

# 1 Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie

von Franz Petermann

Inhaltsübersicht	
1 Einleitung	10
2 Risiko- und Schutzfaktoren kindlicher Entwicklung	12
3 Entwicklungspsychopathologie	13
4 Biopsychosoziales Krankheitsmodell	14
5 Entwicklungsmodelle und entwicklungsorientierte Diagnostik	15
6 Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen	17
7 Prävention und Gesundheitsförderung	18
8 Familienbezogene Intervention	19
9 Multimodale Therapie	21
10 Perspektiven	22
10.1 Neue Interventionsverfahren	22
10.2 Klinische Kinderneuropsychologie	22
10.3 Pädiatrische Psychologie	23
Zusammenfassung	24
Verständnisfragen	24
Weiterführende Literatur	25
Literatur	25

# 1 Einleitung

Das vorliegende Lehrbuch gibt eine Übersicht über die Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie sowie neue Erklärungs- und Interventionsansätze für Verhaltensstörungen, emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen und psychosomatische Krankheiten; zudem wird auf körperliche Krankheiten mit chronischem Verlauf und die Bewältigung der damit verbundenen Belastungen eingegangen. In diesem Kapitel sollen wichtige Grundbegriffe geklärt, in die Themengebiete des Buches eingeführt und die Neuentwicklungen des jungen Forschungs- und Anwendungsgebiets Klinische Kinderpsychologie thematisiert werden. Die vielfältigen Neuentwicklungen sollen verdeutlichen, wie stark die Klinische Kinderpsychologie zur Zeit an Profil gewinnt.

Die Klinische Kinderpsychologie entstand an der Schnittstelle zwischen Klinischer Psychologie und Entwicklungspsychologie; sie untersucht in Abgrenzung zur Entwicklungspsychologie, die sich mit der normalen Entwicklung beschäftigt, Entstehung und Auswirkungen von Entwicklungsabweichungen. Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist alters- und kulturabhängig sowie in spezifischer Weise in Familie und Gesellschaft eingebunden. Viele Jahre sind Kinder von ihren erwachsenen Bezugspersonen abhängig, von denen sie in der Regel soziale Unterstützung erhalten. In ihrem Entwicklungsverlauf müssen sie altersspezifische Anforderungen und Aufgaben bewältigen. Vielfach ergeben sich aus diesen Anforderungen Belastungen, die Kinder für Krisen besonders anfällig machen. Aus diesen Konstellationen resultieren für die unterschiedlichen Altersgruppen spezifische Fragestellungen, mit denen sich die Klinische Psychologie des Erwachsenenalters nicht auseinandersetzen muß. Einige spezifische Sichtweisen der Klinischen Kinderpsychologie stellt Kasten 1 zusammen.

Die Klinische Kinderpsychologie wurde entscheidend durch ihre Nachbardisziplinen geprägt, die eine längere Tradition aufweisen. Die zentralen Nachbardisziplinen bilden die

- Kinderheilkunde,
- Heil- und Sonderpädagogik,
- Kinderneurologie sowie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie.

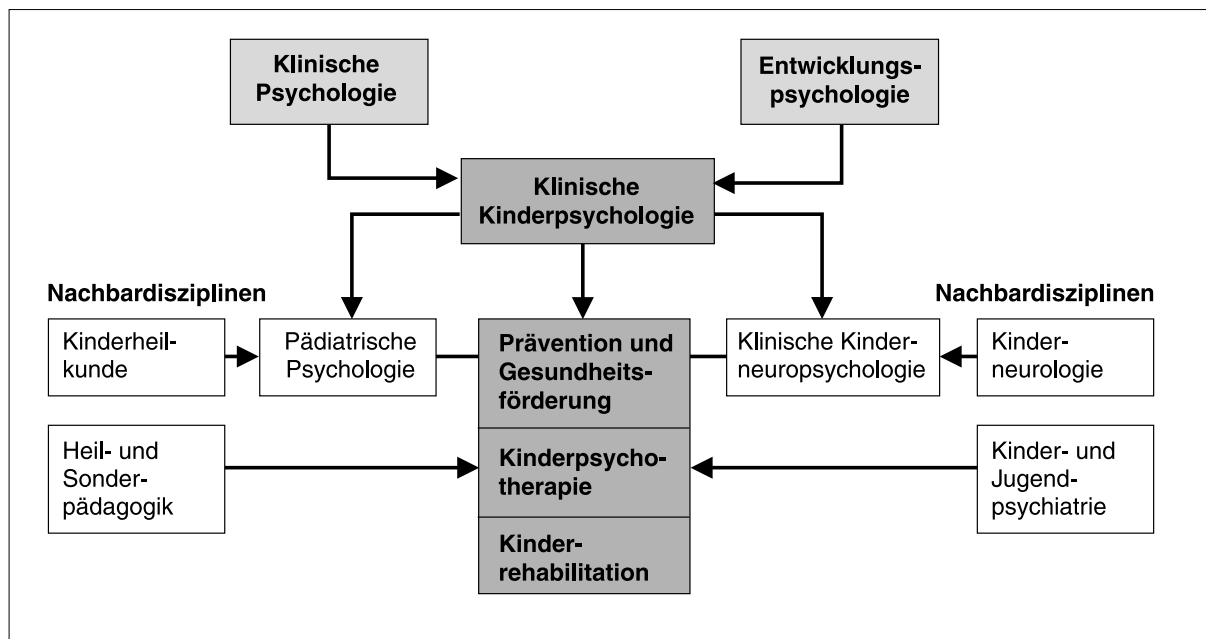
Gemeinsam mit ihren Nachbardisziplinen wendet sich die Klinische Kinderpsychologie Problemstellungen der Diagnostik und Intervention im Kindes- und Jugendalter zu. Besonders differenziert konnten die Ergebnisse der Klinischen Kinderpsychologie in Interventionsstrategien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, Kinderpsychotherapie und Kinderrehabilitation umgesetzt werden (vgl. Abb. 1). Das traditionelle Anwendungsgebiet der Klinischen Kinderpsychologie bildet jedoch immer noch die Kinderpsychotherapie; daneben gewinnen die Pädiatrische Psychologie und Klinische Kinderneuropsychologie als neue Anwendungsgebiete an Bedeutung; auf diese Gebiete geht Abschnitt 10 ein.

Die Klinische Kinderpsychologie liefert wesentliche Grundlagen einer kind- und familienorientierten Intervention; aus ihren Befunden lassen sich wirksame Psychotherapiekonzepte entwickeln und neue Akzente für die klinische Praxis setzen (vgl. Fonagy, 1997). Wesentliche Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie stammen aus der Entwicklungspsychologie, wobei entwicklungspsychologische Befunde in der klinischen Praxis eine besondere oder neue Bedeutung erhalten. So veränderten die neuen Erkenntnisse der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung die Vorstellungen zur frühen Entwicklung und damit die Konzepte, die eine wirksame Kinderpsychotherapie begründen können (vgl. Zimmermann, Suess, Scheuerer-Englisch & Grossmann, 1999). Die detaillierte Analyse der frühen

## Kasten 1:

Fragestellungen der Klinischen Kinderpsychologie (nach Petermann, 1997, S. 4f.).

1. Welche psychischen Merkmale bilden Frühindikatoren für Störungen in späteren Entwicklungsphasen (z. B. für die Entstehung der kindlichen Aggression oder Depression)?
2. Welche entwicklungs- beziehungsweise altersbedingten Verletzlichkeiten (Vulnerabilitäten) kennzeichnen eine krisenhafte Entwicklung und worin unterscheidet sich diese von einer normalen Entwicklung?
3. Von welchen Bedingungen hängt die psychische Widerstandsfähigkeit eines Kindes (= psychische Robustheit) im Kontext der Belastungs- und Krisenbewältigung ab?
4. Von welchen Faktoren wird das Belastungsempfinden und die Aktivierung oder Herausbildung von Ressourcen beeinflusst?
5. Durch welche Merkmale sind psychisch robuste Kinder gekennzeichnet, die unter besonders widrigen Umständen keine Auffälligkeiten entwickeln?
6. In welcher Form beeinflussen frühe sozial-emotionale Faktoren, frühe Interaktionsmuster, Aspekte der Temperamentsentwicklung und Formen der Emotionsregulierung die kindliche Entwicklung?
7. Welche symptombezogenen Entwicklungsmodelle können einer entwicklungsorientierten Diagnostik und Interventionsplanung zugrunde gelegt werden?



**Abbildung 1:** Grundlagen, Nachbardisziplinen und Anwendungsgebiete der Klinischen Kinderpsychologie.

Mutter-Kind-Interaktion, das Wissen um die Temperamentsentwicklung und die Gedächtnisleistung von Säuglingen und Kleinkindern führt zu einem neuen Verständnis von Kinderpsychotherapie (vgl. Herrle, Laucht, Esser, Dinter-Jörg & Schmidt, 1999; Herpetz-Dahlmann & Remschmidt, 1995; Zentner, 1998).

Die Bindungsforschung widmete sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Kindes sowie deren Auswirkungen auf die weitere Entwicklung und die Gestaltung zukünftiger Beziehungen (vgl. Zimmermann et al., 1999). Seit einigen Jahren rückt neben der frühen Mutter-Kind-Bindung auch zunehmend der Einfluß des Vaters oder der Beziehungen zu den Geschwistern, Großeltern, Gleichaltrigen etc. in den Mittelpunkt des Interesses (Rutter, 1998b). Vor allem bei jungen Kindern ist die Qualität der Beziehung des Kindes zu primären Bezugspersonen entscheidend für die psychische Entwicklung (vgl. Eyberg, Schuhmann & Rey, 1998).

Darüber hinaus prägen natürlich auch noch andere Faktoren, wie zum Beispiel sozioökonomische Bedingungen der Familie die kindliche Entwicklung. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, daß die Kinderpsychotherapie in den letzten Jahrzehnten immer stärker das soziale Umfeld, vor allem die Familie und Schule, in die Intervention einbezogen hat. Das Ausmaß und die Form, in dem das soziale Bezugfeld berücksichtigt wird, hängt vor allem vom Alter der betroffenen Kinder ab (vgl. Eyberg et al., 1998). Vor allem die familienorientierte Intervention bildet eine wichtige Vorgehensweise, die Noeker und Petermann in diesem Buch ausführlich vorstellen.

Entscheidungen bei Kindern hängen von deren Entwicklungsstand und ihrem sozialen Kontext ab. Dies verdeutlicht, daß ohne fundierte entwicklungspsychologische Kenntnisse kaum tragfähige klinische Urteile möglich sind. Ein wesentliches Merkmal der Klinischen Kinderpsychologie bildet somit ihre Entwicklungsorientiertheit. Diese Sichtweise bezieht sich vor allem auf die

- Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen (= Entwicklungspsychopathologie),
- Diagnosestellung (= entwicklungsorientierte Diagnostik) und
- Therapie des Kindes und seiner Familie (= entwicklungsorientierte Intervention).

**Definitionsversuch.** Die Klinische Kinderpsychologie beschäftigt sich mit der Entstehung, dem Verlauf, der Diagnostik und der Intervention bei psychosozialen Belastungen, psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Hierbei sind risikohörende und risikomildernde Faktoren und Bedingungen des Kindes und der Familie bedeutsam, die in der kindlichen Entwicklung wirksam werden (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Je präziser solche Auswirkungen erforscht und je differenzierter Entwicklungsverläufen abbildbar werden, desto umfassender wird der Erkenntnisstand der Klinischen Kinderpsychologie sein. Aus dem Vergleich günstiger und ungünstiger Verläufe erhält man auch entwicklungspsychologische Hinweise auf die generelle „Funktionsweise“ der kindlichen Psyche.

## 2 Risiko- und Schutzfaktoren kindlicher Entwicklung

Die Klinische Kinderpsychologie kann (noch) kein in sich geschlossenes theoretisches Bezugssystem vorweisen, das in der Lage ist, klinisches Handeln zu begründen. Zur Überbrückung dieses Zustandes greift man als Ordnungsschema für klinisches Handeln auf die Klassifikation von Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung zurück (vgl. Petermann, 1997). In der Weiterführung dieser Diskussion sprechen Scheithauer und Petermann (1999) von *risikoerhöhenden und risikomildernden Faktoren und Bedingungen*, um der Vielfalt der beteiligten Aspekte und Wirkmechanismen besser zu entsprechen (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2 illustriert risikoerhöhende Faktoren und Bedingungen auf Seiten des Kindes (Vulnerabilität) und Umgebungsfaktoren (Risikofaktoren). Die *Vulnerabilität* gibt die Verletzlichkeit des Kindes gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflußfaktoren an. Weitere kindbezogene Faktoren beziehen sich sowohl auf genetische Dispositionen und chronische Krankheiten als auch auf psychosoziale Merkmale, wie eine niedrige Intelligenz, eine hohe Ablenkbarkeit oder ein schwieriges Temperament. Risikoerhöhende Faktoren in der Umgebung des Kindes umfassen sowohl sozioökonomische Bedingungen sowie familiäre Belastungen als auch Faktoren im weiteren sozialen Umfeld des Kindes.

Abbildung 2 führt auch *Phasen erhöhter Vulnerabilität* im Entwicklungsverlauf an. Solche Bedingungen

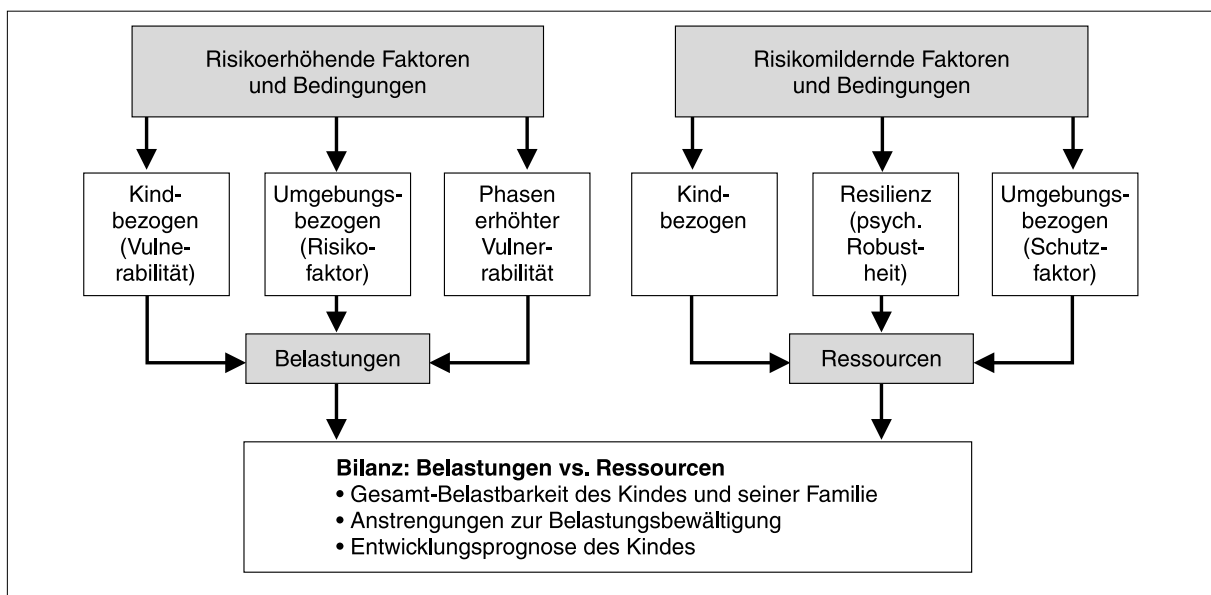
sind durch soziale Entwicklungsübergänge (= Transitionen) gegeben, wie zum Beispiel

- die Einschulung,
- die körperliche Reifung (im Jugendalter) oder
- der Eintritt in das Berufsleben,
- Übergänge, die durch die kognitive Entwicklung, zum Beispiel ein differenziertes Urteils- und Selbstreflexionsvermögen, bedingt sind.

Besonders das Jugendalter stellt eine Phase vielfältiger Übergänge und damit erhöhter Vulnerabilität dar (vgl. Garber, Lewinsohn, Seeley & Brooks-Gunn, 1997). In dieser Entwicklungsphase ereignen sich komplexe Veränderungen im Leben des Jugendlichen, die biologische, kognitive und soziale Aspekte betreffen.

*Risikomildernde Faktoren und Bedingungen* tragen dazu bei, daß bestimmte Belastungen nicht zu Störungen führen. Eine sich entwickelnde *Widerstandsfähigkeit* gegenüber extremen Belastungen nennt man *Resilienz*. Psychische Widerstandsfähigkeit bedeutet, daß Kinder oder Familien relativ unbeschadet mit den negativen Folgen von Streß (z. B. belastenden Lebensumständen) umgehen können, ohne körperliche oder psychische Symptome zu entwickeln. Besonders widerstandsfähige Kinder weisen folgende Merkmale auf:

- ein günstiges Temperament,
- gute Problemlösefähigkeiten,
- ein positives Selbstwertgefühl,
- eine emotional sichere Bindung zu wenigstens einer Bezugsperson,
- ein anregendes Erziehungsklima,



**Abbildung 2:**

Risikoerhöhende und risikomildernde Faktoren und Bedingungen in der kindlichen Entwicklung (modifiziert nach Scheithauer & Petermann, 1999, S. 4).

- soziale Unterstützung in der Familie und
- eine eindeutige Wertorientierung.

Die Resilienz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich allmählich im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion. Weitere risikomildernde Faktoren können kind- oder umgebungsbezogener Natur sein (vgl. Abb. 2). Positive kindbezogene Faktoren liegen zum Beispiel vor, wenn Kinder ein positives Sozialverhalten zeigen und ein stabiles Selbstwertgefühl besitzen. Günstige umgebungsbezogene Bedingungen sind gegeben, wenn stabile Freundschaften bestehen und eine hinreichende familiäre Unterstützung des Kindes erfolgt. – In den weiteren Ausführungen soll vereinfachend von Risiko- und Schutzfaktoren gesprochen werden, ohne damit die eingeführte begriffliche Differenzierung aufgeben zu wollen (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999).

Aus dem Entstehungszeitpunkt und dem Ausmaß der Entwicklungsabweichungen kann der Klinische Kinderpsychologe Hinweise für die Interventionsplanung ableiten. So erhält man Hinweise unter anderem auf

- die Stabilität und Prognose von psychischen Störungen,
- die Komorbidität von Merkmalskonstellationen (z. B. den Übergang von Aggression zur Depression im Jugendalter) und
- das Ausmaß von Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche auswirken.

Berücksichtigt man dies und das Entwicklungsalter des Kindes, dann wird sich die Wirksamkeit von Interventionsstrategien erhöhen.

### 3 Entwicklungspsychopathologie

Die Fortschritte der Klinischen Kinderpsychologie wurden in den letzten Jahren vor allem durch die neuen Erkenntnisse der Entwicklungspsychopathologie möglich. Mit diesem Zugang wird es möglich, nicht nur Störungen zu beschreiben und zu klassifizieren, sondern darüber hinaus die Wege von Entwicklungsabweichungen und psychischen Störungen vom frühen Kindes- bis zum Erwachsenenalter nachzuzeichnen.

Selbstverständlich ist der allgemeine Anspruch der Entwicklungspsychopathologie, die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen zu begreifen, nicht neu.

In den letzten Jahren wurden vor allem risikoe erhöhende Faktoren untersucht, die in den ersten Lebensjahren die kindliche Entwicklung beeinflussen. Man kann dabei zwischen biologischen Faktoren, Auswirkungen der Eltern-Kind-Interaktion sowie familiären und sozialen Einflüssen unterscheiden (vgl. Tab. 1). Die Befunde basieren auf Längsschnittstudien, bei denen Risikokinder (z. B. sehr Frühgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht; vgl. Wolke & Roth, 1999) im Hinblick auf Lern-, Verhaltens- und psychische Probleme untersucht wurden.

**Tabelle 1:**

Ausgewählte risikoe erhöhende Faktoren der kindlichen Entwicklung innerhalb der ersten drei Lebensjahre (nach Zeanah, Boris & Larrieu, 1997).

Biologische Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prä-, peri- und postnatale Faktoren (Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankungen des Säuglings, niedriges Geburtsgewicht etc.)</li> <li>• schwieriges Temperament des Kindes (z. B. sehr unruhig und impulsiv)</li> </ul>
Faktoren innerhalb der Eltern-Kind-Interaktion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bindungsverhalten (unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und desorganisierte Bindungserfahrungen)</li> <li>• psychische Störungen der Eltern</li> </ul>
Familiäre und soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konflikte der Eltern</li> <li>• Erziehungsverhalten der Eltern (z. B. Uneinigkeit, inkonsequentes oder vorwiegend strafendes Erziehungsverhalten)</li> <li>• Gewalt und Mißhandlung innerhalb der Familie</li> <li>• sehr junge Eltern (z. B. Elternschaft vor dem 18. Lebensjahr)</li> <li>• niedriger sozioökonomischer Status</li> </ul>

Jeder Kinderpsychotherapeut erklärt den Familienmitgliedern, „woher“ eine Störung des Kindes kommen könnte; in der Regel fragen die Eltern auch besorgt, welche negativen Folgen aus der aktuellen Problematik noch erwachsen können. Aus einer differenzierten Elternexploration und Familienanamnese läßt sich in der Regel ein „fallbezogenes Entwicklungs- und Erklärungskonzept“ einer psychischen Störung ableiten. Klinisches Handeln basiert demnach auf plausiblen, aber vielfach ungeprüften Annahmen über die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen. Solche Annahmen werden von der Entwicklungspsychopathologie seit gut zehn Jahren intensiv systematisiert und wissenschaftlich überprüft. Darüber hinaus vergleicht man in der Entwicklungspsychopathologie pathologische Phänomene mit der normalen Entwicklung.

Viele entwicklungspsychologische Theorien betonen Teilaspekte der kindlichen Entwicklung so einseitig, daß sie den komplexen klinischen Störungsbildern nicht gerecht werden. Neue Theorien versuchen hingegen, die kindliche Entwicklung durch die *Interaktion biopsychosozialer Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen* zu beschreiben und damit dieser Komplexität gerecht zu werden (vgl. Eisenberg, 1998; Petermann, Kusch & Niebank, 1998). Hierbei erweist sich die *emotionale Entwicklung* als besonders bedeutsam (vgl. Eisenberg, 1998); so kann eine *negative Affektivität* (z. B. Gefühle der Angst oder depressive Verstimmungen) bei der Entstehung vieler psychischer Störungen beteiligt sein. Ebenso äußern sich depressive Verstimmungen, je nach Alter des Kindes, sehr unterschiedlich. So gelingt es bei der Depression im Kindesalter erst durch eine entwicklungsorientierte Sichtweise, die unterschiedlichen (alterstypischen) Erscheinungsformen der Depression zu ordnen (vgl. Essau & U. Petermann in diesem Buch).

Niebank und Petermann zeigen in diesem Buch auf, warum es erforderlich ist, die abweichende mit der normalen Entwicklung zu vergleichen. Ziel ist es, daß jede Disziplin Erkenntnisse aus den Befunden der anderen Disziplin gewinnen kann: Die *Psychopathologie*, in-

dem sie auf der Basis der normalen Entwicklung zunächst definieren kann, was auffällig und behandlungsbedürftig ist (s. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch); die *Entwicklungspsychologie*, indem sie aus dem Wissen über abweichendes Verhalten die Mechanismen der normalen Entwicklung aus einer anderen Perspektive analysiert und auf diese Weise Entwicklungsabweichungen in komplexeren Modellen umfassender berücksichtigt.

Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich besonders intensiv mit der Schnittstelle zwischen Biologie und Psychologie. Sie integriert dabei Ergebnisse aus der Entwicklungsneurobiologie, Humangenetik, Klinischen Psychologie, Psychoanalyse und aus sozialwissenschaftlichen Ansätzen (vgl. Niebank & Petermann in diesem Buch). Dieses Bemühen ist nachvollziehbar, da besonders massive Einschnitte im Entwicklungsverlauf, wie zum Beispiel das Einsetzen der Pubertät, nur durch die komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen und psychischen Veränderungen erklärt werden können (vgl. Cicchetti, 1989); diese Wechselwirkung wird die Art und Ausprägung einer möglichen psychischen Symptomatik bestimmen.

## 4 Biopsychosoziales Krankheitsmodell

In der Regel ist einer psychischen Störung ihre Pathogenese nicht unmittelbar anzusehen. Nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell kann man, wie bereits dargestellt, von einem komplexen Wechselspiel von neurobiologischen beziehungsweise genetischen und psychosozialen Einflüssen ausgehen (vgl. Neuhäuser, 1998; siehe Kasten 2). Für den Klinischen Kinderpsychologen bedeutet dies, daß er sich künftig stärker mit den Zusammenhängen zwischen *Nervensystem* und *Verhaltensregulation* auseinandersetzen muß. In den nächsten Jahren werden die Ergebnisse zu den genetischen Grundlagen einer geistigen Behinderung (vgl. Schmidt in diesem Buch) und einer psychischen Störung die Aussage „Eine Störung X tritt familiär gehäuft auf!“ in einem neuen Licht erscheinen lassen (vgl. Kasten 2).

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell verändert die Klinischen Kinderpsychologie. Diese Behauptung läßt sich schon heute am Beispiel des nächtlichen Einnässens (Enuresis nocturna) belegen (vgl. von Gontard, 1998). Noch vor 100 Jahren führte man das Einnässen von Kindern auf Faulheit, Feigheit oder Angst zurück.

Die Psychoanalyse sah unter anderem in der Enuresis ein Symptom verdrängter Sexualität oder unbewußter Konflikte. Vielfach wurde Enuresis psychoanalytisch als verdeckte Aggression gegenüber den Eltern gedeutet. Seit einigen Jahrzehnten sieht die Verhaltenstherapie in der Enuresis ein Lerndefizit und behandelt einnässende Kinder mit dem Klingelapparat erfolgreich. Die jüngste genetische Forschung geht zumindest bei der primären Enuresis von einer *genetisch determinierten biologischen Störung* aus, die man am ehesten als Entwicklungsstörung interpretieren kann, ähnlich einer sprachlichen oder motorischen Entwicklungsverzögerung (vgl. Petermann & Petermann in diesem Buch).

Die Einbeziehung von Erkenntnissen aus der Genetik ist jedoch nicht gleichbedeutend mit dem Ende der Kinderpsychotherapie. Selbstverständlich kann man ungünstige Entwicklungen von Kindern psychotherapeutisch beeinflussen, auch wenn wir deren genetische Disposition, das heißt den genetisch bedingten Anteil einer Störung, nicht verändern können. Wir müssen zukünftig die biologischen und psychosozialen Anteile genauer erkennen und beachten, wenn wir eine psychische Störung (im Verhalten) *angemessen analysieren, verstehen* und mit wissenschaftlich begründeten Methoden *verändern* wollen.

**Kasten 2:**

## Die Anlage-Umwelt-Debatte.

Theorien zur Entstehung psychischer Störungen betonen zumeist entweder anlagebedingte oder umweltbedingte (erfahrungsabhängige) Ursachen. Nur für einige Störungsbereiche liegen Vorstellungen vor, mit deren Hilfe man zum Beispiel beschreiben kann, wie sich aggressives Verhalten bei bestimmten Kindern entwickelt (vgl. Dishion, French & Patterson, 1995). Zwar konnten Studien starke genetische Anteile bei einigen Störungsbildern ermitteln (z. B. Schizophrenie, Bipolare Störungen), dennoch ist nicht bekannt, wie es genau zur intergenerativen Übertragung kommt (Rutter, 1998b). Sicher ist allerdings, daß auch die intergenerative Weitergabe bestimmter Verhaltensmerkmale wesentlich von sozialen Faktoren abhängt, wie zum Beispiel der Wahl des Partners, obwohl dieser Aspekt zumeist in Studien vernachlässigt wird (Rutter, 1998b). So weiß man inzwischen, daß Personen mit aggressivem Verhalten dazu neigen, sich einen Lebenspartner zu suchen, der ebenfalls antisoziales Verhalten zeigt (Farrington, Barnes & Lambert, 1996). Grundsätzlich wird angenommen, daß das elterliche Erziehungsverhalten zur intergenerativen Übertragung und damit zur Kontinuität psychischer Störungen beitragen kann; es herrscht jedoch noch Unklarheit, wie bestimmte Erziehungspraktiken und psychische Störungen zusammenhängen. Lediglich für aggressives Verhalten konnte von Patterson (1998) in systematischen Studien gezeigt werden, welches Erziehungsverhalten einen Einfluß besitzt (vgl. Scheithauer & Petermann in diesem Buch).

Man kann berechtigte Zweifel daran hegen, daß man auf der alleinigen Basis von Gen-Mutationen psychische Störungen erklären kann. Vielmehr scheinen die meisten psychischen Störungen multifaktoriell bedingt zu sein. Erst durch die Interaktion von biologischen und psychosozialen Faktoren wird man erklären können, wie psychische Störungen tatsächlich entstehen (vgl. Plomin & Rutter, 1998; Stattin & Magnusson, 1996). So sind neurobiologische Mechanismen komplex mit der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung verknüpft. Als wichtige neurobiologische Mechanismen in der frühkindlichen Entwicklung sind bekannt: Neurotransmitterveränderungen, Synapsenbildungen als Funktion von Erfahrungsprozessen und die Gen-Aktivierung; diese Mechanismen werden durch die soziale Umwelt beeinflusst (Shore, 1997).

## 5 Entwicklungsmodelle und entwicklungsorientierte Diagnostik

So plausibel fallbezogene Entwicklungs- und Erklärungskonzepte sein können, genauso folgenscher können die Fehlinterpretationen ausfallen. Nur aus systematischen Längsschnittstudien an unauffälligen und Risikokindern sowie dem Vergleich der Ergebnisse aus solchen Studien lassen sich *Entwicklungsmodelle* für spezifische Störungsbilder und Interventionsstrategien ableiten. Besonders umfassende Ergebnisse konnten vor allem für folgende Störungen zusammengestellt werden:

- aggressives, dissoziales Verhalten (vgl. Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998),
- autistische Störungen (vgl. Howlin, 1998),
- depressive Störungen (vgl. Essau & Petermann, 1999) und die
- soziale Phobie (vgl. Beidel & Turner, 1998).

So kann zum Beispiel aggressives Verhalten einen unterschiedlich stabilen Verlauf zeigen. Bei manchen Kindern wird es sich lediglich um ein zeitlich begrenztes Verhalten handeln, bei anderen um eine Entwick-

lung, die bis ins Erwachsenenalter reicht. Kasten 3 geht in Anlehnung an Scheithauer und Petermann (in diesem Buch) auf drei Entwicklungswege aggressiven Verhaltens ein. Diese Unterscheidung wird sich bei der Planung einer Kinderpsychotherapie auswirken.

**Kasten 3:**

Drei Entwicklungswege aggressiven Verhaltens (nach Loeber et al., 1998; s. Scheithauer & Petermann in diesem Buch).

### 1. Früh auftretende, stabile Aggression

Das Verhalten tritt von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter auf; die Schwere und Ernsthaftigkeit des Verhaltens nehmen mit der Zeit zu. Der Störungsbeginn liegt im Kindergartenalter; ein Teil der Kinder weist eine hyperkinetische Störung auf. Andere entwickeln oppositionelles und daraus im weiteren Verlauf aggressives Verhalten.

### 2. Zeitlich begrenztes Auftreten der Aggression

Das aggressive Verhalten verliert sich wieder während der Grundschulzeit oder besteht ausschließlich während einer kurzen Zeitspanne während der Jugendzeit.

### 3. Später Entwicklungsbeginn der Aggression

Aggressives oder gewalttätiges Verhalten tritt erstmals zu Beginn des Erwachsenenalters auf.

Kasten 3 gibt eine grobe Vorstellung darüber, welche unterschiedliche Verläufe aggressives Verhalten aufweisen kann. Solche Ergebnisse ermöglichen es heute, Entwicklungsmodelle für komorbide Störungen zu erstellen; so bestehen zum Beispiel differenzierte Vorstellungen darüber, wie Aggression (als Vorläufer-Störung) und Depression (als Folge-Störung) verknüpft werden können (Reicher, 1999; Petermann & Scheithauer, 1998).

Empirisch gut belegte Entwicklungsmodelle tragen nicht nur dazu bei, psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter besser zu verstehen, sondern auch die Entstehungsbedingungen psychischer Störungen des Erwachsenenalters genauer zu erklären. Möchte man Entwicklungsmodelle psychischer Störungen im Rahmen der Therapieplanung umsetzen, benötigt man diagnostische Verfahren, die entwicklungsbezogene Merkmale der kindlichen Störung und des familiären Kontextes erfassen können. Weist zum Beispiel ein Kind mit einer Depression aufgrund seiner Passivität in der Schule auch kognitive Rückstände (Lernstörungen/umschriebene Entwicklungsstörungen) auf, so muß unter anderem in dem Entwicklungsmodell der kindlichen Depression geklärt werden, ob

- die kognitiven/Entwicklungsstörungen wirklich eine Folge der (primären) depressiven Störung darstellen;
- eine familiäre Depressionsneigung besteht und
- das depressive Verhalten des Kindes durch die Depression eines Familienmitgliedes (z. B. der Mutter) verursacht und/oder wesentlich aufrechterhalten wird.

Für den konkreten Fall wird man entscheiden müssen, ob eine kognitive Therapie des Kindes, eine Pharmakotherapie (als Initialbehandlung) oder eine familienbezogene Intervention besonders aussichtsreich erscheint (vgl. Essau & U. Petermann in diesem Buch).

Um zu überprüfen, ob ein Entwicklungsmodell für eine spezifische Störung aussagekräftig ist, benötigt man eine Diagnosestrategie, die sowohl die Störung exakt klassifiziert als auch *Aussagen zur Pathogenese* zuläßt. Jede Exploration und Anamnese wird mehr oder weniger systematisch solche entwicklungsorientierten Informationen erheben. Die systematische, auf einem

Entwicklungsmodell basierende Vorgehensweise soll als *entwicklungsorientierte Diagnostik* bezeichnet werden. Ein solches Vorgehen sollte durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein:

- Frühe Auffälligkeiten/Entwicklungsabweichungen und Indikatoren (Vorboten) von Störungen sollten besonders beachtet werden, da sie den weiteren Störungsverlauf stark beeinflussen.
- Die Erhebungsverfahren müssen faire Urteile zulassen, das heißt dem Entwicklungsstand und den Fähigkeiten des Kindes (z. B. zur Selbstreflexion) entsprechend.
- Die diagnostizierte Störung des Kindes muß altersbezogen spezifiziert werden. So ist eine Aussage „Fritz ist aggressiv“ ziemlich wertlos, da sich aggressives Verhalten bei Sechs-, Neun- und Zwölfjährigen in der Ausprägung und Form stark unterscheidet.
- Jeder Entwicklungsstand eines Kindes ist auf der *Verhaltensebene* zu beschreiben.
- Das gezeigte Verhalten sollte danach bewertet werden, ob es altersangemessen ist; des weiteren sollte eine Aussage darüber getroffen werden, in welchem Ausmaß die Anforderungen und/oder Reaktionen des sozialen Umfeldes das Verhalten des Kindes bedingen.
- Wird ein nicht dem Alter angemessenes Verhalten diagnostiziert, so muß differenziert werden, ob der Entwicklungsrückstand durch
  - das soziale Umfeld,
  - die Störung oder
  - die Folgen der Störung bedingt sind.
- Der Förderbedarf und die notwendigen Therapie-schritte sollten erkennbar sein, um dem Kind möglichst human und effektiv eine normale Entwicklung zu ermöglichen.

Eine *entwicklungsorientierte Diagnostik* in der Klinischen Kinderpsychologie sollte auch Vorhersagen darüber zulassen, welche Prognose das Kind besitzt, wenn keine sachgemäße Behandlung durchgeführt wird. Stehen mehrere Interventionsstrategien zur Verfügung, sind zumindest Aussagen zur relativen Wirksamkeit der Maßnahmen und der Stabilität des jeweiligen Erfolgs wünschenswert (Fonagy, 1997).

## 6 Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen

Eine erfolgreiche Kinderpsychotherapie setzt eine differenzierte, das heißt dem Entwicklungsstand sowie der Problemlage des Kindes und der psychosozialen Situation der Familie angemessene Diagnosestellung voraus (vgl. Döpfner, Lehmkuhl, Petermann & Scheithauer in diesem Buch). Der Ausprägungsgrad und die konkrete Erscheinungsform einer psychischen Störung hängen vom Alter und vielfach auch vom sozialen Umfeld des Kindes ab. Einige psychosoziale Probleme im Kindesalter erfüllen zwar nicht die spezifischen Kriterien einer psychischen Störung, jedoch wäre eine Intervention erforderlich oder zumindest wünschenswert. Die Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen sollte dies in ihren Modellvorstellungen beachten; einen Vorschlag hierzu unterbreiten Wolraich, Felice und Drotar (1997).

Der Hauptabschnitt des von Wolraich et al. (1997) konzipierten Klassifikationssystems ist in Verhaltenscluster unterteilt, wie zum Beispiel „negatives/aggressives Verhalten“, für die jeweils drei Kategorien beschrieben werden, die das Spektrum von „normal“, über „problematisch“ bis hin zur „Störung“ abdecken (vgl. Tab. 2). Diese Spektrum-Kategorien umfassen auch konkrete Hinweise, um die Bedeutsamkeit und den Interventionsbedarf der Symptome abzuschätzen. Es werden vier Altersperioden unterschieden:

- Kleinkindalter (Geburt bis zum 2. Lebensjahr),
- frühe Kindheit (3. bis 5. Lebensjahr),

- mittlere Kindheit (6. bis 12. Lebensjahr) sowie
- Jugendalter (ab 13. Lebensjahr).

Jeder Altersperiode lassen sich unterschiedlich ausgeprägte (problematische) Verhaltensweisen zuordnen.

Tabelle 2 gibt am Beispiel des normalen und negativen Sozialverhaltens eine Präzisierung der Idee von Wolraich et al. (1997) wieder. Der Vorteil einer solchen Klassifikation liegt darin, daß sie der konkreten Interventionsplanung zugrunde gelegt werden kann. Die konkrete Verhaltensausrprägung würde dann darüber entscheiden, ob man präventiv, kinderpsychotherapeutisch oder familienbezogen arbeitet.

In den letzten Jahren erzielte die Diagnostik im Bereich der Klinischen Kinderpsychologie erhebliche Fortschritte. Einige wichtige Neuerungen sollen genannt werden:

- Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl und Steinhäuser (1999) legten ein umfassenderes *Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)* vor, das die wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter erfaßt (vgl. Döpfner et al. in diesem Buch).
- Das National Center for Infants, Toddlers, and Families (1999) publizierte in deutscher Sprache ein *Klassifikationssystem für Säuglinge und Kleinkinder* (bis 3 Jahre), mit dem entwicklungsbedingte Störungen erfaßt werden können.
- Aldridge und Wood (1998) entwickelten *Methoden*, mit denen sehr junge Kinder (ab 3 Jahre) *interviewt* werden können; ein praktischer Leitfaden liegt vor, der auch im Bereich der Rechtspsychologie einsetzbar ist.

Altersstufe	Normales Verhalten	Problematisches Verhalten	Psychische Störung
<b>Kleinkindalter (bis 2 Jahre)</b>	Kind kommt Anforderungen nach und läßt sich helfen	Kind verweigert Anforderungen; kann jedoch von Erwachsenen beeinflußt werden	Kind verweigert sich völlig
<b>Frühe Kindheit (3.-5. Lebensjahr)</b>	Kind ist eigenständig, ohne Anforderungen abzulehnen	Kind ärgert andere absichtlich	Kind ist häufig wütend und beleidigt andere
<b>Mittlere Kindheit (6.-12. Lebensjahr)</b>	Kind behauptet angemessen seinen Standpunkt	Kind streitet häufig	Prügelt sich häufig mit anderen Kindern
<b>Jugendalter (ab 13 Jahre)</b>	Kind ist im Konfliktfall kooperationsbereit und kompromißfähig	Versucht unangemessen, sich Vorteile zu verschaffen	Erpreßt andere

**Tabelle 2:**

Beispiele für normales und negatives Sozialverhalten.

- Stein und Petermann (1997) schließen Ende 1999 die vor fünf Jahren begonnenen Arbeiten an einem mehrdimensionalen, neuen *Entwicklungstest* ab, der für Kinder der Altersgruppe zwischen sechs Monaten bis sechs Jahre geeignet ist. Mit diesem Test läßt sich der Entwicklungsstand eines Kindes auf sieben Dimensionen überprüfen; zudem können frühe Entwicklungs- und Verhaltensstörungen identifiziert werden.
- Heubrock und Petermann (1999) illustrierten die Einsatzmöglichkeiten der neuropsychologischen Diagnostik im Bereich der Klinischen Kinderpsy-

chologie und Kinderrehabilitation (vgl. auch Neuhäuser & Heubrock in diesem Buch).

An diesen Trends wird deutlich, daß sich die Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie um neue Ansätze bemüht, mit denen es gelingt, Entwicklungsabweichungen bereits im frühen Lebensalter zu erkennen. Solche Ansätze gestatten es vermutlich, einige psychische Störungen – wie den Autismus (Kusch & Petermann in diesem Buch) – aussichtsreicher zu behandeln (vgl. Howlin, 1998).

## 7 Prävention und Gesundheitsförderung

Präventive Maßnahmen wurden ursprünglich mit dem Anspruch entwickelt, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden. Es handelt sich hierbei um kein abgegrenztes Handlungsfeld, sondern um einen Sammelbegriff für Interventionen, die einen optimalen Gesundheitszustand sichern wollen (vgl. Hurrelmann & Settertobulte in diesem Buch). Es geht also weniger um die Behandlung diagnostizierbarer Erscheinungen, sondern um die Verhinderung von psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten. Präventionsprogramme können sich von ihrem *Spezifitätsgrad* unterscheiden. Eine spezifische Prävention zielt auf eine bestimmte Risikogruppe und bezieht sich auf eine eng umschriebene Problematik (z. B. die Drogenprävention; s. Silbereisen, 1998). Programme zur *primären Prävention* sind in der Regel unspezifisch und wollen die allgemeine Streßbelastetheit von Kindern reduzieren; ein solches Programm stellen Hurrelmann und Settertobulte (in diesem Buch) in Anlehnung an Hampel und Petermann (1998) dar. Bei solchen Vorgehensweisen sollen die allgemeinen Bedingungen verändert werden, die zur Entstehung von psychischen Störungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen.

Primär präventive Programme bezeichnet man auch als *Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*. Mit einem solchen Vorgehen sollen gesunde Lebensbedingungen entwickelt und dadurch die Lebensqualität von Kindern verbessert werden. Leider wird der Gesundheitsförderung in Deutschland eine zu geringe Bedeutung zugewiesen, wobei dieser Tatbestand mit dem Entwicklungspotential des Kindes- und Jugendalters und unserer Verantwortung gegenüber dieser Altersgruppe völlig unvereinbar ist.

Wie erwähnt, unterscheiden sich Präventionsprogramme hinsichtlich ihres Spezifitätsgrades, das heißt für bestimmte Risikogruppen konzipierte Programme möchten *störungsspezifische Risikofaktoren* reduzie-

ren. Diese Programme sind in der Regel intensiver und komplexer, das heißt sie weisen nach Hurrelmann und Settertobulte (in diesem Buch) eine *höhere Eingriffintensität* auf. Ramey und Ramey (1998) benennen für Programme, die sich an besonders gefährdete Kinder wenden, einige Prinzipien, die eine erfolgreiche Prävention auszeichnen:

- Maßnahmen, die bereits sehr *früh einsetzen* (z. B. im Säuglingsalter) und längere Zeit andauern, sind wirksamer als später beginnende und kurzfristige Präventionen;
- Programme mit *intensiveren Maßnahmen* (z. B. einer höheren Anzahl von Hausbesuchen pro Woche oder pro Monat) sind effektiver als weniger intensive Programme; die Kinder und Eltern, die am aktivsten am Programm teilnehmen, profitieren auch am meisten;
- Kinder, die *direkt gefördert* werden, ziehen einen stärkeren und längerfristigen Nutzen aus der Maßnahme (gegenüber Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Eltern beziehen);
- umfassendere Maßnahmen, die auf *verschiedenen Ebenen die kindliche Entwicklung fördern* (z. B. Ernährung des Kindes, Fertigkeiten des Kindes), weisen die stärksten Effekte auf;
- die erzielten Effekte bleiben langfristig bestehen, wenn *eine weitere Unterstützung durch das soziale Umfeld* erfolgt.

Da viele Störungen des Erwachsenenalters im Kindesalter beginnen, kann man mit Präventionsmaßnahmen, diesen Störungen bereits im Kindesalter entgegenwirken. Besonders schwierig gestalten sich allerdings Präventionsprogramme für Störungen, die sich bereits sehr früh manifestieren (wie z. B. die hyperkinetische Störung; vgl. Döpfner in diesem Buch).

Für den Einsatz von *primären Präventionsprogrammen*, die meistens im Kindergarten oder der Schule mit allen Kindern durchgeführt werden, sprechen folgende Argumente:

- Es sind wenige Indikatoren bekannt, aufgrund derer man Entwicklungsrisiken abschätzen und damit Risikokinder auswählen kann.
- Es sind zwar Frühindikatoren einer psychischen Störung bekannt, diese lassen sich jedoch schlecht oder nur sehr aufwendig in der Allgemeinbevölkerung (z. B. einer Schulklasse) identifizieren.
- Ein Präventionsprogramm wirkt sich erwiesenermaßen generell positiv auf die kindliche Entwicklung aus und sollte aus ethischen Gründen keinem Kindergartenkind oder Grundschüler vorenthalten werden.
- Ein Programm zeigt gut belegte Langzeiteffekte, die bei allen – auch unauffälligen – Kindern die Entwicklungsprognose positiv beeinflussen (vgl. Kasten 4).

Im Kindesalter lassen sich Ansätze der Prävention und Rehabilitation schwer voneinander trennen. So versucht zum Beispiel die stationäre *Kinderrehabilitation*, den psychosozialen Folgen chronischer Krankheiten vorzubeugen und familiäre Belastungen zu lindern (vgl. Petermann & Warschburger, 1999). Problemstellungen des *Krankheitsmanagements* und der Therapiearbeit (Compliance) bilden damit die Kernthemen der Kinderrehabilitation. Solche Fragestellungen werden in allen Beiträgen des Themenbereichs „Chronische Krankheiten und psychosomatische Störungen“ in diesem Buch behandelt. Der Leser, der sich mit den konzeptuellen und strukturellen Anforderungen und Problemen der Kinderrehabilitation beschäftigen möchte, kann auch die Buchpublikation von Petermann und Warschburger (1999) zu Rate ziehen.

## 8 Familienbezogene Intervention

Es ist einsichtig, daß viele Störungen im Kindesalter ohne die Analyse und den Einbezug des familiären Bezugfeldes kaum erfolgreich behandelt werden können. Obwohl diese Erkenntnis trivial erscheint, liegen kaum konkret ausgearbeitete familienbezogene Interventionen vor. Die erfolgreiche Arbeit mit Familien setzt zumindest zweierlei voraus:

### Kasten 5:

Leitlinien zur Praxis der familienbezogenen Intervention.

1. Am Krankheitskonzept/Störungskonzept der Familie anknüpfen, die Erfahrungswelt der Familie aufgreifen und durch konkrete Situationen aus dem Familienalltag die Sichtweisen aller Beteiligten modifizieren.
2. Die Eltern oder alle Familienmitglieder nach den Problemlösungen fragen, die bislang erprobt wurden. Besonders angemessene Versuche bekräftigen, auch wenn sie nicht zum gewünschten Ziel führten.
3. Nie die Erziehungskompetenz der Eltern grundlegend in Frage stellen; die Eltern sollten darin unterstützt werden, einen positiven Bezug zu ihrer Rolle und ihren Aufgaben im Erziehungsprozeß zu entwickeln. Die Informationen und Erfahrungen der Eltern sind als wertvoll darzustellen; sie bilden den Startpunkt jeder Beratung.
4. Die jeweiligen Beratungsziele sollten in ihrer Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes erläutert und im Beratungsverlauf wiederholt konkretisiert werden.

### Kasten 4:

Effekte primärer Prävention im Grundschulalter.

Primäre Präventionsprogramme können oft mit einfachen Mitteln (z. B. Hausbesuche von Krankenschwestern während der Schwangerschaft, um Mütter auf die Geburt und den Umgang mit ihrem Kind vorzubereiten) zu positiven Entwicklungsverläufen beitragen. Mit solchen Programmen gelingt es beispielsweise, das Risiko für aggressives Verhalten langfristig und anhaltend zu reduzieren (Olds et al., 1998). Die Arbeitsgruppe von Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott und Hill (1999) konnte beispielsweise nach sechs Jahren über positive Ergebnisse der folgenden Präventionsmaßnahme berichten: Die Schüler nahmen an einem Kompetenztraining teil, mit den Eltern wurde ein positiver Erziehungsstil eingeübt und schließlich wurden auch die Lehrer durch ein spezielles Training geschult. Die geförderten Kinder unterschieden sich im Alter von 18 Jahren unter anderem in folgenden Aspekten von den nicht-geförderten; sie zeigten

- signifikant weniger gewalttätiges Verhalten,
- einen geringeren Alkoholkonsum und
- stabilere Partnerschaften,
- eine stärkere Einbindung in die Schule,
- bessere Schulleistungen und
- generell weniger Problemverhaltensweisen.

Das Beispiel verdeutlicht, daß Präventionsprogramme auch langfristig zu positiven Entwicklungsverläufen beitragen.

- *Erstens einen Anforderungskatalog für die Gestaltung der Familienberatung* und
- *zweitens ein mehrstufiges (abgestuftes) Interventionsprogramm für Familien.*

Auf beide Punkte soll kurz eingegangen werden, da es sich bei diesen Anforderungen um Basiskompetenzen eines Klinischen Kinderpsychologen handelt, die störungsübergreifend in der klinischen Praxis angewandt werden können.

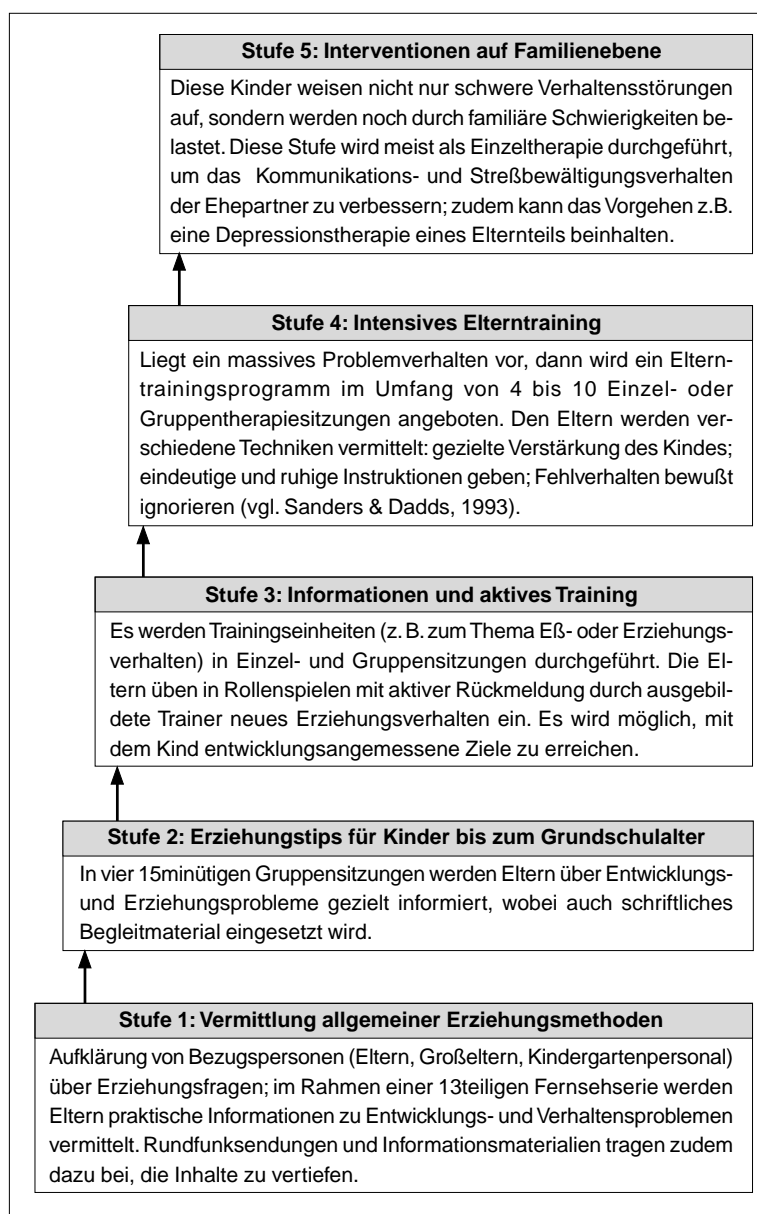
5. Die Rolle der Berater ist eindeutig zu klären. Das Expertenwissen sollte feinfühlig eingesetzt und das Problem aus der Sicht des Kindes bearbeitet werden.
6. Mit emotionalen Reaktionen der Eltern ist einfühlsam umzugehen. Viele Themen, wie körperliche Mißhandlungen des Kindes, betreffen den Tabu-Bereich und sollten deshalb besonders sensibel behandelt werden.
7. Mit Humor gelingt es bei belastenden Themen die Betroffenheit der Familienmitglieder zu regulieren; häufig entsteht auf diese Weise so viel Distanz zur familiären Problemlage, daß neue Problemlösungen von seiten der Familienmitglieder benannt werden können.
8. Den Eltern sollten die Stärken ihrer Kinder und damit ihre Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die Eltern sollten auf diese Weise angeregt werden, für das Kind zu Hause Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen.
9. Es sollte vermieden werden, den Familienmitgliedern zu viele „Hausaufgaben“ zu übertragen. Der Sinn und die praktische Durchführung dieser Hausaufgaben muß detailliert erläutert werden. Hausaufgaben können sich zum Beispiel auf die Planung und Realisierung von Familienaktivitäten, gezielte Verhaltensbeobachtungen oder das Bekräftigungsverhalten beziehen.

Ein *Beratungsgespräch* mit einer Familie sollte an konkreten Alltagssituationen anknüpfen und einige Leitlinien berücksichtigen, die in Anlehnung an Sanders und Dadds (1993) sowie Petermann und Petermann (1997) in Kasten 5 illustriert sind.

Die australische Arbeitsgruppe um Matthew Sanders entwickelte in den letzten 20 Jahren Trainingsansätze zum Aufbau positiven Elternverhaltens („Positive Parenting Program“). Das Vorgehen bildet ein mehrstufiges Interventionsprogramm für Familien, das fünf Stufen umfaßt (vgl. Abb. 3). Auf Stufe 1 startet man mit einer primären Prävention, die an die Allgemeinbevölkerung gerichtet ist; die nachfolgenden Stufen bearbeiten spezifischere Erziehungs- und Familienthemen, das heißt die Strategien werden von Interventionsstufe zu Interventionsstufe intensiver und komplexer.

Das Vorgehen von Sanders (1998) basiert auf *fünf Prinzipien für eine positive Erziehung*:

- Eine *sichere*, Unfall- und Verletzungsrisiken ausschließende *Umgebung* und *anregende familiäre Förderung* des Kindes tragen dazu bei, daß sich Kinder positiv beschäftigen und Fehlverhalten weniger häufig auftritt.
- *Positive Lernatmosphäre*. Ermutigung und positive Aufmerksamkeit können dazu beitragen, Kinder zum Lernen zu motivieren. Besonders wichtig ist, ein Kind gezielt zu loben, die Zeiten des Miteinanders intensiv dazu nutzen, sich kindgerecht mit dem Sohn oder der Tochter zu unterhalten und zärtlich mit dem Kind zu sein.



**Abbildung 3:**

Die fünf Intensitätsgrade der familienbezogenen Intervention nach Sanders (1998).

- *Positive Disziplin.* Auf das Fehlverhalten eines Kindes muß konsequent und entschieden reagiert werden; dies setzt Regeln im Umgang mit dem Fehlverhalten und von seiten der Eltern *Selbstdisziplin* voraus. Vielen Eltern bereitet es Probleme, angemessen zu reagieren, wenn ihr Kind Fehlverhalten zeigt. Mit der Erziehung überforderte Eltern schreien, drohen oder schlagen ihr Kind.
- *Realistische Erwartungen.* Viele Erziehungsprobleme entstehen dadurch, daß Eltern zu früh zu viel oder gar ein perfektes Kind erwarten.
- *Eigeninteresse der Eltern.* Eltern können auf die Bedürfnisse ihres Kindes besser eingehen, wenn sie die eigenen Bedürfnisse, zum Beispiel nach Intimität, Erholung und Alleinsein, nicht vernachlässigen.

## 9 Multimodale Therapie

In den fünfziger Jahren wurden *psychische Störungen* im Kindesalter global als Verhaltensstörungen klassifiziert (Rutter, 1998a). Fast alle Kinder erhielten die gleiche Langzeit-Behandlung, eine *Spieltherapie*. Ging man zu dieser Zeit noch davon aus, daß Kinder passiv verschiedenen Umweltbedingungen ausgesetzt sind, weiß man heute aus der Temperaments- und Bindungsforschung, daß Kinder umgekehrt auch durch ihr Verhalten ihre Umwelt (z. B. die Eltern) beeinflussen, die wiederum auf das Verhalten des Kindes reagiert (Rothbart & Bates, 1998; Zentner, 1998). So können Kreisläufe und Verhaltenssequenzen entstehen, die letztlich beispielsweise in Erpresserspielen zwischen Kind und Eltern und in Verhaltensstörungen münden können (vgl. Petermann & Petermann, 1997). Kinder sind somit aktiv an der Auswahl der Umweltbedingungen beteiligt, die ihre weitere Entwicklung beeinflussen. Eine Kinderpsychotherapie muß demnach immer auf diese komplexen Wechselwirkungen und die Umweltbedingungen des Kindes bezogen sein.

Der Trend in der Kinderpsychotherapie ist eindeutig: Es setzen sich *multikausale Erklärungskonzepte* für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter durch, und die *Behandlungen erfolgen multimodal*. Unter einer multimodalen Therapie wird ein Vorgehen verstanden, das Kinderpsychotherapie (unter Einbezug der Pharmakotherapie) und die Behandlung des sozialen Umfeldes (Elternhaus, Schule) umfaßt. Ein so intensives und umfassendes Vorgehen ist erforderlich, da viele psychischen Störungen eine ungünstige Prognose aufweisen und verschiedene Bereiche betreffen. Eine frühzeitige und multimodale Behandlung zeigt aus diesem Grund besonders positive Erfolge.

Für viele Störungsbilder und auch für die Unterstützung des Managements einer körperlichen Erkrankung

Die Eltern, die an diesen Trainings teilnahmen, verbesserten ihre Einstellungen und ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern deutlich. So vertrauten sie mehr ihren Erziehungskompetenzen, standen ihren Kindern positiver gegenüber, setzten seltener falsche Erziehungspraktiken ein und empfanden die Elternrolle als weniger stressig und deprimierend. Die positiveren Erziehungskompetenzen trugen dazu bei, daß die Eltern den familiären Streßsituationen besser gewachsen waren. Die Eltern waren mit dem Programm zufrieden und bewerteten die erlernten Techniken als effektiv (Sanders, 1999).

liegen standardisierte Manuale (Verhaltenstrainings, Patientenschulungsprogramme etc.) vor, die Klinischen Kinderpsychologen und Kinderpsychotherapeuten genaue Richtlinien an die Hand geben und festlegen, welche Standards bei der Planung und der Durchführung einer Intervention beachtet werden müssen. Im Regelfall wird dadurch therapeutisches Handeln planbarer und effizienter (vgl. Fonagy, 1997).

Erste systematische Zusammenstellungen solcher Psychotherapiemanuale (vgl. Herbert, 1998) oder Behandlungsprotokolle (Van Hasselt & Hersen, 1998) liegen vor. Darüber hinaus existieren Übersichten zu spezifischen Interventionsverfahren, zum Beispiel zu Elterntrainings (Briesmeister & Schaefer, 1998), zu sozialen Fertigkeitstrainings (Merrell & Gimpel, 1998) oder praxisnahen Anleitungen für die Therapie autistischer Kinder (Howlin, 1998). Weiterhin existieren Zusammenstellungen für spezifische Settings, wie die stationäre Kinderrehabilitation (Petermann & Warschburger, 1999). Die meisten der Vorgehensweisen verdienen die Bezeichnung „multimodale Therapie“ (vgl. auch Döpfner, 1997).

Seit Mitte der neunziger Jahre sind im deutschen Sprachraum pro Jahr gut ein halbes Dutzend psychologisch fundierter und evaluierter Psychotherapiemanuale für die Behandlung von Kindern und deren Familien erschienen. Durch diese Aktivitäten entstand sehr schnell eine umfassende Sammlung von gut standardisierten Interventionsprogrammen, die vom Training mit aggressiven Kindern (Petermann & Petermann, 1997), mehreren Kopfschmerzprogrammen, verschiedenen Asthmatrainings, einem Adipositastraining bis hin zu Förderprogrammen für Scheidungskinder reicht. Durch diese Materialsammlungen und gut organisierte Fortbildungsangebote wird die Praxis der Klinischen Kinderpsychologie stetig bereichert und optimiert.

## 10 Perspektiven

### 10.1 Neue Interventionsverfahren

Neue wissenschaftliche Befunde und Sichtweisen führen in der Regel zu neuen diagnostischen Strategien und Erhebungsverfahren. So könnten interessante Trends aus der psychologischen Frühdiagnostik von *Sprachentwicklungsstörungen* resultieren. Eine gestörte Sprachentwicklung repräsentiert ein zentrales Risiko für die weitere kognitive und psychosoziale Entwicklung des Kindes (vgl. Kiese-Himmel, 1999). Besonders wichtig wäre die Identifikation früher Indikatoren einer Sprachentwicklungsstörung in der vorsprachlichen Phase, also im ersten Lebensjahr eines Kindes. In dieser Phase erwerben Kinder ein umfassendes Spektrum an Gesten und Lauten, mit denen sie Intentionen äußern können. Dieses Spektrum setzen Kinder zur Ausgestaltung der frühen Mutter-Kind-Interaktion ein. Das in diesem Alter gezeigte Kommunikationsverhalten läßt sich nach einem Vorschlag von Wetherby und Prizant (1995) diagnostizieren und für die Interventionsplanung heranziehen. Wenn es in diesem Entwicklungsstadium gelingt, eine verzögerte oder abweichende Sprachentwicklung zu erkennen, ist eine Prävention besonders aussichtsreich. Für diesen Altersbereich sind dringend wissenschaftlich begründete Interventionsverfahren zu entwickeln (Grimm, 1999).

Bei manchen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist unser Erkenntnisstand noch sehr gering. So liegen bei der *posttraumatischen Belastungsstörung* erst wenige Studien vor. Eine Beschreibung und Klassifikation gelingt aufgrund der Vielzahl möglicher Traumata und ihrer weitreichenden Auswirkungen nur grob. Einen fundierte Übersicht über dieses wichtige Gebiet lieferten Heemann, Schulte-Markwort, Ruhl und Knölker (1998). In diesem Buch gehen U. Petermann, Essau und Petermann im Kontext der Angststörungen auf dieses Thema ein. Einige Ereignisse, die zur posttraumatischen Belastungsstörung führen können, enthält Kasten 6.

#### Kasten 6:

Ursachen einer posttraumatischen Belastungsstörung.

1. Naturkatastrophen,
2. (Verkehrs)Unfälle,
3. Gewalttaten (z. B. Entführung eines Schulbusses),
4. beobachtete Gewalterlebnisse (z. B. unfreiwilliger Zeuge eines Mordes),
5. alltäglich erlebte Gewalt,
6. Kriegserlebnisse sowie
7. sexueller und körperlicher Mißbrauch.

Die kurz- und langfristigen Auswirkungen einer posttraumatischen Belastungsstörung sollten zukünftig detailliert untersucht und Behandlungskonzepte daraus

abgeleitet werden. Die Entwicklung spezifischer Interventionsverfahren für diesen Bereich bildet eine große Herausforderung für die Klinische Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie.

### 10.2 Klinische Kinderneuro-psychologie

Neue Erkenntnisse der Grundlagenforschung führen häufig zu neuen Sichtweisen in der klinischen Praxis. So beschäftigt sich die *Klinische Kinderneuropsychologie* damit, wie sich vor allem kindliche Hirnfunktionsstörungen auf die psychische und soziale Entwicklung auswirken (vgl. Teeter & Semrud-Clikeman, 1997). Hirnfunktionsstörungen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten eintreten und bilden ein beträchtliches Entwicklungsrisiko. Unterschieden werden

- *pränatale Hirnfunktionsstörungen* wie die Alkohol-embryopathie oder Schwangerschaftskomplikationen,
- *perinatale Hirnfunktionsstörungen*, etwa die mit einer Frühgeburt verbundenen Komplikationen und
- *postnatale oder erworbene Hirnfunktionsstörungen* in Form von Hirntumoren, neurologischen Erkrankungen oder Schädel-Hirn-Traumen (vgl. Neuhäuser & Heubrock in diesem Buch).

Die Klinische Kinderneuropsychologie versucht, die neuropsychologischen Folgen von Hirnschädigungen zu erfassen und gezielt zu behandeln. Vor diesem Hintergrund konnten verschiedene *Lernstörungen* systematisiert und neuropsychologische Faktoren bei der Entwicklung psychischer Störungen identifiziert werden (vgl. Esser & Wyschkon sowie Warnke & Roth in diesem Buch). Aus solchen Ergebnissen werden sich in den nächsten Jahren neue Ansätze zur Diagnostik und Intervention ableiten lassen (vgl. Tab. 3).

#### Tabelle 3:

Ausgewählte Aufgabengebiete der Klinischen Kinderneuropsychologie.

Neuropsychologische Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der kognitiven und emotionalen Folgen nachgewiesener Hirnschädigungen (z. B. bei Schädel-Hirn-Traumen oder neurologischen Erkrankungen)</li> <li>• Differentialdiagnostische Abklärung von Lern-, Leistungs- und Verhaltensstörungen unklarer Genese (z. B. bei umschriebenen Entwicklungsstörungen)</li> <li>• Abklärung der kognitiven und emotionalen Folgen medizinischer Interventionen bei neurologisch kranken Kindern und Jugendlichen (z. B. bei der Strahlentherapie tumorkranker Kinder)</li> <li>• Dokumentation des Krankheits- oder Therapieverlaufes bei nachgewiesener Hirnschädigung</li> </ul>

- Entwicklungsneuropsychologische Zuordnung angeborener und früh erworbener Hirnfunktionsstörungen (z. B. Beschreibung des kognitiven Phänotyps bei genetischen Syndromen)

#### Neuropsychologische Intervention

- Behandlung und Training beeinträchtigter Hirnfunktionen nach angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen (z. B. Aufmerksamkeits- oder Merkfähigkeitsstörungen)
- Stärken von individuellen Ressourcen, um gestörte Hirnfunktionen zu kompensieren (z. B. Nutzen sprachlicher Codierung bei raumanalytischen Beeinträchtigungen)
- Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hirnschädigungsbedingten Verhaltensstörungen (z. B. bei Frontalhirn-Syndromen)
- Biofeedback-Therapie zur Behandlung neurogener Bewegungsstörungen oder bei Hirnfunktionsstörungen (z. B. EEG-Biofeedback bei epilepsiekranken Kindern)

### 10.3 Pädiatrische Psychologie

Neue Themen entwickeln sich auch an der Schnittstelle zwischen Klinischer Kinderpsychologie und Kinderheilkunde (vgl. Warschburger & Petermann in diesem Buch). Dieses Anwendungsgebiet der Klinischen Kinderpsychologie bezeichnet man als *Pädiatrische Psychologie* (vgl. Bearison, 1998; Roberts, 1995). In diesem Kontext werden Erkenntnisse und Methoden auf die Behandlung und Betreuung körperlich-kranker Kinder/Jugendlicher übertragen. Hier sollen unter anderem folgende Ziele erreicht werden:

- Aufbau einer Krankheitseinsicht/Krankheitsakzeptanz;
- aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung bei der Krankheitsbewältigung (= Krankheitsmanagement);
- Aufbau einer langfristigen Therapiemitarbeit (= Compliance), um eingetretene oder drohende Krankheitsfolgen zu begrenzen;
- Sicherung einer optimalen Lebensqualität des chronisch-kranken Kindes und seiner Familie; und
- aktive Auseinandersetzung mit der beruflichen und privaten Zukunft.

Für die Diagnostik im Bereich der Pädiatrischen Psychologie liegen eine Vielzahl krankheitsspezifischer und krankheitsübergreifender Verfahren vor, die kürzlich Bearison (1998) zusammengestellt hat (vgl. auch Tab. 4).

Pädiatrisch-psychologische Interventionen kann man grob nach drei Ansätzen ordnen: Verhaltensmedizin, Patientenschulung und Familienberatung. Auf diese Ansätze gehen Noeker und Petermann (in diesem Buch) ein und erläutern diese für den Typ-I-Diabetes.

**Tabelle 4:** Ausgewählte Aufgabenfelder der Pädiatrischen Psychologie.

Pädiatrisch-psychologische Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik psychischer Belastungen von chronisch-kranken Kindern und ihren Familien (Angst, Depression, Streß)</li> <li>• Erfassung von Krankheits- und Behandlungskonzepten beziehungsweise krankheits- und behandlungsbezogenen Ängsten</li> <li>• Erfassung der Therapiemitarbeit (Compliance) und Lebensqualität als Merkmale zur Optimierung der medizinischen Versorgung</li> <li>• Psychologische Schmerzdiagnostik</li> </ul>
Pädiatrisch-psychologische Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienberatung bei chronischen und lebensbedrohlichen Krankheiten</li> <li>• Verbesserung des Krankheitsmanagements und der Therapiemitarbeit (Compliance)</li> <li>• Behandlung psychosomatischer Krankheiten</li> <li>• Einsatz von Verhaltenstrainings (z. B. zur Veränderung der Eß- und Bewegungsgewohnheiten)</li> <li>• Durchführung von Patientenschulungsprogrammen</li> <li>• Schmerzbehandlung (z. B. idiopathischer Bauch- und Kopfschmerz)</li> <li>• Abbau von Behandlungsängsten und Vorbereitung auf Operationen oder schmerzhafte Prozeduren (z. B. bei der Zahnbehandlung)</li> </ul>

Mühlig, Breuker und Petermann (in diesem Buch) illustrieren vor allem den Einsatz von verhaltenspsychologischen Methoden bei der Behandlung des idiopathischen Bauch- und Kopfschmerzes.

Ein weiteres Gebiet der Pädiatrischen Psychologie ergibt sich aus der Anwendung von Verhaltenstrainings bei adipösen Kindern und Jugendlichen (vgl. Fichter & Warschburger in diesem Buch). Diese Kinder und Jugendlichen verändern dadurch ihre Eß- und Bewegungsgewohnheiten sowie andere Aspekte ihres Lebensstils. So essen Adipöse schneller, nehmen größere Bissen und kauen weniger als Normalgewichtige; diese Verhaltensgewohnheiten lassen sich schrittweise verändern (Warschburger, Petermann, Fromme & Wjottalla, 1999).

Auf die Bewältigung chronischer und psychosomatischer Krankheiten geht der Beitrag von Steinhausen (in diesem Buch) ein. Steinhausen berichtet auch darüber, welche Erfolge man mit verhaltenspsychologisch konzipierten Patientenschulungsprogrammen im Rahmen der Behandlung des Asthmas und der Neurodermitis erzielen kann. Die Anwendung solcher Vorgehensweisen wird zukünftig zur Standardversorgung chronisch-kranker Kinder und Jugendlicher gehören und sicherlich ein wichtiges Gebiet der Pädiatrischen Psychologie bilden.

Heute erstrecken sich die Bemühungen der Pädiatrischen Psychologie vorwiegend auf die Betreuung chronisch kranker Kinder und ihrer Familien. In der Zukunft ist zu hoffen, daß die bewährten verhaltenspsychologischen Methoden auch bei der Akutbehandlung eingesetzt werden. Solche Anwendungsgebiete, wie die Vorbereitung von Kindern auf Operationen oder der Abbau von Behandlungsängsten (u. a. vor der Zahnbehandlung), sollten zukünftig stärker berücksichtigt werden.

**Ausblick.** Die angesprochenen neuen Themen sollten das umfassende Entwicklungspotential der Klinischen Kinderpsychologie aufzeigen. Themen, Forschungsgebiete und Praxisfelder der Klinischen Kinderpsychologie sind in der Regel interdisziplinär orientiert. In diesem Kontext hängt die Bedeutung der Psychologie aber auch davon ab, wie eindeutig es der Klinischen Kinderpsychologie gelingt, sich als eigenständige Disziplin innerhalb der Anwendungsperspektive der Psychologie zu etablieren.

### Zusammenfassung

Die Klinische Kinderpsychologie bildet ein junges Forschungs- und Anwendungsgebiet der Psychologie, das sich mit Fragestellungen der Entstehung und des Verlaufs psychosozialer Belastungen sowie psychischer Störungen und der Bewältigung körperlicher Krankheiten beschäftigt. Die Kinderpsychotherapie bildet den wichtigsten Bereich der Klinischen Kinderpsychologie. In den letzten Jahren haben sich weitere Anwendungsbereiche der Klinischen Kinderpsychologie entwickelt. So untersucht die Klinische Kinderneuropsychologie die Auswirkungen von Hirnfunktionsstörungen auf die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes. Die Pädiatrische Psychologie wendet die Erkenntnisse und Methoden der Klinischen Kinderpsychologie auf die Behandlung und Betreuung körperlich-kranker Kinder/Jugendlicher an.

Die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter wird durch eine Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren geprägt; diese Einflüsse werden durch die Bemühungen der Entwicklungspsychopathologie erforscht. Eine entwicklungsorientierte Diagnostik und symptom-spezifische Interventionsverfahren geben der Klinischen Kinderpsychologie ein eigenständiges Profil. Immer besser ausgearbeitete Präventions- und Interventionsprogramme beziehen das Kind und seine soziale Umgebung mit ein; hierbei kommt den familienorientierten Interventionen eine immer größere Bedeutung zu. Frühe Interventionen (Präventionsprogramme) sind in der Lage, Kindern mit hohen Risiken eine normale Entwicklung zu ermöglichen.

### Verständnisfragen

1. Welche Forschungs- und Anwendungsfelder der Klinischen Kinderpsychologie kennen Sie?
2. Welche Aufgabengebiete der Klinischen Kinderneuropsychologie und der Pädiatrischen Psychologie sind Ihnen bekannt?
3. Was versteht man unter einem biopsychosozialen Krankheitsmodell?
4. Welche Trends liegen bei der Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen vor?
5. Durch welche Prinzipien kann man die Wirksamkeit von Frühinterventionen (Präventionsprogramme) verbessern?
6. Was versteht man unter einer multimodalen Therapie?

## Weiterführende Literatur

- Herbert, M. (1998). *Clinical child psychology* (2<sup>nd</sup> edition). Chichester: Wiley.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997). *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

## Literatur

- Aldridge, M. & Wood, I. (1998). *Interviewing children*. Chichester: Wiley.
- Bearison, D.J. (1998). Pediatric psychology and children's medical problems. In W. Damon, I.E. Siegel & K.A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 4. Child psychology in practice* (5<sup>th</sup> edition, 635-711). New York: Wiley.
- Beidel, D.C. & Turner S.M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington: American Psychological Association.
- Briesmeister, J.M. & Schaefer, C.E. (Eds.) (1998). *Handbook of parent training* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. (1989). *Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 1. The emergence of a discipline*. Hillsdale: Erlbaum.
- Dishion, T.J., French, D.C. & Patterson, G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (421-471). New York: Wiley.
- Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven der Therapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie* (331-366). Baltmannsweiler: Schneider.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C.A. & Petermann, F. (Eds.) (1999). *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors, and treatment*. Northvale: Jason Aronson.
- Eisenberg, N. (1998). Introduction. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5<sup>th</sup> edition, 1-24). New York: Wiley.
- Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M. & Rey, J. (1998). Child and adolescent psychotherapy research: Developmental issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 71-82.
- Farrington, D.P., Barnes, G.C. & Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 47-63.
- Fonagy, P. (1997). Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 584-594.
- Garber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1768-1776.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (Hrsg.) (1999). *Kinderrehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Hasselt, V. B. & Hersen, M. (Eds.) (1998). *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents*. Mahwah: Erlbaum.
- Gontard, A. von (1998). Gibt es einen Verhaltensphänotyp der Enuresis nocturna? *Kindheit und Entwicklung*, 7, 70-78.
- Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K.G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Herbert, M. (1998). *Clinical child psychology* (2<sup>nd</sup> edition). Chichester: Wiley.
- Herpetz-Dahlmann, B. & Renschmidt, H. (1995). Entwicklungsabweichungen infolge von Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion im Säuglingsalter. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 15-24.
- Herrle, J., Laucht, M., Esser, G., Dinter-Jörg, M. & Schmidt, M. H. (1999). Dysphorische Säuglinge: Frühe Mutter-Kind-Interaktion und Entwicklung bis zum Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 15-22.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1999). Ambulante neuropsychologische Rehabilitation bei Hirnfunktionsstörungen. In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), *Kinderrehabilitation* (249-267). Göttingen: Hogrefe.
- Heemann, A., Schulte-Markwort, M., Ruhl, U. & Knölker, U. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 129-142.
- Howlin, P. (1998). *Children with autism and Asperger syndrome*. Chichester: Wiley.
- Kiese-Himmel, C. (1999). Überlegungen zur psychologischen Frühdiagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 92-99.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthammer-Loeber & Van Kammen, W.B. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems*. Mahwah: Erlbaum.
- Merrell, K.W. & Gimpel, G.A. (1998). *Social skills of children and adolescents*. Mahwah: Erlbaum.
- National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999). *Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien: Springer.
- Neuhäuser, G. (1998). Entwicklungsbiologie und Umwelt – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 65-69.
- Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visi-

- tation on children's criminal and antisocial behavior. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Patterson, G. R. (1998). Continuities – A search for causal mechanisms: Comment on the special section. *Developmental Psychology*, 34, 1263-1268.
- Petermann, F. (1997). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (1-14). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern* (8. erweit. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Scheithauer, H. (1998). Aggressives und antisoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann, M. Kusch & K. Niebank, *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. (243-295). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (Hrsg.) (1999). *Kinderrehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Plomin, R. & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development*, 69, 1223-1242.
- Ramey, C.T. & Ramey, C.T. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- Reicher, H. (1999). Depressivität und Aggressivität im Jugendalter: Gemeinsame und spezifische psychosoziale Charakteristika. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 171-185.
- Roberts, M. C. (Ed.) (1995). *Handbook of pediatric psychology* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Guilford.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5<sup>th</sup> edition, 105-176). New York: Wiley.
- Rutter, M. (1998a). Practitioner review: Routes from research to clinical practice in child psychiatry: Retrospects and prospects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 805-816.
- Rutter, M. (1998b). Some research considerations on intergenerational continuities and discontinuities: Comment on the special section. *Developmental Psychology*, 34, 1269-1273.
- Sanders, M. R. (1998). Verhaltenstherapeutische Familientherapie: Eine „Public-Health“ Perspektive. In K. Hahlweg, D. H. Baucom, R. Bastine & H. J. Markman (Hrsg.), *Prävention von Trennung und Scheidung – Internationale Ansätze zur Prädiktion und Prävention von Beziehungsstörungen* (273-288). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sanders, M. R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Child and Family Psychology Review*, im Druck.
- Sanders, M. R. & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn & Bacon.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.
- Shore, R. (1997). *Rethinking the brain: New insights into early development*. New York: Families and Work Institute.
- Silbereisen, R. K. (1998). Alkohol und Drogen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 185-187.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.
- Stein, I. A. & Petermann, F. (1997). Konstruktion eines neuen Entwicklungstests für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 183-186.
- Teeter, P. A. & Semrud-Clikeman, M. (1997). *Child neuropsychology. Assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. Boston: Allyn & Bacon.
- Van Hasselt, V. B. & Hersen, M. (Eds.) (1998). *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents*. Mahwah: Erlbaum.
- Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C. & Wojtalla, N. (1999). *Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wetherby, A. M. & Prizant, B. M. (1995). Die „Communication and Symbolic Behavior Scales“ (CSBS). *Kindheit und Entwicklung*, 4, 43-50.
- Wolke, D. & Meyer, R. (1999). Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie: Implikationen für Theorie und Praxis. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 23-35.
- Wolraich, M. L., Felice, M. E. & Drotar, D. (1997). *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Larrien, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 165-178.
- Zentner, M. R. (1998). *Die Wiederentdeckung des Temperaments. Eine Einführung in die Kinder-Temperamentsforschung*. Frankfurt: Fischer.
- Zimmermann, P., Suess, G. J., Scheuerer-Englisch, H. & Grossmann, K. E. (1999). Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 36-48.