

Goodman ■ Scott

3. Auflage



Kinder- und Jugendpsychiatrie

Neu übersetzt und bearbeitet von Christian Bachmann

 Schattauer

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

 **Schattauer**

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 erkauft; 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
<hr/>		
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
<hr/>		
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
<hr/>		
	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 Symptomfelder 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. montagmorgens 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 bilateralem 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

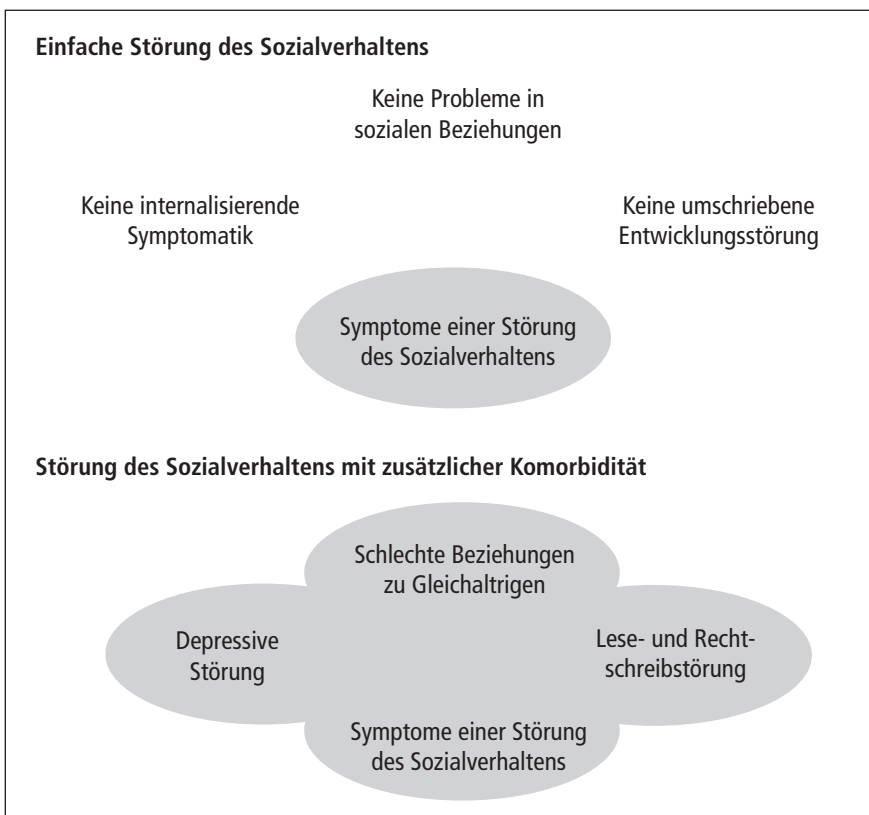


Abb. 1-1 Syndrome können einen oder mehrere Symptombereiche umfassen

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 Verzweigung 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,