

Michael Kölch
Miriam Rassenhofer
Jörg M. Fegert *Hrsg.*

Klinikmanual Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie

3. Auflage

Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Michael Kölch
Miriam Rassenhofer
Jörg M. Fegert
Hrsg.

Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho- therapie

3. Auflage

 Springer

Hrsg.

Prof. Dr. Michael Kölich

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock
Rostock, Deutschland

Prof. Dr. Miriam Rassenhofer

Klinik für Kinder- und Jugendpsychi-
atrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Klinik für Kinder- und Jugendpsychi-
atrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland

ISBN 978-3-662-58417-0

ISBN 978-3-662-58418-7 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58418-7>

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

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2011, 2013, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis: © guppys / stock.adobe.com

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Mit dem vorliegenden Band liegt eine komplett neue Fassung des „Klinikmanuals“ vor. Idee bei der Erstveröffentlichung war, dem Leser ein Buch an die Hand zu geben, das die Grundlagen kinder- und jugendpsychiatrischer und – psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie möglichst evidenzbasiert und doch für die alltägliche Praxis verwendbar darstellt. Der Erfolg der bisherigen Auflagen und auch die Rückmeldungen von Leserinnen und Lesern haben uns bestätigt, dass das Konzept des Buches ein richtiges war und ist. Besonders freut uns, dass dieses Buch sowohl „Berufseinsteigern“ im Bereich der KJP – wofür es auch explizit gedacht war –, wie auch noch während der Vorbereitung zur Facharztprüfung nützlich ist. In der Neuauflage haben wir das ursprüngliche Konzept beibehalten und doch Neuerungen eingeführt. Wir wollen für die vielen Berufsgruppen, die in und mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie arbeiten ein auf hohem wissenschaftlichen wie praktischem Niveau – kompaktes Manual anbieten, das Einblick in die Grundlagen des Fachs gibt, aber auch absehbare Entwicklungen mit in den Blick nimmt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine medizinische Disziplin und von daher auch ein wissenschaftliches Fachgebiet, auf dem es rasanten Wissenszuwachs aufgrund der Forschung gibt. Dies ist auch bei Neuauflagen zu beachten. Eine besondere Neuerung, die im Bereich der Psychiatrie ansteht, ist die neue Version der Internationalen Classification of Diseases, die ICD-11, die nun zumindest in weiten Zügen als Fassung vorliegt. Auch wenn noch nicht genau ersichtlich ist, ab wann diese auch in Deutschland als Version gültig sein wird, z. B. im Rahmen der Kodierung im Krankenhaus und Praxen, so wollten wir die Neuerung doch aufnehmen und bereits den Lesern die Perspektiven hinsichtlich einzelner Störungen bezüglich der diagnostischen Einordnung in der Zukunft zeigen. Da hinter einer Klassifikation auch Forschungsergebnisse stecken, findet sich bei der ICD-11 die bereits vom DSM-5 bekannte Tendenz, weniger kategoriale Einteilungen von Störungsbildern, sondern mehr die dimensionalen Aspekte bei der Einteilung psychischer Störungen zu berücksichtigen. Dies entspricht bei vielen Störungsbildern dem Forschungsstand und kommt gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie auch der entwicklungspsychologischen Komponente vieler Symptome und Störungsbilder entgegen. Im Buch werden die Neuerungen und Veränderungen bzgl. der Klassifikationen prägnant dargestellt, so dass man sich rasch orientieren kann.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie ist ein sehr interdisziplinär ausgerichtetes medizinisches Fach, sowohl in der Praxis wie in der Forschung. Dies bedingt, dass viele Kapitel sich auch interdisziplinären Themen widmen, wie z. B. dem Kinderschutz oder Bindungsaspekten. Auch in der Forschung ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie nicht allein rein medizinisch-biologisch orientiert sondern auch z. B. psychologisch

und sozialwissenschaftlich. Aspekte der Versorgungsforschung spielen ebenso eine Rolle wie auch ökonomische Fragestellungen und juristische sowie ethische Themen. Diese sehr interdisziplinäre Perspektive wurde im Buch in den einzelnen Kapiteln berücksichtigt, und damit stellt sich auch die interessante Breite des Fachs dar. Die letzten Jahre gab es intensive Forschung zur Häufigkeit aber auch zu Auswirkungen von ungünstigen Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend, den adverse childhood experiences (ACE). Dem Wissenszuwachs in diesem Bereich trägt das Buch Rechnung, und den ACE als einem der stärksten Prädiktoren für das Auftreten von psychischen Störungen ist ein eigenes Kapitel gewidmet; zudem wird in den einzelnen Kapiteln jeweils auf ACE Bezug genommen.

Wie immer muss man bei gedruckten Werken darauf hinweisen, dass sich die Erkenntnisse in der Medizin rasch verändern können; insofern sollten Leserggfs. aktuelle Recherchen oder weiterführende Literatur zur Hand nehmen und neuere wissenschaftliche Erkenntnisse immer in ihre Praxis miteinbeziehen.

Die Idee zu diesem Buch entstand an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Ulm vor mehr als 10 Jahren, um sowohl Studierenden aber auch den an einer Universitätsklinik oftmals wechselnden Mitarbeitern Basiswissen und Handlungsstrategien an die Hand zu geben. In zehn Jahren ändert sich im Leben von Herausgebern und Autoren einiges – wenn auch nicht so vieles, wie sich im selben Zeitraum bei Kindern an Veränderung ergibt. Inzwischen sind einige Autoren andernorts an Kliniken tätig oder haben sich niedergelassen. Aus den jeweiligen neuen Arbeitskontexten kamen neue Autoren und -innen hinzu. Einer der Herausgeber und ein Autor haben Lehrstühle in Rostock und Wien übernommen. Es gibt eine neue Mitherausgeberin, die als Professorin in Ulm berufen wurde. Bei aller Veränderung bleibt aber eines gleich: Durch die beiden ursprünglichen Herausgeber war intendiert – und dies wurde auch sorgfältig bei Prüfung der Kapitel in dieser Ausgabe „überwacht“ –, dass dieses Buch den klinischen Hintergrund und die Haltung der „Ulmer Schule“ widerspiegelt. Insbesondere da, wo die Evidenz endet, und das ist häufig bei den komplexen Problemlagen unserer Patienten der Fall, wird in diesem Buch zumindest die klinische Praxis, wie die Herausgeber sie vertreten, aufbauend auf bestmöglichen Therapierationalen, deutlich.

Allen Autorinnen und Autoren sei für die sorgfältige Neufassung ihrer Kapitel gedankt, auch der zügigen Lieferung im engen Zeitrahmen. Ein großer Dank geht an Frau Theresa Jung und Frau Simone Eberle, die das Buch für die Herausgeber sorgfältig und mit Umsicht betreut, bei der Planung und Vorbereitung unterstützt, die Korrespondenz mit den Autorinnen und Autoren übernommen, ausstehende Kapitel mit Freundlichkeit und Nachdruck eingefordert sowie die Zusammenarbeit mit dem Verlag koordiniert haben. Frau Scheddin vom Springer Verlag sei erneut gedankt für die wiederum professionelle Zusammenarbeit und hohe Flexibilität im Prozess der Herstellung des Buches.

Wir sind auf Rückmeldungen der Leserinnen und Leser gespannt und hoffen, dass auch diese Auflage sowohl den im Fachgebiet Tätigen, als auch Kooperationspartnern, wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in der

Kinder- und Jugendhilfe Tätigen, und vielleicht auch Studierenden, das aus unserer Sicht interessanteste Fach in den Heilberufen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, nahe bringt.

Michael Kölch

Rostock, Deutschland

Miriam Rassenhofer

Ulm, Deutschland

Jörg M. Fegert

Ulm, Deutschland

April 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Psychopathologie und Klassifikationssysteme – Grundlegende Aspekte	1
	<i>Michael Kölch, Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
I	Externalisierende Störungsbilder	
2	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	9
	<i>Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	
3	Störungen des Sozialverhaltens	25
	<i>Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
4	Disruptive Mood Dysregulation Disorder – Affektive Dysregulation	39
	<i>Michael Kölch, Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
II	Internalisierende Störungsbilder	
5	Emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen	51
	<i>Michael Kölch und Paul L. Plener</i>	
6	Angststörungen und phobische Störungen	63
	<i>Laura Weninger, Judith Nestler und Ulrike M. E. Schulze</i>	
7	Zwangsstörungen	85
	<i>Judith Nestler und Laura Weninger</i>	
8	Selektiver Mutismus	109
	<i>Paul L. Plener und Nina Spröber-Kolb</i>	
III	Störungen mit somatischen Symptomen	
9	Somatoforme Störungen	123
	<i>Yonca Izat, Miriam Rassenhofer und Michael Kölch</i>	
10	Dissoziative Störungen	137
	<i>Marc Allroggen</i>	

11	Ausscheidungsstörungen	151
	<i>Diana El Khatib und Michael Kölch</i>	

12	Chronische Tic-Störungen und Tourette-Syndrom	169
	<i>Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	

13	Essstörungen – Anorexia und Bulimia nervosa	183
	<i>Ulrike M. E. Schulze und Michael Kölch</i>	

IV Störungsbilder mit kategorial unterschiedlicher Psychopathologie

14	Schizophrenie	205
	<i>Sabine Müller, Tobias Hellenschmidt und Michael Kölch</i>	

15	Affektive Störungen: Major Depression, Manie und bipolare Störungen	231
	<i>Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	

16	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	263
	<i>Sabine Müller, Marc Allroggen und Jörg M. Fegert</i>	

V Traumata, Lerngeschichte und Persönlichkeitsentwicklung

17	Reaktionen auf schwere Belastungen	285
	<i>Veronica Kirsch und Miriam Rassenhofer</i>	

18	Komplex traumatisierte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende	311
	<i>Marc Schmid, Jörg M. Fegert und Michael Kölch</i>	

19	Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung	329
	<i>Thorsten Sukale, Jörg M. Fegert, Michael Kölch und Elisa Pfeiffer</i>	

20	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	345
	<i>Tobias Hellenschmidt und Michael Kölch</i>	

21	Videospielabhängigkeit (Gaming Disorder) und andere nicht stoffgebundene Süchte	371
	<i>Jakob Florack und Marc Allroggen</i>	

22	Bindungsstörungen	385
	<i>Ute Ziegenhain und Jörg M. Fegert</i>	
23	Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen	399
	<i>Michael Kölch, Marc Allroggen und Paul L. Plener</i>	
24	Störungen der Sexualität	415
	<i>Tobias Hellenschmidt und Naina Levitan</i>	
VI	Entwicklungsstörungen	
25	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	435
	<i>Liane Kaufmann und Michael von Aster</i>	
26	Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	455
	<i>Regula Kuhn und Clemens Povel</i>	
27	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (UEMF)	469
	<i>Johannes Buchmann</i>	
VII	Spezielle Situationen	
28	Der suizidale Patient	477
	<i>Paul L. Plener und Rebecca C. Brown</i>	
29	Der agitiert-aggressive Patient	489
	<i>Michael Kölch und Paul L. Plener</i>	
30	Der unklare, z. B. desorientierte Notfallpatient	499
	<i>Michael Kölch, Paul L. Plener und Tobias Hellenschmidt</i>	
31	Der somatisch kranke Patient	505
	<i>Renate Schepker, Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	
32	Besondere Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Intelligenzminderung	511
	<i>Frank Häßler und Jörg M. Fegert</i>	
33	Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	521
	<i>Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain und Miriam Rassenhofer</i>	

34	Sexueller Missbrauch	531
	<i>Jörg M. Fegert, Annika Münzer und Miriam Rassenhofer</i>	
35	Der selbstverletzende Patient	543
	<i>Paul L. Plener, Michael Kölch und Rebecca C. Brown</i>	
36	Adverse Childhood Experiences (ACE)	553
	<i>Andreas Jud</i>	

VIII Mutter und Kind als Patienten

37	Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern Diagnostische Kriterien zwischen 0 und 3 Jahren	567
	<i>Ute Ziegenhain, Lina Hermeling, Melanie Steiner und Yonca Izat</i>	
38	Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 3 bis 6 Jahren	583
	<i>Yonca Izat, Juliane Teich-Bělohradský, Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain und Michael Kölch</i>	
39	Psychische Störungen post partum	599
	<i>Ute Ziegenhain, Eva Möhler, Tanja Besier, Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	

IX Rechtliche Rahmenbedingungen, ethische Haltungen und Handlungskompetenz

40	Pharmakotherapie – Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	615
	<i>Michael Kölch, Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
41	Rechtliche Aspekte und ethische Fragen in der Kinder und Jugendpsychiatrie	645
	<i>Michael Kölch, Marc Allroggen und Jörg M. Fegert</i>	
42	Bundeskinderschutzgesetz und Kinder- und Jugendpsychiatrie	657
	<i>Thomas Meysen, Andreas Jud und Jörg M. Fegert</i>	
43	Institutionelle Schutzkonzepte zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs	669
	<i>Jörg M. Fegert, Ulrike Hoffmann und Elisa König</i>	

44	Forensische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	683
	<i>Marc Allroggen, Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	
45	Kontakt mit der Jugendhilfe – Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	693
	<i>Jörg M. Fegert, Michael Kölch und Saskia Grimm</i>	
46	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule	705
	<i>Gerhard Libal und Dorothee Blaumer</i>	
47	Was tun, wenn dieses Buch meine Fragen nicht beantwortet? . . .	711
	<i>Gerhard Libal, Laura Weninger, Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	
 X Neue Versorgungsformen		
48	Stationsäquivalente Behandlung	727
	<i>Isabel Böge, Jörg M. Fegert und Renate Schepker</i>	
49	Die Medizinische Kinderschutzhotline	735
	<i>Jörg M. Fegert, Oliver Berthold, Michael Kölch und Andreas Witt</i>	
50	CCSchool (Continuum of Care School) – Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung	743
	<i>Isabel Böge, Michael Kölch und Jörg M. Fegert</i>	
51	Aufsuchende Behandlungsformen aus der kassenärztlichen Praxis	751
	<i>Dagmar Hoehne</i>	
52	Heim- und Pflegekinder-Sprechstunde	761
	<i>Andreas Witt, Marc Schmid und Jörg M. Fegert</i>	
	Serviceteil	
	Anhang	772
	Stichwortverzeichnis	797

Autorenadressen

Marc Allroggen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
marc.allroggen@uniklinik-ulm.de

Michael von Aster

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
DRK Kliniken Berlin Westend
Berlin, Deutschland
m.aster@drk-kliniken-berlin.de

Oliver Berthold

Kinderschutzambulanz
DRK Kliniken Berlin|Westend
Berlin, Deutschland
o.berthold@drk-kliniken-berlin.de

Dorothee Blaumer

Hans-Lebrecht-Schule
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
dorothee.blaumer@uniklinik-ulm.de

Isabel Böge

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, ZfP Südwürttemberg
Ravensburg, Deutschland
isabel.boege@zfp-zentrum.de

Rebecca C. Brown

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
rebecca.brown@uniklinik-ulm.de

Jörg M. Fegert

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Jakob Florack

Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
jakob.florack@vivantes.de

Saskia Grimm, B.A. Soziale Arbeit

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
saskia.grimm@uniklinik-ulm.de

Frank Häßler

Tagesklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
der Gesellschaft für Gesundheit und
Pädagogik mbH (GGP)
Rostock-Dierkow, Deutschland
frank.haessler@ggp-rostock.de

Tobias Hellenschmidt

Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
tobias.hellenschmidt@vivantes.de

Dagmar Hoehne

Praxisgemeinschaft für Kinder und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Friedrichshafen
Friedrichshafen, Deutschland
d.hoehne@praxis-hoehne.com

Ulrike Hoffmann

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
ulrike.hoffmann@uniklinik-ulm.de

Yonca Izat

Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
yonca.izat@vivantes.de

Andreas Jud

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
andreas.jud@uniklinik-ulm.de

El Diana Kathib

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Homburg/Saar, Deutschland
Diana.El-Khatib@uks.eu

Veronica Kirsch, Dipl.-Psych

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Bachetzky & Kirsch
Augsburg, Deutschland
info@psychotherapiepraxis-augsburg.de

Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock
Rostock, Deutschland
michael.koelch@med.uni-rostock.de

Elisa König

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
elisa.koenig@uniklinik-ulm.de

Regula Kuhn

Klinikum im Friedrichshain
Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
Regula.Kuhn@vivantes.de

Naina Levitan

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Vivantes Klinikum Neukölln/
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Berlin, Deutschland
Naina.Levitan@vivantes.de

Gerhard Libal

Praxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u.
Psychotherapie
Ulm, Deutschland
g.libal@praxis-libal.eu

Thomas Meysen

SOCLES International Centre for Socio-
Legal Studies
Heidelberg, Deutschland
meysen@socles.de

Eva Möhler

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Heidelberg, Deutschland
Eva.Moehler@med.uni-heidelberg.de

Sabine Müller

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
Sabine.Mueller@uniklinik-ulm.de

Annika Münzer

Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
Annika.muenzer@uniklinik-ulm.de

Judith Nestler

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
judith.nestler@uniklinik-ulm.de

Elisa Pfeiffer, M.Sc.-Psych

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
Elisa.Pfeiffer@uniklinik-ulm.de

Paul L. Plener

Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Medizinische Universität Wien
Wien, Österreich
paul.plener@meduniwien.ac.at

Clemens Povel, Dipl.- Psychologe

Klinikum im Friedrichshain
Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
clemens.povel@vivantes.de

Miriam Rassenhofer

Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de

Renate Schepker

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
ZfP Südwürttemberg
Ravensburg, Deutschland
renate.schepker@zfp-zentrum.de

Marc Schmid

Liaisonbereich
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Basel, Schweiz
marc.schmid@upkbs.ch

Ulrike Schulze

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
Ulrike.Schulze@uniklinik-ulm.de

Nina Spröber-Kolb

KJE- Praxis Spröber und Kolleginnen
Neu-Ulm, Deutschland
info@praxis-sproeber.de
nina.sproeber@gmail.com

**Thorsten Sukale, Diplom-
Musiktherapeut**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
Thorsten.Sukale@uniklinik-ulm.de

Juliane Teich

Vivantes Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Berlin, Deutschland
juliane.teich@vivantes.de

Laura Weninger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
München, Deutschland
laura.weninger@med.uni-muenchen.de

Andreas Witt

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
andreas.witt@uniklinik-ulm.de

Ute Ziegenhain

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ulm, Deutschland
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

Abkürzungsverzeichnis

5-HT	Serotonin
AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
ABA	Applied Behaviour Analysis
ACE	Adverse Childhood Experiences
ADH	Antidiuretisches Hormon
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ADI-R	Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störung
AFS	Angstfragebogen für Schüler
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AMG	Arzneimittelgesetz
AN	Anorexia nervosa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	attenuierte psychotische Symptome
ARMS	<i>at risk mental state</i>
ASD	<i>autism spectrum disorder</i>
ATC	anatomisch-technisch-chemische Klassifikation
AVT	apparative Verhaltenstherapie
AVWS	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BAKO 1–4	Basiskompetenzen für Lese-Rechtschreibleistungen
Bayley II und -III	<i>Bayley Scales of Infant Development</i>
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BISC	Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BLIPS	<i>brief limited intermittent psychotic symptoms</i>
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BN	Bulimia nervosa
BPRS	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
BSABS	Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen
BUEGA/BUEVA	Basisdagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter/Vorschulalter
BVKJ	Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAARMS	<i>Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States</i>

CAB	Checkliste zur akuten Belastungssymptomatik
CATS	Child and Adolescent Trauma Screening Questionnaire
CBCL	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
CBIT	<i>Comprehensive Behavioral Intervention for Tics</i>
CBITS	<i>Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools</i>
CDC	<i>The Child Dissociative Checklist</i>
CDRS-R	<i>Child-Depression Rating Scale-Revised</i>
CDT	<i>carbohydrate-deficient transferrin</i> (Kohlenhydratmangel-Transferrin)
CRIES 13	<i>Children's Impact of Event-Scale</i>
CTSQ	<i>Child Trauma Screening Questionnaire</i>
CY-BOCS	<i>Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i>
DAT	Dortmunder Aufmerksamkeitstest
DBT	dialektisch-behaviorale Therapie
DBT-A	dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente
DCL-ANG	Diagnose-Checkliste für Angststörungen
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPP	Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
DIKJ	Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMB	Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen bei lern- und entwicklungsauffälligen Kindern
DMDD	Disruptive Mood Dysregulation Disorder
DRT	Diagnostischer Rechtschreibtest
DSD	Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination
DSHI	<i>Deliberate Self Harm Inventory</i>
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DTVP-2	<i>Developmental Test of Visual Perception, Second Edition</i>
EbM	evidenzbasierte Medizin
EDE-Q	<i>Eating Disorders Examination</i>
EDI-2	<i>Eating Disorder Inventory</i>
EDNOS	<i>eating disorders not otherwise specified</i>
EKG	Elektrokardiogramm
EKT	Elektrokrampftherapie
ELFRA	Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EMKK	Erfassung der Einstellungen der Mutter zu ihrem Kind
EN	Enuresis nocturna
EOS	<i>early onset</i>
EPDS	Diagnostik einer postpartalen Depression
EPS	extrapyramidalmotorische Störungen
ERBST	Erregungsbildungsstörungen

ERP	Exposition mit Reaktionsverhinderung
ES	Effektstärken
ET 6–6	Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FAS-E	Fragebogen für Angststörungen Elternversion
FAS-K	Fragebogen für Angststörungen Kinderversion
FASM	<i>Assessment of Self-Mutilation</i>
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen für Eltern und Erzieher
FGA	<i>first-generation antipsychotics</i> (konventionelle, klassische Antipsychotika)
FRAKIS	Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung
FSK	Fragebogen zur Sozialen Kommunikation
GABA	γ -Aminobuttersäure
GABHS	β -hämolisierende Streptokokken A
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GBB-KJ	Gießener Beschwerdefragebogen
GG	Grundgesetz
GIS	Geschlechtsidentitätsstörung
HKI	Heidelberger Kompetenz-Inventar
HRT	<i>Habit Reversal Training</i>
HSP	Hamburger Schreib-Probe
HZI	Hamburger Zwangsinventar
IBS-A-KJ	Interview zu Belastungsstörungen – akute Belastungsstörung Kinder und Jugendliche (dt. Version des CAPS-CA)
IBS-P-KJ	Interview zu Belastungsstörungen – posttraumatische Belastungsstörung Kinder und Jugendliche (dt. Version des CAPS-CA)
ICCS	International Children's Continence Society
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Auflage
ICF	International Classification of Functioning
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPT	interpersonale Psychotherapie
IRAOS	<i>Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia</i>
JA	Jugendamt
KAT-II	Kinder-Angst-Test
KG-ZNS-Ki	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage für Kinder (ZNS = zentrales Nervensystem)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KICK	Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe

KiTAP	Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KM	Kindsmutter
KTk	Körperkoordinationstest für Kinder
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LC	Locus coeruleus
LHRH	Luteinisierendes-Hormon-Releasing-Hormon
LOS KF 18	Lincoln-Oseretzky-Skalen – Kurzform
LRS	Lese-Rechtschreib-Störung
MAS	multiaxialen Klassifikationsschemas
MBT	<i>mentalization-based therapy</i>
MDD	Major Depression
MFED	Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik
MOT 4–6	Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder
MOUSI	Modifiziertes Ottawa-Ulm Selbstverletzungs-Inventar
MPH	Methylphenidat
MSFT	<i>Multi-Systemic Family Therapy</i>
MYPICMH	<i>Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental Health</i>
NA	nicht anwendbar
NADA	Nationale Anti Doping Agentur Deutschland
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
NN	Nullum nomen
NNH	<i>number needed to harm</i>
NNT	<i>number needed to treat</i>
NSVV	nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten
ODD	Oppositional Defiant Disorder
OEG	Opferentschädigungsgesetz
OPS	operationalisierter Prozedurenschlüssel
OR	Odds-Ratio
OTZ	Osnabrücker Test zur Zahlbegriffsentwicklung
PANDAS	<i>pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections</i>
PANS	<i>pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome</i>
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PE-A	<i>Prolonged Exposure – Adolescents</i>
PED	Pflege-Erziehungsdienstes
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest
PHOKI	Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche

PMC	Pontines Miktionszentrum
PMID	PubMed-Identifikationsnummer
PsychEntG	Psychiatrie-Entgeltgesetz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
Psych-PV	Psychiatriepersonalverordnung
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
RDoC	Research Domain Criteria
RTKM	Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch
SBB-Angst	Selbstbeurteilungsbogen
SBB-HKS	Selbstbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen
SD	Standardabweichung
SET	Sprachstandserhebungstest
SGA	<i>second-generation antipsychotics</i> (atypische Antipsychotika)
SGB	Sozialgesetzbuch
SHBQ	<i>Self-Harm Behavior Questionnaire</i>
SHT	Schädel-Hirn-Traumata
SIPS	<i>Structured Interview for Prodromal Symptoms</i>
SKEPT	Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie
SLRT	Salzburger Lese- und Rechtschreibtest
SNRI	selektiver Noradrenalinwiederaufnahmehemmer
SPAIK	Sozialphobie und Angstinventar für Kinder
SPFH	sozialpädagogische Familienhilfe
SPI-A	<i>Schizophrenia Prediction Instrument – Adult Version</i>
SSRI	selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer
SSV	Störungen des Sozialverhaltens
StGB	Strafgesetzbuch
StäB	stationsäquivalente Behandlung
TAS 26	<i>Toronto Alexithymia Scale</i>
TBGB	Testbatterie für geistig behinderte Kinder
TDM	Therapeutisches Drug Monitoring
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children</i>
TEA-Ch	<i>The Test of Everyday Attention for Children</i>
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
TF-CBT	<i>trauma-focussed cognitive behavioral therapy</i>
TFP	<i>transference-focussed psychotherapy</i> (übertragungsfokussierte Psychotherapie)
THC	Tetrahydrocannabinol
THOP	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten
TMAP	<i>Texas Medication Algorithm Project</i>
TRF	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen

TSK10	dt. Version des <i>Child Trauma Screening Questionnaire</i> (CTSQ)
TÜKI	Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder
TZA	tri- und tetrazyklische Antidepressiva
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UBG	Unterbringungsgesetz
UCLA	<i>Trauma/Grief Program for Adolescents</i>
VEOS	<i>very early onset</i>
vPFC	ventraler präfrontaler Kortex
WET	Wiener Entwicklungstest
WHO	World Health Organization
WRT	Weingartener Grundwortschatz-Rechtschreib-Test
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i>
YGTSS	Yale-Globale-Tic-Schwereskala
YMRS	<i>Young Mania Rating Scale</i>
YSR	Fragebogen für Jugendliche
YTSSL	Yale-Tourette-Symptomliste
ZAREKI-K	Neuropsychologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern
ZAREKI-R	Testverfahren zur Dyskalkulie bei Kindern
ZNM	Zürcher Neuromotorik
γ-GT	γ-Glutamyltransferase



Psychopathologie und Klassifikationssysteme – Grundlegende Aspekte

Michael Kölch, Paul L. Plener und Jörg M. Fegert

Die Grundlage psychiatrischer Tätigkeit allgemein bildet die hinreichende Diagnostik psychischer Phänomene bei Patienten. Kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit erfordert ein differenziertes Entwicklungswissen. Neben der Anamneseerhebung beim Patienten und bei der Familie sowie im sozialen Umfeld (z. B. Schule) gehören die Verhaltensbeobachtung und die Erstellung eines psychopathologischen Befundes zu den zentralen heilberuflichen Aufgaben in der Diagnostik, neben der körperlichen Untersuchung und differenzialdiagnostischen Abklärung.

Medizinhistorisch hatte die Entwicklung von Klassifizierungsversuchen zu psychischen Phänomenen einen entscheidenden Anteil an der Entstehung psychiatrischer Disziplinen. Beispielhaft können hier angeführt werden: Wilhelm Griesinger mit seinem Diktum, dass psychische Erkrankungen Nervenkrankheiten seien, oder aber die Einteilungsversuche von Emil Kraepelin und Eugen Bleuler bezüglich der Schizophrenie (Übersicht: ► [Klassifikationen nach Kraepelin und Bleuler](#)). Gerade bezüglich der Schizophrenie wurde sehr lange versucht, diese anhand der Symptome klarer zu beschreiben, etwa durch Karl Jaspers oder die Einteilung Kurt Schneiders in Symptome ersten und zweiten Ranges.

Klassifikationen nach Kraepelin und Bleuler

Kraepelin: 1899 – „Dementia praecox“ vs. manisch-depressives Irresein

Bleuler: 1911 – Beschreibung der Schizophrenie mit Grund- und akzessorischen Symptomen:

- Assoziationsstörung
- Affektivitätsstörung
- Ambivalenz (Gefühle)
- Autismus

■ Klassifikationssysteme

Psychische Störungen sind Störungen im Erleben, Denken, Fühlen und Handeln von Personen, und sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie Leiden hervorrufen, beim Betroffenen oder seinem Umfeld. Sie schränken die sozialen Fähigkeiten meistens ein und können beim Patienten zur Behinderung führen. Ein Teil der Störungen sind qualitative Veränderungen im psychischen Erleben, ein Teil davon entwicklungsphysiologische Normvarianten.

Typische Eigenschaften von psychischen Störungen sind:

- Sie sind nur sehr eingeschränkt willentlich zu steuern
- Sie dauern länger an
- Sie verursachen Leiden
- Sie beeinträchtigen das Leben (z. B. in Familie, Schule, Ausbildung)

Die meisten psychischen Störungen können am besten mit dem biopsychosozialen Modell erklärt werden: Es gibt bestimmte biologische/genetische Ursachen, oder Prädispositionen dazu treten aber sowohl psychische als auch soziale Faktoren, die das Auftreten einer Störung begünstigen (oder aber auch im Sinne der Resilienz verhindern können). Zumindest die Auswirkungen von Störungen im sozialen Bereich sind in den allermeisten Fällen sehr individuell von Umfeldfaktoren abhängig.

Die zwei wichtigen psychiatrisch-medizinischen Klassifikationssysteme sind die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) der World Health Organization (WHO) und das Diagnostic and Statistical Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA). Beide Systeme werden in gewissen Zeitabschnitten revidiert, und damit ergeben sich auch Neuuzuordnungen von Störungen oder psychopathologischen Phänomenen. Dazu finden auch Studien statt, die z. B. die Validität neuer Einteilungen im Vorfeld überprüfen sollen.

Eine weitere Klassifikation ist die International Classification of Functioning (ICF) der WHO, die Folgen von möglichen Behinderungen sehr detailliert individuell beschreibbar macht. Sie bezieht vor allem auch Umfeldfaktoren, die als Barrieren oder Faszilitatoren wirken, ein.

■ Psychopathologie

Letztlich ist die Psychopathologie eine der Grundlagen psychiatrischer Diagnostik, sie ist aber auch immer Bestandteil der Forschung, und von daher ergeben sich auch Veränderungen in der Zuschreibung von Symptomen, wie der Einschätzung, ob bestimmte Phänomene menschlichen Seins Krankheitswert haben oder nicht.

Psychopathologie beschreibt abweichendes Denken, Fühlen und Verhalten von Menschen. Die in Deutschland derzeit gebräuchlichste Einteilung ist die der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). Wichtige Bereiche der Psychopathologie sind: Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Antrieb, Motorik, Ängste, Zwänge, Stimmung und Affekt, formales und inhaltliches Denken, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Suizidalität, Substanzabusus, Schlaf und zirkadiane Rhythmik sowie sexuelle Orientierung.

Die differenzielle Erhebung, auch unter Einbeziehung Dritter und ggf. in anderen Kontexten als der Untersuchungssituation ist extrem wichtig, um zutreffend die Psychopathologie zu erheben. Verschiedenste psychometrische Instrumente, wie klinische Interviews oder Fragebogenverfahren, orientieren sich letztlich an psychopathologischen Kategorien.

Exemplarisch sollen hier entwicklungsphysiologische und pathologische Ängste differenziert werden. Während bei einem gesunden Kleinkind z. B. Trennungsängste klar beobachtet und als Verhalten beschrieben werden können und die Trennungssituation („strange situation“) sowie der adaptive Umgang mit dem Trennungssparadigma eher Schlüsse auf die Bindungsbeziehung zulassen, ist Trennungstoleranz eine wichtige Herausforderung für exploratives Handeln und Lernen ab dem Kindergartenalter mit wachsender Bedeutung im Schulalter. Gehen dann Kinder und Jugendliche, meist aus Sorge um ein Problem im Haushalt (Krankheit oder Tod eines Elternteils etc.), nicht zur Schule und können sich nicht trennen, ist die Diagnose einer Trennungsangststörung im Sinne der ICD-10 gerechtfertigt. Häufig ist eine körperliche Begleitsymptomatik bis zum Zeitpunkt der Erlaubnis zur Vermeidung des Schulbesuchs zu beobachten. Es finden sich aber auch „regressive Verhaltensweisen“ oder nie realisierte Individualisierungsschritte, z. B. schläft das Kind im Bett der Mutter/der Eltern noch mit 15 oder 16 Jahren. In dieser Altersgruppe ist dann aus einer banalen altersentsprechenden Entwicklungsthematik eine altersinadäquate Psychopathologie geworden, die häufig zu einer massiven Beeinträchtigung der Teilhabe führt und sehr häufig generalisiert, sodass generalisierte Ängste und eine komplette Vermeidung von Sozialkontakten mit dem Störungsbild einhergehen.

Entwicklungsphysiologische Ängste

Im Kleinkindalter typisch: 3-Monats-Fremdeln oder Trennung von Bezugsperson
 Kindergartenalter: Dunkelheit, Alleinebleiben, Geister/Monster/Fantasiegestalten
 Kindheit: schulische Leistungen, Unfälle, Naturkatastrophen etc.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist es deshalb von besonderer Bedeutung, Informationen Dritter (Eltern, Lehrer, Kindergarten, Betreuer, ggf. Freunde) mit in die psychopathologische Einschätzung einzubeziehen. Allzu schnelle kausale Attributionen, wie etwa die Hypermotorik oder Impulsivität eines Kindes sei nur in mangelhafter elterlicher Steuerung begründet, weil ein Kind anfangs im stationären Kontext als eher ruhig imponiert, sollten vermieden werden; oftmals zeigt sich kindliche Psychopathologie erst im Verlauf und Kontext deutlicher.

■ Entwicklungen in der psychopathologischen Bewertung und der Klassifikation von psychischen Störungen

Die Einschätzung von Psychopathologie ist auch von gesellschaftlichen Einstellungen und Entwicklungen abhängig; besonders eindrücklich zeigt sich dies im Bereich der Sexualität: Wurden früher Homosexualität und Transsexualität als Störungen mit Krankheitswert angesehen, so distanziert man sich heute von diesen auch als pejorativ erlebten diagnostischen Kategorien; allenfalls Folgen sexueller Orientierung in psychischer Hinsicht, wie etwa gehäufte depressive Störungen bei homosexuell orientierten Jugendlichen, werden heute als krankheitswertig eingeordnet.

Es gibt kulturell bedingte Häufungen bestimmter psychopathologischer Phänomene. Während z. B. um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert, zur Zeit Freuds, hysterische Symptome, gerade bei jungen Frauen, eine zentrale psychopathologische Symptomatik darstellten, die wir heute fast überwiegend nur noch bei Mädchen und jungen Frauen aus dem Mittelmeerraum sehen, folgte mit dem ökonomischen Aufschwung (Wirtschaftswunder) und der Fixierung auf die Verfügbarkeit von Essen und Nahrungsmitteln eine deutliche Zunahme der Magersucht. Anorexia nervosa ist auch sehr stark mit gesellschaftlichen Frauenbildern assoziiert. Dies sieht man im Kulturvergleich: kaum Auftreten von Anorexia nervosa im arabischen Sprachraum, erst nach dem Überwechseln von Studierenden an westliche Universitäten.

Probleme in der Affektkontrolle drückten sich in den 1990er Jahren immer stärker auch durch ein bulimisches Verhalten und durch selbstverletzendes Verhalten aus. Während Selbstverletzung früher fast nur bei Heimkindern und Kindern mit beginnenden Persönlichkeitsentwicklungsstörungen gesehen wurde, ist selbstverletzendes Verhalten heute bei Jugendlichen sehr verbreitet und nachweislich mit bestimmten Jugendkulturen assoziiert.

Insofern ist die Exploration solcher subkultureller Einbindungen und Vorstellungen sowie Idealisierung bei allen Patienten von großer Bedeutung. Die Dignität wahrgenommener Symptome verändert sich so. Gleichzeitig muss das Bayes-Theorem stets beachtet werden mit der klinisch relevanten Auslegung, dass bestimmte Symptome in einer bestimmten vorselegierten Stichprobe, z. B. der Inanspruchnahmestichprobe einer Ambulanz, eine andere Dignität und einen anderen diagnostischen und prognostischen Hinweischarakter haben als in der Allgemeinbevölkerung. Dies wurde früh von Eeg-Olofsson für Spikes im EEG gezeigt: ein häufiges Phänomen in der Allgemeinbe-

völkerung, aber durchaus relevant wenn ein Patient in einer kinderneurologischen Ambulanz vorgestellt wird. Wichtig ist die Berücksichtigung der Basisrate für präventive Überlegungen und Frühinterventionen, z. B. auch im Bereich Prodromi der Schizophrenie, wo bestimmte Symptome in entsprechenden Inanspruchnahmepopulationen von Frühinterventionsstellen und Ambulanzen durchaus behandlungsrelevant sind, während sie in der Allgemeinbevölkerung so häufig vertreten sind, als dass man darauf eine Intervention aufbauen könnte.

Immer wieder ergeben sich deshalb auch Versuche, neue Krankheitsbilder zu definieren oder Symptomkomplexe zu Krankheitsbildern umzudefinieren (Schizophrenie-Prodrome), um damit die üblichen rechtlichen Kategorien zur Erforschung und Zulassung, z. B. medikamentöser Behandlung, anwenden zu können. Auch aus sozialrechtlichen Gründen ergeben sich zum Teil Bestrebungen, neue Krankheitsbilder zu definieren, wie das hinlänglich bekannte Burn-out-Phänomen belegt. Letztlich zeigt sich dabei psychopathologisch kein anderes Bild als bei einer Depression, es wird nur ein mechanistisch kausaler Erklärungsansatz versucht (aufgrund von Belastungen folgt die Erkrankung). Dahinter können manchmal auch sozialrechtliche Überlegungen stehen; z. B. wäre bei Anerkennung einer Burn-out-Erkrankung zu diskutieren, ob diese dann eine Berufskrankheit darstellt und der Umgang damit dann nicht mehr primär eine Aufgabe der Krankenbehandlung im Rahmen der GKV im SGB V, sondern eine Aufgabe der beruflichen Rehabilitation und Behandlung im Rahmen der Berufsgenossenschaften wäre (SGB VII).

Im internationalen Vergleich sind häufig Unterschiede bei den diagnostischen Schwellen in DSM und ICD-10 beobachtet worden. Generell kann als Regel festgestellt werden, dass die Symptomschwelle im DSM niedriger liegt als bei der ICD. Dies kann dann evtl. auch zu einer höheren Behandlungsprävalenz wie auch damit einhergehend zu einer höheren Medikationsrate im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, wie sie in den USA üblich ist, beitragen oder vice versa. Bei posttraumatischen Störungen geht das deutsche soziale Entschädigungsrecht nicht allein von den Diagnosen aus, sondern wird auch in seiner reformierten Fassung eine komplexe Kausalität voraussetzen. Vielfach werden neue Phänomene erst in der Forschung beobachtet, obwohl sie in der Praxis schon längere Zeit wahrgenommen werden. So werden zu Forschungsaspekten zum Teil neue Entitäten eingeführt, damit sie vereinheitlicht klassifiziert werden können, um valide und vergleichbare Forschung betreiben zu können. So wurde im DSM-5 das nicht-suizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV) als Forschungskategorie aufgenommen. Früher schon wurde die posttraumatische Belastungsstörung als Störungsbild in die Klassifikation aufgenommen, nachdem insbesondere nach dem Vietnamkrieg viele Soldaten in den USA unter diesem Phänomen litten, was bis dato nicht als Störung klassifizierbar war, – damit ergab sich auch Zugang zum medizinischen Versorgungssystem, der vorher nicht möglich war.

■ Arten der Klassifikation

Generell kann man kategoriale und dimensionale Einteilungen bezüglich Psychopathologie und Klassifikation vornehmen: In der kategorialen Einteilung sind krank und gesund eindeutig distinkt, in der dimensionalen Einteilung bewegt sich der Unterschied zwischen gesund und krank auf einem Kontinuum. Historisch hoffte man auf kategoriale Einteilungen, die Forschung hat aber immer mehr gezeigt, dass die meisten Stö-

1

rungen eher dimensional ausgeprägt sind, und neue genetische Analysen konnten zeigen, dass viele heute als distinkt beschriebene Störungsbilder als Teil eines Clusters verstanden werden sollten. Insofern beziehen sich die neueren Klassifikationssysteme mehr auf dimensionale Aspekte. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind autistische Störungen hierfür ein Beispiel. Ging man früher von den beiden Formen Kanner- und Asperger-Autismus aus, weiß man heute, dass sich diese Störungen vielmehr auf einem Spektrum zeigen; die sogenannte Autismus-Spektrum-Störung wie im DSM-5 trägt dem Rechnung. Selbst bei den schizophrenen Störungen sind die neuen Klassifikationen in DSM-5 und ICD-11 eher dimensional orientiert (z. B. Wegfall der Typologie in hebephrene, katatone Schizophrenie etc.), da sich auch gezeigt hat, dass viele Patienten über den Verlauf verschiedene Formen zeigen können.

Eine andere Möglichkeit der Einteilung ist die eher deskriptive versus kausal orientierte Klassifikation. Die ICD-10 hatte die kausale Einteilung (etwa bei depressiven Störungen, bei denen man früher in endogene und reaktive Depressionen einteilte) verlassen und war sehr deskriptiv orientiert. In der ICD-11 wird es bei einigen Störungen wieder kausale Einteilungen geben, etwa bei den substanzbedingten Folgestörungen (wie Depressionen oder Schizophrenien).

■ **Ausblick**

Das nächste Jahrzehnt wird von der ICD-11 und dem DSM-5 klassifikatorisch bestimmt sein. Auch Forschungsergebnisse, wie klinische Studien etc., werden sich auf diese Einteilungen beziehen. Laufende Studien jedoch verwenden oft noch die älteren Versionen wie die ICD-10. Im Einzelfall muss geprüft werden, auf welche Klassifikation sich z. B. eine Studie bezieht; es wird sich aber auch im Verlauf durch Feldstudien etc. ergeben, welche weiteren Veränderungen in der Klassifikation zukünftig notwendig sein werden.

Externalisierende Störungsbilder

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 2** **Aktivitäts- und
Aufmerksamkeitsstörung – 9**
Michael Kölch und Jörg M. Fegert
- Kapitel 3** **Störungen des Sozialverhaltens – 25**
Paul L. Plener und Jörg M. Fegert
- Kapitel 4** **Disruptive Mood Dysregulation
Disorder – Affektive Dysregulation – 39**
*Michael Kölch, Paul L. Plener
und Jörg M. Fegert*



Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Michael Kölch und Jörg M. Fegert

Weiterführende Literatur – 23