

Goodman ■ Scott

3. Auflage



Kinder- und Jugendpsychiatrie

Neu übersetzt und bearbeitet von Christian Bachmann

Robert Goodman ■ Stephen Scott

Kinder- und Jugendpsychiatrie

3. Auflage

This page intentionally left blank

Robert Goodman ■ Stephen Scott

Kinder- und Jugendpsychiatrie

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

Neu übersetzt und bearbeitet von
Christian Bachmann

Mit 20 Abbildungen und 16 Tabellen

Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian Bachmann

www.christian-bachmann.info



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback
oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Englische Originalausgabe: Robert Goodman, Stephen Scott: Child and Adolescent Psychiatry, 3rd edition
© 2012 by Wiley-Blackwell

Übersetzt und bearbeitet von Prof. Dr. Dr. Christian Bachmann

Diese Auflage wurde publiziert in Absprache mit Wiley-Blackwell, Oxford

All rights reserved. Authorized translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Schattauer GmbH and is not the responsibility of John Wiley Sons Limited. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, John Wiley and Sons Limited.

© 2016 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dr. Thomas Rosky, München

Projektleitung: Dr. Nadja Urbani

Umschlagabbildung: © Helena Wierzbicki: Portrait of a little girl

Autorenfoto C. Bachmann © Mirjam Klein

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6974-8

ISBN 978-3-7945-3149-3

Wir widmen dieses Buch allen Kindern und Eltern,
besonders unseren eigenen.

This page intentionally left blank

Vorwort zur deutschen Ausgabe

Zum ersten Mal haben sich meine Wege und die dieses Buches gekreuzt, als ich als Assistenzarzt in der Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig war. Schon damals fiel mir auf: Dieses Buch ist ein exzellentes und dazu auch noch hervorragend kompaktes Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierbei – und bei häufigem Weiterempfehlen des Buches – blieb es zunächst.

Nun, ein Jahrzehnt später, habe ich gerne die Chance ergriffen, die aktuelle Ausgabe des Goodman/Scott ins Deutsche zu übertragen. Ermöglicht haben dies im Wesentlichen drei Faktoren: der Ansporn meines Kollegen Thomas Lempp aus Frankfurt, die große Offenheit des Schattauer Verlages für dieses Projekt und ein längerer Forschungsaufenthalt am Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (IoPPN) in London, der mir den benötigten zeitlichen Freiraum für dieses Vorhaben gab.

Die Übertragung der 3. Auflage des Goodman/Scott ins Deutsche wurde dadurch erschwert, dass kurz nach dem Erscheinen der englischen Ausgabe (2012) das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV-TR aus dem Jahr 2000 durch die Folgeversion DSM-5 abgelöst wurde. Was bedeutet das? Während ICD-10 und DSM-IV-TR auf sehr ähnlichen Konzepten fußten und sich daher in großen Teilen ähnelten, wurde im DSM-5 eine konzeptuelle Neuausrichtung vorgenommen und auch einige neue Störungsbilder wie z. B. die „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“ eingeführt. Um die deutsche Fassung möglichst aktuell zu halten, wurden alle Verweise auf das DSM entsprechend aktualisiert und bei Störungsbildern, bei denen sich die diagnostischen oder konzeptuellen Kriterien von DSM-IV-TR und DSM-5 deutlich unterscheiden, auch kleinere inhaltliche Anpassungen vorgenommen. Die Literaturhinweise am Ende der Kapitel wurden durch Verweise auf deutschsprachige Übersichtsarbeiten ergänzt, in einzelnen Fällen wurden auch neue englischsprachige Arbeiten hinzugefügt.

Frau Petra Mülker und Frau Nadja Urbani vom Schattauer Verlag danke ich für die stets angenehm unkomplizierte Unterstützung bei der Realisierung der deutschen Ausgabe, und Herrn Thomas Rosky danke ich für ein zügiges und sehr konstruktives Lektorat. Meinem Vater Hannsjörg Bachmann danke ich für tatkräftige Unterstützung zur Verbesserung der Lesbarkeit des deutschen Textes.

Darüber hinaus habe ich dem Springer-Verlag in Person von Frau Renate Scheddin für die sehr kollegiale, unentgeltliche Überlassung der Dateien der 2. deutschen Auflage als Basis für meine Übersetzung zu danken.

Des Weiteren danke ich meinen Zimmernachbarn am IoPPN, Stephen Scott und Robert Goodman, für ihre freundliche und konstruktive Unterstützung bei der Übersetzung dieses Buches und insbesondere für ihr persönliches Vorbild, wie eine fruchtbare und wertschätzende Balance zwischen Klinik und Wissenschaft aussehen kann.

Abschließend bleibt mir nur, diesem Buch auch im deutschen Sprachraum eine weite Verbreitung zu wünschen und hierdurch das faszinierende Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie vielen Interessierten näherzubringen.

London, All Saints' Day 2015

Christian Bachmann

Vorwort zur englischen Ausgabe

Angesichts der Tatsache, dass dieses Buch für viele unserer Leser das einzige zu diesem Thema sein wird, haben wir uns bemüht, direkt zum Wesentlichen des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kommen. Unser Anliegen hierbei war es, knapp, klar, praktisch, reflektiert, aktuell, wissenschaftlich exakt, klinisch fundiert und prüfungsrelevant zu sein. Die äußerst positive Resonanz auf die ersten beiden Auflagen dieses Buches sowohl von in Ausbildung befindlichen als auch von erfahrenen Kollegen aus unterschiedlichen Fächern hat uns sehr ermutigt. Wir haben dem Buch einen neuen Titel gegeben: Statt „Kinderpsychiatrie“ heißt es nun „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Die beiden vorigen Auflagen umfassten thematisch bereits Kinder und Jugendliche, wir haben nun den Teil zu Jugendlichen weiter ausgebaut, mit neuen Kapiteln zu bipolaren Störungen, Schizophrenie, Essstörungen und Substanzmissbrauch. Ebenso wurden die bestehenden Kapitel aktualisiert.

Die Kapitel sind in vier Abschnitten angeordnet: Teil I ist die Einführung mit den Themen Untersuchung, Klassifikation und Epidemiologie, in Teil II werden alle wichtigen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder besprochen, Teil III befasst sich mit den wichtigsten Risikofaktoren für solche Störungen, und in Teil IV werden die wichtigsten Behandlungsverfahren dargestellt.

Jedes Kapitel behandelt die wichtigsten Fakten, Konzepte und Entwicklungsfelder zum jeweiligen Thema unter Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse, aber auch klinischer Erfahrungswerte.

Wir haben das große Glück, an einem der weltweit führenden Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit vielen extrem begabten Kollegen aus Klinik und Forschung zusammenzuarbeiten. Wir hoffen, dass dieses Buch etwas von der Begeisterung ausstrahlt, die man empfindet, wenn man an vorderster Front eines Fachs arbeitet, das zunehmend von den Fortschritten so unterschiedlicher Disziplinen wie Entwicklungspsychologie, Neurobiologie, Genetik, sozialer Anthropologie, Linguistik und Ethologie profitiert. Als klinisch tätigen Ärzten war es uns aber ebenso ein Anliegen, dass dieses Buch nicht nur Theorie enthält, sondern auch zeigt, was es heißt, praktisch mit Kindern, Jugendlichen und Familien zu tun zu haben.

Jeder gute Kliniker muss nicht nur über störungsspezifisches Wissen verfügen, sondern auch praktische Fähigkeiten beherrschen. Das Buch enthält deshalb eine Vielzahl praktischer Tipps zu Untersuchung und Therapie.

Um das Buch möglichst lesbar zu machen, haben wir auf störende Literaturangaben im Text verzichtet. Stattdessen finden sich am Ende jedes Kapitels Hinweise zum Weiterlesen, die einen leichten Zugang zur aktuellen Literatur ermöglichen. In vielen Fällen verweisen wir auch auf ein oder mehrere Kapitel aus *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry*, einer hervorragenden Quelle für detaillierte Informationen und weiterführende Literaturverweise. Zusätzlich

empfehlen wir neuere Artikel aus wissenschaftlichen Journals sowie Fachbücher.

Beim Verfassen dieses Buches hatten wir verschiedene Gruppen von Lesern vor Augen: Für Weiterbildungsassistenten in den Fächern Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin soll es eine praktische, leicht zugängliche Einführung in die Thematik sein, wenn sie es zum ersten Mal mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Für sie ist dieses Buch auch als praktische Informationsquelle für die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im konkreten Einzelfall sowie als Lehrbuch zur Vorbereitung auf Prüfungen bzw. Examina gedacht. Für Berufsanfänger anderer Fachrichtungen (Psychologie, Krankenpflege, Sozialarbeit, Pädagogik) soll dieses Buch zum einen ihren Wissensbedarf in der Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen decken und ihnen zum anderen helfen, im Rahmen interdisziplinärer Fallarbeit auch Verständnis für die kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive zu gewinnen. Den erfahrenen Fachleuten verschiedener Disziplinen schließlich ermöglicht dieses Buch, sich mit wenig Aufwand auf dem neuesten Stand zu halten, und es kann ihnen als praktische Quellensammlung zur Vorbereitung von Lehrveranstaltungen und als Nachschlagewerk dienen.

Allen Lesern steht eine auf das Buch abgestimmte Website (goodmanscott-childpsychiatry.com) mit über 200 englischsprachigen Multiple-Choice-Fragen (und Antworten) zum Themenbereich „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ zur Verfügung. Die Fragen sind für Ärzte in Weiterbildung, die sich auf eine Facharztprüfung vorbereiten, ebenso wie für andere Leser, die ihr Wissen gerne mit solchen Fragen festigen, ausgelegt. Die Multiple-Choice-Fragen haben die Fragen der Aufnahmeprüfung zu den verschiedenen *Royal Colleges* [ärztliche Fachgesellschaften in Großbritannien; Anm. d. Übers.] zum Vorbild, mit besonderem Schwerpunkt auf typischen Prüfungsthemen.

Dieses Buch hat durch die Kommentare und Anregungen vieler Kollegen und Berufsanfänger unterschiedlichster Disziplinen sehr gewonnen – ihnen allen sind wir sehr dankbar. Uns liegt sehr daran, dieses Buch noch weiter zu verbessern. Dabei setzen wir auf die Unterstützung unserer Leser – bitte teilen Sie uns mit, was Ihnen gefallen hat und wo Sie Änderungsbedarf sehen. Wo sollen wir kürzen und was soll ausführlicher sein? Wie können wir den Nutzen dieses Buches für unsere Leser noch vergrößern? Wir erhoffen uns, dass zukünftige Leser von diesen Hinweisen profitieren und, durch sie, in der Folge auch psychisch auffällige Kinder, Jugendliche und ihre Familien.

London

Robert Goodman
Stephen Scott

Geleitwort zur 1. Auflage

Dieses Buch ist ein einzigartiges Juwel und die beste Einführung in die Kinderpsychiatrie, die jemals geschrieben wurde. Es ist prägnant, sehr gut lesbar und in seinen Ausführungen zu Diagnostik, Therapie und Konzepten kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder ungemein praxisnah. Bei den meisten Lehrbüchern dieser Art wird die Praxistauglichkeit durch einen Mangel an wissenschaftlicher Exaktheit erkaufte; dieses hervorragende Buch zeigt, dass dieser Preis nicht bezahlt werden muss. Die in diesem Buch komprimierten Forschungsergebnisse sind hochaktuell, und das Buch vermittelt interessant und klar, wie die heutige klinische Praxis von den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung geprägt wird. Die zugrunde liegenden Forschungsarbeiten werden (verständlicherweise) nicht im Detail beschrieben, aber eine wissenschaftliche Neugier durchzieht das gesamte Buch.

Die kurz gehaltenen Literaturhinweise enthalten eine gute Auswahl wichtiger Übersichtsarbeiten bzw. -kapitel, sodass der Leser sowohl sein Wissen erweitern als auch die zugrunde liegenden Studien selbst beurteilen kann. Die im Buch dargestellten Studien sind als diejenigen mit der aktuell größten klinischen Relevanz aus der Masse der bestehenden Forschungsliteratur bemerkenswert gut ausgewählt worden. Es würde mich überraschen, wenn die Lektüre dieses Buches nicht die meisten Leser zum Weiterlesen anregen würde. Ich bin aber ebenso sicher, dass sie erstaunt feststellen werden, dass nahezu alles Wichtige bereits in diesem Buch sorgfältig behandelt wurde – eine Meisterleistung!

Beide Autoren sind erfahrene Kliniker, und die Fülle ihres klinischen Wissens, gepaart mit einem Sensus für klinische Fragestellungen und die Bedürfnisse von Patienten, wird auf jeder Seite des Buches deutlich. Das Buch behandelt alle wichtigen psychiatrischen Störungen und tut dies in einer unverwechselbaren Art und Weise, die sich in vierfacher Hinsicht zeigt. Zunächst einmal bietet das Buch sowohl in Kapitel 1 („Untersuchung“) als auch in den Kapiteln zu den verschiedenen Therapieformen eine sehr hilfreiche und konkrete Anleitung zum praktischen Vorgehen. Die Darstellung, was Ärzte und Psychologen bei den zur diagnostischen Abklärung nötigen Fragen bedenken sollten, ist hier trotz (oder gerade wegen) ihrer Kürze meisterhaft. Zweitens enthält das Buch eine besonders aufschlussreiche Darstellung der verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren sowie deren möglichen Wirkmechanismen. Drittens ist bei allen klinischen Störungsbildern eine klar entwicklungspsychiatrische Sichtweise zu erkennen, die durch Überlegungen zum Verhältnis zwischen offensichtlichen Störungen und Varianten der normalen Entwicklung ergänzt wird. Viertens ist das Buch so aufgebaut, dass es zur Prüfungsvorberei-

tung maximal hilfreich ist. Es ist bemerkenswert, dass dies ohne den wenig hilfreichen und unnötigen Dogmatismus erreicht wird, der ein Manko so vieler Lehrbücher ist.

Das Einzige, was ich bedauere, ist, dass ich dieses hervorragende Buch nicht selbst geschrieben habe!

Professor Sir Michael Rutter

Geleitwort zur 3. Auflage

In der neuen, hervorragend gelungenen 3. Auflage dieses Buches sind alle Stärken der Vorgängerauflagen enthalten. Darüber hinaus enthält diese Ausgabe neben den auf den aktuellsten Stand gebrachten bisherigen Inhalten auch neue Kapitel zu psychischen Störungen des Jugendalters.

Das Erscheinen dieses Buches fällt in eine Zeit, in der das DSM-5 und die ICD-11, die neuen Versionen der Klassifikationssysteme der American Psychiatric Association und der World Health Organisation, abschließend überarbeitet werden. Den Autoren ist es hoch anzurechnen, dass sie hierauf geschickt eingegangen sind, indem sie Themen, Konzepte, Forschungsergebnisse und klinische Fragestellungen so darstellen, dass die großen Linien sichtbar werden, ohne sich in Details zu verlieren.

Wie auch in den beiden vorherigen Auflagen findet sich in diesem Buch wieder eine gekonnte Integration von klinischer Praxis und wissenschaftlichen Befunden. Die Hauptzielgruppe dieses Buches sind sicherlich klinisch tätige Ärzte und Psychologen, aber auch Wissenschaftler werden feststellen, dass sie über die Grenzen ihres eigenen Forschungsgebietes hinaus noch vieles über andere Forschungsfelder lernen können.

Zudem ist dieses Buch einfach sehr interessant zu lesen. Es ist ein bisschen so, als ob man einen der hervorragenden Dokumentarfilme von David Attenborough schaut: Man fühlt sich zu keinem Zeitpunkt belehrt, ist aber jederzeit mit Interesse dabei und lernt schlussendlich währenddessen eine ganze Menge.

Der Leser wird in diesem Buch keine rein dogmatischen Behauptungen finden, die am Ende nicht durch Evidenz gestützt sind. Die am Ende jedes Kapitels angegebenen Texte zum Weiterlesen sind für den Leser eine einfache Möglichkeit, bei Interesse tiefer ins Detail zu gehen, wenngleich das Buch hiervon schon eine große Anzahl enthält.

Für alle diejenigen, denen an einer leicht zugänglichen Einführung in das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie gelegen ist oder die sich auf dem neuesten Stand von Forschung und klinischer Praxis halten wollen, gibt es einfach kein besseres Lehrbuch.

Professor Sir Michael Rutter
Honorary Director
MRC Child Psychiatry Unit,
Institute of Psychiatry

This page intentionally left blank

Inhalt

I.	Untersuchung, Klassifikation und Epidemiologie	1
1	Untersuchung	3
2	Klassifikation	27
3	Epidemiologie	38
II.	Kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder	53
4	Autismus	55
5	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	69
6	Störungen des Sozialverhaltens	80
7	Jugendkriminalität	98
8	Schulverweigerung	110
9	Angststörungen	117
10	Depression	125
11	Manie und bipolare Störung	133
12	Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten	141
13	Belastungs- und Anpassungsstörungen	149
14	Zwangsstörungen	158
15	Tic-Störungen	164
16	Selektiver Mutismus	169
17	Bindungsstörungen	174
18	Einnässen	181
19	Einkoten	191
20	Schlafstörungen	196
21	Psychosomatik	206
22	Psychische Auffälligkeiten im Kleinkindalter	219
23	Grundsätzliches zu Adoleszenz und typischen Störungsbildern des Jugendalters	224
24	Schizophrenie	231

25	Essstörungen	238
26	Substanzkonsum und -missbrauch	244
27	Misshandlung und Missbrauch	251

III. Risikofaktoren 271

28	Intelligenzminderung	273
29	Hirnfunktionsstörungen	285
30	Sprech- und Sprachstörungen	291
31	Schwierigkeiten beim Lesen	298
32	Unsicheres Bindungsverhalten	308
33	Gene und Umwelt	321
34	Schwierige Situationen bewältigen („Coping“)	336
35	Schule und Gleichaltrige	348

IV. Therapie 355

36	Grundprinzipien der Therapie	357
37	Prävention	368
38	Pharmakotherapie	378
39	Verhaltenstherapie	390
40	Kognitive, Interpersonelle und weitere individuumszentrierte Therapieverfahren	401
41	Familientherapie und Systemische Therapie	411
42	Kinder und Jugendliche in Pflege- und Adoptivfamilien	422
43	Aufbau und Organisation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsstrukturen	433

V. Anhang 445

Sachverzeichnis	447
-----------------------	-----

I. Untersuchung, Klassifikation und Epidemiologie

This page intentionally left blank

1 Untersuchung

Für den Anfänger kann die vollständige psychiatrische Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen rasch zu einer langen und ermüdenden Liste von Punkten werden, die abgehandelt und beobachtet werden müssen. Dies kann leicht zu einer unerfreulichen Erfahrung für alle Beteiligten werden. Es ist deshalb deutlich besser, mit einer klaren Vorstellung von den Untersuchungszielen zu beginnen und diese dann flexibel zu verfolgen. Die Untersuchungsziele und die Untersuchungsmethodik sind zwei komplett unterschiedliche Dinge. Der erste Teil dieses Kapitels behandelt deshalb die Untersuchungsziele, während die zweite Hälfte des Kapitels sich mit dem methodischen Vorgehen bei der Untersuchung befasst und hierzu einige praktische Tips gibt, die auch einen Vorschlag zum Ablauf der Untersuchung enthalten.

1.1 Fünf Schlüsselfragen

Die Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen orientiert sich an fünf Schlüsselfragen, die in dem unten stehenden Kasten aufgelistet sind und durch das Kürzel SARSE leicht im Gedächtnis zu behalten sind. Die Untersuchung dient gleichzeitig auch dazu, die Familie für eine Mitarbeit zu gewinnen und eine gute Grundlage für die weitere Behandlung zu legen. Es spricht einiges dafür, bereits beim ersten Termin eine möglichst vollständige Untersuchung durchzuführen – vorausgesetzt, dies führt nicht zu einer Anamneseerhebung in Höchstgeschwindigkeit, die es der Familie verleidet, wiederzukommen. Solange man die Familie für eine gemeinsame Zusammenarbeit gewinnt, ist es kein Drama, wenn die Untersuchung nach dem ersten Termin noch nicht abgeschlossen ist – vorausgesetzt, man merkt sich die offenen Punkte und vervollständigt sie bei den folgenden Terminen. Überhaupt sollte man alle Untersuchungsergebnisse eher als etwas Vorläufiges auffassen, aus dem sich Arbeitshypothesen ableiten lassen, die im weiteren Verlauf immer wieder aktualisiert und korrigiert werden müssen. Ebenso wie es ein Fehler wäre, ohne eine vernünftige Diagnostik mit der Behandlung zu beginnen, ist es auch ein Fehler, zu vergessen, ggf. im Behandlungsverlauf die diagnostische Einschätzung zu revidieren. Wenn eine Behandlung keinen Erfolg zeigt, sollte eine erneute diagnostische Abklärung erwogen werden.

- Symptome: Was für eine Problematik liegt vor?
- Auswirkungen: Was für ein Ausmaß an Belastung oder Beeinträchtigung wird durch die Problematik verursacht?
- Risikofaktoren: Welche Faktoren haben die Problematik ausgelöst bzw. erhalten sie aufrecht?
- Stärken: Was für Ressourcen stehen zur Bearbeitung der Problematik zur Verfügung?

- Erklärungsmodell: Was für Vorstellungen, Meinungen und Erwartungen bringt die Familie mit?

Obwohl Kinder- und Jugendpsychiater es mit sehr unterschiedlichen Untersuchungssituationen und -fragestellungen zu tun haben, passen diese fünf Schlüsselfragen nahezu immer, wenngleich mit Variationen im Vorgehen und in der Gewichtung. In diesem Kapitel geht es überwiegend darum, die bei einem Kind oder Jugendlichen vorliegende Problematik durch eine oder mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen zu erklären. Hiervon ausgehend kann dann eine umfassendere Konzeptualisierung des Falls erfolgen, die auch die Ätiologie, Prognose und ein Behandlungskonzept umfasst. In einigen Fällen jedoch kann es angebracht sein, statt des vorgestellten Kindes oder Jugendlichen die Schwierigkeiten der Eltern bei der Erziehung ihres Kindes oder ein in seiner Gesamtheit gestörtes Familiensystem in den Mittelpunkt des Erklärungsmodells zu stellen.

1.1.1 Symptome

Den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Syndromen liegt eine Kombination von Symptomen aus folgenden vier Bereichen zugrunde: Emotionen, Verhalten, Entwicklung und Beziehungen. Wie bei jeder Faustregel gibt es hier auch Ausnahmen, von denen Schizophrenie und Anorexia nervosa die wichtigsten sind. Die vier Symptombereiche sind:

1. Emotionale Symptome
2. Verhaltensauffälligkeiten
3. Entwicklungsstörungen
4. Beziehungsschwierigkeiten

Die für Kinder- und Jugendpsychiater wichtigsten *emotionalen Symptome* sind denen bei Erwachsenen ähnlich, d. h., man fragt nach Ängsten, Befürchtungen (und auch nach daraus resultierendem Vermeidungsverhalten). Gefragt werden sollte auch nach Unglücklichsein und, falls relevant, nach damit verbundenen depressiven Merkmalen, d. h. Gefühlen der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, selbstverletzendem Verhalten, Interessenverlust (Anhedonie), Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und Antriebsmangel. Klassische Symptome einer Zwangsstörung können schon bei jungen Kindern und sogar bei Vorschulkindern vorhanden sein. Im Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie ist insbesondere an somatische Ausdrucksformen emotionaler Symptome zu denken. So sind z. B. montagsmorgens auftretende Bauchschmerzen weit offensichtlicher als die dahinterstehenden Schul- oder Trennungsängste.

Bei jüngeren Kindern sind die Angaben der Eltern die wichtigste Informationsquelle im Hinblick auf emotionale Symptome. Bei älteren Kindern und Jugendlichen gewinnen dann die von ihnen selbst gemachten Angaben zunehmend an Bedeutung. Überraschenderweise gehen die Angaben von Eltern und

Kindern hinsichtlich des Vorhandenseins emotionaler Symptome oft auseinander. Wenn eine solche Diskrepanz auftaucht, ist es teilweise recht klar, wem man eher glauben kann. Vielleicht haben die Eltern sehr detailliert und überzeugend eine Reihe von Situationen geschildert, in denen die Angst ihres Kindes vor Hunden zu Angstanfällen oder dem Abbruch eines Spaziergangs geführt hat. Die Aussage des Kindes hingegen, dass es vor nichts Angst habe, wirkt wie eine Kombination aus vorgegebener Tapferkeit und dem Wunsch, das Gespräch möglichst schnell hinter sich zu bringen. Andererseits kann eine Jugendliche sehr klar schildern, dass sie so starke Angst hat, dass dies ihren Schlaf und ihre Konzentration beeinträchtigt, obwohl die Eltern davon nichts mitbekommen haben, weil das Mädchen viel Zeit in seinem Zimmer verbringt und sich den Eltern nicht anvertraut. Es gibt aber auch Fälle, in denen es nicht so einfach zu entscheiden ist, wem man Glauben schenken kann. Hier ist es dann vielleicht vernünftiger, zu akzeptieren, dass es unterschiedliche Sichtweisen und nicht nur die eine Wahrheit gibt.

Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von Störungen des Sozialverhaltens sind in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sehr häufig. Die Befragung sollte sich hier auf drei Hauptbereiche des Verhaltens konzentrieren:

1. Aufsässiges Verhalten (oft verbunden mit leichter Reizbarkeit und Wutausbrüchen),
2. Aggressivität und Destruktivität sowie
3. antisoziales Verhalten, z. B. Stehlen, Feuer legen und Substanzmissbrauch.

Hier sind Auskünfte von Eltern und Lehrern meist die wichtigste Informationsquelle hinsichtlich der Verhaltensprobleme, obwohl manchmal auch die betroffenen Kinder und Jugendlichen von Missetaten berichten, von denen Lehrer und Eltern nichts wissen. Es hilft nur begrenzt weiter, die Kinder oder Jugendlichen zu ihrem eigenen ungebührlichen Verhalten zu befragen, da Kinder (ebenso wie Erwachsene) oft nur schwer zugeben können, dass sie sich unpassend oder störend verhalten oder leicht reizbar sind, auch wenn sie ähnliche Verhaltensmerkmale bei anderen gut einschätzen können.

Die Beurteilung von *Entwicklungsstörungen* kann für Untersucher, die selbst keine Kinder oder andere praktische Erfahrungen mit Kindern haben, besonders schwierig sein. Was bei Erwachsenen eine einfache Bewertung wäre, ist bei Kindern und Jugendlichen durch den Entwicklungsaspekt komplexer. Eine Analogie aus der körperlichen Untersuchung: Bei einem Erwachsenen ist eine Körpergröße von einem Meter als klein zu werten, wohingegen ein Kind mit einer Körpergröße von einem Meter klein, durchschnittlich oder groß sein kann. Es ist offensichtlich, dass die Bewertung vom Alter des Kindes abhängt. Hat man keine Perzentilenkurve zur Hand, kann man leicht übersehen, dass ein Kind für sein Alter zu groß oder zu klein ist. Im psychologischen Bereich ist dieses Problem noch ausgeprägter: Wie ist z. B. eine Aufmerksamkeitsspanne von fünf Minuten in verschiedenen Altersgruppen zu werten? Wie findet man heraus, ob die Sprachentwicklung eines Kindes für sein Alter weit überdurch-

schnittlich oder deutlich verzögert ist? Wie lange sollte ein fünfjähriges Kind stillsitzen können, ohne unruhig zu werden? Da hierzu kaum Normen verfügbar sind, wird man meist auf die Einschätzung erfahrener Kollegen zurückgreifen müssen, bis man selbst einen Blick dafür bekommt. Man sollte auch bedenken, dass erfahrene Eltern und Lehrer sich nur selten ohne guten Grund Sorgen um die Entwicklung eines Kindes machen.

Folgende Entwicklungsbereiche sind für die Kinder- und Jugendpsychiatrie von besonderer Bedeutung: Regulation von Aufmerksamkeit und Aktivität, Sprechen und Sprache, Spielverhalten, motorische Fähigkeiten, Blasen- und Mastdarmkontrolle sowie schulische Fertigkeiten (insbesondere Lesen, Schreiben und Rechnen). Zur Beurteilung des Funktionsniveaus eines Kindes oder Jugendlichen in diesen Bereichen kann man sowohl direkte Beobachtungen als auch die Berichte von Eltern und Lehrern heranziehen. Die Frage an die Eltern, wann ihr Kind die Meilensteine der Entwicklung erreicht hat, liefert Informationen zum Verlauf der bisherigen Entwicklung des Kindes.

Einzuschätzen, inwieweit Kinder und Jugendliche *Probleme in sozialen Beziehungen* haben, ist eine weitere Herausforderung, unter anderem, weil soziale Beziehungen von Kindern sich im Lauf der Entwicklung ändern. Zudem ist es nicht immer klar, ob die Probleme eines Kindes, mit anderen zurechtzukommen, an ihm selber oder an den anderen liegen. Ist z. B. ein Kind mit einer Zerebralparese nicht in der Lage, Freundschaften mit anderen Kindern zu schließen oder aufrechtzuhalten, stellt sich die Frage, inwieweit dies die fehlende soziale Kompetenz des Kindes widerspiegelt und in welchem Maß es die Vorurteile der anderen Kinder abbildet.

Die ausgeprägtesten Defizite in sozialen Beziehungen finden sich bei Autismus-Spektrum-Störungen. Im Allgemeinen kommen sie in einer der drei folgenden Formen zum Ausdruck:

1. eine distanzierte Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen als solchen,
2. eine lediglich passive Bereitschaft zur sozialen Interaktion, wenn andere die Initiative übernehmen und dem Kind sagen, was es machen soll und
3. ein unbeholfenes und wenig empathisches soziales Interesse, das andere durch seine Ungeschicktheit eher verprellt.

Enthemmtes Verhalten und ein Mangel an Zurückhaltung gegenüber Fremden stehen bei verschiedenen autistischen Störungen, ADHS und Bindungsstörungen im Vordergrund, finden sich aber auch bei bipolaren Störungen und nach schwerem bilateralen Hirntrauma. Das enthemmte Verhalten kann von einem nervigen und aufdringlichen Umgangsstil begleitet sein. In begrenztem Umfang können manche dieser Züge durchaus charmant erscheinen. Verbringt man einige Minuten mit einem solchen Kind, kann man zunächst durchaus zu der Einschätzung kommen, dass dieses Kind erfrischend frei oder offen oder etwas exzentrisch ist. Jedoch verfliegt dieser spezielle Charme im Allgemeinen nach einem etwas längeren Kontakt mit dem Kind, und bei der Anamneseerhe-

bung wird dann in der Regel deutlich, dass sein Verhalten schon nach kurzer Zeit für sein näheres Umfeld eine erhebliche Belastung darstellt.

Manche Kinder und Jugendliche haben mit fast jedem Menschen Schwierigkeiten, in Beziehung zu kommen, seien es Erwachsene oder Kinder, Fremde oder Freunde. Andere Kinder und Jugendliche haben Schwierigkeiten mit spezifischen Arten sozialer Beziehungen, z. B. mit Bindungen oder Freundschaften. Die Probleme können sich auch nur auf einen einzigen Menschen beziehen. So sind die meisten Kinder und Jugendlichen an eine recht kleine Anzahl von Hauptbezugspersonen spezifisch gebunden und die Qualität dieser Bindung – sicher, vermeidend, widerstrebend, desorganisiert – kann von Bindungsperson zu Bindungsperson variieren. So kann z. B. das Bindungsverhalten gegenüber der Hauptbezugsperson unsicher sein, aber gegenüber anderen Bezugspersonen sicher. Eine ähnliche Spezifität von Bindungen findet man in den Beziehungen zwischen Geschwistern.

Informationen über die sozialen Beziehungen eines Kindes oder Jugendlichen lassen sich aus verschiedenen Quellen gewinnen. Es kann sehr hilfreich sein, die familiäre Interaktion im Wartezimmer oder im Untersuchungsraum zu beobachten. Man sollte auch darauf achten, wie sich das Kind zum Untersucher während der körperlichen und psychiatrischen Untersuchung verhält. Verläuft der Untersuchungsgang weitgehend nach dem gleichen Muster, ist es auffallend, dass ein Kind durchgängig scheu und einsilbig ist, während ein anderes, genau so altes, den Untersucher wie seinen besten Freund begrüßt und auf seinen Schoß klettern möchte. Auch das, was man in einem anderen Kontext als Gegenübertragung bezeichnen würde, sollte beachtet werden: Fand man das Kind anstrengend? War man nach dem klinischen Interview ausgelaugt? Diese Wahrnehmungen sind oft wertvolle Hinweise auf die Gefühle, die dieses Kind bei anderen Menschen hervorruft. Die direkte Beobachtung wird durch die Anamnese ergänzt. Eltern können oft eine ganze Menge über die sozialen Beziehungen ihres Kindes seit frühester Kindheit berichten. Es kann auch hilfreich sein, den Bericht eines Lehrers einzuholen, um etwas über die Beziehungen zu Gleichaltrigen in der Schule zu erfahren. Es ist allerdings zu bedenken, dass Lehrer nicht immer über Probleme mit Mitschülern im Bilde sind, auch wenn diese beträchtlich sind (insbesondere wenn die Lehrer nicht regelmäßig auf dem Schulhof Aufsicht führen).

Symptome aus mehr als einem Symptombereich

Nur eine Minderheit kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten weist Symptome auf, die auf einen einzigen Bereich begrenzt sind, aber es gibt sie. So können Kinder mit einer Generalisierten Angststörung ausschließlich emotionale Symptome haben, Kinder mit einer isolierten Störung des Sozialverhaltens reine Verhaltensauffälligkeiten aufweisen und Kinder mit einer Bindungsstörung mit Enthemmung ausschließlich Beziehungsschwierigkeiten haben. Kinder mit isolierten Entwicklungsstörungen wie primärer Enuresis nocturna, rezeptiver

Sprachstörung oder Lese-Rechtschreib-Störung werden vom Kinder- und Jugendpsychiater gewöhnlich nur dann gesehen, wenn zusätzliche Symptome existieren. Allerdings kann auch bei Kindern mit ADHS ganz überwiegend eine Entwicklungsverzögerung hinsichtlich der Regulation von Aufmerksamkeit und Aktivität vorliegen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen, die bei einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt werden, haben Symptome aus zwei oder mehr Bereichen. Beispielsweise zeigen Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens vielfach auch internalisierende Symptome, Schwierigkeiten in Beziehungen mit Gleichaltrigen und Entwicklungsstörungen wie eine Lese-Rechtschreib-Störung oder ADHS (siehe Abb. 1-1).

Autismus-Spektrum-Störungen sind ein weiteres Beispiel für eine Störung mit Symptomen aus vielfältigen Bereichen. Die Kernsymptome von Autismus-Spektrum-Störungen liegen in zwei Bereichen (Beziehungsstörungen und Entwicklungsstörungen), in denen sich charakteristische Muster zeigen. Zusätzlich zeigen Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen

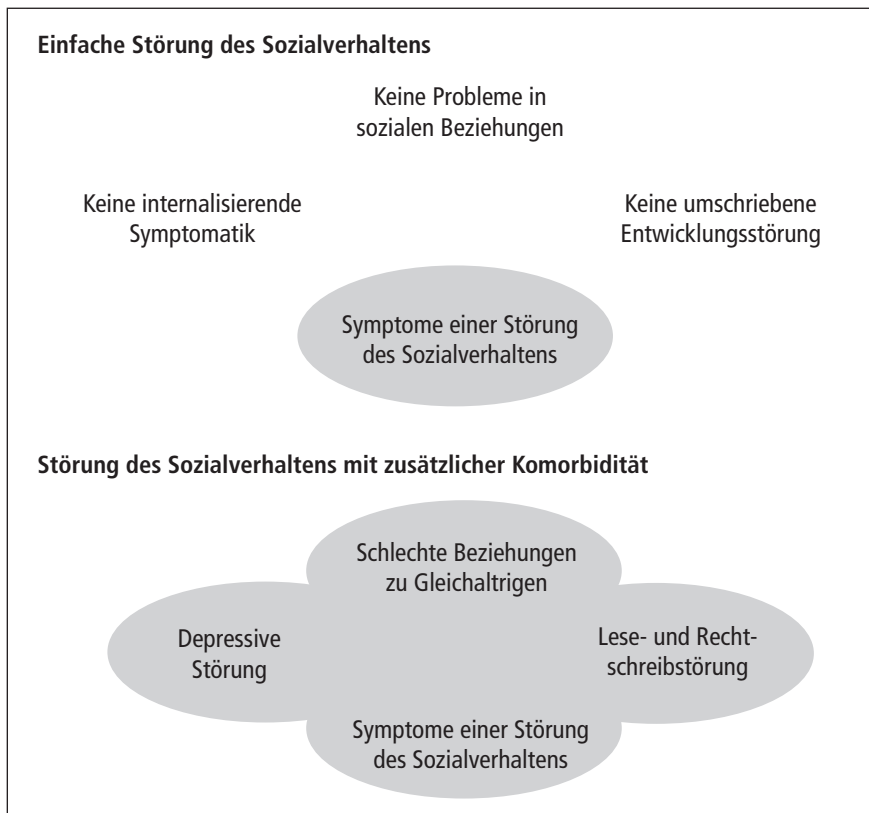


Abb. 1-1 Syndrome können einen oder mehrere Symptombereiche umfassen

üblicherweise auch einige externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ausgeprägte Wutausbrüche) und internalisierende Auffälligkeiten (z. B. ungewöhnliche Phobien).

1.1.2 Beeinträchtigungen durch die Störung

Fast alle Kinder und Jugendlichen haben irgendwelche Ängste, Sorgen, Zeiten mit trauriger Stimmung und Momente, in denen sie sich daneben benehmen, herumhampeln oder unkonzentriert sind. Wann sind solche Symptome noch normal und wann stellen sie eine psychiatrische Störung dar? Generell sollte man eine Störung nur dann diagnostizieren, wenn die Symptomatik eine substantielle Beeinträchtigung mit sich bringt. Die DSM-III-Kriterien für psychiatrische Störungen bezogen eine solche Betrachtungsweise nicht mit ein, vielmehr reichte allein schon das Vorliegen von Symptomen, um eine Diagnose zu stellen. Das Ergebnis dieses Ansatzes wird ganz gut durch eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe puerto-ricanischer Kinder veranschaulicht: Ergebnis der Studie war, dass nach DSM-III-Kriterien die Hälfte dieser Kinder eine psychiatrische Störung hatte. Der gefundene Prozentsatz ist absurd hoch, da die meisten dieser Kinder keine behandlungsbedürftigen Fälle darstellten. Mittlerweile ist hier Abhilfe geschaffen worden: Sowohl das DSM-5 als auch die Forschungskriterien der ICD-10 beinhalten in der Regel die psychosoziale Beeinträchtigung als Kriterium für die Diagnosestellung. In die Bewertung der Beeinträchtigung gehen folgende Punkte mit ein:

1. Soziale Beeinträchtigung
 - a) Familienleben
 - b) Schulisches Lernen
 - c) Freundschaften
 - d) Freizeitaktivitäten
2. Vom Kind oder Jugendlichen empfundene Belastung
3. Beeinträchtigung anderer Beteiligter (teilweise)

Hauptkriterium der Beeinträchtigung sollte die Frage sein, ob die Symptomatik zu einer erheblichen sozialen Einschränkung führt, die die Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen zur Erfüllung der gewöhnlichen Anforderungen des täglichen Lebens wesentlich beeinträchtigt. Die wichtigsten Bereiche des täglichen Lebens, die berücksichtigt werden sollten, sind das Familienleben, die Schule, Freundschaften und Freizeitaktivitäten. Allerdings kann auch eine Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit oder der körperlichen Gesundheit von Bedeutung sein. Zwei nachrangige Beeinträchtigungskriterien sind ebenfalls zu beachten: die emotionale Belastung für das Kind oder den Jugendlichen und die für andere entstehende Beeinträchtigung. Genau wie betroffene Erwachsene sind auch ängstliche und depressive Kinder manchmal durchaus noch in der Lage, die üblichen sozialen Rollenerwartungen zu erfüllen, während sie beträchtliche innere Qualen haben. Ebenso können externalisierende Störungen

eine erhebliche Belastung für andere darstellen, ohne dass beim Kind oder Jugendlichen selbst Stress oder soziale Einschränkungen vorzuliegen scheinen. Beispielsweise sind Eltern von Kindern mit schwerer körperlicher oder geistiger Behinderung manchmal auch angesichts ausgeprägter Widerborstigkeit, Wutanfällen und Destruktivität bemerkenswert duldsam. Sie selber leiden zwar unter der Symptomatik, wollen aber nicht, dass das Kind es „ausbaden“ muss. Auch wenn das Kind durch die Symptomatik eigentlich nicht sozial beeinträchtigt ist, ist es in solchen Fällen sinnvoll, die Störung als eine solche zu diagnostizieren und zu behandeln. Öffnet dies nun einer Etikettierung aller von der „Norm“ abweichenden Menschen als psychisch krank Tür und Tor? Hoffentlich nicht.

1.1.3 Risikofaktoren

Warum hat ein Kind, das Sie untersuchen, gerade diese oder jene spezielle psychiatrische Symptomatik? Obwohl die Welt voll von Menschen ist, die meinen, die Ursache einer bestimmten kinder- und jugendpsychiatrischen Störung genau zu kennen (Nahrungsmittelallergien, zu weiche Erziehung, schlechte genetische Ausstattung, mangelhafte Beschulung, Schädigung des Hypothalamus, ungelöste frühkindliche Konflikte usw.), so ist die Benennung nur einer einzigen Ursache als Erklärung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung aus wissenschaftlicher Sicht nur selten gerechtfertigt. Es gibt natürlich Ausnahmen: Die Aussage, dass das zwanghaft-selbstverletzende Verhalten beim Lesch-Nyhan-Syndrom (selbstverletzende Bisse in Lippen, Finger und Zunge) auf einem spezifischen genetischen Defekt beruht, der zum Ausfall eines Enzyms aus dem Purinstoffwechsel führt, ist absolut richtig. Der angeborene Stoffwechselfehler per se scheint das vorstehend geschilderte charakteristische Verhaltensmuster zu bedingen, unabhängig von anderen genetischen oder Umgebungsfaktoren.

Demgegenüber sind die meisten „Ursachen“ kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen eher als „Risikofaktoren“ aufzufassen, die zwar die Auftretenswahrscheinlichkeit einer bestimmten Störung erhöhen, aber nicht festlegen, dass die Störung auf jeden Fall auftritt. So ist z.B. ein hohes Maß elterlicher Konflikte ein Risikofaktor für eine Störung des Sozialverhaltens bei den betroffenen Kindern. Viele Kinder, die derartigen Ehekonflikten ausgesetzt sind, entwickeln aber keine Störung des Sozialverhaltens. Vielleicht lassen sich kinder- und jugendpsychiatrische Störungen besser als Endstrecke einer bestimmten Kombination oder Sequenz von Risikofaktoren erklären. Ein hieraus abgeleitetes Schema basiert auf drei Arten von Risikofaktoren: prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren. Zur Veranschaulichung: Eine Fensterscheibe hat ein Loch, weil das Glas an dieser Stelle besonders dünn und brüchig war (prädisponierender Faktor), es dann von einem Stein getroffen wurde (auslösender Faktor) und anschließend niemand die Scheibe ersetzt hat (aufrechterhaltender Faktor). Ein Junge, der immer sehr klammernd war und nie viele

Freunde hatte (prädisponierende Faktoren), weigert sich nach einem Streit mit einem Freund und einigen erkältungsbedingten Fehltagen (auslösende Faktoren), wieder zur Schule zu gehen. Seine Eltern sind angesichts der Verzweiflung ihres Kindes so in Sorge, dass sie es nicht zwingen wollen, wieder zur Schule zu gehen. Aber jeder Tag, den der Junge nicht zur Schule geht, macht es ihm schwerer, wieder den Weg zurückzufinden, da er hinter den Lernstoff zurückfällt und seine ehemaligen Spielkameraden jetzt mit anderen Kindern spielen (aufrechterhaltende Faktoren). Eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung kann also durch das Vorhandensein von

- prädisponierenden Faktoren,
- auslösenden Faktoren,
- aufrechterhaltenden Faktoren

sowie Abwesenheit von

- Schutzfaktoren

erklärt werden.

Auch wer sich ein Erklärungsmodell im Sinne vieler interagierender Faktoren angeeignet hat, muss sich im Klaren sein, wie unvollständig unser gegenwärtiges Wissen ist. In 100 Jahren (oder schon deutlich früher) werden unsere derzeitigen ätiologischen Konzepte wahrscheinlich als höchst reduktionistisch oder irrig bewertet werden. Oft ist es hilfreich, dies auch gegenüber Eltern einzugestehen: Rechthaberisch darauf zu beharren, alles über die Ursachen einer Störung zu wissen, wird bei den Eltern weniger gut ankommen als die besser haltbare Aussage, zumindest soviel über die Ursachen zu wissen, dass man einige brauchbare Behandlungsempfehlungen geben kann.

Um im Rahmen der Untersuchung alle Risikofaktoren zu erfassen bzw. zu erfragen, muss man viele Lebensbereiche berücksichtigen. Die (üblicherweise) zentrale Rolle familiärer Risikofaktoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dadurch gerechtfertigt, dass unsere Gene von dort kommen und die Familie zudem einen bedeutenden Teil unserer Umwelt ausmacht. Eine hinsichtlich des Tourette-Syndroms positive Familienanamnese kann also genetisch relevant sein, massive elterliche Auseinandersetzungen können ein relevanter Umweltfaktor sein, und psychisch kranke Eltern in der Anamnese können beides bedeuten. Die meisten Kinder leben in drei sehr verschiedenen sozialen Welten: in der Familie, der Schule und dem Umfeld ihrer Altersgenossen. Man sollte also die Suche nach Umgebungsfaktoren nicht auf die soziale Welt der Familie beschränken – schulische Risikofaktoren wie eine Sündenbockrolle und Risikofaktoren wie Mobbing durch Gleichaltrige können mindestens genauso wichtig sein. Belastende Lebensereignisse sowie chronische soziale Belastungssituationen sollten ebenfalls erfragt werden. Auch eine körperliche oder psychologische Untersuchung kann nicht erkannte Risikofaktoren für psychiatrische Symptome zutage bringen. So kann z. B. die körperliche Untersuchung in Verbindung mit der Anamnese die Verdachtsdiagnose einer neurodegenerativen Erkrankung, einer infantilen Cerebralparese, eines komplexen Anfallsleidens oder eines fetalen Alkoholsyndroms begründen, die dann durch Vorstellung

bei einem Spezialisten abgeklärt werden muss. Die psychologische Diagnostik kann einen niedrigen IQ oder Teilleistungsstörungen aufdecken – Risikofaktoren für eine Reihe psychiatrischer Störungen –, die in der Schule vielleicht bisher nicht bemerkt wurden.

1.1.4 Stärken

Würde man nur nach Symptomen, Beeinträchtigungen und Risikofaktoren fragen, läge der Schwerpunkt der Exploration fast ausschließlich auf negativen Aspekten und würde die Defizite von Kind und Familie betonen. Es ist aber auch wichtig herauszuarbeiten, was bei einem Kind oder Jugendlichen und seiner Familie gut läuft. Lassen sich Schutzfaktoren identifizieren, wird vielleicht deutlicher, warum jemand nur eine geringgradige statt einer schweren Störung hat. Es können sich auch Schutzfaktoren zeigen, die zwar bei den Geschwistern, aber nicht beim vorgestellten Kind vorhanden sind. Dies hilft dann zu verstehen, warum nur ein Kind dieser Familie psychiatrische Auffälligkeiten zeigt. Wichtige Schutzfaktoren sind ein gutes Selbstwertgefühl (weil man irgendetwas gut kann), eine nahe und unterstützende Beziehung zu einem Erwachsenen und ein umgängliches Temperament.

Das Behandlungskonzept sollte die Stärken des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie und darüber hinaus auch die positiven Ressourcen seiner Schule und des erweiterten sozialen Netzwerkes zur Grundlage haben. Auch wenn das Ziel der Behandlung von dem bestimmt wird, was nicht funktioniert, richtet sich die Art der Therapie oft an dem aus, was funktioniert. Das Behandlungskonzept sollte so angelegt werden, dass es sich die Stärken des Kindes oder Jugendlichen (z. B. die Fähigkeit, Freunde zu finden oder positiv auf Lob zu reagieren) und die Stärken der Eltern (z. B. die Offenheit für neue Umgangsweisen in der Familie) zunutze macht.

Ist man bei der Untersuchung ausschließlich auf die negativen Seiten von Kind und Eltern fixiert, kann es passieren, dass diese sich danach emotional misshandelt fühlen und wenig Lust verspüren, wiederzukommen. Wir leben in einer Gesellschaft, die in der Regel den Eltern die Schuld für die Probleme ihrer Kinder gibt. Wenn ein Kind in einem Supermarkt einen Wutausbruch hat, werden die Umherstehenden eher vorwurfsvoll als verständnisvoll auf den begleitenden Elternteil blicken. Die Eltern werden als Schuldige betrachtet und sind sich oft unsicher, ob sie wirklich schuld sind oder nicht. Einerseits teilen sie wahrscheinlich die gesellschaftliche Sichtweise, dass Eltern für die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder verantwortlich sind, und den meisten Eltern fallen genügend Beispiele für Unzulänglichkeiten in der Erziehung ihrer Kinder ein. Andererseits empfinden die meisten Eltern, denen man in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz oder Praxis begegnet, dass sie weder besser noch schlechter in ihrem Erziehungsverhalten sind als die Eltern, deren Kinder gut geraten zu sein scheinen. Viele Eltern befürchten, dass sie dort Vorwürfe hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens zu hören bekommen und nehmen des-

halb eine aggressive Verteidigungshaltung ein. Es ist für Kinder- und Jugendpsychiater eine zentrale Aufgabe, solchen Eltern zu vermitteln, dass sie nicht komplett unfähig sind, sondern wie wir alle sowohl Stärken als auch Schwächen haben. Die Anamneseerhebung bietet viele Gelegenheiten, positive Verhaltensweisen von Eltern und Kindern zu registrieren. Wenn die Eltern den Eindruck gewinnen, dass sie nicht verurteilt werden, ist es sehr viel wahrscheinlicher, dass sie den Therapievorschlügen (einschließlich Verhaltensänderungen ihrerseits) folgen. Verbündet man sich hingegen mit dem Kind gegen die Eltern – für Anfänger eine häufige Versuchung – wird dies meist nur die elterliche Kritik am Kind verstärken und die Familie davon abhalten, wiederzukommen.

Gerade wenn man es mit Eltern zu tun hat, bei denen eklatante Defizite vorliegen, ist es entscheidend, sich besondere Mühe bei der Identifikation ihrer Stärken zu geben. Das bedeutet nicht, dass man gegenüber mangelnder Erziehungskompetenz blind sein sollte – diese sind möglicherweise Hauptziel der Therapie oder sogar Anlass zum Sorgerechtsentzug. Man sollte sich jedoch bewusst machen (zum eigenen Nutzen und dem der Familie), dass diese Eltern auch ihre Stärken haben, oft trotz einer erschütternden eigenen Biografie. Alle Eltern haben gewöhnlich viele Mühen in die Erziehung ihrer Kinder gesteckt. „Erfolgreiche“ Eltern investieren zwar noch mehr Aufwand in die Erziehung, bekommen aber in der Regel auch deutlich mehr von ihren Kindern zurück. Insofern kann es sein, dass nicht erfolgreiche Eltern proportional mehr Anstrengungen in positives Verhalten des Kindes investieren als erfolgreiche Eltern.

Manchmal ist es hilfreich, die zur Vorstellung führende Symptomatik als die Kehrseite einer wertvollen Stärke zu sehen: So kann ein willensstarkes Kind, das wegen oppositionellen Verhaltens zu Hause und in der Schule kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt wird, gleichzeitig eine beeindruckende Entschlossenheit an den Tag legen, trotz schwieriger familiärer Bedingungen erfolgreich zu sein. Ebenso kann ein sensibles Kind, das mit vielen Ängsten zu kämpfen hat, ein hervorragendes Einfühlungsvermögen und Verständnis für andere aufbringen. In beiden Fällen ermöglicht die Wahrnehmung einer Charaktereigenschaft als sowohl gut wie auch schlecht einen besseren Umgang damit als eine Einordnung der Eigenschaft als ausschließlich schlecht. Außerdem wird so die therapeutische Aufgabe neu definiert: Es geht nicht darum, die Charaktereigenschaft loszuwerden (was meistens sowieso unmöglich ist), sondern nur darum, die damit verbundenen ungünstigen Folgen zu verringern.

1.1.5 Das Störungsmodell der Familie

Die Art und Weise, wie wir internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten von Kindern interpretieren, hängt von unserem kulturellen und beruflichen Hintergrund ab. Dieses Buch verwendet verschiedene Modelle zur Erklärung psychischer Störungen, die aus der empirisch orientierten Kinder- und Jugendpsychiatrie stammen. Andere Professionen, wie z. B. Sozialarbeiter,

Schulpsychologen oder Psychotherapeuten nutzen möglicherweise ganz andere Störungsmodelle, was für dasselbe Kind und dieselbe Familie zu einer komplett anderen Konzeptualisierung des Falles führen kann. Man kann schnell vergessen, dass Kollegen aus anderen Professionen abweichende Erklärungsmodelle im Kopf haben. Dies zu ignorieren kann jedoch den Informationsaustausch erheblich beeinträchtigen. Das Gleiche gilt auch für die Kommunikation zwischen Ärzten oder Psychologen und Familien, da Ersteren oft nicht bewusst ist, dass Familien ihre ganz eigenen Störungsmodelle haben können, und sie stattdessen davon ausgehen, dass jeder vernünftige Mensch eine ähnliche Auffassung hat wie sie.

Über die Vielfalt der Erklärungsmodelle für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen von Familien aus unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen ist bisher nur wenig bekannt. Dennoch ist es offensichtlich, dass Laien oft eigene komplexe Erklärungsmodelle haben, die sich hinsichtlich Ätiologie, Pathophysiologie, Phänomenologie, Verlauf und Therapie erheblich von denen der Ärzte und anderer Fachleute unterscheiden. Anders gesagt: Familien bringen in die Praxis oder Klinik Erwartungen mit, die möglicherweise ganz anders sind als die eigenen. Man sollte nicht auf Basis eigener Vorurteile zu sozialer Schicht und Ethnie einer Familie Vermutungen zu deren Störungsmodell anstellen. Der einzige sinnvolle Weg, ihre Vorstellungen zum Störungsbild zu erfahren, ist, offene Fragen zu stellen und ihren Antworten gut zuzuhören.

Nachdem man alles Wichtige zur aktuellen Symptomatik erfragt hat, führt dies natürlicherweise als Nächstes zur Frage, was die Familie über die Störung denkt, was für Ursachen sie vermutet und was für Vorstellungen zur Diagnostik und Therapie sie hat. Einige Familien werden hierauf vielleicht verblüfft reagieren und äußern, dass sie das nicht wissen – deswegen kämen sie ja schließlich zu den Fachleuten. Aber viele andere werden einem Dinge erzählen, auf die man von selbst nicht gekommen wäre. Man wird z. B. erfahren, dass die Eltern eines Kindes mit schlechter Konzentrationsleistung befürchten, dass dieses Kind einen Hirntumor hat, oder dass sie denken, es brauche ein MRT des Kopfes, oder dass sie glauben, der Arzt könne die Symptomatik durch Hypnose heilen. Hätte man nicht danach gefragt, so hätten sie vielleicht niemals darüber geredet und wären enttäuscht nach Hause gegangen und nicht erneut gekommen. Es lohnt sich auch, die Eltern zu fragen, ob andere wichtige Personen, z. B. Großeltern, Freunde, Nachbarn, Lehrer, eine klare Meinung zu Ursache, Diagnostik oder Therapie der Symptomatik haben. Vielleicht erzählt einem dann eine Mutter, dass ihre Schwiegermutter fest davon überzeugt ist, dass die Symptomatik des Kindes daher rührt, dass die Kindsmutter immer gearbeitet und nicht genug Zeit mit ihrem Kind verbracht hat.

Die Kenntnis des Störungsmodells der Beteiligten gibt einem die Möglichkeit, seine fachliche Sichtweise nach abgeschlossener Diagnostik so darzulegen, dass es für alle Beteiligten möglichst passend ist. Man kann dann erläutern, dass die Symptome überhaupt nicht für einen Hirntumor sprechen, dass ein

MRT am Therapiekonzept nichts ändern würde und – obwohl man selbst kein ausgebildeter Hypnotiseur ist – wohl auch ein professioneller Hypnotiseur in diesem Fall kaum etwas ausrichten könnte. Man kann auch erwähnen, dass der Kindergarten ihres Kindes sehr gut ist und daher kein Grund zur Sorge besteht, da es keinen wissenschaftlichen Beleg für einen Zusammenhang zwischen ADHS und der Berufstätigkeit der Mutter gibt – vorausgesetzt, das Kind wird anderweitig gut versorgt. Man kann sich auch bereiterklären, dies mit der Großmutter zu besprechen, wenn die Familie dies möchte. Manche Familien halten an ihren Erklärungsmodellen mit großer Zähigkeit fest, aber die meisten sind bereit, ihre Störungsmodelle entsprechend anzupassen, wenn man sich die Zeit nimmt, ihnen die Fakten zu erläutern. Es wäre höchst ärgerlich, wenn am Ende einer sorgfältigen Untersuchung, in die die Familie möglicherweise große Hoffnungen gesetzt hat, das Versäumnis, das Störungsmodell der Familie zu erfragen, dazu führt, dass man aneinander vorbeiredet und miteinander unzufrieden ist.

1.2 Einige praktische Tipps

Wie soll man vorgehen, um die oben genannten fünf Schlüsselfragen zu beantworten und die Familie einzubeziehen? Es gibt hierfür keine allgemeingültigen Regeln, die für alle Kliniken und Praxen, alle Ärzte, alle Familien und alle Vorstellungsanlässe passen. Deshalb ist eine gute Anleitung im klinischen Alltag besonders hilfreich. Es kann auch sehr lehrreich sein, wenn man verschiedenen erfahrenen Kollegen bei Untersuchungen über die Schulter schaut. In den folgenden Abschnitten finden sich daher verschiedene praktische Vorschläge, die eher Leitlinien als feste Rezepte sind.

1.2.1 Anamneseerhebung mit den Eltern

Bei der Erhebung der Anamnese mit den Eltern sollte man sich nicht einfach wie ein sprechender Fragebogen verhalten. Geht es nur darum, dass die Eltern eine Standardliste vorgegebener Fragen beantworten, dann ist ein standardisierter Fragebogen schneller und leichter auszufüllen (es sei denn, die Eltern können nicht gut lesen). Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Anamneseerhebung. Die Verwendung sog. *vollstrukturierter* klinischer Interviews kommt in etwa einem Fragebogen gleich, den man den Eltern vorliest. Die Formulierung der Fragen ist vorgegeben und der Stil der Fragen ist „geschlossen“ und lässt nur begrenzte Antwortmöglichkeiten zu: Oft handelt es sich um Ja-Nein-Antworten oder eine Einschätzung von Häufigkeit, Dauer oder Schweregrad der Symptomatik. Fragebögen und vollstrukturierte Interviews sind in Forschung und Klinik weit verbreitet, da sie schnell und billig sind und mit wenig Aufwand standardisiert durchgeführt werden können. Ihre primäre Schwäche besteht darin, dass die Antworten der Eltern manchmal mehr über die elterli-

che Meinung (oder über ihr Missverständnis der verwendeten Begrifflichkeit) aussagen als über das Kind oder den Jugendlichen, um den es geht.

Die Verwendung eines anderen Modells der Anamneseerhebung, das als „*halbstrukturiert*“ bezeichnet wird, ermöglicht es, über die elterlichen Antworten hinaus die eigentlichen Beobachtungen der Eltern zu erfahren, auf denen die Antworten beruhen. Der Arzt oder Psychologe stellt hierbei alle Fragen, die notwendig sind, um von den Eltern die Information zu erhalten, die er benötigt, um zu entscheiden, ob ein bestimmtes Symptom (oder Beeinträchtigung oder Risikofaktor) vorliegt oder nicht. Dazu wird der Fragende oft „offene“ Fragen verwenden müssen, um den Eltern ein weites Spektrum möglicher Antworten zu ermöglichen. Detaillierte Beschreibungen des Verhaltens des Kindes oder Jugendlichen in den letzten Tagen und Wochen sind im Allgemeinen sehr hilfreich.

Ein Beispiel hierzu: Eine der Fragen in einem Fragebogen oder einem vollstrukturierten Interview könnte lauten: „Hat ihr Kind Konzentrationsprobleme?“ Beantworten die Eltern diese Frage mit „Ja“, weiß man damit noch nicht, ob die Konzentrationsfähigkeit des Kindes objektiv reduziert ist oder ob die Eltern diesbezüglich überzogene Erwartungen haben (oder die Frage missverstanden wurde). Ein halbstrukturiertes Vorgehen würde eine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen verwenden und die Eltern anhand von Beispielen beschreiben lassen, wie lange das Kind in der Lage ist, bei einer Tätigkeit zu bleiben (z. B. alleine spielen, mit Freunden spielen, Fernsehen schauen, ein Buch lesen usw.). Der Untersucher kann sich auf dieser Basis dann ein eigenes Urteil bilden, ob die Konzentration des Kindes zu Hause altersgemäß ist oder nicht.

Mit der gleichen Methode kann man auch Reizbarkeit, Ängstlichkeit und alle weiteren Problembereiche explorieren. Manchmal ist es auch wichtig, in Erfahrung zu bringen, warum Eltern nicht besorgt sind. Wenn z. B. seitens der Schule über gravierende Konzentrationsprobleme eines Kindes berichtet wird, die Eltern dieses Problem aber nicht erwähnen, ist es wichtig herauszufinden, ob das Kind zuhause eine adäquate Konzentrationsfähigkeit zeigt oder ob die Eltern diesbezüglich einfach außergewöhnlich niedrige Erwartungen haben.

Der Einsatz von halbstrukturierten Interviews ist eine nützliche Methode, aber man muss aufpassen, es damit nicht zu übertreiben – sonst kann sich ein Interview über Stunden hinziehen. Eine gute Möglichkeit besteht darin, Fragebögen oder vollstrukturierte Interviews zu verwenden, um einen allgemeinen Überblick zu bekommen, und dann mithilfe eines halbstrukturierten Interviews nähere Einzelheiten zu den wichtigsten Symptombereichen des Patienten zu erheben. Findet man die Zeit, die Eltern einen typischen Tagesablauf ihres Kindes schildern zu lassen (z. B. den Vortag), ist dies oft sehr erhellend – nicht nur, was die Symptomatik und die damit verbundenen Beeinträchtigungen betrifft, sondern auch hinsichtlich des Familienlebens, des Erziehungsstils und der Art, wie in der Familie Emotionen zum Ausdruck gebracht werden.

Nachfolgend ein Schema zur Erhebung einer Anamnese mit Eltern:

1. Aktuelle Symptomatik

- Wann ist die Symptomatik erstmals aufgetreten? Wann war das Kind zuletzt vollkommen unauffällig bzw. ohne die Symptomatik? Wie zeigt sich die Symptomatik? Wie oft? Wann? Man sollte immer konkrete Beispiele erfragen, anstatt sich mit allgemeinen Aussagen zufriedenzugeben. Was passiert, bevor die Beschwerden sichtbar werden? Was passiert hinterher? Wie reagieren Sie darauf? Was sind die Folgen? Welche Auswirkung hat die Symptomatik auf den Rest der Familie? Warum kommen Sie gerade jetzt?
- Orientierende Exploration weiterer Bereiche: Affekt, Verhalten, Aufmerksamkeit und Aktivität, somatische Symptome (Schlaf, Appetit, Wasserlassen, Stuhlgang, Schmerzen, Tics)

2. Aktuelles Funktionsniveau

- *Alltägliche Tätigkeiten:* Anziehen und Essen, Spielen und Freizeit, Zubettgehen, Schlafen. Ist dies am Wochenende deutlich anders? Wie weit sind die Eltern hierbei beteiligt?
- *Soziale Beziehungen:*
 - *Freunde:* Hat es welche? Was unternehmen das Kind und seine Freunde miteinander? Besuchen sie sich gegenseitig? Wie oft? Ist das Kind schüchtern? Kann es sich mit anderen abwechseln? Ist es eher Anführer oder Mitläufer? Sexualität?
 - *Erwachsene:* Wie kommt das Kind mit Vater und Mutter jeweils zurecht? Wie kommt es mit anderen Bezugspersonen zurecht? Was denken diese über das Kind? Gibt es schöne Zeiten miteinander? Wann?
 - *Geschwister:* Mit welchen Geschwistern verbringt das Kind seine Zeit? Mit wem kommt es gut zurecht, mit wem nicht? Eifersucht?

3. Familienanamnese

- *Zusammensetzung der Familie:* Erstellen Sie einen Stammbaum (Genogramm). Erfragen Sie zu jedem Verwandten einige Informationen, einschließlich somatischer und psychiatrischer Erkrankungen. Für alle Mitglieder der Kernfamilie sollten Alter, Tätigkeit und wie sie auf Sie wirken festgehalten werden.
- *Beziehungen:* Wie kommen die Eltern miteinander zurecht? Unterstützen sie sich gegenseitig? Was sind ihre Erwartungen an das Kind? Wie sah ihre eigene Kindheit aus? Sind sie sich im Hinblick auf Regeln und Grundsätze der Erziehung einig? Streitigkeiten? Wie kommen die Kinder miteinander zurecht? Wer steht wem nahe? Wer bekommt am häufigsten Ärger? Wer am wenigsten? Inwieweit werden die Kinder unterschiedlich behandelt?
- *Lebensumstände:* Wohnsituation, Schulden. Haben sich die Lebensumstände in letzter Zeit verändert? Gab es bereits Kontakt mit dem Jugendamt?

4. Persönliche Geschichte

- *Geburt und Säuglingszeit:* War das Kind geplant und erwünscht? Wie war das Kind als Säugling? Wurden die Meilensteine der Entwicklung im Vergleich zu anderen Kindern früher oder später erreicht?

- *Schule*: Bisher und aktuell besuchte Schulen: Namen und Zeitraum. Derzeitige Schulklasse. Schwierigkeiten in der Klasse, auf dem Schulhof oder in kleineren Gruppen? Schulische Leistungen: Leistungsmäßige Position in der Klasse? Bleibt das Kind hinter seinen Möglichkeiten zurück? Erhält das Kind Förderunterricht oder hat es diesbezüglich Bedarf? Soziale Funktionsfähigkeit: Freunde? Was spielt das Kind auf dem Schulhof?
- *Körperliche Gesundheit*: Zerebrale Anfälle, Ohnmachtsanfälle, Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte oder kinder- und jugendpsychiatrische Kontakte?

1.2.2 Exploration des Kindes oder Jugendlichen im Einzelgespräch

Man sollte nicht zu schnell auf schwierige Punkte kommen – es liegt auf der Hand, dass es am besten ist, erst einmal mit dem Kind über angenehme oder neutrale Themen und Aktivitäten in Kontakt zu kommen. Ebenso sollte man es vermeiden, die Exploration nur unter dem Aspekt „Spaß“ zu sehen und deshalb schwierige Themen zu vermeiden, auch wenn man sich manche „Problemzonen“ für einen weiteren Gesprächstermin aufheben kann.

- Kinder unter fünf Jahre: Spielbeobachtung, Mitspielen, ein bisschen plaudern, gezielte Fragen eher weniger.
- Kinder über fünf Jahre: Untersucher und Kind sollten sitzen. Es ist oft hilfreich, das Kind darum zu bitten, etwas zu zeichnen. Plaudern Sie ein bisschen und stellen Sie gezielte Fragen.

Inhalte

1. Dies ist eine gute Gelegenheit, Folgendes zu beobachten:
 - *Aktivität und Aufmerksamkeit*: Dreht und windet sich das Kind und zap-pelt es herum? Steht es andauernd vom Stuhl auf und läuft durch den Raum? Ist es schwierig, das Kind bei der Sache zu halten? Wird es leicht durch Außenreize abgelenkt?
 - *Qualität der sozialen Interaktion*: Zeigt das Kind zu viel oder zu wenig Ängstlichkeit, wenn es in das Untersuchungszimmer mitkommen soll? Ist das Kind an sozialer Interaktion interessiert? Kann es einen guten Blickkontakt herstellen? Spricht das Kind *mit* dem Untersucher oder nur *in Richtung* Untersucher? Ist es unangemessen freundlich, zu vertraulich oder frech? Was für Gefühle weckt die Interaktion beim Untersucher?
 - *Entwicklungsniveau*: Hier ist die Komplexität von Sprache, Ideen, Zeichnung und Spiel zu prüfen.
2. Fragen Sie das Kind bzw. den Jugendlichen nach seinen Hobbys und reden sie mit ihm darüber, sei es nun Sport, mit Freunden zusammen sein, Computerspiele, Kochen oder was auch immer. Dies trägt zum Beziehungsaufbau bei und zeigt darüber hinaus, dass Sie auch ein menschliches Wesen sind!

3. Sie können nach emotionalen Symptomen fragen. Es ist bei älteren Kindern und Jugendlichen nicht ungewöhnlich, dass sie starke Ängste haben oder unglücklich und verzweifelt sind, ohne dass die Eltern davon wissen. Nach Zwangsgedanken und -handlungen müssen Sie normalerweise gezielt fragen – Kindern und Jugendlichen ist es nämlich oft peinlich zuzugeben, dass sie solche „verrückten“ Symptome haben. Dasselbe gilt auch für Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung.
4. Fragen Sie nach Freunden, nach Hänseleien und Mobbing. Der Bericht des Kindes oder Jugendlichen kann deutlich von der Darstellung der Eltern und Lehrer abweichen.
5. Oft lohnt es sich, eine allgemeine Frage zu bisher unentdecktem Missbrauch oder Traumata zu stellen. „Manchmal passieren Menschen schlimme oder beängstigende Dinge, und sie tun sich dann schwer, jemand anderem davon zu erzählen. Ist dir so etwas schon einmal passiert?“ Manchmal kann es auch erforderlich sein, gezielter nach Missbrauch zu fragen.
6. Was denkt das Kind oder der Jugendliche über seine eigene Biografie und seine derzeitige Lebenssituation? Wie ist die Darstellung des Kindes oder Jugendlichen hinsichtlich der Probleme, die zur Vorstellung geführt haben? In einem Erstgespräch wird man nur einige Themen ansprechen können, es ist aber oft hilfreich. Manchmal ist es auch sinnvoll, das Kind Punkt für Punkt einen typischen Tagesablauf oder die jüngste Episode mit „schwierigem Verhalten“ beschreiben zu lassen. „Was passiert, wenn du frech bist?“ „Wie reagiert deine Mutter, wenn du so etwas tust?“ Auch ist es oft aufschlussreich, von Kindern ihre Sicht auf für sie möglicherweise bedeutsame Ereignisse wie den Tod eines Onkels oder eines Großelternteils zu hören (auch wenn die Eltern vorher angegeben haben, dass dies das Kind nicht berührt habe).
7. Es kann sein, dass sich an die Untersuchung die direkte therapeutische Arbeit mit dem Patienten anschließt. Die Untersuchung ist somit gleichzeitig die erste Gelegenheit, das Kind oder den Jugendlichen zur Mitarbeit zu gewinnen. Die Exploration sollte zumindest die Angst zerstreuen, dass ein Termin bei einem Psychiater oder Psychologen zwangsläufig etwas Unangenehmes ist. Manche Eltern nutzen die Vorstellung in der Klinik, um damit zu drohen. Kinder befürchten deshalb vielleicht bei der Vorstellung, dass sie ausgeschimpft werden, in ein Heim kommen, zur Strafe in der Klinik bleiben müssen oder dass man ihnen Schmerzen zufügt. Denken Sie daran, immer zu erklären, was passieren wird und – wann immer möglich – Ängste auszuräumen.

1.2.3 Die Interaktion der Familie beobachten

Beaufsichtigen die Eltern ihr Kind und setzen ihm ggf. Grenzen? Wie feinfühlig und unterstützend sind die Eltern, wenn das Kind ängstlich oder bekümmert wirkt? Wie warmherzig und wie kritisch reden die Eltern über das Kind? (NB: Wärme und Kritik sind unabhängig voneinander und nicht zwei Pole eines Spektrums).

Gibt es offensichtliche Spannungen zwischen den Eltern? Unterstützen sich die Eltern gegenseitig oder fallen sie einander in den Rücken? Wer führt das Wort? Merken sie es, wenn sie verschiedener Meinung sind? Falls ja, können sie sich einigen?

Wie ist die Interaktion der Geschwister miteinander? Behandeln die Eltern die Geschwister unterschiedlich? Gibt es bestimmte Bündnisse innerhalb der Familie (z. B. Mutters Kind, Vaters Kind oder ein Vater-Sohn-Bündnis gegen die Mutter)?

Wie ist die Beziehung zwischen Kind und Eltern? Exploriert es mit ihnen als sicherer Basis die Umgebung? Unterbricht es ihre Unterhaltung? Ignoriert es ihre Aufforderungen oder widerspricht es ihnen? Beobachtet es sie aus sicherer Entfernung?

Sofern Spielzeug verfügbar ist: Wird es benutzt? Wie sieht das Spiel aus? Ist es phantasievoll? Welchem Entwicklungsalter entspricht das Spiel? Gibt es besondere Inhalte (z. B. Nachspielen sexueller Inhalte mit Puppen)? Hüten Sie sich jedoch vor voreiligen Interpretationen kleiner Episoden im Spiel.

1.2.4 Informationen von Lehrern bekommen

Das Verhalten von Kindern in der Schule ist oft deutlich anders als zu Hause. Obwohl Eltern einem meist sagen können, ob es vonseiten der Schule irgendwelche Klagen oder Besorgnisse im Hinblick auf ihr Kind gibt, ist es am besten, diese Informationen direkt von der Schule zu bekommen, sofern die Eltern hierzu ihre Einwilligung geben. Hat man einen Ansprechpartner aufseiten der Schule ausfindig gemacht, kann man entweder schriftlich oder mündlich anfragen und um einen kurzen Bericht zum Verhalten des Schülers bitten. Oft ist es auch hilfreich, den Klassenlehrer bzw. die Klassenlehrerin einen kurzen Screening-Fragebogen ausfüllen zu lassen (z. B. den SDQ). Da Lehrer umfangreiche Erfahrungswerte haben, was man leistungs- und verhaltensmäßig von Kindern in einem bestimmten Alter erwarten kann, ist ihre Einschätzung im Allgemeinen recht zuverlässig. Während von Eltern ausgefüllte Fragebögen oft durch ein semistrukturiertes Interview ergänzt werden müssen, reicht es bei Lehrern in der Regel aus, die Antworten so zu nehmen, wie sie sind. Dennoch ist es manchmal hilfreich, den Klassenlehrer anzurufen und ein oder zwei besondere Aspekte mit ihm ausführlicher zu besprechen. Obwohl Lehrer im allgemeinen hervorragende Beobachter sind, können sie manche Symptome doch übersehen oder fehldeuten. Im Trubel einer Schulklasse fallen externalisierende Verhaltensweisen viel eher auf als internalisierende Symptome. Dementsprechend können Lehrer Ängstlichkeit und Depressivität oft übersehen, falls sie nicht zu einem erheblichen Leistungsabfall des Kindes führen. Bedrückte Kinder können sogar besonders wohlherzogen erscheinen. Diesbezüglich konnte eine Studie zeigen, dass nach einer Naturkatastrophe Lehrer in einem standardisierten Fragebogen eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten der Schüler angaben.

Ebenso kann die Erkennung von ADHS-Symptomen in der Schule schwierig sein, wenn das Kind Lernschwierigkeiten oder keine Lust auf Schule hat. Stellen Sie sich vor, wie sich ein Kind verhalten würde, wenn es Unterricht in einer ihm unverständlichen Sprache hätte – auch dieses Kind würde abgelenkt wirken oder in der Klasse herumlaufen. Ausschlaggebendes Kriterium für das Vorliegen einer ADHS ist, ob das Kind auch dann unruhig und unaufmerksam ist, wenn es sich mit Aufgaben beschäftigt, die seinen Fähigkeiten und Interessen entsprechen. Leider haben manche Kinder und Jugendlichen in der Schule nie derartige Aufgaben. Schließlich wissen Lehrer manchmal nichts von den Problemen der Schüler mit ihren Mitschülern, weil diese Kinder im Unterricht mit den Mitschülern zurechtzukommen scheinen, aber z. B. auf dem Schulhof ausgeschlossen oder gemobbt werden sind, ohne dass ein Lehrer dies bemerkt.

1.2.5 Durchführung der körperlichen Untersuchung

Die systematische Erfassung der körperlichen Merkmale und Fähigkeiten eines Kindes oder Jugendlichen ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer vollständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung. In erster Linie sollte man auf Folgendes achten:

1. *Hinweise auf ein somatisches Krankheitsbild, das wahrscheinlich oder mit Sicherheit das ZNS betrifft.* Das Wichtigste ist, überhaupt zu erkennen, dass ein „Hardware-Defekt“ vorhanden ist. Die exakte diagnostische Einordnung der Störung ist weniger wichtig, sofern das Kind oder der Jugendliche hierfür zu einem Experten überwiesen wird. Wichtige klinische Zeichen sind neurologische Auffälligkeiten, Dysmorphiezeichen sowie für neurokutane Syndrome typische Hautveränderungen.
2. *Körperliche Anzeichen für Vernachlässigung oder Misshandlung.* Die Inspektion des Kindes und die Messung von Körpergröße und -gewicht (mit Eintrag der Werte in eine Perzentilenkurve) kann Hinweise auf Verletzungen und Minderwuchs geben.

Ärzte sollten auf keinen Fall ihre hart erarbeiteten ärztlichen Fähigkeiten brachliegen lassen. Ist das Kind beim Vorstellungstermin anwesend, sollte man sich immer etwas Zeit nehmen, um das Kind aus einem „medizinischen Blickwinkel“ zu beobachten. Auch ohne manuelle Untersuchung, Reflexhammer und Stethoskop lässt sich durch eine aufmerksame Beobachtung von Gesicht, Händen, Gang und Spielverhalten viel in Erfahrung bringen. Deshalb sollte man sich bei allen Kontakten mit dem Kind oder Jugendlichen (im Wartezimmer, bei der Anamneseerhebung mit der Familie oder bei der Exploration des Kindes) für eine Zeit von allen Überlegungen zu psychiatrischen Symptomen oder familiären Beziehungen lösen und sich bewusst auf die körperlichen Eigenschaften des Kindes konzentrieren. Liegen Dysmorphiezeichen vor? Erkennt man solche Zeichen nicht recht zügig, gewöhnt man sich an ihr Aussehen und wird sie im Verlauf kaum noch bemerken. Gibt es neurologische Auffällig-

keiten? Startet das Kind auf Dinge oder strebt es auf eine Geräuschquelle zu? Finden sich blaue Flecken, Brandwunden, Bisse oder andere Zeichen, die auf eine Misshandlung hindeuten könnten?

Welche Kinder und Jugendlichen sollten neurologisch untersucht werden?

Idealerweise sollten alle Kinder neurologisch untersucht werden, allein um die Untersuchungstechniken zu trainieren und die Variationsbreite des Normalen besser kennenzulernen. Ist dieses Konzept aus zeitlichen Gründen nicht umsetzbar, sollten zumindest alle diejenigen Kinder und Jugendlichen körperlich untersucht werden, die eines der folgenden Merkmale aufweisen:

1. Epileptische Anfälle oder rückläufige Entwicklung in der Anamnese
2. Entwicklungsverzögerung oder Intelligenzminderung
3. Auffälliger Gang
4. Auffällige Nutzung nur einer Hand, z. B. beim Spielen
5. Dysmorphiezeichen
6. Hautveränderungen, die typisch für neurokutane Erkrankungen sind
7. Andere auffällige Merkmale (z. B. Schwierigkeiten beim Sprechen)

Die orientierende neurologische Untersuchung

Bei jeder neurologischen Untersuchung sollten die nachstehend genannten Punkte abgearbeitet werden, wenngleich bei sehr kleinen Kindern nicht alles machbar ist:

1. Messung des Kopfumfangs und Dokumentation in einer Perzentilenkurve
2. Beobachtung von Gehen, Rennen, Hüpfen, Liniengang (wie auf einem Drahtseil)
3. Beobachtung im Parallelfußstand mit ausgestreckten Armen und geschlossenen Augen
4. Untersuchung der Beweglichkeit von Augen, mimischer Muskulatur und Zunge
5. Durchbewegen und Anschütteln aller vier Extremitäten (als Teil eines Spiels) zur Prüfung des Muskeltonus
6. Prüfung der Muskelkraft: Eine durch Schädigung der Pyramidenbahn verursachte Schwäche lässt sich am besten durch Abduktion des Armes, Extension der Hand, Abduktion der Finger, Dorsalflexion des Fußes und der Großzehe feststellen.
7. Reflexprüfung
8. Untersuchung der Koordination: Finger des Untersuchers berühren – die eigene Nase berühren – wieder den Finger des Untersuchers berühren usw.; Finger-Daumen-Opposition, rasches Tippen oder „Klavierspielen“, die Kappe auf einen Stift stecken, Perlen einfädeln

Findet man hierbei eine Auffälligkeit (Asymmetrien sind leichter zu entdecken als beidseitige Veränderungen), dann bedarf es einer erweiterten Untersuchung durch einen Kinderarzt oder Neuropädiater. Ähnliches gilt, wenn man Seh- oder Hörprobleme vermutet. Auch hier ist die Abklärung durch einen Spezialisten erforderlich.

Kongenitale Syndrome

Es gibt Hunderte von kongenitalen Syndromen, von denen nur für wenige eine chromosomale, genetische oder umweltbedingte Ursache bekannt ist. Wann sollte man ein solches Syndrom vermuten? Die besten Hinweise sind Dysmorphien, z. B. ungewöhnliches Aussehen des Gesichts oder der Finger, aber auch weit unter oder über dem Durchschnitt (d. h. unter der 3. oder über der 97. Perzentile) liegende Körperlänge, Körpergewicht oder Kopfumfang. Auch bei allen Patienten mit Intelligenzminderung sollte sorgfältig nach solchen Auffälligkeiten gesucht werden. Beispiele für angeborene Syndrome sind:

1. Das *Fragile-X-Syndrom* ist wahrscheinlich die häufigste Ursache einer angeborenen geistigen Behinderung. Während man bisher annahm, dass es bei einer von tausend Geburten vorliegt, geben aktuelle Schätzungen auf Basis von DNA-Analysen die Häufigkeit mit etwa 1:5000 an. Sowohl Jungen als auch Mädchen sind betroffen, obwohl die intellektuelle Beeinträchtigung bei Jungen ausgeprägter ist. Die körperlichen Merkmale sind sehr variabel und können z. B. ein längliches Gesicht, abstehende und große Ohren, ein hervorstehendes Kinn, überstreckbare Gelenke und (bei Jungen) nach der Pubertät große Hoden einschließen. Andererseits kann die körperliche Erscheinung aber auch komplett unauffällig sein. Beim Fragiles-X-Syndrom kommen Vermeidung von Blickkontakt, soziale Ängstlichkeit und Hyperaktivität vor. Eine Nähe zu Autismus-Spektrum-Störungen wird kontrovers diskutiert. Das Syndrom beruht auf zu vielen Trinukleotidwiederholungen an einer speziellen Stelle auf dem langen Arm des X-Chromosoms und kann durch eine direkte DNA-Analyse nachgewiesen werden.
2. Das *Fetale Alkoholsyndrom* (FAS) kommt mit einer Häufigkeit von bis 1:300 Geburten vor und ist Ursache von bis zu 10 % der Fälle von leichter Intelligenzminderung. Körpergröße, Körpergewicht und Kopfumfang sind von Geburt an niedrig. Weitere klinische Merkmale sind eine schmale Lidspalte und ein hypoplastisches Philtrum, teilweise auch Hyperaktivität.
3. Das *Sotos-Syndrom* („zerebaler Gigantismus“) tritt sporadisch auf. Insbesondere in den ersten Lebensjahren zeigen sich weit überdurchschnittliche Körpergröße und Kopfumfang sowie ein Knochenalter, das deutlich über dem chronologischen Alter liegt. Weitere Auffälligkeiten: Hohe und hervorspringende Stirn, hervorstehendes Kinn, vergrößerter Augenabstand mit schräger Lidachse, Ungeschicklichkeit. Das Sotos-Syndrom ist vielfach mit leichter Intelligenzminderung oder grenzwertiger Intelligenz verbunden. Begleitend kann eine autistische oder hyperaktive Symptomatik vorliegen.

Neurokutane Störungen

Charakteristisch für diese Störungen ist das gemeinsame Auftreten von Hautauffälligkeiten und Auffälligkeiten im Bereich des Gehirns (dies spiegelt den gemeinsamen ektodermalen Ursprung wider). Hat man die Hautveränderungen eindeutig diagnostisch zugeordnet, kann man daraus auch auf einen Defekt des Gehirns rückschließen. Die drei häufigsten neurokutanen Syndrome sind:

1. Die *Tuberöse Sklerose* ist eine autosomal-dominante Störung mit variabler Penetranz und Expression. Oft handelt es sich um eine Neumutation. Zu den Hautveränderungen gehören hypopigmentierte, blattförmige Flecken von Geburt an, die am besten unter UV-Licht (Woods-Licht) gesehen werden können, schmetterlingsförmige gruppierte Papeln (Adenoma sebaceum) im Gesicht, die selten vor dem zweiten Lebensjahr sichtbar werden, aber bei 50 % der Kinder im Alter von fünf Jahren beobachtet werden können, rauhe und unregelmäßig begrenzte lederartige Haut im lumbosakralen Bereich („shagreen patch“) sowie Knötchen im Bereich der Finger- und Zehennägel (periunguale Fibrome). Häufig liegen begleitend eine schwere geistige Behinderung, ein West-Syndrom oder andere epileptische Anfälle vor. Oft finden sich auch autistische und hyperaktive Symptome, insbesondere bei Kindern mit West-Syndrom.
2. Die *Neurofibromatose Typ 1* wird autosomal-dominant übertragen und zeigt eine variable Expression. Zu den Hautauffälligkeiten gehören sog. *Café-au-lait-Flecken*, die im Laufe der Zeit an Größe und Anzahl zunehmen. Im Erwachsenenalter ist das Vorhandensein von mehr als fünf solcher Flecken mit einem Durchmesser von mehr als 1,5 cm hochverdächtig auf die Erkrankung. Axilläre und inguinale Sprengel sowie cutane und subcutane Knötchen entlang dem Verlauf von Hautnerven kommen im späteren Kindesalter dazu. In der Literatur finden sich auch Berichte über diverse neuropsychiatrische Auffälligkeiten, diese Befunde sind aber unbestätigt.
3. Das *Sturge-Weber-Syndrom* tritt für gewöhnlich sporadisch auf. Von Geburt an sind portweinfarbige Naevi vorhanden, die vor allem im Bereich der Stirn und manchmal auch im unteren Teil des Gesichtes auftreten. Meistens treten sie einseitig, selten beidseitig auf. Die gleichseitige Hirnhälfte ist ebenfalls betroffen, und die Symptomatik kann sich in Form von epileptischen Anfällen, Halbseitenlähmung, Intelligenzminderung sowie verschiedenen psychiatrischen Symptomen äußern.

1.3 Alles auf den Punkt gebracht: der Arztbrief

Nach dem Abschluss der kompletten Untersuchung liegen nun alle notwendigen Informationen vor, um einen ärztlichen Bericht abzufassen. Dieser soll die ärztliche Einschätzung der Symptomatik auf den Punkt bringen, Grundlage für

die Rückmeldung an die Familie und den überweisenden Arzt sein und die Basis für das weitere therapeutische Vorgehen bilden. Der Bericht sollte folgende Bestandteile enthalten:

1. Eine kurze *Zusammenfassung der sozio-demografischen Daten*. Beispiel: „Amy ist ein siebenjähriges Mädchen, das zusammen mit seiner Mutter, dem Stiefvater und einem jüngeren Halbbruder in einer 1-Zimmer-Mietwohnung in Neustadt wohnt.“
2. Den *Vorstellungsanlass*. Beispiel: „Marvin war schon immer hyperaktiv, un aufmerksam und impulsiv. Seit der Einschulung sind diese Symptome stärker ausgeprägt und beeinträchtigen ihn zunehmend.“
3. Die *Diagnose*. Manchmal ist sie einfach. Beispiel: „Marvin erfüllt vollständig die diagnostischen Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).“ Manchmal liegen die Dinge allerdings komplizierter. Marvins Symptomatik könnte z. B. durch mehrere alternative Diagnosen erklärbar sein. In diesem Fall müssen für jede potenzielle Diagnose die Anhaltspunkte dafür und dagegen diskutiert werden, um sich dann schließlich entweder auf die wahrscheinlichste(n) Diagnose(n) festzulegen oder noch weitere Untersuchungen oder Tests vorzuschlagen, die zu einer Klärung der Diagnose führen sollen. Vielleicht liegen bei Marvin auch Anteile verschiedener Störungsbilder vor, jedoch erfüllt er für keine Diagnose die Kriterien vollständig – hier muss man dann möglicherweise anerkennen, dass er durch das Raster der derzeitigen Klassifikationssysteme fällt. Bei Amy könnte es sein, dass sie verzweifelt ist, weil sie in der Schule gehänselt wird und zu Hause unter der Enge und den häufigen Streitereien zwischen ihrer Mutter und ihrem Stiefvater leidet. Dies muss zur Kenntnis genommen und es muss Abhilfe geschaffen werden, die Vergabe einer Diagnose rechtfertigt es aber nicht.
4. Die *Ursachen*. Beispiel: „Artur hat im Gefolge einer Streptokokken-Infektion eine Zwangsstörung und Tics entwickelt. Dies ist wahrscheinlich auf eine Autoimmunreaktion zurückzuführen.“ Oder: „Lindas Posttraumatische Belastungsstörung ist Folge eines sexuellen Missbrauchs durch einen Babysitter.“ Oder: „Leons externalisierendes Verhalten beruht wahrscheinlich auf einer Kombination aus konstitutioneller Vulnerabilität aufgrund seines fetalen Alkoholsyndroms und suboptimaler Erziehung durch seine alkoholkrank und depressive Mutter.“
5. Das *Behandlungskonzept*. Hierzu gehören spezifische psychologische oder pharmakologische Therapien, aber auch psychoedukative Maßnahmen für den Patienten, die Familie oder die Schule. Das Konzept sollte auf den Stärken von Patient und Familie aufbauen – mit dem Ziel, diese weiter auszubauen.
6. Eine Aussage zur *Prognose*. Beispiel: „Die bei Sarah vorliegende spezifische Phobie (in diesem Fall: Angst vor Zahnärzten) kann höchstwahrscheinlich durch eine kurze Verhaltenstherapie komplett geheilt werden und wird danach voraussichtlich nicht erneut auftreten.“ Oder: „Die bei Luca diagnostizierte Störung des Sozialverhaltens wird aller Wahrscheinlichkeit nach be-

stehen bleiben und für ihn und seine Umwelt eine erhebliche Belastung darstellen, sofern er nicht eine entsprechend intensive Therapie (z. B. Multisystemische Therapie) erhält.“

Übersichtsartikel

- Fisher PW, Chin EM, Vidair HB. Use of structured interviews, rating scales, and observational methods in clinical settings. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edn., Chichester: John Wiley & Sons 2015; 404–20.
- Leckman JF, Taylor E. Clinical assessment and diagnostic formulation. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edn., Chichester: John Wiley & Sons 2015; 392–403.
- Towbin KE. Physical examination and medical investigation. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edn., Chichester: John Wiley & Sons 2015; 434–44.

Zum Weiterlesen

- Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G et al. *DISYPS-II. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II.* Bern: Huber 2008.
- Piña-Garza JE. *Fenichel's Clinical Pediatric Neurology*, 7th edn., Philadelphia: Saunders 2013.

2 Klassifikation

2.1 Prinzipien der diagnostischen Klassifikation

2.1.1 Brauchbarkeit

Eine Klassifikation sollte in erster Linie eine Hilfe zur Kommunikation unter Ärzten und Psychologen sowie für die Forschung darstellen und nicht eine Übung um ihrer selbst willen sein. Die klassifikatorische Zuordnung einer psychiatrischen Störung eines Kindes oder Jugendlichen sollte mehr sein als nur ein „diagnostisches Etikett“. Sie sollte vielmehr auch hinsichtlich der Ätiologie, komorbider Probleme (um weitere diagnostische Maßnahmen einzuleiten), der geeigneten Therapie und der Prognose richtungsgebend sein. Im Normalfall kann man ein und dasselbe Klassifikationssystem für alle diese Zwecke nutzen. Manchmal allerdings machen unterschiedliche Zielsetzungen die Anwendung von verschiedenen Klassifikationen notwendig: Aus der Perspektive eines Kliniklers ist es sinnvoll, Schizophrenie und schizotype Störung verschiedenen Kategorien zuzuordnen, weil sich Behandlung und Prognose deutlich unterscheiden. Aus der Perspektive eines Genetikers wäre es dagegen sinnvoller, beide Störungen in einer Kategorie „Schizophrenie-Spektrum-Störungen“ zusammenzufassen.

Wie lässt sich nun feststellen, ob ein diagnostisches Klassifikationssystem den natürlichen Erscheinungsformen psychischer Störungen entspricht oder willkürliche Unterteilungen vornimmt? Hier gilt zunächst einmal, dass eine diagnostische Kategorie nur dann sinnvoll ist, wenn Personen mit dieser Diagnose sich deutlich von Personen mit anderen Diagnosen unterscheiden. Dieser Unterschied muss erkennbar über die Charakteristika hinausgehen, die zur Definition der diagnostischen Gruppe benutzt wurden. So ist es bei der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ erforderlich, dass sich Kinder und Jugendliche mit dieser Diagnose von solchen mit anderen psychiatrischen Störungen nicht nur durch ein Mehr an Verhaltensauffälligkeiten unterscheiden (dies ist einfach eine logische Folge der Definition), sondern auch hinsichtlich anderer Merkmale (z. B. Geschlechterverhältnis, Alter bei Beginn der Störung, sozioökonomischer Status, schulische Probleme). Außerdem sollten zumindest einige der wesentlichen Merkmale, die Kinder mit verschiedenen Diagnosen charakterisieren, klinisch relevant sein. Wenn sich z. B. zwei unterschiedliche Diagnosen nur hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses und des sozioökonomischen Status unterscheiden, sollte man diese beiden Diagnosen zu einer einzigen zusammenfassen. Demografische Variablen sind zwar interessant, aber die Unterschiede zwischen diagnostischen Gruppen sollten sich eher auf die Ätiologie, Komorbiditäten, therapeutisches Ansprechen oder die Prognose beziehen.

Es ist auch möglich, dass ein Klassifikationssystem zwar aus brauchbaren diagnostischen Kategorien besteht, aber als Gesamtklassifikation unbefriedi-

gend ist. Dies ist dann der Fall, wenn zu viele Fälle keiner der vorhandenen Kategorien zuzuordnen sind oder in Kategorien wie „atypisch“ oder „Sonstiges“ eingeordnet werden müssen. Eine ideale Klassifikation ist so valide und umfassend wie möglich, manchmal allerdings führen diese beiden Ziele in entgegengesetzte Richtungen.

2.1.2 Phänomenologie als Leitgedanke

Die Klassifikation psychopathologischer Auffälligkeiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter hat sich zunehmend dahingehend entwickelt, dass der Schwerpunkt auf den Symptomen der jeweiligen Störung liegt, während die vermutete Ätiologie oder Pathogenese hierbei weniger von Interesse ist. Dieser Ansatz ermöglicht, Ätiologie und Pathogenese unvoreingenommen zu untersuchen. Frühere diagnostische Kategorien, die auf pathogenetischen Vorstellungen gründeten (z. B. „minimale zerebrale Dysfunktion“ oder „reaktive Psychose“), haben den Fortschritt in Klinik und Forschung oft eher behindert als begünstigt. Obwohl die meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen derzeit allein auf phänomenologischer Basis definiert werden, gibt es doch einige wenige Störungsbilder (z. B. „reaktive Bindungsstörung“, „Posttraumatische Belastungsstörung“), in deren Definition sowohl die Phänomenologie als auch die vermutete Ursache zum Ausdruck kommen.

2.1.3 Dimension oder Kategorie?

Viele Psychopathologika lassen sich als Extremwerte auf einem Kontinuum auffassen, das in den normalen Bereich hineinreicht, und sogar viele „gesunde“ Kinder und Jugendliche zeigen solche psychopathologischen Auffälligkeiten, wenn auch in deutlich geringerer Ausprägung. Die Festlegung eines Grenzwertes („cut-off“), der die Grenze zwischen Normalität und Pathologie markiert, ist manchmal ein willkürliches, aber zweckmäßiges Vorgehen, um eine Dimension in eine Kategorie umzuwandeln. Ein Beispiel aus der Inneren Medizin: Die Werte für den arteriellen Blutdruck liegen auf einem Kontinuum. Je höher der Blutdruck ist, desto höher ist das Risiko eines Schlaganfalls oder einer Herzerkrankung. Fasst man den Blutdruck als ein Kontinuum auf, hat dies einen höheren Informationsgehalt als die Festlegung eines Grenzwertes, der recht willkürlich Menschen als solche mit normalem Blutdruck und solche mit „Bluthochdruck“ ausweist. Dennoch hat diese Dichotomie den Vorteil, dass sie einem gestressten Hausarzt ein einfaches Handlungsschema ermöglicht: Wer Bluthochdruck hat, wird behandelt, alle anderen nicht. Auf der anderen Seite kann eine bloße Zweiteilung des Blutdrucks anhand eines einzigen Grenzwertes auch zu stark vereinfachend sein: Besser wäre es möglicherweise, die Therapie flexibler zu gestalten, z. B. indem man bei grenzwertigem Bluthochdruck eine Umstellung der Ernährung und des Lebensstils empfiehlt und dann bei höheren Blutdruckwerten zusätzlich eine Medikation ansetzt. Ähnliche Fragen

stellen sich im Bereich der Psychiatrie und auch die Verantwortlichen für DSM-5 und ICD-11 beschäftigt(t)en sich mit der Frage, wie man diagnostische Kriterien erschafft, die sowohl die Einfachheit diagnostischer Kategorien als auch die Flexibilität dimensionaler Skalen in sich vereinen.

Die Dichotomisierung einer Dimension ist häufig willkürlich, aber es gibt auch Fälle, in denen Personen mit Extremwerten eindeutig eine Fallgruppe für sich sind. Es gibt drei mögliche Formen der Diskontinuität zwischen Normal- und Extremwerten: (1) Die Verteilung ist zweigipflig, d. h. es findet sich ein besonderer, zweiter Kurvenbuckel am Rand der Gesamtverteilung. Dies gilt z. B. für die schwere Intelligenzminderung. (2) Es liegt ein Schwelleneffekt vor. Ein Beispiel: Erhebliche Gehemmtheit im Kleinkindalter ist ein Prädiktor dafür, dass dieses Kind auch später scheu und gehemmt sein wird, während eine nur mittelgradig ausgeprägte Hemmung keinen solchen Voraussagewert hat. (3) Individuen mit extremen und weniger extremen Werten auf einer bestimmten Skala unterscheiden sich qualitativ in anderen wichtigen Bereichen. So ist eine leichte Intelligenzminderung häufig mit sozialen Nachteilen, aber in der Regel nicht mit neurologischen Auffälligkeiten verbunden. Eine schwere Intelligenzminderung hingegen bringt seltener soziale Nachteile mit sich, ist aber viel öfter mit neurologischen Auffälligkeiten verbunden.

Manchmal sind sowohl die dimensionale als auch die kategoriale Klassifikation desselben Phänomens nützlich, allerdings für verschiedene Zwecke. Der Cholesterinwert im Blut ist hierfür ein gutes Beispiel: Es besteht eine lineare Beziehung zwischen der Höhe des Cholesterinspiegels und dem Risiko für eine ischämische Herzerkrankung. Verantwortlich für den ganz überwiegenden Teil dieses Risikos in der Bevölkerung ist die große Anzahl von Menschen, die einen „hochnormalen“ Wert haben, die wenigen Patienten mit extrem hohen Cholesterinwerten fallen weniger ins Gewicht. Aus dieser Sicht sollten erhöhte Cholesterinwerte deshalb eher als eine dimensionale denn als eine kategoriale Störung gesehen werden. Aus ätiologischer Sicht sind hingegen diejenigen Patienten mit extrem hohen Cholesterinwerten eine eigene Kategorie, da diese Störung nach den Mendelschen Regeln autosomal-dominant und nicht multifaktoriell-polygenetisch vererbt wird.

2.1.4 Identifikation von Dimensionen und Kategorien

Multivariate statistische Techniken helfen dabei, Dimensionen und Kategorien von Störungsbildern zu identifizieren. Auch wenn sich dies im Detail sehr komplex darstellt, sind die allgemeinen Prinzipien, die den Faktorenanalysen und Clusteranalysen zugrunde liegen, relativ einfach zu verstehen, ohne dass man zu sehr auf die mathematischen Grundlagen eingehen muss (siehe Kasten 2-1 und 2-2). Faktorenanalysen werden dazu benutzt, um Dimensionen zu identifizieren, während Clusteranalysen helfen, Kategorien aufzuspüren. Während Faktorenanalysen bestimmte Attribute eines Individuums klassifizieren, klassifizieren Clusteranalysen die Individuen selbst.

Kasten 2-1 Eine „Do-it-yourself“-Faktorenanalyse

Schauen Sie sich die folgende Liste von Merkmalen an, die aus einer Stichprobe von Erwachsenen stammen könnte. Gruppieren Sie diese Merkmale nun so, dass sie zwei Dimensionen entsprechen:

- Körpergröße
- Schuhgröße
- Umfang des Wortschatzes
- Fähigkeit, ein Puzzle zusammenzusetzen
- Länge des Oberarms
- Fähigkeiten im Kopfrechnen

Sicher hatten Sie keine Schwierigkeiten, Körperlänge, Schuhgröße und Oberarmlänge als miteinander hoch korrelierende Maße in einer Gruppe zusammenzufassen. Diese Gruppe fußt auf einer gemeinsamen Dimension, die man als „lineares Wachstum“ bezeichnen könnte. Die anderen drei Merkmale sind auch hoch miteinander korreliert und basieren auf einer gemeinsamen Dimension, die wir üblicherweise mit „Intelligenz“ bezeichnen. Die beiden Dimensionen selbst sind nahezu unabhängig voneinander, d. h. man erwartet keine ausgeprägte Korrelation zwischen den beiden Gruppen, z. B. zwischen Körperlänge und Wortschatz. Glückwunsch! – Sie haben gerade eine Faktorenanalyse durchgeführt, indem Sie mithilfe Ihres intuitiven Wissens um korrelierte und nichtkorrelierte Merkmale die dahinterstehenden Dimensionen identifiziert haben.

Kasten 2-2 Eine „Do-it-yourself“-Clusteranalyse

Schauen Sie nun auf die folgende Liste verschiedener Tiere und teilen Sie diese in Gruppen ein:

- Schildkröte
- Schnabeltier
- Katze
- Schnecke
- Delphin
- Krokodil
- Maus
- Riesentintenfisch

Bei dem Versuch, Gruppen zu bilden, haben Sie wahrscheinlich einige der wichtigsten Merkmale und Schwächen einer Clusteranalyse bemerkt. Zum einen haben Sie vielleicht festgestellt, dass die Gruppierung unterschiedlich ausfallen kann – je nachdem, welche Merkmale Sie zugrundegelegt haben. Haben Sie die Merkmale Größe und Lebensumfeld gewählt, so haben Sie vielleicht Delphin, Krokodil und Riesentintenfisch als große Wassertiere und Schlange und Maus als kleine Landtiere zusammengefasst. Haben Sie jedoch morphologische und physiologische Merkmale zugrundegelegt, haben Sie vielleicht eine typisch zoologische Taxonomie generiert, z. B. mit Schnecke und Riesentintenfisch in der Gruppe der Mollusken (Weichtiere).

Zum anderen ist ein Kennzeichen der Clusteranalyse, dass die Methode nicht festlegt, wie viele Gruppen gebildet werden. Sie hätten eine „2 Gruppen“-Lösung (z. B. Mollusken/Vertebraten) oder eine „3 Gruppen“-Lösung (z. B. Mollusken/Reptilien/Säugetiere) wählen können. Der Nutzer muss selbst entscheiden, welches Maß an Zusammenfassung oder Aufsplitterung sich für seine Zwecke am besten eignet. Dies wiederum hängt davon ab, welchem Zweck die Klassifikation dienen soll.

Der Fall des Schnabeltiers mit einer Kombination von Reptil- und Säugetiermerkmalen schließlich erinnert daran, dass einige Individuen genau auf der Mitte zwischen zwei benachbarten Kategorien einzuordnen sind. So ist es manchmal eine willkürliche Entscheidung, ob man diese einer der beiden Kategorien zuordnet oder für sie eine eigene Kategorie schafft.

2.1.5 Durchgängig oder situationsbezogen?

Diagnostische Klassifikationssysteme betonen immer mehr die Unterscheidung zwischen einem durchgängigen Auftreten und einem nur situationsbezogenen Auftreten einer psychiatrischen Störung. Dies gilt für Hyperaktivität, aber auch für andere Symptome. Durchgängige Störungen treten in ganz verschiedenen Alltagssituationen auf (z. B. zu Hause und in der Schule), wohingegen situationsbezogene Störungen nur in einigen wenigen Settings (z. B. zu Hause, aber nicht in der Schule) auftreten. Der Begriff „durchgängig“ weist auf die besondere Bedeutung von in der Person des Kindes liegenden Faktoren hin, während „situationsbezogen“ nahelegt, dass es in diesem Fall wichtiger ist, herauszufinden, wodurch sich eine spezifische Situation auszeichnet.

2.1.6 Was wird klassifiziert: Gestörte Individuen oder gestörte Familien?

Der Versuch, einen „Symptomträger“ diagnostisch einzuordnen, birgt das Risiko, an der falschen Stelle anzusetzen, indem nur ein Familienmitglied, nicht aber das Familiensystem als Ganzes erfasst wird. Umgekehrt können Familientherapeuten bei der Konzeptualisierung eines Falls genau den entgegengesetzten Fehler machen, wenn sie ihre diagnostische Einordnung ausschließlich aus der Sicht des Familiensystems formulieren. Multiaxiale Klassifikationssysteme sind hier möglicherweise der beste Kompromiss, da sie sowohl Auffälligkeiten auf der Individual- als auch auf der Familienebene registrieren. Leider gibt es bisher kein breit akzeptiertes und gut validiertes System zur Klassifikation gestörter Familien.