Dormagen, Informationen für Fachkräfte der Kinder- und Jugendarbeit, 2009)
- SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe, § 22-26, **Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege** […] „(3) Der Förderungsauftrag umfasst Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf die **soziale, emotionale**, körperliche und **geistige Entwicklung des Kindes**.“
- Auf ihrer ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa hatte die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** eine Charta mit der Forderung nach „**Gesundheit für alle**“ bis zum Jahr 2000 verabschiedet. (aus: bptk, 12. Dezember 2006)
- Nach **Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention** haben Kinder ein **Recht auf das höchst erreichbare Maß an Gesundheit**. Dabei ist „Gesundheit“ nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Es ist ein positiver Zielzustand, der soziale und individuelle Ressourcen und Kompetenzen umfasst und die Voraussetzung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben darstellt. (bptk; 2007)
- Damit Kinder und Jugendliche die notwendigen kognitiven, **emotionalen** und **sozialen Kompetenzen** erwerben und **positive Ressourcen** erfahren können, gilt es neben einer **ausreichenden Versorgung bereits erkrankter Kinder und Jugendlicher** und der **Früherkennung von Risikoentwicklungen** vor allem darum, Elternkompetenzen zu stärken und **Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten**. (bptk; 2007)

→ **Wer mit Kindern arbeitet, trägt die Verpflichtung, für deren psychische Unversehrtheit einzustehen.**

Gliederung

- Einstieg in Verhaltens- und emotionale Störungen im Kindesalter
  - Definition und Kriterien für Auffälligkeiten
  - Diagnosestellung nach der ICD-10
- Vorstellung verschiedener Störungsbilder nach ICD-10
- Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- Schutzfaktoren
- Strategien in Kitas bei Verhaltensauffälligkeiten
- Testverfahren: Überblick
- Referate
- Murmelgruppe und Zusammenfassung
- Literatur (direkt auf den Folien und am Ende der jeweiligen Folienblöcke)

Definition: Verhaltensauffälligkeit

- Verschiedene Definitionen je nach Zusammenhängen und wissenschaftlichen Disziplinen.
- Zwei Punkte sind unstrittig:
  - Abweichung des Verhaltens von einer Norm (nächste Folie)
  - nur im sozialen Kontext verstehbar
- problematisch: begriffliche Zuschreibung, eine Person „hat eine Verhaltensauffälligkeit“ (Bsp. Du bist verhaltensauffällig! → Die Person an sich wird durch die Auffälligkeit beschrieben.)

- besser: eine Person „verhält sich auffällig“ (Bsp. Dein Verhalten wirkt für mich auffällig. → Fragen nach Kontext und Ursachen möglich und Verhalten ist potenziell veränderbar.)
- verwandte Begriffe: Verhaltensstörung, seelische Erkrankung

Definition: Verhaltensstörung

„Von Verhaltensstörungen im Schulalter soll gesprochen werden, **wenn soziale und/oder emotionale Verhaltensweisen** eines Schülers **jenseits von tolerierbaren Abweichungen von** idealen, sozialen und funktionalen **Bezugsnormen liegen** und wenn sie **zur Beeinträchtigung des Schülers selbst und/oder seiner sozialen Umwelt führen**“ (Langfeldt, 2006, S. 219).

„Verhaltensstörung ist ein **von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes** maladaptives **Verhalten**, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades **die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt** und **ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann**.“ (Myschker, 2009, S. 49)

Kriterien für Auffälligkeit bzw. Störung

- **Abweichen von der Norm** anhand folgender Kriterien:
  - Alter und Geschlecht
  - Dauer des Verhaltens
  - Gegenwärtige Lebensumstände
  - Soziokulturelle Zugehörigkeit
  - Art und Vielfalt der Symptome
  - Häufigkeit und Intensität von Symptomen, Situationsabhängigkeit
  - Veränderungen im Verhalten des Kindes

  (Harnach-Beck, 2000; Fröhlich-Gildhoff, 2007)

Diagnosestellung nach der ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

***DISYPS-III: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10* und *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) für Kinder und Jugendliche* (Döpfner, Görtz-Dorten, 2017)**

DISYPS-III dient der Erfassung der häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren (ADHS ab 3 Jahren). Einsatz in Kinder- und Jugendpsychotherapie, Kinder und Jugendpsychiatrie, Erziehungsberatung und Schulpsychologie zur Erfassung und Diagnostik von psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen sowie zur Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung. Zudem häufige Anwendung in der Forschung.

- **Kombination von drei Beurteilungsebenen:**
  - Diagnosechecklisten (klinische Beurteilung)
  - Fremdbeurteilungsbögen (Eltern, Lehrer_innen für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren; ADHS ab 3 Jahren)
  - Selbstbeurteilungsbögen (Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren)
- Das Diagnostik-System umfasst die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche, u. A. **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F90 – F98** *(siehe nächste Folie)*, aber auch Affektive Störungen (Depressive Episode) bzw. F32 Depressive Störungen, F42 Zwangsstörungen, F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus)

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen (ICD-10)

Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend umfassen ein weites Spektrum verschiedener Störungen

- **F90** hyperkinetische Störungen: F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstorung (Unaufmerksamkeit), F90.1 hyper-kinetische Störung des Sozialverhaltens (+ Überaktivität)
- **F91** Störungen des Sozialverhaltens (z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten wie Waffengebraucht, grausames Verhalten ggü. Tieren)

Bild von cre8tivehome0 auf Pixabay

- **F92** kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- **F93** emotionale Störungen des Kindesalters (z.B. Trennungsangst, phobische Angst, soziale Ängstlichkeit)

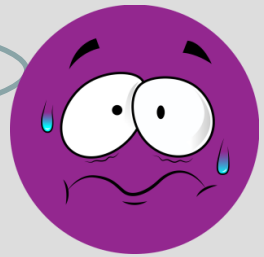


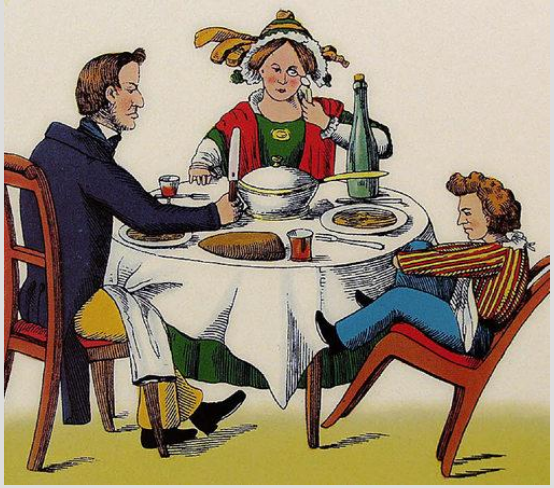
Bild von DavidRockDesign auf Pixabay

- **F94** Störungen sozialer Funktionen (z.B. Bindungsstörung)
- **F95** Ticstörungen (z.B. motorische Tics, Verbale Tics)
- **F98** andere Verhaltens- und emotionale Störungen

PAUSE

HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN (ICD-10, F90)

AD(H)S (F90)



Die Geschichte vom Zappel-Philipp,
von Heinrich Hoffmann
(„Struwwelpeter“)

- Aufmerksamkeitsdefizit(-Hyperaktivitäts) Syndrom/Störung
- „H“ in Klammern: Hyperaktivität muss nicht vorhanden sein
- Syndrom = setzt sich aus verschiedenen Symptomen zusammen
- bei Jungen wird häufiger ADHS diagnostiziert
- Mädchen eher von der ruhigeren Variante (ADS) betroffen

Selbstreflexion (F90)

- Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Kindern gemacht, die eine AD(H)S Diagnose haben?
- Wurde bei dem Kind „AD(H)S“ fachmännisch diagnostiziert oder war dies nur eine Vermutung?
- Welche Auffälligkeiten zeigte das Kind mit der Diagnose AD(H)S?
- Was hat Ihnen den Umgang mit dem Kind erschwert?
- Wie konnten Sie einen guten Zugang zum Kind herstellen und was hat dem Kind Freude bereitet?
- Was konnte das Kind besonders gut?

Diagnostik von AD(H)S (F90)

Grundsatz:

Ganzheitliche Diagnostik (multimodal, multimethodal):

Erfassen der

1. psychiatrischen Symptomatik (ICD-10) → nächste Folie.
2. körperlichen Gesundheit
3. intellektuellen Entwicklung
4. Teilleistungsschwächen (besonders Wahrnehmungs- und Sinnesverarbeitungsstörungen)
5. familiären Bedingungen und weiteren Faktoren der sozialen Umgebung

(nach: Hüther & Bonney, 2002, S. 104)

Diagnose-Checkliste DCL-ADHS[1)]

Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV

[ ] = Nur ICD-10; { } = nur DSM-IV, ☑ Dauer der Symptomatik; mind. 6 Monate

A | Aufmerksamkeitsstörung

	nicht vorhanden	leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt	deutlich ausgeprägt, Kriterium erfüllt	sehr stark ausgeprägt
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.	0	1	**2**	3
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.	0	**1**	2	3
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.	0	1	**2**	3
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten).	0	1	2	**3**
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	**2**	3
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sicht häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. im Unterricht, Hausaufgaben).	0	1	2	**3**
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	**1**	2	3
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.	0	1	2	**3**
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.	0	**1**	2	3
Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9):	2,0			

B | Überaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.	0	1	2	**3**
2. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	1	**2**	3
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen die unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)	0	1	2	**3**
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0	**1**	2	3
5. [Zeigt anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.]	0	1	**2**	3
5. {Ist häufig „auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben".}				
Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5):	2,2			

C | Impulsivität

1. Platzt häufig mit Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.	0	1	2	**3**
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen].	0	1	**2**	3
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	0	1	**2**	3
4. Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren] (Im DSM-IV unter Überaktivität)	0	**1**	2	3
Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4):	2,0			

Urteil

Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)

- A: **6**
- B: **4**
- C: **3**

Diagnose nach ICD-10

(Forschungskritierien)

☑ Alle Zusatzkriterien erfüllt
- » Beginn vor dem 7. Lebensjahr.
- » Symptomausprägungin mehr als einer Situation (Familie, Schule, Untersuchung).
- » Symptome verursachen Leiden/Beeinträchtigung der sozialen/schulischen/beruflichen Funktionsfähigkeit.

☑ Mindestens 6 Kriterien erfüllt?

ja ↓

☑ Mindestens 3 Kriterien erfüllt?

ja ↓

☑ Mindestens 1 Kriterium erfüllt?

☑ Keine Ausschlusskriterien erfüllt
- » keine Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)
- » keine Manische Episode (F30)
- » keine Depressive Episode (F32)
- » keine Angststörung (F41)

ja → ☑ Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt? (siehe DCL-SSV)

ja ↓

☑ F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

☐ Nicht alle Kriterien erfüllt?

↓

☐ F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung

☐ F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstärung

↑ nein

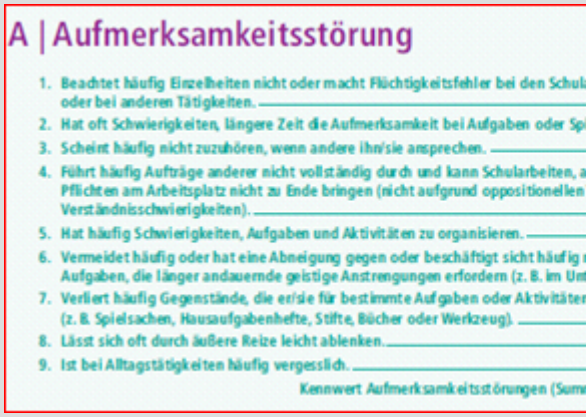
[1)] aus: Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl (2008): Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Bern: Huber. Bezug: http://www.testzentrale.de/

Diagnosecheckliste I (F90)

nach Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl (2008)

Aufmerksamkeitsstörung (mind. 6 Kriterien erfüllt?)

1. Macht häufig Flüchtigkeitsfehler
2. Zeigt verminderte Aufmerksamkeit
3. Hört nicht zu
4. Bringt Pflichten nicht zu Ende
5. Hat Organisationsschwierigkeiten
6. Empfindet Abneigung gegen Anstrengungen
7. Verliert oft Arbeitsmittel
8. Ist leicht ablenkbar
9. Ist vergesslich im Alltag


A | Aufmerksamkeitsstörung

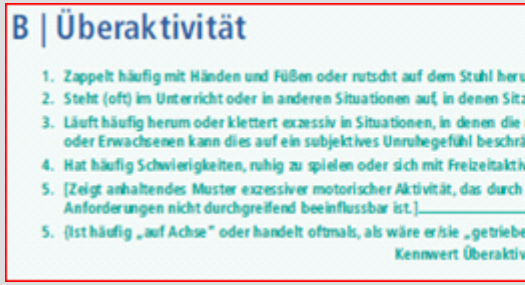
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schul oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Sp
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, a Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. im Un
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Sum

Diagnosecheckliste II (F90)

Überaktivität (mind. drei Kriterien erfüllt?)

1. Zappelt
2. Steht auf, soll jedoch sitzen
3. Läuft bei unpassender Gelegenheit herum
4. Spielt, beschäftigt sich nicht ruhig
5. Ist unbeeinflussbar motorisch aktiv

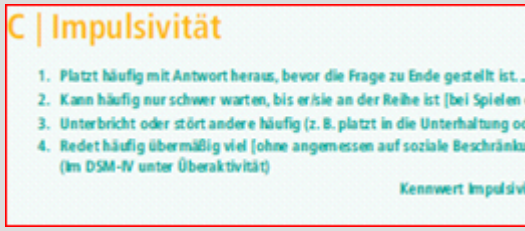

B | Überaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl heru
2. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitz
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen die oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschrä
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktiv
5. [Zeigt anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.]
5. (Ist häufig „auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getriebe

Kennwert Überaktiv

Impulskontrollstörung (mind. ein Kriterium erfüllt?)

1. Platzt mit Antwort heraus
2. Kann nur schwer warten
3. Unterbricht, stört
4. Redet übermäßig viel


C | Impulsivität

1. Platzt häufig mit Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung o
4. Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränku (Im DSM-IV unter Überaktivität)

Kennwert Impulsivi

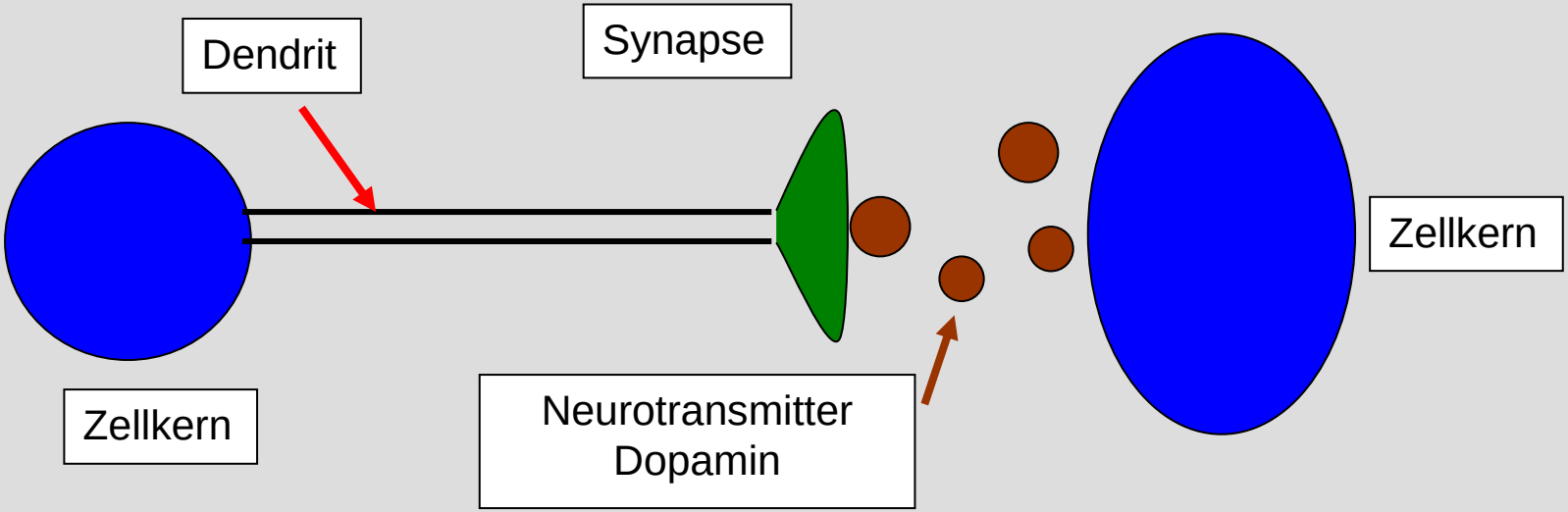
Diagnosecheckliste III (F90)

Ergänzende Kriterien:

1. Das Störungsmuster muss vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben und mindestens seit sechs Monaten bestehen.
2. Symptomatik zeigt sich in mindestens zwei Lebensbereichen (Schule und Elternhaus…).
3. Es besteht eine wesentliche Beeinträchtigung/ein Leiden (in) der sozialen oder schulischen Funktionsfähigkeit (beim Kind!).
4. Symptome treten nicht im Zusammenhang mit einer anderen seelischen Störung auf (z.B. tiefgreifende Entwicklungsstörung) = Ausschlusskriterien.

Mögliche Ursachen von AD(H)S (F90)

- <u>Neurobiologische Faktoren</u>
  - fehlerhafte Informationsverarbeitung
  - Reizüberflutung/Reizfilterschwäche
  - Verzögerung von biochemischen Reifungsprozessen
  - Ernährungs- und krankheitsbedingte Stoffwechselstörung



Mögliche Ursachen von AD(H)S (F90)

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

Neurobiologische Faktoren in der Diskussion:

- Hypothesen: Die Botenstoffe (=Neurotransmitter) Serotonin, Dopamin und Noradrenalin spielen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen scheinbar eine ausschlaggebende Rolle.
- Die Weiterleitung von Signalen zwischen Nervenzellen durch biochemische Botenstoffe (Neurotransmitter) könnte bei ADHS beeinträchtigt sein.
- Bei Personen mit ADHS kommt es laut einigen Forscher_innen zu einem schnelleren Abbau von Dopamin im Gehirn.
- Bei hyperaktiven Kindern wird angeblich eine überdurchschnittlich hohe Transporterdichte beobachtet → Dopamin wird zu schnell wieder gebunden, ist also zu kurz im synaptischen Spalt wirksam, und damit ist die Dopaminkonzentration im Gehirn unter dem normalen Pegel gesenkt → Unteraktivität ganzer Hirnareale. Genau diese unterversorgten Areale sind scheinbar zuständig für die sogenannten „exekutiven Funktionen“ → Steuerung von Antrieb und Hemmung von Verhalten.
- Andere Wissenschaftler_innen sind genau gegenteiliger Meinung. Sie vermuten, die Kinder litten unter einem Dopaminüberschuss oder es sei gar zu wenig Dopamin vorhanden.

(Quellen: Skrodzki, 2018; https://www.adhs-norderstedt.de/dms.html, Albat, 2016; Osterkamp, 2009)

Mögliche Ursachen von AD(H)S (F90)

- Genetische Disposition: Mutter/Vater mit AD(H)S
- Umweltfaktoren, z.B.
  - zu viele Reize (z.B. TV, PC, Playstation, zu viel Freizeitprogramm)
  - zu viel Druck (z.B. Schule, Elternhaus, Sport, Musikunterricht)
  - zu wenig Ausgleich (Bewegung, „freie“ Zeit)
- Soziale Faktoren, z.B.
  - mangelnde Zuwendung und Fürsorge
  - Konflikte in der Familie

Häufigkeit von AD(H)S (F90)

- Nach dem **Barmer GEK Arztreport (2013)** hat sich die Anzahl der diagnostizierten ADHS **von 2006 bis 2011 um 49% erhöht**. Bei den **9-11 jährigen ein Zuwachs von 34%** (Grobe et al. 2013).
- Zusammenstellung von Studien der **Bundesärztekammer (2006): 2-7%** der Kinder von AD(H)S betroffen, 1-2% bei strenger Beachtung der ICD-10-Kriterien.
- Man nimmt an, dass etwa **2 bis 6 Prozent** aller Kinder und Jugendlichen unter krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit und an motorischer Unruhe leiden. (**Bundesgesundheitsministerium, 2018**)
- Im Jahr **2016** lebten in Deutschland knapp 260.000 GKV-versicherte Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 14 Jahren mit einer ADHS-Diagnose. Dies entspricht einer Diagnoseprävalenz von **4,33 %** (95-%-Konfidenzintervalle, KI: 4,31 – 4,34 %). Die Diagnoseprävalenz zeigte **von 2011 bis 2016 keine zunehmende Tendenz**. Bei **Jungen wurde dreimal so häufig ADHS diagnostiziert** wie bei Mädchen. Die höchste Diagnoseprävalenz war sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen in der **Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren** zu verzeichnen. (Akmatov et al., 2018; Versorgungsatlas - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland)
- **Döpfner (2000):** Erzieher_innen beurteilten **13% der Kindergartenkinder global als hyperaktiv** oder aufmerksamkeitsschwach → Unruhe, Unkonzentriertheit und Aufmerksamkeitsstörungen als Sammelbegriffe, um Unzufriedenheit mit dem Kind und Probleme im Umgang auszudrücken → **Diagnosekriterien nur bei 1,5% dieser Kinder erfüllt**.

ADHS Diskussion (F90)

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

ADHS - das Problem sind die Erwachsenen

(Schweizer Kinderarzt Remo Largo, 09:02 min)

→ Wichtig: sehr sorgfältige Diagnostik und Differentialdiagnostik.

→ Ganzheitliche, systemische Betrachtung.

ADHS Diskussion (F90)

→ Kulturelle, evolutionstheoretische Diskussion: deutschewildtierstiftung im Gespräch mit Dr. Herbert Renz-Polster (2013)

Deutschewildtierstiftung: „Etwa 10 Millionen Kinder weltweit bekommen Ritalin gegen ADHS, in Deutschland sind es rund 700 000 – und das, obwohl der wissenschaftliche Beweis für den biologischen Ursprung der Krankheit nicht erbracht ist. Hilft Natur gegen ADHS?“

Dr. Renz-Polster: „Da bin ich kein Spezialist. Aber ein Aspekt bei ADHS ist sicherlich, dass Kinder in Umwelten funktionieren müssen, die nicht kindgerecht sind**. Stundenlanges Stillsitzen und Zuhören gehört ganz sicher nicht zum evolutionären Programm in der mittleren Kindheit**, da sind manche Kinder einfach überfordert. Vergleicht man die jüngeren Schüler in einer Klasse mit den relativ älteren, so haben die jüngeren häufiger eine ADHS-Diagnose. **Das deutet aber nicht immer darauf hin, dass da eine Krankheit des Kindes diagnostiziert wird, sondern manchmal auch eine „Krankheit" des Schulsystems.“**

Medikamentöse Behandlung von AD(H)S (F90)

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

Die **Tagesdosierung** des Medikaments **Ritalin** als „Antwort“ auf das sog. Aufmerksamkeitsdefizit- (Hyperaktivitäts-)Syndrom AD(H)S hat sich **in den letzten 15 Jahren ver*sechzig*facht** (**Hüther 2002; GEK-Report 2003**).

Behandlungsleitlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16.09.2010 (Quelle: http://www.bkj-ev.de/htm/sub_psychotherapie_adhs.php):

- ADHS darf nicht mehr zuerst medikamentös behandelt werden
- Behandlung muss ohne Medikamente beginnen
- Methylphenidat darf erst dann eingesetzt werden, wenn die nicht-medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich ist
- Methylphenidat darf nur innerhalb einer therapeutischen multimodalen Gesamtstrategie eingesetzt werden
- Behandlung muss unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden
- Mindestens einmal jährlich muss die medikamentöse Behandlung unterbrochen und neu beurteilt werden muss

Umgang mit AD(H)S (F90)

Multimodales (ressourcenorientiertes) Vorgehen:

- Arbeit mit dem Kind (Strukturierungshilfen, Verbesserung sozialer Kompetenz, Selbstwert steigern, bedürfnisorientiertes Vorgehen…)
- Arbeit mit den Eltern (z.B. Aufklärung, Veränderung von Kommunikationsabläufen, Alltag strukturieren, Auszeiten z.B. durch gemeinsame Aufenthalte in der Natur/im Wald…)
- Arbeit in der Schule/Kita (z.B. Struktur, Klarheit, Bewegung, Aufklärung über grundsätzliche „Normalität“ des Bewegungsdrangs von Kindern, Flexibilität und Inklusionsforderung…)
- Medikamente (Methylphenidat) NUR im NOTFALL

Literatur (F90)

- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In: F. Petermann, (Hrsg.). Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und Psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe, (S.151-186).
- Döpfner, M., Görtz, Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008), DISYPS-II. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Harnach-Beck, V. (2000). Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Hölldampf, D. (o. J.). Skript Störungen im Kindes- und Jugendalter.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2002). Neues vom Zappelphilipp. ADS: Vorbeugen, Verstehen und Behandeln. Düsseldorf: Walther.

PAUSE

Bild von cre8tivehome0
auf Pixabay

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (ICD-10, F91)

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Leitsymptome (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003):

- Ungehorsam
- Streiten oder Tyrannisieren
- ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche
- Grausamkeiten gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- häufiges Lügen
- Schule schwänzen
- Weglaufen von zu Hause

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

- bei erheblicher Ausprägung: 1 Symptom genügt für die Diagnosestellung
- Verhalten muss seit mindestens 6 Monaten bestehen
- Unterscheidung von
  - Beginn in der Kindheit (vor dem 10. Lebensjahr)
  - Beginn in der Adoleszenz (nach dem 10. Lebensjahr)

Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10, F91)

1. Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0)
2. Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)
3. Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Beziehungen (F91.2)
4. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F91.3)
5. Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens (F91.8)
6. Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)

Prävalenz (F91)

- Störungen des Sozialverhaltens gehören zu dem häufigsten Störungsformen und Kindes- und Jugendalter

- 8% aller Kinder und Jugendlichen (American Psychiatric Association, 1996)
- 15% diagnostizierte Kinder im Grundschulalter (Mannheimer Risiko-Kinder-Studie, Laucht, 2003)
- 4% der 14- bis 17jährigen (Selbstbericht der Jugendlichen, Romano et al., 2001)

- „Die Einjahresprävalenz wird auf 2 bis zu 10 % nach DSM-5 geschätzt. Die Prävalenzraten steigen von der Kindheit bis ins Jugendalter an. Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit treten erst mit zunehmendem Alter in Erscheinung. Es kann von einem Geschlechtsverhältnis von Jungen und Mädchen von 2 zu 1 ausgegangen werden. „ (DROSCH, Autor_innen: Nitkowski & Petermann; Lit. Stadler; 2014)
- Wachs (2015): Jungen: 6-16%, Mädchen: 2-9%; Gesamtdeutschland (Kinder und Jugendsurvey): 14,8% (basierend auf Elternurteil); Geschlechtereffekt: 4:1 bzw. 2:1 (m:w in Kindheit bzw. Jugend), Anstieg der Prävalenz bis zum Jugendalter, deutlicher Rückgang zwischen 18-21. LJ

→ Zahlen schwanken nach zugrunde liegenden Diagnosesystemen, unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Beurteilungsquellen.

Komorbidität (Begleiterkrankung, F91)

- Störungen des Sozialverhaltens und ADHS: gemeinsames Auftreten zwischen 20 und 50%, in klinischen Studien teilweise bis zu 90%.
- Störungen des Sozialverhaltens und Störung des Substanzkonsums: bei 40% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren treten beide Störungen verbunden auf (Störung des Sozialverhaltens als Risikofaktor für Substanzkonsum).
- Angststörungen und aggressive Verhaltensstörungen: Komorbidität zwischen 30 und 60% (Aggression führt häufig dazu, dass Angst und Unsicherheit reduziert wird).

Stabilität (F91)

Stabilität abhängig von 4 Faktoren:

- Beginn in früher Kindheit
- häufiges Auftreten des aggressiv-dissozialen Verhaltens
- viele Verhaltensbereiche betroffen
- auf viele Lebensbereiche bezogen

→ 3 Entwicklungstypen:

(1) der über den Lebenslauf stabile Entwicklungstyp

(2) der zeitlich begrenzte Entwicklungstyp

(3) der späte Entwicklungstyp

Ursachen (F91)

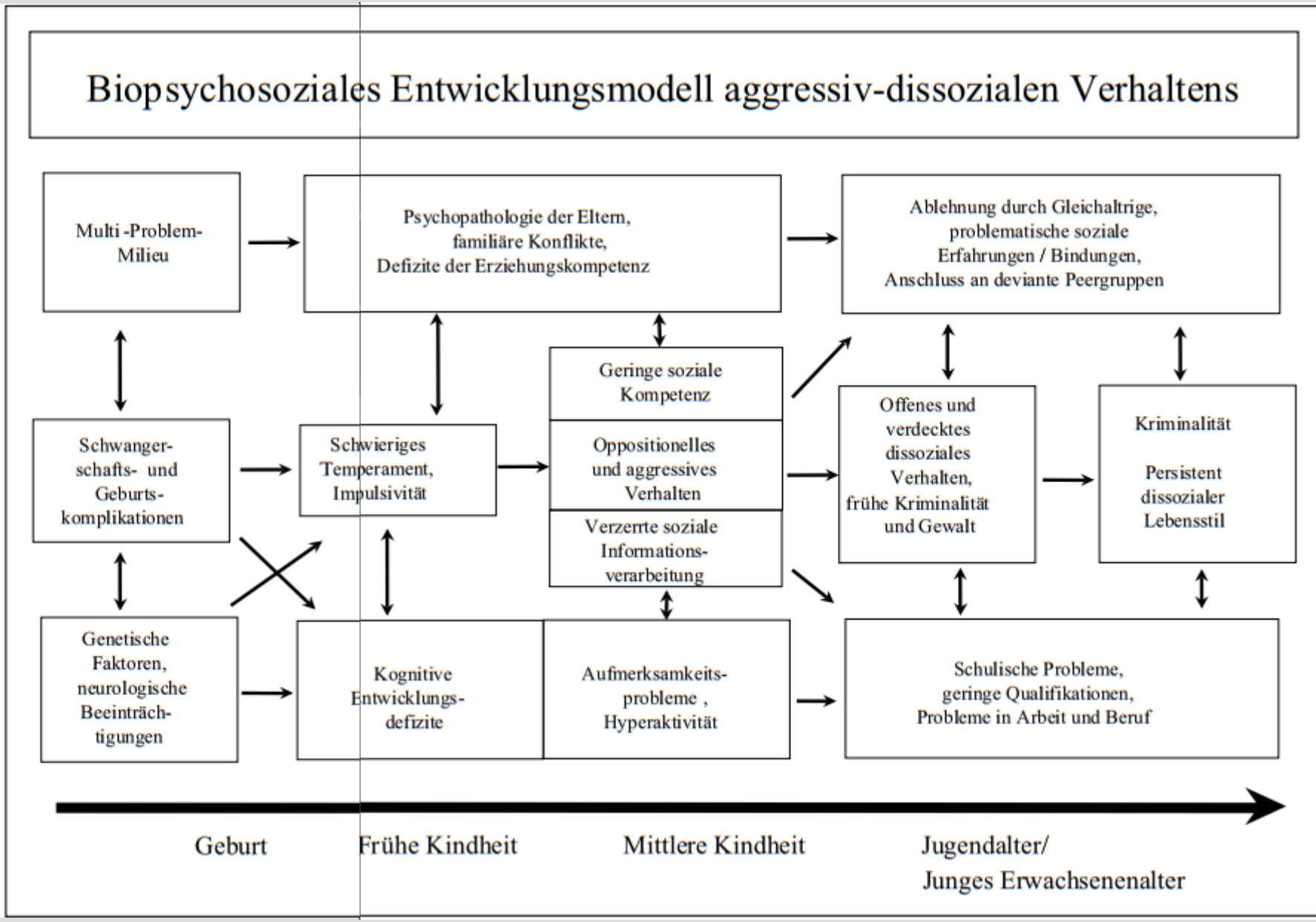


Abb. 1: Biopsychosoziales Entwicklungsmodell aggressiv-dissozialen Verhaltens (modifiziert nach Beelmann/Raabe 2007, S. 111)

nach Petermann & Natzke, 2008, S. 538

Ursachen (F91)

- Biologische Faktoren (z.B. schwieriges Temperament)
- Frühkindliche Beziehungserfahrungen (z.B. Erziehungsstil der Eltern, psychische Erkrankung der Eltern, angespannte emotionale familiäre Atmosphäre)
- Weiteres soziales Umfeld (z.B. Ablehnung von sozial-kompetenteren Kindern und Anschluss an deviante Peergroup)
- Selbststruktur/psychologische Faktoren (z.B. unsichere oder desorganisierte Bindungserfahrungen, aggressive Deutung bei der Informationsverarbeitung, unzureichende Selbstwirksamkeitserfahrungen, wenig Handlungspotenzial)

Literatur(auszug) (F91)

- Petermann, F. (2006). Störungen des Sozialverhaltens. In: F. Mattejat (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 4. München:Cip-Medien.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M.H. (2007). Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2008). Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Beltz Verlag.
- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Fröhlich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. Weinheim: Beltz Verlag.
- Döpfner, M. Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2006). Wackelpeter und Trotzkopf. Weinheim: Beltz Verlag.
- Steinhausen, HC. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie. München: Urban und Fischer.

aus Wachs (2015) entnommen

PAUSE

EMOTIONALE STÖRUNGEN DES KINDESALTERS (ICD-10, F93)

Emotionale Störungen nach ICD-10 (F93)

- F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters:
  - tritt vor dem 6. Lebensjahr über mindestens 4 Wochen auf
  - unüblich starke Angst oder Dauer
  - mögliche Symptome:
    - Besorgnis, dass einem Elternteil oder dem Kind selbst etwas zustoßen könnte
    - Schulverweigerung aus Angst vor Trennung
    - Trennungsschwierigkeiten am Abend
    - Alpträume zu Trennungssituationen
    - Somatische Beschwerden
    - Verzweiflung, Resignation und Hilflosigkeit bei Trennung

Emotionale Störungen nach ICD-10 (F93)

- F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
  - anhaltende oder wiederkehrende Angst (über mindestens 4 Wochen), die entwicklungsspezifisch, aber übermäßig stark ausgeprägt ist
- F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
  - überhöhte Ängstlichkeit in sozialen Situationen und gegenüber Fremden und Gleichaltrigen
  - Befangenheit, Verlegenheit, beeinträchtige Beziehungen
  - über mindestens 4 Wochen, vor dem 6. Lebensjahr
  - gute Beziehung zur Familie und zu Freunden

Emotionale Störungen nach ICD-10 (F93)

- F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
  - übermäßig stark ausgeprägte negative Gefühle gegenüber unmittelbar jüngerem Geschwister
  - Beginn innerhalb von 6 Monaten nach dessen Geburt
  - Dauer mindestens 4 Wochen
  - Symptome:
    - Regression (Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe)
    - Wutausbrüche
    - Verstimmungen
    - Schlafstörungen
    - oppositionelles oder aufmerksamkeitssuchendes Verhalten

Emotionale Störungen nach ICD-10 (F93)

- F93.8 Generalisierte Angststörung des Kindesalters:
  - intensive Ängste und Sorgen über mehrere Ereignisse
  - über mindestens 6 Monate
  - an mindestens der Hälfte aller Tage
  - Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren
  - mindestens drei der Symptome: Ruhelosigkeit, Müdigkeit/Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Muskelverspannung, Schlafstörungen
  - Beginn in der Kindheit oder vor dem 18. Lebensjahr

Angststörungen

VIDEO:
Angststörung
Anzeichen,
Beispiele (2)

- Angst ist normal und gehört zum Leben dazu
  → biologisches Warnsystem
- Angst zeigt sich auf verschiedenen Ebenen (körperlich, kognitiv, verhaltensbezogen)
- Ängste bei Kindern und Jugendlichen sind erst dann klinisch relevant, wenn sie
  - unrealistisch und übertrieben sind
  - über eine bestimmte Dauer auftreten und
  - zu einer deutlichen Beeinträchtigung führen bzw. die normale Entwicklung des Kindes gefährden
- Wichtig: Ängste immer ernst nehmen!

Abgrenzung: entwicklungsbedingte Ängste

Alter	Ursachen der Angst
Frühes Säuglingsalter (0-6 Monate)	Starke sensorische Stimuli, laute Geräusche
Spätes Säuglingsalter (6-12 Monate)	Fremde Situationen, Trennung
Kleinkindalter (2-4 Jahre)	Phantasiegestalten, potenzielle Einbrecher, Dunkelheit
Frühe Kindheit (5-7 Jahre)	Naturkatastrophen (z.B. Feuer, Gewitter), Verletzungen, Tiere
Mittlere Kindheit (8-11 Jahre)	Schlechte/geringe schulische und sportliche Leistungen
Adoleszenz	Zurückweisung durch Gleichaltrige

Angststörungen
Prävalenz und Verlauf

- ca. 10-12% der Kinder und Jugendlichen
- Median für das Erstauftreten von Angststörungen liegt bei 11 Jahren
- Angststörungen weisen bei langfristigem Verlauf hohe Stabilität auf
- bei kurzfristigem Verlauf: hohe Remissionsrate (Genesung) von über 80%
- im Kindesalter kein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen, bei Jugendlichen liegt das Verhältnis Jungen – Mädchen bei 2 : 3
- hohe Komorbidität (Begleiterkrankung) zwischen den Angststörungen (39-70%)
- Komorbidität mit depressiven Erkrankungen: 20%

Ursachen

- Biologische Faktoren (z.B. Zusammenhang zwischen entwicklungsinadäquaten Ängsten und dem Temperamentsmerkmal „Verhaltenshemmung“)
- Soziale Faktoren (z.B. Zusammenhang zwischen ängstlichem Verhalten der Eltern und dem der Kinder → Lernen am Modell, Häufung von kritischen Lebensereignissen)
- Psychologische Faktoren (z.B. negative Erwartungen, wenig Kompetenzerleben, Selbstaufmerksamkeit eher auf negative Gedanken)

PAUSE

WEITERE STÖRUNGEN NACH ICD-10 / DSM-IV DIE IM KINDES- UND JUGENDALTER AUFTRETEN KÖNNEN

TIEFGREIFENDE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN (ICD-10, F84)

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)

- unterscheiden sich von umschriebenen Entwicklungsstörungen: nicht spezifische Entwicklungsbereiche (Sprache, schulische Fertigkeiten, motorische Funktionen) betroffen, sondern das gesamte Kommunikations- und Interaktionsverhalten.
- drei autistische Diagnosen in der ICD-10:
  - Asperger-Syndrom
  - frühkindlicher Autismus
  - atypischer Autismus

  → abgrenzbare Störungen oder autistisches Kontinuum?

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- F84.0 Frühkindlicher Autismus (Kanner)
  - Vor dem 3. Lebensjahr
  - Jungen 4 x häufiger als Mädchen
  - Störungen in der sozialen Interaktion (z.B. Unfähigkeit zu sozialen Interaktionen und Beziehungen über Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik)
  - Störungen in der Sprachentwicklung
  - Verhaltensstörungen (stereotypes und begrenztes abnormes Interesse und Spielverhalten, zwanghaftes Ausführen von Ritualen, ungewöhnliche Bewegungen)
  - eher unterdurchschnittliche Intelligenz
- F84.1 atypischer Autismus
  - Im oder erst nach dem 3. Lebensjahr, nicht so viele Bereiche gestört

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- F84.2 Rett-Syndrom
  - nur bei Mädchen beobachtet
  - nach normaler Entwicklung zwischen 7. und 24. Monat teilweiser oder vollständiger Verlust der Sprache, der lokomotorischen Fähigkeiten und Gebrauchsfähigkeit der Hände mit Verlangsamung des Kopfwachstums
  - Verlust zielgerichteter Handbewegungen
  - Stereotypien (Drehbewegungen der Hände)
  - Sozial- und Spielverhalten sind gehemmt (Interesse bleibt jedoch bestehen)
  - im 4. Lebensjahr Rumpfataxie (Unfähigkeit, gerade zu sitzen) und Apraxie (Ausführung willkürlicher Bewegungen gestört)
  - meist folgt schwere Intelligenzminderung

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- F84.3 sonstige desintegrative Störung
  - Normale Entwicklung bis zum Alter von 2 Jahren
  - Endgültiger Verlust vorher erworbener Fertigkeiten mit dem Beginn der Störung (z.B. Sprache, Spielen, soziale oder motorische Fertigkeiten, Darm- und Blasenkontrolle)
  - Vermutet wird Enzephalopathie* als Ursache
- F84.4 hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (bei IQ<50)

Asperger-Syndrom (F84.5)

- Kernsymptome des Asperger-Syndroms:
  - qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion: Schwierigkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, Auffälligkeiten in der nonverbalen Kommunikation, Schwierigkeiten, Gefühle bei anderen wahrzunehmen
  - ausgeprägte spezielle Interessen und stereotype Verhaltensmuster
  - keine verzögerte Sprachentwicklung (allerdings fehlt ein Verständnis für Metaphern und Ironie)
  - keine verzögerte kognitive Entwicklung

Asperger-Syndrom (F84.5)

- weitere Auffälligkeiten (für Diagnosestellung nicht unbedingt erforderlich):
  - verzögerte motorische Entwicklung, Ungeschicklichkeit
  - sensorische Überempfindlichkeiten (z.B. auditiv oder haptisch)
  - sensorische Unterempfindlichkeiten (z.B. Temperatur, Schmerz)
  - auffälliges Essverhalten
  - abrupte Stimmungswechsel, emotionale Labilität und impulsives Verhalten
  - unklares (oft negatives) Selbstbild

Prävalenzrate

- für Autismus: zwischen 4,9 und 27,7 auf 10.000 Kinder (0,05% und 0,28%)
- für Asperger-Syndrom: zwischen 0,3 und 48,4 auf 10.000 Kinder (0,00% und 0,48%)

→ Schwankungen in den Angaben basieren auf unterschiedlich weit gefassten diagnostischen Kriterien für Autismus und das Asperger-Syndrom.

Ursachen des Asperger-Syndroms

→ kein einheitliches ätiologisches Modell, sondern mehrere Einflussfaktoren:

- angeborene Disposition: genetischer Hintergrund wird vermutet, familiäre Häufung des Asperger-Syndroms
- neurobiologische Auffälligkeiten: Störungen in der Entwicklung der Hirnstruktur und Hirnfunktionsstörungen
- neuropsychologische Auffälligkeiten, z.B. Schwierigkeiten bei Planungsprozessen von zielgerichteten Handlungsschritten, Schwierigkeiten beim Erfassen von Sinnzusammenhängen, Strukturen und Bedeutungen, schwach ausgeprägte Theory of mind (Emotionserkennung, Empathie, Perspektivenübernahme)

Literatur

- Hölldampf, D. (o. J.). Skript Störungen im Kindes- und Jugendalter.
- von Zülow, C. (2008). Das Asperger-Syndrom – Personzentrierte Spieltherapie als sozial-emotionale Entwicklungsförderung. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 285-316). Göttingen: Hogrefe.

PAUSE

AFFEKTIVE STÖRUNGEN → DEPRESSIVE EPISODE (AUCH BEKANNT ALS DEPRESSION; ICD-10, F32.-)

Depressive Störungen

- Kernsymptome der Depression:
  - Stimmung: traurig, niedergeschlagen, unglücklich, reizbar
  - Kognitionen: negative Gedanken, geringe Kontrollerwartungen, geringes Selbstwertgefühl, Selbst-Schuldzuschreibungen, Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidgedanken
  - Verhalten: Antriebsverringerung/-armut, psychomotorische Verlangsamung, Weinen, sozialer Rückzug, Suizidhandlungen
  - Körperlich: Schlafstörungen, starke Müdigkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit

Besonderheiten im Kindesalter

- Erscheinungsformen im Kindesalter können sich grundlegend von denen im Jugend- und Erwachsenenalter unterscheiden: keine klaren Übereinstimmungen mit klassischen Symptomen
- Mögliche Hinweise:
  - Spielverhalten: Spielunlust, schnelle Entmutigung, dysphorisches Abwehrverhalten
  - Essverhalten: Mäkeligkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit
  - Schlafverhalten: Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume

Prävalenz und Verlauf

- Prävalenz abhängig vom Alter: Zunahme mit steigendem Alter
- bei Kindern im Vor- und Grundschulalter: depressive Symptome lassen sich beobachten, die Diagnose einer depressiven Störung ist in dieser Entwicklungsphase jedoch umstritten.
- ab dem 12. Lebensjahr: zunehmende Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome und kompletter Störungsbilder, Prävalenz zwischen 9 und 14%.
- keine Geschlechtsunterschiede im Kindesalter, ab 15. Lebensjahr: Mädchen fast doppelt so häufig betroffen.
- Angststörung geht häufig einer depressiven Störung voraus.
- bei Nichtbehandlung: Verfestigung und Wiederauftreten im weiteren Lebensverlauf.

PAUSE

Biopsychosoziales Erklärungsmodell der Entwicklung

Biologische Bedingungen (3)
Vererbung (z.B. Temperament), Schwangerschaft, Geburt

Soziale Situation (4)
Beziehungserfahrungen
Bindungssicherheit,
Klarheit (z.B.Grenzen, Orientierung)

Individuum (2)
seelische Struktur (Selbst)
- „Ansprechbarkeit“ auf Reize
- Selbst-Steuerung
- soziale Kompetenz
- Selbstwert

Schutz- und Risiko-Faktoren (5)
personal (eigene Kompetenzen), sozial (Familie), Umwelt (Schule,…)

Entwicklungsaufgaben (1a)
und
Aktuelle Anforderungen/ Kritische Lebensereignisse (1b) (Familie, Kita, Schule, …)

Bewältigung

☹ **Entwicklungs-Hinderlich (6b)**

Entwicklungs-Förderlich (6a) ☺

(Fröhlich-Gildhoff, 2016, S. 18)

Hohes, andauerndes Stresserleben als Prädiktor bei der Entstehung psychischer Probleme

Die Entstehung psychischer Probleme steht oft unmittelbar mit einem hohen und andauernden Stresserleben in Zusammenhang. Aktuelle Studien berichten von einer hohen Stressbelastung bei Kindern und Jugendlichen. Einer repräsentativen Befragung zufolge erleben 40 % der 10- bis 18-jährigen Mädchen und Jungen häufig Stress. (Steffen et al., 2019; Datengrundlage: Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland).

Ressourcenorientierung: Schutzfaktoren

Schutzfaktoren aus den Ergebnissen der Kauai-Studie sowie weitere Untersuchungen (Werner & Smith, 1992; mod. n. Häfner, Franz, Lieberz & Schepank, 2001b, S. 406; Häfner, Franz, Lieberz & Schepank, 2001a, S. 344; Laucht, Esser & Schmidt, 1997, S. 263)

Schutzfaktoren	
• weibliches Geschlecht	• geregelter, strukturierter Haushalt
• erstgeborenes Kind	• Hilfe und Rat bei Bedarf (Eltern, Lehrer)
• positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)	• positives Sozialverhalten
• überdurchschnittliche Intelligenz	• positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugung
• hohe Aktivität als Säugling	• aktives Bewältigungsverhalten
• positives Sozialverhalten	• stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
• Fähigkeit zur Selbsthilfe	• offenes, unterstützendes Erziehungsklima
• gute Kommunikation	• familiärer Zusammenhalt
• ausgeprägte Interessen	• Modelle positiven Bewältigungsverhaltens
• Selbstkontrolle	• soziale Unterstützung
• viel Zuwendung	• positive Freundschaftsbeziehungen
• positive Eltern-Kind-Beziehung	• positive Schulerfahrungen
• weitere Beziehungsperson (neben der Mutter)	
• Freunde und Kameraden	

Bildquelle: Universität Regensburg, Institut für Psychologie; verfügbar unter: https://www.uni-regensburg.de/psychologie-paedagogik-sport/psychologie-fischer/medien/downloads/fleckenstein/einfuehrung.pdf

Ressourcenorientierung: Schutzfaktoren

- „Spangler und Grossmann (1995) berichteten von mehreren Studien, die einen deutlichen Unterschied von **sicher-gebunden**en und unsicher-gebundenen Kindern feststellten (siehe Bindungsforschung; John Bowlby; Mary Ainsworth). Dies betraf vor allem die **Fähigkeit, sich bei Belastung auf die Zuwendung, Unterstützung und Hilfe anderer zu verlassen** und auch **offen genug zu sein, diese Belastung zuzugeben**.“ (Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e.V.)
- „Es besteht Einigkeit darüber, dass **der wichtigste Schutzfaktor** eine **stabile, wertschätzende, emotional warme Beziehung** zu einer (erwachsenen) **Bezugsperson** ist.“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2018)
- Zur **Resilienz**: „Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass **Resilienz keine angeborene Persönlichkeitseigenschaft** ist, sondern **im Verlauf des Lebens entwickelt** wird; **von besonderer Bedeutung sind dabei die frühen Lebensjahre**.“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2018)
- **Programme zur Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren**: „Werden die Fachkräfte in der Entwicklung einer **resilienzförderlichen Haltung** und von spezifischen Kompetenzen zur Resilienzförderung **unterstützt**, hat dies **positive Auswirkungen** sowohl **auf die Kinder** als auch die **Eltern** sowie die **Fachkräfte selbst**. Die **ressourcenorientierte Wahrnehmung der Kinder** führt zu **mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bei allen Beteiligten**.“ Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2018)

STRATEGIEN IN KITAS BEI VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

Strategien in Kitas bei Verhaltensauffälligkeiten

1. Systematische Beobachtung des Kindes
   - in unterschiedlichen Situationen (Tritt das Verhalten situationsunabhängig auf?)
   - genaue Dokumentation
   - Hinzuziehen weiterer Informationsquellen
2. Austausch mit den Eltern
   - Mitteilung der eigenen Beobachtung und Erfragen der Fremdwahrnehmung
   - Ggf. Vereinbarung weiterer gezielter Beobachtungen, z.B. im häuslichen Umfeld

Strategien in Kitas bei Verhaltensauffälligkeiten

3. Motivierung zu weiteren diagnostischen Untersuchungen (falls sich der Verdacht einer deutlichen, andauernden Auffälligkeit erhärtet und unmittelbare Erklärungsmuster zum Verstehen nicht ausreichen) an
   - Kinder_ärztin
   - Erziehungsberatungsstellen
   - niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen
   - Sozialpädiatrische Zentrum
   - (etc. siehe übernächste Folie)

Strategien in Kitas bei Verhaltensauffälligkeiten

4. Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Kita, abhängig von:
   - der Stärke der Verhaltensauffälligkeit
   - der Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit
   - der Kompetenz der Fachkraft
   - den Ressourcen und Rechtsgrundlagen in der Einrichtung

   → abhängig von diesen Kriterien: Absprache gezielter Interventionen und/oder Unterstützung durch andere Institutionen; häufig besteht die Notwendigkeit eines abgestimmten Handelns von externer Institution, Eltern und Kita.

   → „Die Pädagogik muss nach dem Kern des Syndroms fragen und daraus pädagogische Maßnahmen und vor allem ein Verstehen entwickeln und nicht auf medizinische Beruhigungsmittel (Jantzen, 2001) oder einen sozialen Ausschluss setzen.“ (Langner, 2009). ABER: Natürlich darf gleichzeitig der Schutz des Umfeldes (bei Verhaltensmustern, die gegen die Grundrechte anderer verstoßen; Fremdgefährdung) nicht übersehen werden. Dabei gilt es, im Einzelfall ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen der Inklusionsforderung und Wahrung der Grenzen Anderer zu eruieren.

Strategien in Kitas bei Verhaltensauffälligkeiten

Wo kann ich mir Hilfe holen?

Vernetzungsmöglichkeiten für pädagogische Fachkräfte

- Fachberatung über Kita-Träger
- Siehe PDF: Netzwerk psychosozialer Versorgung bei Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen - dargestellt an ausgewählten Institutionen der „Regio“ (Edelmann, K. & Schleider, K.; 2006; Abt. Beratung/Klin. Psych., Pädagogische Hochschule Freiburg)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen: www.fruehehilfen.de
- Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Freiburg: https://www.freiburg.de/pb/228540.html
- Psychologische Beratung des Jugendhilfswerks Freiburg (Jhw): http://www.jugendhilfswerk.de/de/psychologische-beratung.html
- Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche Freiburg-Land der Caritas: https://www.caritas-breisgau-hochschwarzwald.de/soziale-dienste/kind-jugend-familie/erziehungsberatungsstellen/erziehungsberatung-freiburg-land/erziehungsberatung-freiburg-land
- Deutscher Kinderschutzbund, regional: https://www.kinderschutzbund-freiburg.de/
- Freiburger Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendpsychotherapie an der Universität Freiburg (Fakip): https://www.fakip.de/index.php?id=13

VERFAHREN ZUR ERFASSUNG VON ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN BZW. VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

Beispiele für Verfahren zur Erfassung von Verhaltens- und Emotionalen Störungen des Kindesalters

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

- **Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche*** (DISYPS-II; Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008; siehe Folie 6)
- **Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter – Version III*** (BUEVA-III; Esser & Wyschkon, 2016)
- **Bochumer Angstverfahren für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter** (BAV 3-11; Mackowiak & Lengning, 2010)
- **Kinder-Diagnostik-System** (KIDS 1, 2006 von Döpfner, Lehmkul & Steinhausen sowie KIDS 3, 2012 von Döpfner & Steinhausen)
- **Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern** (FAVK; Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)
- **Inventar zur Erfassung der Lebensqualität*** (ILK; Mattejat & Remschmidt, 2006)
- **Child Behavior Checklist*** (CBCL; Child Behavior Checklist 1 ½–5 dt. Fassung, Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder von Achenbach, 2000; dt. Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist, CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R; Döpfner, Plück, Kinnen, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2014)
- **Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder*** (VBV 3-6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993; Döpfner, Berner, Breuer, Fleischmann & Schmidt, 2018)
- **Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*** (SSKJ 3-8 R; Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann & Klein-Heßling, 2018)
- **Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder*** (KHV-VK; Ettrich & Ettrich, 2006)

* aktuell in der EH Bibliothek vorhanden.

REFERAT(E)

Murmelgruppe:
Was nehmen Sie heute mit nach Hause?

- Grundlegende Einführung und Sensibilisierung in das Thema Verhaltens- und Emotionale Störungen im Kindesalter (F9 nach ICD-10)
- Vorstellung verschiedener Störungsbilder
- Komplexe Erklärungsmodelle und Schutzfaktoren
- Mögliche Strategien und Vernetzungsoptionen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in Kitas
- Überblick (und Einblick) in verschiedene Diagnoseverfahren zur Erfassung von psychischen Störungen im Kindesalter sowie deren Anwendung in der Praxis

Frohe Weihnachten und vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

☺