

Dr. med. Karlheinz Erbe

Neurologe • Psychiater • Kinder- und Jugendpsychiater
Psychotherapie • Akupunktur



1. Kongress der Gesundheitsregion Bamberg
Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, 20./21.10.2016

**Workshop: „Diagnostische Abklärung bei Kindern
und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten
– wie und wozu?“**

Ziele & Inhalt



Am Ende sollten Sie ein Verständnis vermittelt bekommen haben, warum und wie eine diagnostische Abklärung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erfolgt, welchen Umfang sie hat und was sie zu leisten vermag – oder eben auch nicht!

Was ist, was macht ein Kinder- und Jugendpsychiater?

Inhalte:

- Multiaxiales Klassifikationssystem
- Diagnostisches Vorgehen (Hypothesenprüfung), diagnostische Verfahren
- Interventionsplanung
- Notwendigkeit einer kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik am Beispiel „Schulverweigerung“
- Fallbeispiel Johannes (Grundschule): Schulverweigerung mit Leistungsproblemen
- Fallbeispiel Nils (Gymnasium): Schulverweigerung mit sozialen Problemen und Amokdrohung

Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, historische Entwicklung



- Die eigenständige wissenschaftliche Betrachtung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen erfolgte erstmals zusammenfassend in der Monografie von Hermann Emminghaus „Die psychischen Störungen des Kindesalters“ (1887)
- 1926 erfolgte die Errichtung der ersten Klinik in Bonn durch Otto Löwenstein („Provinzialkinderanstalt für Seelisch-Abnorme“)
- Zur besseren Differenzierung des Patienten mit seiner Schwierigkeiten und seinem Wirkgefüge erfolgten in der Mitte des 20. Jahrhunderts zum einen zunehmend die Erhebung epidemiologischer Daten (exemplarisch Isle-of-Wight-Studie 1964-1974) sowie der Versuch, eine mehrachsige Betrachtungsweise einzuführen (Rutter et al 1969, 1975) . Diese führte schließlich zur Einführung des multiaxialen Klassifikation in Deutschland durch Remschmidt und Schmidt (1977).
- Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1968 eingeführt, seit 1993 lautet die Bezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie)

Multiaxiale Diagnostik anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS)



Erkenntnis: Nur Betrachtung der psychischen Störung alleine reicht bei Kindern und Jugendlichen nicht!

I.	Psychiatrische Störungen	Individuum
II.	Umschriebene Entwicklungsstörungen	Individuum
III.	Intelligenzniveau	Individuum
IV.	Körperliche Störungen	Individuum
V.	Abnorme psychosoziale Umstände	Umfeld
VI.	Globalniveau des psychosozialen Anpassung	Gesamtbelastung

Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom



Altersbezogene Störungen

- F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung

Störung ohne eigenen Altersbezug

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen



F80-F89 Entwicklungsstörungen (außer F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen)

Die unter F80 bis F89 zusammengefassten Störungen haben im allgemeinen folgende Merkmale:

- Einen Beginn, der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt.
- Eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind.
- Einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychische Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt.



Achse III: Intelligenzniveau

1. Sehr hohe Intelligenz
Weit überdurchschnittliche Intelligenz IQ über 129
2. Hohe Intelligenz
Überdurchschnittliche Intelligenz IQ 115 – 129
3. Normvariante
Durchschnittliche Intelligenz IQ 85 – 84
4. Niedrige Intelligenz
Unterdurchschnittliche Intelligenz Grenzdebität IQ 70 – 84



Achse III: Intelligenzniveau

5.-8.: F7 Intelligenzminderung

5. F70 Leichte Intelligenzminderung
Debilität IQ 50 – 69 Leichte intellektuelle Behinderung
6. F71 Mittelgradige Intelligenzminderung
Imbezillität IQ 35 – 49 Mittelgradige intellektuelle Behinderung
7. F72 Schwere Intelligenzminderung
Ausgeprägte Imbezillität IQ 20 – 34 Schwere intellektuelle Behinderung
8. F73 Schwerste Intelligenzminderung Idiotie IQ unter 20 Schwerste intellektuelle Behinderung
9. Intelligenzniveau nicht bekannt (Weder durch klinische noch durch psychometrische Einschätzung einschließlich F78 und F79)

F78 sonstige Intelligenzminderung

F79 nicht

Achse IV: Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD-10



Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände



1 - Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

- 1.0. Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (Z62.5)
- 1.1. Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen (Z63.0)
- 1.2. Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind (Z62.3)
- 1.3. Körperliche Kindesmisshandlung (Z61.6)
- 1.4. Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie) (Z61.4)
- 1.8. Andere

2 - Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

- 2.0. Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils (Z63.7)
- 2.1. Behinderung eines Elternteils (Z63.7)
- 2.2. Behinderung der Geschwister (Z63.7)
- 2.8. Andere

3 - Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (Z62.8)

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände



4 - Abnorme Erziehungsbedingungen

- 4.0. Elterliche Überfürsorge (Z62.1)
- 4.1. Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (Z62.0)
- 4.2. Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (Z62.8)
- 4.3. Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern (Z62.6)
- 4.8. Andere

5 - Abnorme unmittelbare Umgebung

- 5.0. Erziehung in einer Institution (Z62.2)
- 5.1. Abweichende Elternsituation (Z60.1)
- 5.2. Isolierte Familie (Z63.7)
- 5.3. Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (Z59.1)
- 5.8. Andere

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände



6 - Akute, belastende Lebensereignisse

- 6.0. Verlust einer liebevollen Beziehung (Z61.0)
- 6.1. Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung (61.1)
- 6.2. Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder (Z61.2)
- 6.3. Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z61.3)
- 6.4. Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie) (Z61.5)
- 6.5. Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse /Z61.7)
- 6.8. Andere

7 - Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

- 7.0. Verfolgung oder Diskriminierung (Z60.5)
- 7.1. Migration oder soziale Verpflanzung (Z60.3)
- 7.8. Andere

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände



8 - Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

- 8.1. Streitbeziehungen mit Schülern / Mitarbeitern (Z55.4) (Z56.4)
- 8.2. Sündenbockzuweisung durch Lehrer / Ausbilder (Z55.4) (Z56.4)
- 8.3. Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation (Z55.8) (Z56.8)
- 8.8. Andere

9 - Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes (Z72.8)

- 9.1. Institutionelle Erziehung (Z62.2)
- 9.2. Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung (Z61.1)
- 9.3. Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z61.3)
- 9.8. Andere

Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus



0. Herausragende / gute soziale Funktionen: Herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehung mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.

1. Mäßige soziale Funktion: Insgesamt mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen (das Funktionsniveau kann – aber muss nicht – in ein oder zwei Bereichen hervorragend sein).

2. Leichte soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektiv soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie).

3. Mäßige soziale Beeinträchtigung: Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen.

4. Ernsthafte soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich).

Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus



5. Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.

6. Funktionsunfähig in den meisten Bereichen: Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.

7. Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.

8. Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.

9. Nicht zutreffend / nicht einschätzbar.

Differentialdiagnostik der Schulverweigerung – Achse I (Steinhausen 2016)



	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
Angst in der Schulsituation	Eher latent	Vorhanden, wechselnde Intensität	Fehlt
Somatisierung	Stark	Wechselnd	Fehlt
Persönlichkeit	Ängstlich, sensitiv, depressiv	Ängstlich, sensitiv	Aggressiv, dissozial
Intelligenz	Durchschnittlich bis hoch	Durchschnittlich, heterogenes Profil	Durchschnittlich bis erniedrigt
Lernstörungen	Fehlen	Häufig vorhanden	Häufig vorhanden
Elternverhalten	Überprotektiv, bindend	Unspezifisch	Vernachlässigend
Schulbesuch	Mit Wissen der Eltern chronisch unterbrochen	Mit Wissen der Eltern sporadisch unterbrochen	Ohne Wissen der Eltern sporadisch bzw. chronisch unterbrochen

Komponenten der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (Lehmkuhl, Döpfner 2013)



Multiaxiale Diagnostik

Leistungsdiagnostik

Familiendiagnostik

Organische Diagnostik

Multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik

Multimodale Diagnostik

- Kognitive Ebene
- Emotionale Ebene
- Aktionale Ebene
- Physiologische Ebene

Multi-methodale Diagnostik

- Klinisches Urteil
- Elternurteil
- Erzieherurteil
- Lehrerurteil
- Selbsturteil
- Beobachtung
- Testleistung

Situations-spezifische Diagnostik

- Untersuchung
- Familie
- Schule
- Gleichaltrigen-gruppe

Individualisierte Diagnostik

- Zielerreichungs-skalierung
- Erfassung von Zielbeschwerden

Behandlungs-bezogene Diagnostik

- Indikations-stellung
- Verlaufskontrolle

Phasen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (Lehmkuhl, Döpfner 2013)



Phase 1: Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

Klinische Urteil	Elternurteil	Erzieher- /Lehrerurteil	Selbsturteil
z.B. psychopathologisches Befundsystem für Kinder und Jugendliche	z.B. Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkkinder, Child-Behavioural-Cecklist...	z.B. VBV-ER, TRF, LSL...	z.B. Fragebogen für Jugendliche (YSR)...

Phase 2: Störungsspezifische Diagnostik, spezielle Instrumente

Hyperkinetische Störungen	Aggressive Störungen	Angststörungen	Depressive Störungen	Zwangsstörungen
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	------------------------

Summary – Was können wir daraus lernen?



1. Die Vorstellung erfolgt meist auf Grund der am stärksten belastenden Symptomatik, so dass die primäre Phänomenologie die Vorstellung herbeiführt.
2. Phänomenologisch sich ähnlich darstellende Sachverhalte können komplett unterschiedliche Ursachen haben.
3. Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik hat anhand der Anamnese und der Zusammenarbeit mit dem sozialpsychiatrischen Team die Aufgabe, das gesamte Wirkgefüge zu analysieren und diese Daten zusammenzutragen. Sie leistet durch das simultane Erfassen unterschiedlicher Betrachtungsebenen einen wichtigen Beitrag zum Verständnis des jeweiligen Wirkgefüges.

Summary – Was können wir daraus lernen?



4. Aus dem Gesamt der Befunde (Anamnese, Fremdbeurteilungen, Testdiagnostik, Interventionen...) wird hypothesenprüfend anhand des MAS das Störungsbild abgebildet. Der entscheidende Vorteil liegt darin, dass v.a. auf der Achse V die durch die Umgebung (Familie, Schule, Freizeitbereich...) bestehenden Wirkfaktoren mit einbezogen werden können.
5. Die Achse VI kann als „Dringlichkeitsskala“ wertvolle Hinweise geben, wie hoch der aktuelle psychische Belastungsgrad für Patient und Umgebung ist. Sie kann gleichzeitig Richtung und Handlung weisen, in welcher Art und Umfang eine entsprechende Hilfestellung im Einzelfall erfolgen sollte.

Literatur



Döpfner, M.; Petermann, F. (2012): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Lehmkuhl, G.; Döpfner, M. ((2013): Multimodale Diagnostik. In: Lehmkuhl, G; Poustka, F.; Holtmann, M.; Steiner, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Band 1: Grundlagen. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 396-410

Steinhausen, H.-C. (2016): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. 8. Aufl. München: Urban & Fischer.

Walter, D.; Döpfner, M. (2009): Leistungsprobleme im Jugendalter. SELBST – Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. Göttingen u.a.: Hogrefe