

1

Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie: Definitionen, Konzepte und Modelle

Simone Gebhard

1.1 Was ist Klinische Psychologie bzw. Klinische Kinderpsychologie?

Die Klinische Psychologie befasst sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten und Krankheiten in Forschung, Diagnostik und Therapie. Sie ist eine Teildisziplin der Psychologie und umfasst die Themen

- **Ätiologie** und Bedingungsanalyse
- Klassifikation und Diagnostik
- Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation
- **Epidemiologie**, Gesundheitsversorgung und Evaluation

Die Klinische Psychologie umfasst die Forschung, Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen bei Menschen aller Altersgruppen (Baumann und Perrez, 2011).

Die Klinische Kinderpsychologie setzt einen Schwerpunkt bei der Erforschung von früh wirksamen **Risiko- und Schutzfaktoren** (vgl. Exkurs Risiko- und Schutzfaktoren) und orientiert sich insbesondere an den Bedürfnissen von Kindern und deren Familien. Die benachbarten Disziplinen Heil- und Sonderpädagogik, Kinderheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind eng mit der Klinischen Kinderpsychologie verzahnt und leisten einen Beitrag zu Prävention, Diagnostik und Intervention auf diesem Gebiet (Petermann, 2008).

Für die Forschung im Jugendalter hingegen hat sich der Begriff Klinische Jugendpsychologie bislang nicht durchgesetzt. Petermann führt das u. a. darauf zurück, dass die **Leitlinien** zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen zwischen Kindes- und Jugendalter nicht hinreichend differenzieren, dass gruppentherapeutische Verfahren, die sich für diesen Altersbereich eignen, kaum erprobt sind, nur wenig Präventionsprogramme existieren und dass die Motivation der Jugendlichen meist so gering ist, dass sie kaum aktiv an einer Behandlung mitwirken.

1.2 Was sind psychische Störungen und wie lassen sie sich definieren?

In den oben genannten Definitionen ist der Begriff »psychische Störung« von zentraler Bedeutung und deshalb soll nun geklärt werden, was darunter zu verstehen ist.

Vor der Definition gilt es herauszustellen, dass »psychische Störung« ein Konstrukt ist, auf das sich Praktiker und Forscher auf der Grundlage von Forschungsergebnissen geeinigt haben, die zu diesem Zeitpunkt den neusten Stand der Forschung widerspiegeln. Es ist somit die bestmögliche Lösung für eine begrenzte Zeit und kann auf der Grundlage neuerer Forschungsergebnisse eine Änderung erfahren. Genutzt wird dieser Begriff seit der Einführung der **DSM-Klassifikation** im Jahre 1980 und löst »psychiatrische Störung« bzw. »psychiatrische Erkrankung« ab (Wittchen und Hoyer, 2011). Das Konstrukt will vermeiden, dass der Eindruck entsteht, dass Dysfunktionen auf ein eindeutiges Prinzip (Ursachen, Wirkung...) zurückführbar sind und darauf reduziert werden. Diese Zusammenhänge sind nicht so einfach herzustellen, da

die Ursachen und Verläufe psychischer Störungen wesentlich komplexer sind, als es bei somatischen Krankheiten häufig der Fall sein kann.

Renneberg, Heidenreich und Noyon definieren eine psychische Störung wie folgt:

»Unter einer Störung werden Symptome oder Symptommuster (Syndrome) im Denken, Erleben und/oder Handeln einer Person verstanden, die von der Norm abweichen, zu einer Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit und/oder sozialen Aktivitäten führen, durch ausgeprägtes Leiden gekennzeichnet sind und bei den Betroffenen ein Änderungsbedürfnis hervorrufen.« (2009, S. 21)

Was mit einer Abweichung von der Norm gemeint ist, unterliegt gesellschaftlichen Werten und Normen.

Der vorliegende Band beschäftigt sich mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In diesem Altersabschnitt gilt es, vielfältige **Entwicklungsaufgaben** mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen. Besonders im Jugendalter müssen durch den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter vielfältige Anforderungen (bspw. körperliche und hormonelle Veränderungen, die Zunahme von Verantwortung und Selbständigkeit) im Spannungsfeld von Identitätsentwicklung und der Zugehörigkeit zu einer Gruppe bewältigt werden. Gelingt diese Anforderungsleistung nicht und kommen evtl. besonders belastende Ereignisse wie bspw. chronische Erkrankung oder Behinderung, der Verlust eines nahen Angehörigen oder Freundes, Ereignisse wie Naturkatastrophen oder Unfälle oder seelische und körperliche Erkrankungen eines Elternteils hinzu, kann das möglicherweise zur Ausbildung einer psychischen Störung beitragen.

1.3 Entwicklungspsychopathologie

Die Modellvorstellung der Entwicklungspsychopathologie hat in den letzten Jahren den Grundstein dafür gelegt, dass psychische Störungen nicht nur beschrieben und klassifiziert werden können, sondern darüber hinaus dazu beigetragen, das Auftreten von Entwicklungsabweichungen und psychischen Störungen von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter nachzuzeichnen (Blanz, Remschmidt, Schmidt und Warnke, 2006). Die Entwicklungspsychopathologie vergleicht die normale Entwicklung mit der Entstehung und dem Verlauf von Entwicklungsauffälligkeiten und versucht Aussagen zu machen, wie eine Störung entsteht bzw. wie die Störung verlaufen wird, um auf diesem Weg klinisches Handeln zu untermauern. Sie untersucht außerdem,

welche negativen und positiven Faktoren auf die Entwicklung einwirken und warum es dazu kommt, dass Kinder, die unter widrigen Bedingungen aufwachsen, sich trotzdem normal entwickeln und keine psychische Störung ausbilden.

Petermann (2008) weist besonders auf den Prozesscharakter hin: Eine Fehlanpassung ist das Ergebnis einer Entwicklung. In diesem Zusammenhang sucht man auch nach Indikatoren, die bestimmte Entwicklungsverläufe vorhersagen können, so dass bei ungünstigen Prognosen frühzeitig mit Gegenmaßnahmen begonnen werden kann, die schlimmere Folgen vielleicht vermeiden können (vgl. dazu Resilienz).

1.4 Biopsychosoziales Krankheitsmodell

Die Entstehung und der Verlauf von Krankheiten können aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben werden. Neuere interaktionistische Theorien berücksichtigen bei ihrem Versuch, das Entstehen psychischer Störungen zu modellieren, das Wechselspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. In diesem biopsychosozialen Krankheitsmodell spielen zudem Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle für das Auftreten und die Schwere einer Störung. Die Auswirkungen der einzelnen Faktoren sind stark kontextabhängig und so kann dem gleichen Faktor in einem anderen Kontext auch eine veränderte Rolle zukommen. Schüssler und Brunbauer (2011, S. 296) stellen das folgendermaßen dar:

»Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können in einem Fall die Erkrankung ursächlich bedingen, in einem anderen Fall den Verlauf der Erkrankung bestimmen oder – als dritte Möglichkeit – als Folge der individuellen psychischen Erkrankung erscheinen.«

Wittchen und Hoyer (2011) stellen auf dieser Grundlage ein **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** vor, das das Zusammenspiel aller Faktoren und die Möglichkeit der unterschiedlichen Bedeutung deutlich machen soll. Das Modell geht von unterschiedlichen Bereichen aus, die zueinander in Wechselwirkung stehen. Jede Person durchläuft ihre individuelle Sozialisation, und so sind alle Bereiche durch diese unterschiedliche Sozialisation geprägt, die sich auf der Grundlage der biologisch-genetisch vorgegebenen Entwicklungsgrundlage vollzieht:

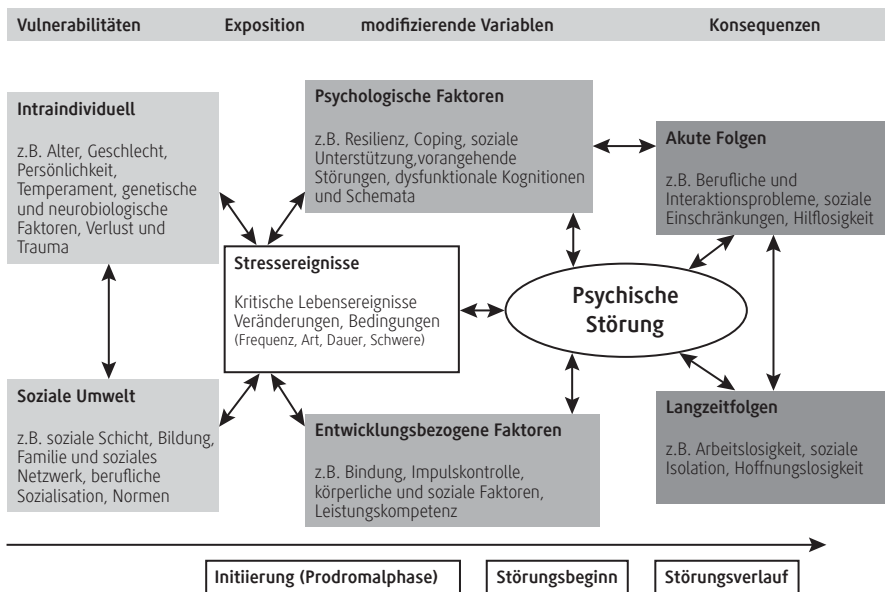


Abb. 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen und Hoyer, 2011, S. 21, eigene Bearbeitung)

Die zentralen Komponenten dieses Modells werden im folgenden Abschnitt erläutert:

Unter *Vulnerabilität* wird eine Anfälligkeit verstanden, die sich darauf bezieht, wie Individuen auf der psychologischen, biologischen und sozialen Ebene reagieren, wenn sie einer entsprechenden Belastung ausgesetzt sind. Vulnerabilität alleine führt nicht zur Störung, es ist die Kombination mit einem entsprechenden Auslöser, die zum Ausbruch einer Störung beiträgt (ebd.). Vulnerabilität kann genetisch beeinflusst, erworben oder erlernt sein, auch eine Kombination dieser drei ursächlichen Bedingungen muss in Betracht gezogen werden. Diese Sichtweise wird von Petermann (2008) als interaktionistische Sichtweise bezeichnet, da man davon ausgeht, dass die Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen wie auch die Entstehung von psychischen Störungen auf eine Wechselwirkung von angeborenen und umweltbezogenen Faktoren zurück geht. Vielfältige Beispiele dafür finden sich in den nachfolgenden störungsbezogenen Kapiteln.

Der Begriff *Stress* meint in diesem Zusammenhang alle Anforderungssituationen auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene an eine Person, die eine Anpassungsreaktion hervorrufen. Sie können die Bandbreite von einfachen Alltagssituationen bis zu traumatischen Ereignissen umfassen. Im abgebildeten Modell sind einige »Stressereignisse« beispielhaft genannt. Deren

Bedeutung und Auswirkung wiederum sind u. a. von Vulnerabilitäten, dem Entwicklungsstadium einer Person sowie von Bewältigungsstrategien und der individuellen Resilienz abhängig (Wittchen und Hoyer, 2011).

Unter *Resilienz* wird die Fähigkeit einer Person verstanden, sich trotz des Vorhandenseins von extremen Belastungsfaktoren und ungünstigen Lebensumständen positiv zu entwickeln. Das bedeutet, dass Kinder trotz erhöhter Vulnerabilität und dem Vorhandensein von Risikofaktoren nicht notwendigerweise eine psychische Auffälligkeit oder psychische Störung entwickeln.

In Zusammenhang mit diesem Begriff werden so genannte Risiko- und Schutzfaktoren diskutiert. Unter *Risikofaktor* wird eine bestimmte Bedingung verstanden, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung erhöht (Blanz et al., 2006). Im Gegensatz dazu stehen die *Schutzfaktoren*, die trotz vorhandener Risikofaktoren eine normale Entwicklung begünstigen (ebd.).

1.5 Risiko- und Schutzfaktoren

Die psychische Entwicklung von Kindern und in diesem Zusammenhang auch die Entstehung und der Verlauf von psychischen Störungen werden von vielen *Risiko- und Schutzfaktoren* beeinflusst. Blanz et al. (2006) unterscheiden zwischen biologischen und ökologischen, psychologischen und psychosozialen Risiken.

Biologische Risiken können genetisch bedingt oder vorgeburtlich bzw. in der frühen Kindheit erworben sein, wie bspw. Komplikationen während der Geburt, Frühgeburtlichkeit oder Nikotinmissbrauch während der Schwangerschaft.

Zu den *psychologischen Risiken* zählen bspw. manche Temperamentsmerkmale, Persönlichkeitseigenschaften und Intelligenzstatus.

Die *psychosozialen Risiken* können u. a. familiärer Art (z. B. Scheidung, soziale Schichtzugehörigkeit, familiäre Beziehungs- und Interaktionsmuster) und peergruppenabhängig (ungünstige Beeinflussung durch Gleichaltrige z. B. durch gesteigerten Alkoholkonsum) sein.

Blanz et al. (2006) weisen in diesem Zusammenhang auf die Risiko-Akkumulation hin: Verschiedene Studien besagen, dass das Risiko mit der Summe der vorliegenden Risikofaktoren steigt und bspw. das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, sich mit dem Vorliegen von zwei Risikofaktoren verdoppelt. Beim Vorliegen von drei oder mehr Faktoren konnte sogar eine Verdreifachung des Risikos festgestellt werden.

Nicht alle Kinder, die Risiken ausgesetzt sind, entwickeln im Laufe ihres Lebens eine psychische Krankheit, und deshalb wurde das Konzept der Risikofaktoren um das der Schutzfaktoren ergänzt (ebd.).

Petermann und Resch (2008, S. 54) definieren Schutzfaktoren wie folgt: »Schutzfaktoren bestehen schon vor dem Auftreten der Störung und werden durch das Auftreten von Risikofaktoren aktiv, indem sie deren Wirkung abmildern oder aufheben.« Zu den Schutzfaktoren zählen personale Ressourcen wie bspw. ein positives Selbstbild und Temperament, Intelligenz und soziale Ressourcen wie bspw. vertrauensvolle Beziehungen innerhalb der Familie oder zu anderen Bezugspersonen und unterstützende Systeme (z. B. Schule oder Kirche).

»Coping oder Handlungskompetenz beschreibt das Ausmaß, in dem Personen mit Schwierigkeiten und stressreichen Lebensereignissen fertig werden und sie bewältigen« (Wittchen und Hoyer, 2011). Auch Copingstrategien sind abhängig von der Situation und der individuellen Vulnerabilität.

Bei der Betrachtung solcher Modelle soll nicht der Eindruck entstehen, dass sich die Entstehung oder der Verlauf von psychischen Störungen vollständig erklären lassen. Ein Modell erhebt nicht den Anspruch, »alle relevanten Befunde widerspruchsfrei einzuordnen und entsprechende wissenschaftlich begründete Interventionen abzuleiten« (ebd., S. 23). Für die Identifikation einzelner biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren, die die Entstehung von Entwicklungsabweichungen begünstigen, bedarf es aber vor allem umfassender Längsschnittstudien (Petermann, Petermann und Damm, 2008).

Literatur

- Baumann, U. & Perrez, M. (2011). Grundbegriffe – Einleitung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Petermann, F. (2008). Grundbegriffe und Konzepte der Klinischen Kinderpsychologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U., Petermann, F. & Damm, U. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 243–253.
- Petermann, F. & Resch, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

- Renneberg, B., Heidenreich, T. & Noyon, A. (2009). *Einführung Klinische Psychologie*. München: Reinhardt.
- Schüssler, G. & Brunnauer, A. (2011). Psychologische Grundlagen psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Band 2: Spezielle Psychiatrie*. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definition, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen, J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

2

Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Simone Gebhard

2.1 Klassifikation und aktuelle Klassifikationssysteme

Um die Kommunikation zu erleichtern und dem Bedürfnis nach Einteilung und Identifikation psychischer Störungen Rechnung zu tragen, haben sich Experten auf Klassifikationssysteme verständigt, die die Grundlage für die Indikationsstellung und Behandlung bieten. Für eine wissenschaftliche Erforschung von psychischen Störungen ist die Existenz solcher Systeme eine unabdingbare Voraussetzung.

Aktuell existieren für die Klassifikation psychischer Störungen zwei unterschiedliche Systeme, die kompatibel sind und sich in ihren Kriterien nicht sehr stark unterscheiden. Beide Klassifikationssysteme nehmen eine kategoriale Klassifikation vor und versuchen theoriefrei zu sein, d. h. dass keine nosologische¹

1 Nosologie = Krankheitslehre

Einteilung erfolgen soll, sondern psychische Störungen als klar voneinander abgrenzbare und unterscheidbare Krankheits- und Störungseinheiten beschrieben werden. Generell beziehen sich die Kriterien für eine Diagnose gemäß Döpfner (2008a, S. 30)

»immer auf das Vorliegen von Symptomen, wobei häufig aus einer Liste von mehreren Symptomen eine bestimmte Mindestanzahl von Symptomen vorhanden sein muss; häufig auf das Zusatzkriterium der klinischen Bedeutsamkeit; zusätzlich zum Vorliegen von Symptomen verlangt es, dass die Störung ein deutliches Leiden oder eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursacht; häufig auf Ausschlusskriterien, die nicht zutreffen dürfen, da in solchen Fällen eine andere Störung diagnostiziert wird; diese Kriterien dienen also der differenzialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber anderen Störungen; teilweise auf den Beginn oder den Verlauf der Symptomatik; selten auf ätiologische Faktoren, die zur Entwicklung der Symptomatik beitragen.«

Das **ICD** (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) ist das Klassifikations- und Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), liegt seit 1996 in der zehnten Auflage vor (ICD-10) und wird in klinischen Kontexten und der Krankenhausdokumentation eingesetzt.

Das **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual) ist das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA), das auf empirischen Daten basiert und in der Forschung eingesetzt wird. Das DSM liegt aktuell in einer vierten textrevidierten Fassung (DSM-VI-TR) vor und enthält ausführlichere Informationen zu den einzelnen Störungsbildern. Es wird voraussichtlich im Mai 2013 vom DSM-V abgelöst (APA, 2012).

In der ICD-10 sind die psychischen Störungen zu insgesamt neun Hauptgruppen zusammengefasst. Die beiden Hauptkategorien F8 und F9 beinhalten Störungen, die »typischerweise im Kindes- und Jugendalter beginnen« (Döpfner, 2008a, S. 31). Auch Störungsbilder aus den anderen Kategorien sind auf das Kindes- und Jugendalter übertragbar, wie es bspw. auf die Essstörungen oder die Depression zutrifft, die beide im vorliegenden Band aufgegriffen werden.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) nach ICD-10 und entsprechende DSM-IV-TR-Kategorien² (ebd., S. 33ff.). Die kurz gedruckt Störungsbilder werden u. a. in den störungsbezogenen Kapiteln im vorliegenden Band thematisiert:

² ICD-10-Kategorie Fxx.8 und Fxx.9 wurden nicht in die Tabelle aufgenommen

Code ICD-10	ICD-10-Bezeichnung	DSM-IV-TR-Bezeichnung
F90	<i>Hyperkinetische Störung</i>	<i>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</i>
F90.0	<i>Einfach Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung</i>	<i>ADHS-Mischtyp</i>
	–	<i>ADHS-vorwiegend unaufmerksamer Typ</i>
	–	<i>ADHS-vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ</i>
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	(Mehrfachdiagnosen notwendig)
F91	<i>Störung des Sozialverhaltens</i>	
F91.1	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	–
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	–
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	–
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	(Mehrfachdiagnosen notwendig)
F93	Emotionale Störung des Kindesalters	(unter: andere Störungen im Kleinkindalter oder Adoleszenz)
F93.0	<i>Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters</i>	<i>Störung mit Trennungsangst</i>
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F40.2 <i>spezifische Phobie</i>)
F93.2	<i>Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters</i>	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F40.1 soziale Phobie)
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterivalität	–
F93.80	Generalisierte Angststörung des Kindesalters	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F41.1 generalisierte Angststörung)

Code ICD-10	ICD-10-Bezeichnung	DSM-IV-TR-Bezeichnung
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
F94.0	Elektrischer Mutismus	Selektiver Mutismus
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit/gehemmter Typus
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit/ungehemmter Typus
F95	Ticstörungen	
F95.0	Vorübergehende Ticstörung	Vorübergehende Ticstörung
F95.1	Chronische, motorische oder vokale Ticstörung	Chronische, motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)	Tourette-Störung
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und frühen Jugend	
F98.0	Enuresis	
F98.1	Enkopresis	Enkopresis (ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz)
F98.2	Fütterstörung im Kindesalter	Fütterstörung im Säuglings- oder Kindesalter
	–	Ruminationsstörung
F98.3	Pica im Kindesalter	Pica
F98.4	Stereotype Bewegungsstörung	
F98.5	Stottern	
F98.6	Poltern	

In den neuen Ausgaben dieser beiden Klassifikationssysteme werden einige Änderungen vorgenommen, die noch nicht endgültig beschlossen, aber schon in Grundzügen absehbar sind. Das DSM-V wird voraussichtlich im Mai 2013 erscheinen und die ICD-11 soll im Mai 2015 folgen (APA, 2012). Die störungsbezogenen Kapitel enthalten z. T. Hinweise, wenn Änderungen (unter Vorbehalt) absehbar sind.