

Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen

Franz Petermann

1 Aufgabenfelder und Inhalte

Die Klinische Kinderpsychologie bietet verschiedene Erklärungsmodelle für psychische Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. In der Regel geht man von biopsychosozialen Erklärungs- und Krankheitsmodellen aus (vgl. Petermann, 2000; Petermann, Kusch & Niebank, 1998), wobei zur Entstehung dieser Phänomene genetische Faktoren nicht vernachlässigt werden dürfen (vgl. Plomin, 1994). Aus den Erklärungsmodellen können empirisch begründete Diagnose- und Interventionsstrategien abgeleitet werden. Als Bezeichnung des Gebietes wäre von der Altersspanne her der Begriff „Klinische Kinder- und Jugendpsychologie“ angemessen, aus Gründen der sprachlichen Prägnanz wurde jedoch „Klinische Kinderpsychologie“ gewählt. Die Aufgabenfelder der Klinischen Kinderpsychologie umfassen:

- Deskription und Klassifikation,
- Feststellung der Häufigkeit (Epidemiologie),
- Entstehung (Ätiologie und Pathogenese),
- Verlauf (Entwicklungspsychopathologie),
- Erfassung (Diagnostik),
- Prävention,
- Therapie,
- Rehabilitation und
- forensische Beurteilung (z. B. Sorgerecht, Schuldfähigkeit, Glaubwürdigkeit).

Seit Anfang der 90er Jahre wurden zum Forschungs- und Anwendungsgebiet „Klinische Kinderpsychologie“ international verschiedene Handbücher publiziert (vgl. Herbert, 1998; Walker & Roberts, 1992). Viele Inhalte der behandelten Themen sind zwar nicht neu – eine wesentliche Innovation besteht jedoch in der empirischen Orientierung des Gebietes. Dieser Perspektivenwechsel wurde erst durch das Vorliegen aktueller Längsschnittstudien möglich, die – interdisziplinär angelegt – Entwicklungsrisiken für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter identifizieren konnten (z. B. die Mannheimer Risiko-studie; vgl. Esser, Laucht & Schmidt, 1995).

Die Klinische Kinderpsychologie untersucht im Gegensatz zur Entwicklungspsychologie, die sich mit der normalen Entwicklung beschäftigt, Einflüsse und Effekte der Entwicklungsabweichung. Sie gibt Hinweise auf die Genese psychischer Auffälligkeiten und Störungen sowie die Bewältigung von Belastungs- und Krisensituationen (vgl. v. Siebenthal & Largo, 1996; Wolchik & Sandler, 1997). Ein weiteres Aufgabenfeld bilden **psychosomatische Störungen**, also pathophysiologische Prozesse, bei deren Entstehung und Aufrechterhaltung psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen (z. B. Eßstörungen, Störungen der Ausscheidung). Ein spezielles Anwendungsgebiet findet die Klinische Kinderpsychologie in der Kinderheilkunde (Routh, 1988; Warschburger & Petermann, 2000). Hierunter wird im wesentlichen die Bewältigung einer chronischen körperlichen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (z. B. Diabetes, Krebs, Schmerzerkrankungen) und der daraus resultierenden Probleme (z. B. mangelnde Therapiemitarbeit, reduzierte Lebensqualität und eingeschränkte Lebensperspektive) verstanden. Die Klinische Kinderpsychologie geht von einem biopsychosozialen Belastungs- und Krankheitsmodell aus, in dem sowohl Defizite als auch Ressourcen betrachtet werden.

2 Risiko- und Schutzfaktoren

Zusammengefaßt betrachtet beschäftigt sich die Klinische Kinderpsychologie mit der Entstehung, dem Verlauf, der Prävention und der Reduktion von Belastungen, Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter. In diesem Kontext haben Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren, die in der Entwicklung wirksam werden, eine herausragende Bedeutung. Risiko- und Schutzfaktoren können sich

- a) auf das Kind selbst und
- b) auf seine Umgebung beziehen.

Risikofaktoren auf der Seite des Kindes werden unter dem Begriff „**Vulnerabilität**“ zusammengefaßt. Diese kindbezogenen Risikofaktoren beziehen sich auf genetische Dispositionen, chronische Krankheiten, Ängstlichkeit, Depressivität und Merkmale wie eine hohe Ablenkbarkeit, eine niedrige Intelligenz u. a. (vgl. Allhoff, 1994; Brambring et al., 1995). Risikofaktoren aus der Umgebung werden als **Stressoren** bezeichnet; sie beinhalten sozioökonomische Faktoren, familiäre Belastungen u. a. (vgl. Hetherington & Blechman, 1996). Im einzelnen wird man eine Vielzahl belastender Umgebungsbedingungen beachten müssen, wie das ungünstige Modell- und Interaktionsverhalten der Eltern, spezifische Lebensereignisse, interpersonelle Konflikte, überzogene Ansprüche der Eltern gegenüber ihren Kindern, aber auch externe Auslöser körperlicher Reaktionen (z. B. Allergene bei Asthma oder Neurodermitis; s. Petermann, 1999; Petermann & Warschburger, 1999). In ähnlicher Weise lassen sich auch die Schutzfaktoren untergliedern. So bilden etwa ein günstiges Temperament des Kindes, eine enge Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson

son, eine positive Partnerschaft der Eltern, Selbstvertrauen, Bewältigungskompetenzen, Problemlösefähigkeiten oder die Streßtoleranz des Kindes globale Schutzfaktoren. Ein wichtiger kindbezogener Schutzfaktor stellt zum Beispiel die Streßbewältigungskompetenz dar, die in präventiv orientierten Trainings gesteigert werden kann. Ebenso wirken vielfältige umgebungsbezogene Schutzfaktoren, wie das Ausmaß an sozialer Unterstützung oder ein positives Familienklima.

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über Risiko- und Schutzfaktoren sowie die daraus resultierenden Belastungen und Ressourcen in der kindlichen Entwicklung. Die Darstellung bildet dabei einen spezifischen Entwicklungszustand eines Kindes und seiner Familie ab, das heißt die Alters- bzw. Entwicklungsabhängigkeit von Risiko- und Schutzfaktoren wird vernachlässigt. Die Klinische Kinderpsychologie sollte sich jedoch zukünftig intensiv mit dieser Entwicklungsorientierung beschäftigen, da Risiko- und Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf sicherlich einem Wandel unterliegen. So kann eine **enge Bindung** zu einer erwachsenen Bezugsperson im Kindesalter positiv wirken und im Jugendalter kann dieselbe enge Bindung in bestimmten Entwicklungsbereichen einen Risikofaktor darstellen.

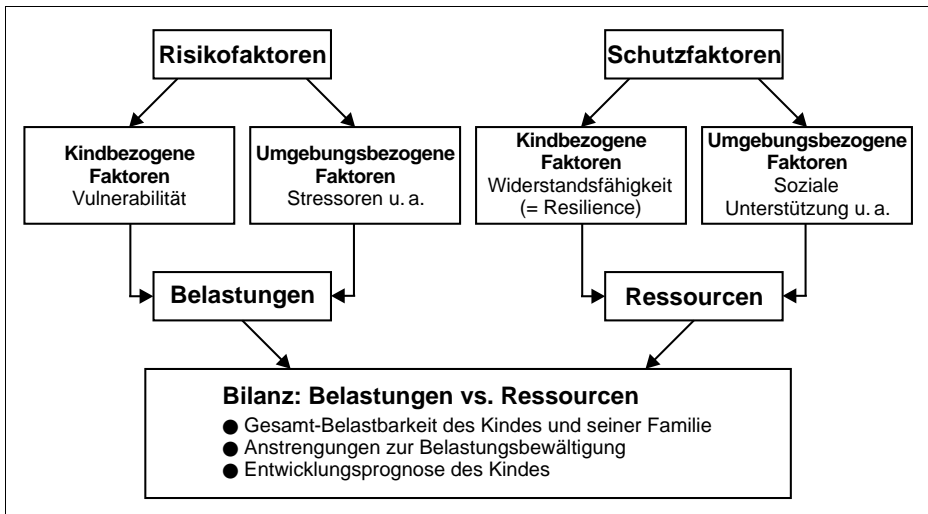


Abbildung 1:
Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung

Risiko- und Schutzfaktoren sollten die Eckpfeiler für Entwicklungsmodelle liefern, an denen sich klinische Interventionen zukünftig zu orientieren haben. Zur Begründung dieser Eckpfeiler sind Längsschnittstudien nötig, mit deren Hilfe man spezifische und generelle Risiko- und Schutzfaktoren identifizieren kann. Ein besonders bedeutsamer, genereller Schutzfaktor bildet eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion. Die Mannheimer Risikostudie zeigt, daß ein gestörtes Interaktionsverhalten (im Alter von 3 Monaten) am deutlichsten dar-

an zu erkennen ist, daß Mütter ihr Kind selten anlächeln und die „Ammen-sprache“ (Baby-talk) nicht verwenden (vgl. Esser et al., 1995). Durch die Qualität dieser frühen Mutter-Kind-Interaktion lassen sich emotionale und Verhaltensstörungen (im Alter von 4 $\frac{1}{2}$ Jahren) vorhersagen. Biologische Faktoren (z. B. niedriges Geburtsgewicht, neonatale Komplikationen) besitzen dagegen eine vergleichsweise geringe Bedeutung. Insgesamt nehmen psychosoziale Aspekte in der Entwicklungsprognose eine wichtige Rolle ein, wobei komplexe Wechselwirkungen angenommen werden müssen. So zeigt die oben genannte Studie, daß das Erziehungsverhalten zwar die zentrale Vorhersagevariable bildet, dieses aber durch die sozial-emotionale Störung der Säuglinge negativ beeinflusst wird.

Zurück zum Gegenstandskatalog der Klinischen Kinderpsychologie: Es wird gefordert, daß klinisches Handeln sich aus empirischen Entwicklungsmodellen ableitet, wobei die Vernetztheit psychischer Belastungen, Beeinträchtigungen und Störungen beachtet werden muß. Die Entwicklungsmodelle sollten dabei Schlußfolgerungen über

- die zeitliche Erstreckung und
- den Verlauf einer psychischen Störung sowie
- ihrer Übergänge zu anderen Störungen zulassen.

Solche wissenschaftlich begründeten Entwicklungsmodelle bilden zukünftig eine wichtige Grundlage zur Erfolgsbeurteilung einer klinischen Intervention.

3 Klinische Kinderpsychologie im Kontext der Klinischen Psychologie

Kinder und Jugendliche sind alters- und kulturabhängig in spezifischer Weise in Familie und Gesellschaft eingebunden und von erwachsenen Bezugspersonen abhängig, von denen sie in der Regel soziale Unterstützung erhalten. In ihrem Entwicklungsverlauf müssen sie spezifische Anforderungen und vielfältige Aufgaben bewältigen. Vielfach ergeben sich aus diesen besonderen Anforderungen notwendige Belastungen, die Kinder für Krisen besonders anfällig machen. Vor diesem Hintergrund resultieren für die unterschiedlichen Altersgruppen spezifische Fragestellungen, mit denen sich die Klinische Psychologie des Erwachsenenalters nicht auseinandersetzen muß. Einige dieser Fragestellungen seien kurz aufgeführt:

- a) Welche psychischen Merkmale sind Frühindikatoren für Auffälligkeiten in späteren Entwicklungsphasen (z. B. für die Entstehung der kindlichen Aggression oder Depression)?
- b) Welche entwicklungs- bzw. altersbedingten Verletzlichkeiten (Vulnerabilitäten) kennzeichnen eine krisenhafte bzw. normale kindliche Entwicklung?
- c) Von welchen Bedingungen hängt die Widerstandsfähigkeit eines Kindes (Resilience) im Kontext der Belastungs- und Krisenbewältigung ab?

- d) Von welchen Faktoren hängt das Streßverhalten eines Kindes und die Aktivierung bzw. Herausbildung von Ressourcen ab?
- e) Durch welche Merkmale sind „unverwundbare“ Kinder gekennzeichnet?
- f) In welcher Form beeinflussen frühe sozial-emotionale Faktoren (verschiedene Mutter-Kind-Bindungen, die frühe soziale Interaktion, Aspekte der Temperamentsentwicklung und Formen der Emotionsregulierung) die kindliche Resilience?
- g) Welche symptombezogenen Entwicklungsmodelle können einer entwicklungsorientierten Interventionsplanung zugrunde gelegt werden?
- h) Warum weisen Kinder depressiver Mütter ein erhöhtes Risiko für emotionale Störungen auf?

Die genannten Fragestellungen scheinen unter dem Blickwinkel der Entwicklungspsychopathologie beantwortbar. Die Entwicklungspsychopathologie versteht sich dabei als übergreifender Ansatz, der eine Brücke zwischen Normalität und Pathologie schlagen will. In entwicklungspsychopathologischen Studien werden Aspekte der normalen und abweichenden Entwicklung miteinander verglichen. Man geht hier davon aus, daß die Erforschung psychopathologischer Bedingungen das Verständnis der normalen Entwicklung fördern kann; die Pathologie wiederum ist am besten auf dem Hintergrund der Prinzipien normaler Entwicklung und des „normalen Funktionierens“ zu verstehen. Ziel all dieser Bemühungen im Kontext der Klinischen Kinderpsychologie muß darin gesehen werden, zu spezifischen und handlungsleitenden Erklärungs- und Prognosemodellen psychischer Störungen zu gelangen.

Je präziser unsere Erkenntnisse über die Entstehung von Entwicklungsabweichungen im Kindes- und Jugendalter werden, desto gezielter können Therapieplanungen erfolgen. Aussagen über Entwicklungsabweichungen (z. B. bei hyperkinetischen Störungen) müssen im Kontext des bisherigen Entwicklungsverlaufes eingeordnet werden; hieran leitet sich dann eine begründete Entwicklungsprognose ab. So kann aus einer hyperkinetischen Störung aggressives oder gar delinquentes Verhalten entstehen, und als Entwicklungsausgang ist bei einer bestimmten Gruppe Jugendlicher mit einem Übergang zum Drogenkonsum zu rechnen (vgl. Warschburger & Petermann, 1997). Als generelle Regeln für eine moderne Interventionsplanung lassen sich auf diesem Hintergrund vier Aspekte herausarbeiten. So sollten Interventionen im Kindes- und Jugendalter

- altersgruppenspezifisch,
- entwicklungsorientiert (also optimal dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen),
- ressourcenorientiert (d. h. Kompetenzen stärkend) und
- umfeldorientiert (also an die Bezugspersonen des Kindes angepaßt)

gestaltet sein. Auf diesem Wege lassen sich auch die Forderungen nach einer differentiellen Indikationsstellung wissenschaftlich fundieren (vgl. Petermann & Petermann, 1996).

4 Entwicklungspsychologie als Grundlage der Klinischen Kinderpsychologie

Die Entwicklungspsychologie bemüht sich immer stärker darum, klinische Praxisfelder anhand ihrer neuen Erkenntnisse und Modelle mitzugestalten (vgl. Lehmkuhl & Rauh, 1996; Montada, 1998). So sind viele Phasen der Interventionsplanung bei Kindern ohne entwicklungspsychologisches Hintergrundwissen nicht bearbeitbar. Durch differenziertes Wissen über Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter lassen sich präventive Strategien für verschiedene Altersgruppen begründen und effizienter gestalten. Erkenntnisse aus Entwicklungsverlaufsdaten (z. B. der Entwicklungsepidemiologie oder Entwicklungspsychopathologie, vgl. Essau & Petermann, 1997) sind zentral, um die

- Stabilität von Störungen und
- Komorbidität von Merkmalskonstellationen zu beurteilen,
- Einflußgrößen beim Erleben und Verarbeiten einer chronischen (körperlichen) Krankheit bzw. von Schmerzen zu erkennen.

In vielen Fällen wird die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen krisenhafte und auffällige Phasen aufweisen, ohne daß man von dauerhaften Beeinträchtigungen sprechen kann. Manche psychosoziale Umbruchphase ist durch eine besondere Sensibilität für negative und positive Einflüsse gekennzeichnet (vgl. Montada, 1998). Die Erkenntnisse über solche Verläufe muß die Klinische Kinderpsychologie im Rahmen der Diagnosestellung und Interventionsplanung berücksichtigen. Epidemiologische Studien dienen als Entscheidungsbasis dafür, ab wann das Ausmaß der Abweichungen als problematisch zu bewerten ist und eine Intervention erfolgen sollte.

Anregungen für eine prozeßorientierte Betrachtung in der Klinischen Kinderpsychologie bietet das **Konzept der sensiblen Perioden für kognitive und soziale Entwicklungen** (vgl. Montada, 1998). Gemäß des Konzeptes der sensiblen Perioden erhält man Hinweise auf

- eine erhöhte Empfänglichkeit für Lernangebote,
- eine erhöhte Reagibilität durch Stressoren und
- Entwicklungsbarrieren bzw. Entwicklungschancen im Kindesalter.

Anhand solcher Modelle müßten sich das Entwicklungspotential eines Kindes und damit Chancen und Grenzen seiner Förderung präziser abschätzen lassen.

Verknüpft man Wissen aus neueren entwicklungspsychologischen Längsschnittstudien und Befunde zur Entwicklungspsychopathologie, dann könnte damit erstmals im Kontext der Begründung klinisch-psychologischer Interventionen eine umfassende empirische Orientierung gelingen. Die systematische Beschreibung und Erklärung günstiger und ungünstiger Entwicklungsverläufe stellen einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer **differentiellen Entwicklungspsychologie** dar. So wären differentielle Aussagen darüber, wie altersspezifische Entwicklungsaufgaben und Belastungen bewältigt werden, hilfreich für die Klinische Kinderpsychologie. Weiterhin sind Hinweise auf Wen-

depunkte in der Entwicklung entscheidend, bei denen bestimmte Entwicklungsabweichungen gehäuft auftreten oder Entwicklungen zurück zum „Normalen“ begünstigt werden. Solche Überlegungen und Befunde lassen dann auch Rückschlüsse darüber zu, wann und mit welchem Aufwand eine Entwicklungsabweichung positiv beeinflusst werden kann. Alle diese Anstrengungen tragen dazu bei, eine **klinische Entwicklungsdiagnostik** zu begründen, die für die Klinische Kinderpsychologie von zentraler Bedeutung sein wird.

5 Neuropsychologie als Grundlage der Klinischen Kinderpsychologie

In der Klinischen Kinderpsychologie spielen Defekte oder Reifungsdefizite des Zentralnervensystems (ZNS) eine größere Rolle als im Erwachsenenbereich (vgl. Brack, 1996). Für diesen Bereich muß die Klinische Kinderpsychologie Diagnoseverfahren anbieten, die differentialdiagnostisch abklären können, ob eine kognitive Entwicklungsretardierung allein oder gekoppelt mit ungünstigen Erziehungseinflüssen vorliegt. Die psychologische Behandlung von Kindern setzt die damit verbundene Unterscheidung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen voraus – die frühzeitige Diagnostik von Entwicklungsstörungen ist in diesem Kontext zentral, neuropsychologisch begründete Verfahren sind dabei besonders wichtig (vgl. Heubrock & Petermann, 1996).

Epidemiologische Befunde zeigen, daß ca. 15 % aller Grundschul Kinder an erheblichen Lernstörungen leiden, von denen wiederum etwa die Hälfte Hinweise auf **neurogene** Funktionsstörungen aufweisen (vgl. Gaddes & Edgell, 1994). Dieser Befund ist nicht verwunderlich, wenn man die Prinzipien und bisherigen Ergebnisse der Entwicklungsneuropsychologie berücksichtigt. Demnach vollzieht sich die kindliche Entwicklung in einer Abfolge von Prozessen des Wachstums und der Differenzierung des Zentralnervensystems (vgl. Kandel, Schwartz & Jessell, 1996; Kolb & Whishaw, 1996). Für die Klinische Kinderpsychologie ist hier zum einen interessant, daß sich die zerebrale Entwicklung nicht gleichmäßig, sondern in sogenannten **Wachstumsspurts** vollzieht, die ihrerseits mit kognitiven Prozessen korrelieren (d. h. in der jeweiligen Phase besonders sensibel für bestimmte Stimuli und Erfahrungen sind) und offenbar auch mit den von Piaget beschriebenen Phasen der kognitiven Entwicklung des Kindes übereinstimmen. Umgekehrt lassen sich viele Entwicklungsstörungen, die Gegenstand der Klinischen Kinderpsychologie sind, auch durch Störungen der neuronalen Entwicklung erklären (vgl. Heubrock & Petermann, 2000). Klinische Interventionen müßten folglich für eine Reihe vor allem psychogen erklärter Störungsbilder neuropsychologische Ursachen mit berücksichtigen; zudem läßt sich die Wirksamkeit therapeutischer Strategien auch bezüglich ihrer Rückwirkungen auf die zerebrale Organisation definieren.

Seit einiger Zeit werden auch **emotionale Störungen** (z. B. Depression, vgl. Birmaher & Ryan, 1999; Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995; Kobak & Fe-

renz-Gillies, 1995) und **aggressives Verhalten** (vgl. Scheithauer & Petermann, 2000) bei Kindern verstärkt aus einer neuropsychologischen Perspektive analysiert. Insbesondere neurochemische Untersuchungen konnten zeigen, daß verschiedene Neurotransmitter, hier vor allem Serotonin (5-HT), einen großen Einfluß auf die Emotionsregulation haben, so daß pathologische Abweichungen im Serotonin-Haushalt zu einer Dysregulation der neuronalen Informationsverarbeitung führen und eine Destabilisierung affektiver, kognitiver und verhaltensbezogener Subsysteme bewirken können (vgl. Cicchetti & Tucker, 1994).

6 Biopsychologie als Grundlage der Klinischen Kinderpsychologie

Der Einfluß von psychischen Vorgängen auf körperliche Störungen ist Gegenstand der inhaltlich nah verwandten Fachgebiete „Psychosomatik“ und „Verhaltensmedizin“; grundlegende Konzepte zur Erklärung solcher Störungen wurden in der Biopsychologie entwickelt. Hierbei werden neben einer verhaltens- und erlebnispsychologischen Betrachtungsebene auch physiologische Mechanismen einbezogen.

Neuere biopsychologische Konzepte versuchen, komplexe Wechselwirkungen zwischen psychischen Faktoren und körperlichen Störungen zu beschreiben: So berücksichtigen sie differenzierte Hormonreaktionen, die insbesondere in Situationen aktiviert werden, in denen Ärger/Wut, Angst/Furcht und Depression/Hilflosigkeit erlebt werden. Des weiteren werden in die Konzepte der psychoendokrinologischen Streßreaktionen Befunde der psychoneuroimmunologischen Belastungsforschung integriert, die zeigen, daß immunologische Funktionen entweder direkt durch das ZNS oder indirekt durch das endokrine System beeinflußt werden. Eine direkte Einflußnahme wird über Nervenfasern des vegetativen Nervensystems ausgeübt, während die indirekte Beeinflussung durch die Ausschüttung von Hormonen und Neuropeptiden erfolgt, insbesondere von Hormonen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Schulz, 1994). Solche physiologischen Mechanismen legen den Zusammenhang zwischen chronischer psychischer Belastung und immunsuppressiven Effekten nahe, die sich zum Beispiel in einer erhöhten Infektanfälligkeit bei Kindern äußern. Mit ihrer Hilfe läßt sich auch die Entwicklung kognitiv-behavioraler Streßmanagement-Programme bei immunologisch vermittelten Erkrankungen begründen (vgl. Cohen & Herbert, 1996).

Generell scheinen neuere Befunde der interdisziplinären Streßforschung (vgl. Janke & Wolffgramm, 1995) Hinweise zur Formulierung eines biopsychosozialen Modells streßbedingter Erkrankungen zu liefern. Vor allem unter dem Entwicklungsaspekt sollten sich zukünftig Studien mit der Entstehung der Streßaktivität befassen und der Frage nachgeben, ob sich sensible Perioden für unterschiedliche Stressoren ermitteln lassen. Weiterhin wäre zu klären, ob

solche sensiblen Perioden mit spezifischen Bewältigungsdefiziten in Beziehung stehen.

Ein Streßbewältigungsprogramm als präventive Maßnahme für Kinder im Grundschulalter wurde von Hampel und Petermann (1998) sowie von Klein-Heßling und Lohaus (1995) entwickelt und evaluiert. Auf der Grundlage des transaktionalen Streßkonzepts wurde angestrebt, die Wahrnehmung streßvoller Ereignisse zu verbessern und die Verfügbarkeit effizienter Streßbewältigungsstrategien zu erhöhen. Neben einem Problemlösetraining zeichnete sich besonders ein Kombinationstraining aus Wissens-, Entspannungs- und Problemlösekomponenten als effizient hinsichtlich der Veränderungen des subjektiven Streßerlebens und der physischen Streßsymptomatik aus. Dies ist ein erster hoffnungsvoller Ansatz, wobei die Beteiligung der Eltern noch zufriedenstellender genutzt werden kann und die Evaluationskriterien auch auf physiologische Kennwerte erweitert werden sollten.

Kognitiv-behaviorale Streßmanagement-Trainings sind darüber hinaus zur Modifikation der Bewältigung chronischer Krankheiten indiziert. Hier liegen vor allem positive Befunde zur Schmerzbehandlung bei Kindern vor (vgl. Petermann, Wiedebusch & Kroll, 1994). Wirksamkeitsstudien zu Biofeedbackverfahren in der Schmerzbehandlung haben ergeben, daß diese Verfahren bei Kindern sogar effektiver sind als bei Erwachsenen (vgl. Blanchard & Andrasik, 1991). Eine Kombination von Biofeedbackverfahren der Hauttemperatur und Muskelspannung mit kognitiven Methoden der Verhaltensmodifikation erwies sich insbesondere für Migräne, Spannungs- und Kombinationskopfschmerz als wirksam.

7 Auf dem Weg zur Fundierung der klinischen Praxis

Entwicklungsorientierte Diagnostik. Die Klinische Kinderpsychologie liefert wichtige Erkenntnisse zur Begründung der Diagnosestellung in der Kinderpsychotherapie. Ihre konsequent empirische Orientierung ermöglicht ein kontinuierlich wachsendes Verständnis der Risikofaktoren bzw. protektiven Einflüsse, die das Entstehen spezifischer Störungen im Entwicklungsverlauf begünstigen oder verhindern. Fundierte **epidemiologische Daten (Entwicklungsepidemiologie;** vgl. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2000) erlauben beispielsweise

- eine präzisere Beschreibung von Störungs- und Krankheitsbildern und die Bestimmung diagnostischer Kern- und Ausschlußkriterien auf der Grundlage empirisch ermittelter Symptomverteilungen (Symptomatologie),
- die Ermittlung von Auftretenswahrscheinlichkeiten spezifischer Störungen in bestimmten Entwicklungsstufen (Altersverteilung), bei beiden Geschlechtern oder unter differierenden Umweltbedingungen (sozioökonomischer Status, Wohngebiet, Stellung in der Geschwisterreihe),

- die Identifizierung von altersspezifischen Verlaufsmustern (Erstmanifestationsalter, Altersgipfel) und der durchschnittlichen zeitlichen Erstreckung der Problematik (Erkrankungsdauer, Spontanremissionen),
- die Feststellung von Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen organischen, psychosomatischen und/oder psychopathologischen Störungen (Komorbiditäten).

Mittels derartiger Informationen können psychiatrische Klassifikationssysteme (DSM-IV; ICD-10) stärker empirisch fundiert und der diagnostische Prozeß besser abgesichert, präzisiert und vereinfacht werden. Außerdem bildet die Identifikation von Risikofaktoren bzw. Risikoprofilen wesentliche Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und frühzeitige kompensatorische Interventionen.

Prävention und Gesundheitsförderung. Von zentraler Bedeutung für die Interventionsplanung sind die differenzierten Resultate zur Ätiologie und Pathogenese unterschiedlicher Entwicklungsabweichungen. Mit Hilfe dieser Daten können kausale Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und chronischer Erkrankungen erklärt sowie förderliche bzw. hinderliche Einflüsse auf deren weiteren Verlauf festgestellt werden. Die Identifikation störungsspezifischer Vulnerabilitätsfaktoren erlaubt zum einen gezieltere präventive Eingriffe und Hilfen für besonders gefährdete Kinder (vgl. Hurrelmann & Settertobulte, 2000) und zum anderen eine differenziertere Indikation und Abstimmung der Therapie auf die individuellen Voraussetzungen des Kindes.

Die Klinische Kinderpsychologie sollte sich konsequent der Frage zuwenden, welche positiven Einflüsse und Zustände gesund halten und welche es verhindern, daß Risikokinder in eine Krankheit abgleiten. Ergebnisse aus solchen Studien tragen dazu bei, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wissenschaftlich zu begründen. Forschungsergebnisse zur pathogenetischen Bedeutung äußerer Belastungsbedingungen (Stressoren wie familiäre Konflikte, Schulschwierigkeiten, psychische Probleme der Eltern) stellen wichtige Ansatzpunkte für gezielte Interventionen in der Umgebung des Kindes dar. Vergleichbares gilt für Ergebnisse zur familiären Häufung bestimmter Störungssymptome (z. B. funktionelle Schmerzsyndrome; Petermann, Wiedebusch & Kroll, 1994), die den zentralen Einfluß von Modell- und Verstärkereinflüssen der sozialen Umwelt oder genetischer Faktoren auf Entstehung oder Aufrechterhaltung kindlicher Störungsbilder belegen.

Entwicklungsorientierte Therapie. Einen herausragenden Stellenwert für eine fundierte Interventionsplanung kommt neueren **entwicklungspsychopathologischen Erklärungsmodellen** zu (vgl. Petermann et al., 1998). Solche Modelle geben zukünftig Aufschluß über die Verlaufstypen psychischer Störungen. So ist bei Störungen, die sich kontinuierlich entwickeln, eine frühe Intervention notwendig; verschwindet jedoch eine Störung erwartungsgemäß im Erwachsenenalter, das heißt verläuft sie diskontinuierlich, dann geht es vielmehr darum, ohne größeren Aufwand die positiven Einflußgrößen im Le-

benslauf möglichst frühzeitig zu aktivieren, um so schnell eine Wende zum Positiven zu ermöglichen. Vor allem im Kontext der Entwicklung aggressiven Verhaltens besitzen wir ein umfassendes Wissen aus Längsschnittstudien, das für eine entwicklungsorientierte Therapie herangezogen werden kann (Warschburger & Petermann, 1997). Treten aggressive Verhaltensweisen früh auf, dann kann im weiteren Verlauf auch das schulische Lernen massiv beeinträchtigt werden; im Jugendalter tritt dann gehäuft dissoziales Verhalten und Drogenmißbrauch auf.

Einen großen Fortschritt für die klinische Praxis bilden neuere, verhaltensnahe Klassifikationssysteme, wie das DSM-IV (vgl. Petermann, Lehmkuhl, Petermann & Döpfner, 1995), die sich konsequent an den Ergebnissen der Entwicklungspsychopathologie orientieren. Die Determinanten günstiger und ungünstiger Entwicklungsverläufe zu bestimmen, bildet eine der vorrangigsten Aufgaben der Klinischen Kinderpsychologie der nächsten Jahre. Auf dieser Basis könnten frühzeitige Indikatoren für kritische Entwicklungen abgeleitet, differentielle Indikationsstellungen entwickelt und die alters- und kontextspezifische Effektivität unterschiedlicher Interventionsstrategien empirisch evaluiert werden.

Die in der klinischen Praxis eingesetzten **diagnostischen Instrumente**, **Interventionsstrategien** und **Therapiematerialien** müssen auf der Basis wachsender entwicklungspsychologischer Kenntnisse zunehmend auf den kognitiven Entwicklungsstand (kognitive Schemata, Informationsverarbeitung, Gedächtnisfunktion) der Kinder adaptiert werden. Auch die entwicklungsangemessene Durchführung kinderpsychologischer Interventionen läßt sich unter Berücksichtigung der erhöhten Aufnahmebereitschaft und Stressorempfindlichkeit während der sensiblen Phasen weiter optimieren.

Ressourcen-orientiertes Vorgehen. Besonderes Augenmerk sollte m.E. zukünftig auf die Bestimmung von Schutzfaktoren des Kindes und seiner sozialen Umgebung gelegt werden. Die Bewältigungskompetenz des Kindes und der Familie bezüglich alltäglichen Stresses oder besonderer Belastungs- und Krisensituationen beeinflusst in entscheidender Weise das Entstehen dysfunktionaler Reaktionen und anhaltender Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang kann verstärkt auf entwicklungspsychologische Erkenntnisse zum altersspezifischen Erleben und Verarbeiten belastender Situationen (z. B. chronische Erkrankungen, Schmerzen, kritische Ereignisse) zurückgegriffen werden. Biopsychologische Ergebnisse über die immunsuppressiven Auswirkungen anhaltender psychischer Belastung begründen mit wachsender Evidenz die Notwendigkeit frühzeitiger Eingriffe zur Belastungsreduktion (z. B. mittels Streßbewältigungsprogrammen). Auf diesem Weg lassen sich erhöhte Erkrankungsrisiken vermeiden, bereits bestehende verringern und Ressourcen stärken.

Entwicklungs- und neuropsychologische Konzepte. Kinder machen im Verlauf ihrer Entwicklung wiederholt krisenhafte Umbruchphasen durch, während derer sie altersspezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Durch

die Kenntnis solcher kritischen Entwicklungsphasen und sensiblen Perioden und der verfügbaren Bewältigungskompetenzen wird in der Therapie eine gezieltere Unterstützung für die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsanforderungen möglich; vielfach werden präventive Maßnahmen (Aufklärung, Beratung oder Patientenschulung) Effekte zeigen, die einzelne Entwicklungsphasen überdauern. In diesem Zusammenhang müssen allerdings psychogen verursachte Entwicklungsstörungen klarer als bisher von bestehenden Störungen in der neuronalen Reifungsentwicklung (insbesondere während der sensiblen Phasen) abgegrenzt werden. Zu diesem Zweck werden verstärkt **neuro-psychologische Diagnoseverfahren** zum Einsatz kommen müssen, um eine differentielle Indikation zu begründen (vgl. Heubrock & Petermann 1996, 2000). Es ist in diesen Fällen zu erwarten, daß sich gezielte und rechtzeitige klinisch-psychologische Interventionen wiederum positiv auf die zerebrale Organisation auswirken.

Methodische Zugänge. Die spezifischen Fragestellungen der Klinischen Kinderpsychologie (z. B. die Analyse von Wirkzusammenhängen über den Entwicklungsverlauf) erfordern eigene methodische Zugänge, die der klinisch-psychologischen Forschung wichtige Anstöße vermitteln. Für eine weitere Fundierung der klinischen Praxis in der Kinderpsychologie sind vor allem Längsschnittstudien erforderlich; diese sind geeignet, kontinuierliche bzw. diskontinuierlich-komplexe Entwicklungsverläufe über mehrere Lebensabschnitte hinweg zu untersuchen. Zur Bestimmung komplexer Wirkursachen und Wechselwirkungen im Entwicklungsverlauf bieten sich auch zeitreihen- und einzel-fallanalytische Modelle und Verfahren an (vgl. Petermann, 1996).

Literatur

- Allhoff, P. (1994). Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung. Definition, Probleme und Nutzen. In D. Karch (Hrsg.), *Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung* (1–11). Darmstadt: Steinkopff.
- Birmaher, B. & Ryan, N. D. (1999). Neurobiological factors. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Depressive disorders in children and adolescents* (287–318). Northvale: Aronson.
- Blanchard, E. B. & Andrasik, F. (1991). *Bewältigung chronischer Kopfschmerzen*. Bern: Huber.
- Brack, U. B. (1996). Entwicklungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 3–11.
- Brambring, M., Beelmann, A., Buitenhuis, S., Hecker, W., Kurp, C., Licher-Eversmann, G. & Müller, A. (1995). Frühförderung blinder Kinder: Konzeption und Hauptergebnisse des Bielefelder Projektes. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 149–156.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P. & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 7–10.
- Cicchetti, D. & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533–549.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113–142.
- Essau, C. A. & Petermann, F. (Eds.) (1997). *Developmental psychopathology: Epidemiology, diagnostics and treatment*. London: Harwood Academic Press.

- Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (1995). Der Einfluß von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 33–42.
- Gaddes, W.H. & Edgell, D. (1994). *Learning disabilities and brain function. A neuropsychological approach*. New York: Springer, 3. Auflage.
- Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds.) (1993). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Herbert, M. (1998). *Clinical child psychology*. Chichester: Wiley, 2. erweit. Auflage.
- Hetherington, E.M. & Blechman, E.A. (Eds.) (1996). *Stress, coping, and resiliency in children and families*. Mahwah: Erlbaum.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1996). Psychometrische Diagnostik von Entwicklungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 19–23.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (131–148). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Janke, W. & Wolffgramm, J. (1995). Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen: Ansätze interdisziplinärer Kooperation von Psychologie, Biologie und Medizin. In G. Debus, G. Erdmann & K.W. Kallus (Hrsg.), *Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen* (293–347). Göttingen: Hogrefe.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H. & Jessel, T.M. (Hrsg.) (1996). *Neurowissenschaften*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1995). Streßbewältigung im Kindesalter: Modifikation und Evaluation einer Präventionsmaßnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 240–247.
- Kobak, R. & Ferenz-Gillies, R. (1995). Emotion regulation and depressive symptoms during adolescents: A functionalist perspective. *Development and Psychopathology*, 7, 183–192.
- Kolb, B. & Whishaw, I.Q. (1996). *Neuropsychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2. erweit. Auflage.
- Lehmkuhl, U. & Rauh, H. (1996). Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 78–82.
- Montada, L. (1998). Entwicklungspsychologie und Anwendungspraxis. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (895–914). Weinheim: Psychologie Verlags Union, 4. Auflage.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1996). *Einzelfallanalyse*. München: Oldenbourg, 3. korrigierte Auflage.
- Petermann, F. (1999). *Asthma bronchiale*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (2000). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (9–26). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, U. (2000). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (29–56). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G., Petermann, U. & Döpfner, M. (1995). Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV – Ein Vergleich mit DSM-III-R und ICD-10. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 171–182.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (Hrsg.) (1999). *Neurodermitis*. Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F., Wiedebusch, S. & Kroll, T. (Hrsg.) (1994). *Schmerz im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann U. & Petermann, F. (1996). Voraussetzungen, Anforderungen und Effekte von Verhaltenstrainings mit Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 129–132.
- Plomin, R. (1994). *Generics and experience. The interplay between nature and nurture*. Thousand Oaks: Sage.
- Rothenberger, A., Woerner, W., Dumais-Huber, C., Eisert, H.-G., Gutfleisch-Mayer, J., Müller, H. U., Niemeyer, J., Schmidt, H. M., Stratmann, F. & Vöhringer, L. (1991). *Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen und zentralnervöse Kontrollmechanismen*. Poster auf dem Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 1.–4. Mai 1991 in Bad Homburg.
- Routh, D. K. (Ed.) (1988). *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2000). Aggression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (187–226). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Schulz, K. H. (1994). Psychoneuroimmunologie. In W. D. Gerber, H. D. Basler & U. Tewes (Hrsg.), *Medizinische Psychologie. Mit Psychobiologie und Verhaltensmedizin* (129–139). München: Urban & Schwarzenberg.
- Sieenthal, K. v. & Largo, R. H. (1996). Frühkindliche Risikofaktoren: Ihre Auswirkungen und Bedeutung für die spätere Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 36–44.
- Walker, L. E. & Roberts, M. C. (Eds.) (1992). *Handbook of clinical child Psychology*. New York: Wiley, 2. Auflage.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (1997). Kinderverhaltenstherapie: Neue Trends am Beispiel der aggressiven Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (86–126). Baltmannsweiler: Schneider.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2000). Belastungen bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (479–511). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Wolchik, S. A. & Sandler, I. N. (Eds.) (1997). *Handbook of children's coping. Linking theory and intervention*. New York: Plenum Press.