



Prof. Dr. Silvia Schneider

Die BVKJ-Kongressreihe startet,

bei der Auftaktveranstaltung am 17./18. April 2015 in Berlin sind Sie herzlich willkommen. Unser Thema ist „**Autismus, Bullying und Co.**“ – auf dem Programm stehen hochaktuelle Vorträge und Workshops. Die BVKJ möchte mit diesem Angebot die Fort- und Weiterbildung in der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie stärken.

In dieser Ausgabe des Newsletters berichten wir über **Inklusion** und die Implikationen für die Arbeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ein weiteres Thema ist die **Leitlinie Depression**, die über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter informiert. Sie soll die Auswahl und Planung einer wirksamen Behandlungsstrategie erleichtern. Schließlich haben wir auch in diesem Newsletter neue, spannende Ergebnisse aus der Forschung aufbereitet – der Einfluss erfolgreicher Verhaltenstherapie von Eltern auf ihre Kinder.

Gerne möchte ich Sie auffordern, sich an dem Austausch innerhalb der BVKJ aktiv zu beteiligen. **Ihre Ideen und Anregungen** sind uns wichtig. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und hoffen, dass wir Sie in Berlin begrüßen dürfen!

Ihre,

S. Schmidt

Inhaltsverzeichnis

- Inklusion und KiJu-Verhaltenstherapie
- 1. BVKJ-Kongress 2015
- Leitlinie Depression
- Elterliche Therapie schützt Kinder

„Die kognitive Verhaltenstherapie ist mit dem Leitgedanken der Inklusion gut kompatibel“

Prof. Dr. Friedrich Linderkamp, Bergische Universität Wuppertal, Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaften, über die Implikationen der „Inklusion“ für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: „Verhaltenstherapie muss häufiger alltagsnäher durchgeführt werden.“



Prof. Dr. Friedrich Linderkamp

Was bedeutet Inklusion?

Der Inklusionsgedanke betont den Respekt vor der Diversität der Menschen sowie die Pflicht, es Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben vollständig zu partizipieren. Menschen mit Behinderungen wird das Recht zugestanden, ihre Talente, ihre Kreativität sowie ihre geistigen und physischen Potentiale individuell vollständig zu entwickeln. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist in Deutschland seit März 2009 in Kraft und damit rechtsverbindlich.

Welche Konsequenzen hat Inklusion für die Arbeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Im inklusiven Bildungssystem lernen Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bevorzugt gemeinsam in der allgemeinen Schule. Hier sollen insbesondere Kinder und Jugendliche mit Lern- und Verhaltensstörungen integriert werden. Die Förderschulen werden in diesem Bereich drastisch reduziert. Es soll keine Sondergruppen in Kitas und Schulen mehr geben. Dies hat zur Konsequenz, dass z.B. therapeutische Lern- und Verhaltenstrainings zukünftig weniger ergänzend zu Schule und Unterricht angewendet, sondern mit Hilfe von Sonderpädagogen in den Unterricht integriert werden sollen. Dabei wird die gesamte heterogene Schülergruppe individuell und zieldifferent unterrichtet und gefördert. Organisationsentwicklung, Coaching und

Supervision werden an Bedeutung gewinnen.

Wie macht sich das im klinischen Kontext bemerkbar?

Die formalen Bedingungen, wie rechtliche Bestimmungen gemäß SGB, Routinen der Differenzialdiagnostik gemäß ICD-10 und DSM V ändern sich zunächst nicht. Inhaltlich wird die Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen nun häufiger im Schulalltag eingesetzt werden müssen. Das heißt, verhaltenstherapeutische Standardmethoden wie Kotherapeutentrainings und systematische Beeinflussung der Verstärkerkontingenzen „vor Ort“ sowie eine Bevorzugung gruppenorientierter statt Kind zentrierter Therapie gewinnen an Bedeutung. Aufgrund der Inklusion in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen muss sich grundsätzlich nicht viel ändern. Mehr noch: Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Fundierung der Verhaltenstherapie ist kompatibel mit den Leitgedanken der Inklusion, denn sie ist explizit nicht deterministisch, sondern verfolgt einen respektierenden problemlösenden Ansatz.

Weitere Infos:

http://www.einfach-teilhabe.de/DE/StdS/Home/stds_node.html

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?_blob=publicationFile



1. BVKJ Kongress

“Autismus, Bullying und Co.”
– Was wirkt bei alten und neuen Herausforderungen?

17./18. April 2015

Mehr Informationen unter
<http://www.bvkj.org/bvkj-kongress>



Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie(S3) Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Seit dem 1.7.2013 liegt die Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen vor. 24 Fachgesellschaften und Verbände wirkten daran mit. Das Resultat ist die derzeit einzige Leitlinie zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit der höchsten Stufe der Leitlinienklassifikation S3: 1. Repräsentative Entwicklergruppe, 2. Systematische Evidenzbasierung und 3. Strukturierte Konsensfindung.

Die Leitlinie bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren mit depressiven Störungen gemäß den ICD-10-Kriterien, d.h. mit depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymia und Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. Sie informiert in ihrer Langfassung umfassend über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter und soll die Auswahl und Planung einer wirksamen Behandlungsstrategie erleichtern. Die Behandlung soll die depressive Symptomatik, die Erkrankungsdauer und das Risiko weiterer, damit verbundener Erkrankungen verringern und gleichzeitig möglichst geringe unerwünschte Neben- und Folgewirkungen mit sich bringen. Die Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Leitlinie überhaupt angewandt werden kann, da festgestellt werden muss, ob Kinder oder Jugendliche die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung nach ICD-10 erfüllen und damit zur Zielgruppe der Leitlinie gehören. Die Leitlinie fordert, dass die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern oder Jugendlichen nur durch dafür ausgebildetes Fachpersonal gestellt werden soll.

14 Empfehlungen auf 11 Schlüsselfragen

Bei depressiven Kindern ab 8 Jahren werden eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin empfohlen (Empfehlungsgrad A = höchste Evidenzstärke). Dabei ist der Psychotherapie Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zur Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte (Empfehlungsgrad A). Ebenso ist der Psychotherapie bei leichter bis mittelgradiger Depression zunächst Vorrang zu geben, nur bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationsbehandlung in Erwägung gezogen werden (Klinischer Konsens).

Im Regelfall, d.h. wenn ein angemessenes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau gemäß Achse VI des MAS vorliegt, können depressive Kinder und Jugendliche ambulant behandelt werden (Klinischer Konsens).

Der Therapieerfolg kann frühestens nach vier Wochen eingeschätzt werden. Wenn sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Veränderung eingestellt hat bzw. wenn bei Pharmakotherapie nach vier Wochen keine Response vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsmethoden vorgenommen und ein bisher nicht eingesetztes Psychotherapieverfahren oder ein bisher nicht verwendetes Medikament eingesetzt werden (Empfehlungsgrad 0). Trizyklische Antidepressiva (Empfehlungsgrad A) sowie die Medikamente Paroxetin, Venlafaxin, Mirtazapin (Empfehlungsgrade A) und Moclobemid (Empfehlungsgrad B) sollen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen generell nicht eingesetzt werden. Wenn sich Kinder und Jugendliche in Erholung befinden (d.h. in einer Zeit von mindestens zwei Monaten ohne klinische Symptome) können ihre Behandler/innen ihnen für mindestens 12 Monate bzw. mindestens 24 Monate (Kinder und Jugendliche mit zwei oder mehr bisheriger depressiver Episoden oder bei erhöhtem Rezidivrisiko aufgrund fortbestehender Belastungsfaktoren) regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten (Empfehlungsgrad 0). Weitere Empfehlungen gibt es u.a. zu den wichtigen Aspekten der Indikation einer stationären Behandlung und der Rückfall- und Rezidivprophylaxe (Klinischer Konsens).

Außerdem gibt es einen Einstieg in stepped care bzw. need adapted treatment-Ansätze, indem thematisiert wird, dass bei leichten depressiven Störungen ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall zunächst aktive Unterstützung, Beratung und Psychoedukation über einen Zeitraum von bis zu 6-8 Wochen ausreichend sein können, wenn eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung möglich ist. Bei Fortbestehen der Symptomatik sind weitere Behandlungsmethoden zu planen.

Kostenloser Download:
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-043.html>

Wolfgang Ihle und Maria Elisabeth Ahle

Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an der Universität Potsdam

Vertreter/-in der Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Psychologie bei der S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Erfolgreiche elterliche Verhaltenstherapie fördert die psychische Gesundheit ihrer Kinder



Eine Längsschnittstudie untersuchte den Einfluss elterlicher Psychotherapie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Erstmals wurde der Zusammenhang von elterlicher verhaltenstherapeutischer Behandlung und Psychopathologie der Kinder sechs Jahre nach Abschluss der elterlichen Psychotherapie untersucht.

Kinder, deren Eltern an einer Angststörung leiden, haben eine größere Wahrscheinlichkeit, selbst eine Angststörung zu entwickeln. Bisher so gut wie gar nicht untersucht ist, welche Auswirkungen es hat, wenn Eltern mit Angststörungen erfolgreich behandelt werden. Dieser Frage ging die Arbeitsgruppe um Silvia Schneider nach und untersuchte wie sich eine Psychotherapie bei 43 Müttern und Vätern mit einer Panikstörung auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder (8-14 Jahre) auswirkt. Es wurden Kinder von Eltern mit einer Panikstörung vor und sechs Jahren nach Abschluss der Psychotherapie des Elternteils untersucht. Die Studie verglich die Gesundheit der Kinder von Eltern, die psychotherapeutisch behandelt wurden mit der Gesundheit von Kindern, deren Eltern nicht behandelt wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder, deren Eltern therapiert wurden, von der elterlichen Behandlung profitierten, ohne dass sie selbst behandelt wurden. Der Therapieerfolg der Eltern war ein signifikanter Prädiktor für weniger Angstsymptome der Kinder sechs Jahre nach Abschluss der elterlichen Therapie. Kinder von Eltern, die nicht behandelt wurden, zeigten eine signifikant höhere Ängstlichkeit, mehr Panikanfälle und stärkere Depressionssymptome. Fazit: Eine Verhaltenstherapie hilft nicht nur den Eltern langfristig ihre Angststörung zu bewältigen. Auch die Kinder profitieren und zeigen eine bessere psychische Gesundheit als Kinder, deren Eltern nicht behandelt wurden.

Rechtzeitige Therapie hilft!

Schneider, S., In-Albon, T., Nuendel, B., Margraf, J. (2013). Parental Panic Treatment Reduces Children's Long-Term Psychopathology: A Prospective Longitudinal Study. *Psychotherapy and Psychopathology*, 82, 346-348.