



Zusatzmaterialien online

Hans-Christoph Steinhausen

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

LESEPROBE

10. Auflage



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	2	Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	21
1	Normale und abweichende Entwicklung	3	2.1	Definition psychischer Störungen	21
1.1	Hirnreifung	4	2.2	Klassifikation	23
1.2	Säuglingsalter	6	2.2.1	Voraussetzungen	23
1.2.1	Motorische Entwicklung	7	2.2.2	Validität	23
1.2.2	Sprachentwicklung	7	2.2.3	Multiaxiale Klassifikation	25
1.2.3	Wahrnehmungsfunktionen (Sehen und Hören)	7	2.2.4	Klassifikation nach ICD-11	28
1.2.4	Soziale Entwicklung	8	2.2.5	Komorbidität	31
1.2.5	Spiel	8	2.2.6	Dimensionale Klassifikation	32
1.2.6	Problembereiche	8	2.2.7	Vor- und Nachteile kategorialer und dimensionaler Klassifikation	32
1.3	Zweites Lebensjahr	8	2.3	Epidemiologie	33
1.3.1	Motorische Entwicklung	9	2.3.1	Prävalenzen	33
1.3.2	Sprachliche Entwicklung	9	2.3.2	Inzidenzen	34
1.3.3	Soziale Entwicklung	9	2.3.3	Zeitliche Trends	37
1.3.4	Sauberkeitsentwicklung	9	2.3.4	Bedingungsfaktoren	37
1.3.5	Geistige Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren	9	2.3.5	Inanspruchnahme von Versorgung	38
1.3.6	Problembereiche	10	3	Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	41
1.4	Kleinkindalter	11	3.1	Ein entwicklungspsychopathologisches Modell	41
1.4.1	Motorische Entwicklung	11	3.2	Biologische Risikofaktoren	43
1.4.2	Sprachliche Entwicklung	11	3.2.1	Genetische Bedingungen	43
1.4.3	Soziale Entwicklung	11	3.2.2	Konstitutionelle Elemente	44
1.4.4	Spiel	12	3.2.3	Somatische Faktoren	46
1.4.5	Persönlichkeitsentwicklung	12	3.3	Psychosoziale Risikofaktoren	46
1.4.6	Geistige Entwicklung	13	3.3.1	Individuelle Faktoren	46
1.4.7	Psychische Auffälligkeiten	13	3.3.2	Familiäre Faktoren	47
1.5	Mittlere Kindheit	13	3.3.3	Schulische Faktoren	50
1.5.1	Soziale Entwicklung	13	3.3.4	Gleichaltrigengruppe	51
1.5.2	Persönlichkeitsentwicklung	14	3.4	Soziokulturelle Risikofaktoren	51
1.5.3	Geistige Entwicklung	14	3.4.1	Sozialschicht	51
1.5.4	Psychische Auffälligkeiten	14	3.4.2	Ökologie	52
1.6	Jugendalter	15	3.4.3	Migration	52
1.6.1	Soziale Entwicklung	15	3.4.4	Medien	52
1.6.2	Persönlichkeitsentwicklung	15	3.5	Lebensereignisse und situative Risikofaktoren	54
1.6.3	Geistige Entwicklung	16	3.6	Protektive Faktoren und Resilienz	55
1.6.4	Psychische Auffälligkeiten	16	4	Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	57
1.7	Entwicklungsstörungen	16	4.1	Inhalte und Struktur der Untersuchung	57
1.8	Entwicklungspsychopathologische Verläufe	17	4.1.1	Anamnese	58
1.8.1	Entwicklungspfade	17	4.1.2	Psychopathologische Befunderhebung	59
1.8.2	Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen	17	4.1.3	Psychosoziales Funktionsniveau	66
1.8.3	Störungsspezifische Verläufe	18	4.2	Methodische Aspekte	67
			4.2.1	Grundhaltung	67

4.2.2	Spezifische Techniken	68	8.4	Zerebralparese	118
4.2.3	Familiendiagnostik	68	8.4.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	118
4.3	Ergänzende Labordiagnostik	69	8.4.2	Klinisches Bild	118
4.4	Beurteilung und Therapieplanung	70	8.4.3	Ätiologie	119
II	Spezielle Kinder- und Jugendpsychiatrie	71	8.4.4	Behandlung und Verlauf	119
5	Geistige Behinderung	73	8.5	Epilepsie	119
5.1	Definition	73	8.5.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	119
5.2	Klassifikation	74	8.5.2	Klinisches Bild	119
5.3	Häufigkeit	76	8.5.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	121
5.3.1	Klinik und Diagnostik	76	8.5.4	Ätiologie	122
5.3.2	Ätiologie	80	8.5.5	Therapie und Verlauf	123
5.3.3	Prävention und Therapie	81	8.6	Vergiftungen und Stoffwechselstörungen	124
6	Autismus-Spektrum-Störung	85	8.6.1	Definition und Häufigkeit	124
6.1	Klassifikation im Wandel	85	8.6.2	Klinisches Bild und Ätiologie	125
6.2	Frühkindlicher Autismus	87	8.6.3	Therapie und Verlauf	126
6.2.1	Definition, Häufigkeit und Klassifikation	87	8.7	Hirntumoren	126
6.2.2	Klinik	88	8.7.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	126
6.2.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	90	8.7.2	Klinisches Bild	127
6.2.4	Ätiologie	92	8.7.3	Ätiologie	127
6.2.5	Therapie	93	8.7.4	Therapie und Verlauf	127
6.2.6	Verlauf	94	8.8	Endokrinopathien	128
6.3	Asperger-Syndrom	95	8.8.1	Definition	128
6.3.1	Definition und Häufigkeit	95	8.8.2	Klinisches Bild und Ätiologie	128
6.3.2	Klinisches Bild und Differenzialdiagnose	95	8.8.3	Therapie und Verlauf	129
6.3.3	Ätiologie	96	8.9	Organische Psychosen	129
6.3.4	Therapie und Verlauf	96	8.9.1	Definition	129
7	Schizophrenie	99	8.9.2	Klinisches Bild	129
7.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	99	8.9.3	Differenzialdiagnose	129
7.2	Klinisches Bild	100	8.9.4	Ätiologie	129
7.2.1	Prodromalerscheinungen	101	8.9.5	Therapie	130
7.2.2	Psychopathologie	101	8.9.6	Verlauf	130
7.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	103	9	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung	133
7.4	Ätiologie	104	9.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	133
7.5	Therapie	105	9.2	Klinisches Bild	135
7.6	Verlauf	107	9.3	Diagnose und Differenzialdiagnose	136
8	Hirnstörungen	109	9.4	Ätiologie	140
8.1	Allgemeine Gesichtspunkte	110	9.5	Therapie	142
8.2	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems	113	9.5.1	Pharmakotherapie	142
8.2.1	Definition und Häufigkeit	113	9.5.2	Verhaltenstherapie	144
8.2.2	Klinisches Bild	113	9.5.3	Ergänzende Maßnahmen	145
8.2.3	Ätiologie	114	9.6	Verlauf	146
8.2.4	Therapie und Verlauf	114	10	Bewegungsstörungen	149
8.3	Schädel-Hirn-Verletzungen	115	10.1	Ticstörungen	149
8.3.1	Definition und Häufigkeit	115	10.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	149
8.3.2	Klinisches Bild	115	10.1.2	Klinik und Diagnostik	151
8.3.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	116	10.1.3	Ätiologie	152
8.3.4	Ätiologie	117	10.1.4	Therapie und Verlauf	155
8.3.5	Therapie und Verlauf	117	10.2	Stereotypien und Selbstverletzung	158
			10.2.1	Definition, Häufigkeit und klinisches Bild	158
			10.2.2	Ätiologie	160
			10.2.3	Therapie und Verlauf	161

10.3	Motorische Koordinationsentwicklungsstörung . .	161	13.5.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	198
10.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	161	13.6	Agoraphobie	199
10.3.2	Klinik und Diagnostik	161	13.7	Panikstörung	200
10.3.3	Ätiologie	163	13.8	Selektiver Mutismus	201
10.3.4	Therapie und Verlauf	163	13.8.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	201
11	Störungen der Sprache und des Sprechens . .	165	13.8.2	Klinisches Bild	201
11.1	Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache	166	13.8.3	Diagnose und Differenzialdiagnose	202
11.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	166	13.8.4	Ätiologie	202
11.1.2	Klinik und Diagnostik	167	13.8.5	Therapie und Verlauf	203
11.1.3	Ätiologie	169	14	Affektive Störungen	205
11.1.4	Therapie und Verlauf	169	14.1	Allgemeine Gesichtspunkte	205
11.2	Stottern	170	14.2	Depressive Störungen	208
11.2.1	Definition, klinisches Bild und Häufigkeit	170	14.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	208
11.2.2	Diagnose und Differenzialdiagnose	170	14.2.2	Klinik und Diagnostik	209
11.2.3	Ätiologie	171	14.2.3	Ätiologie	211
11.2.4	Therapie und Verlauf	171	14.2.4	Therapie und Verlauf	213
11.3	Poltern	172	14.3	Bipolare Störungen	215
11.3.1	Definition und klinisches Bild	172	14.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	215
11.3.2	Diagnose und Differenzialdiagnose	172	14.3.2	Klinisches Bild	217
11.3.3	Ätiologie	173	14.3.3	Diagnose und Differenzialdiagnose	217
11.3.4	Therapie und Verlauf	173	14.3.4	Ätiologie	218
11.4	Aphasien	173	14.3.5	Therapie	219
11.4.1	Definition und klinisches Bild	173	14.3.6	Verlauf	219
11.4.2	Diagnose und Differenzialdiagnose	173	15	Zwangsspektrumstörungen	223
11.4.3	Ätiologie	173	15.1	Zwangsstörungen	223
11.4.4	Therapie und Verlauf	174	15.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	223
11.5	Andere Sprachabbaustörungen	174	15.1.2	Klinik und Diagnostik	224
12	Lernstörungen	175	15.1.3	Ätiologie	226
12.1	Entwicklungsstörungen des Lernens	175	15.1.4	Therapie und Verlauf	227
12.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	175	15.2	Körperdysmorphie Störung	228
12.1.2	Klinik und Diagnostik	177	15.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	228
12.1.3	Ätiologie	177	15.2.2	Klinik und Diagnostik	229
12.1.4	Therapie und Verlauf	178	15.2.3	Ätiologie	229
12.1.5	Lese-Rechtschreib-Störung	178	15.2.4	Therapie und Verlauf	229
12.1.6	Rechenstörung	181	15.3	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen . .	229
12.2	Sekundäre Lernstörung	183	16	Belastungs- und Anpassungsstörungen	233
12.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	183	16.1	Allgemeine Gesichtspunkte	233
12.2.2	Klinik und Ätiologie	184	16.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	233
12.2.3	Therapie	186	16.1.2	Ätiologie	235
13	Angststörungen	189	16.2	Akute Belastungsreaktion	236
13.1	Allgemeine Gesichtspunkte	189	16.2.1	Definition	236
13.1.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	189	16.2.2	Klinik und Diagnostik	237
13.1.2	Klinik und Diagnostik	191	16.2.3	Therapie und Verlauf	237
13.1.3	Ätiologie	193	16.3	Posttraumatische Belastungsstörung	237
13.1.4	Therapie und Verlauf	193	16.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	237
13.2	Trennungsangststörung	194	16.3.2	Klinik und Diagnostik	239
13.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	194	16.3.3	Therapie und Verlauf	240
13.3	Generalisierte Angststörung	196	16.4	Anpassungsstörung	241
13.4	Soziale Angststörung	197	16.4.1	Definition und Klinik	241
13.5	Spezifische Phobie	198	16.4.2	Therapie und Verlauf	242

17	Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik	245	18.3	Psychische Probleme und Störungen bei chronischen somatischen Krankheiten und Behinderungen	300
17.1	Allgemeine Gesichtspunkte	246	18.3.1	Herzkrankheiten	300
17.2	Essstörungen	246	18.3.2	Zystische Fibrose	302
17.2.1	Anorexia nervosa	246	18.3.3	Chronische Niereninsuffizienz	302
17.2.2	Bulimia nervosa	254	18.3.4	Körperbehinderung	304
17.2.3	Binge-Eating-Störung	257	18.3.5	Hämophilie	305
17.2.4	Adipositas	258	18.3.6	Leukämie und weitere Krebserkrankungen	306
17.2.5	Essstörungen des frühen und mittleren Kindesalters	260	18.3.7	Endokrine Störungen	308
17.3	Enuresis und funktionelle Harninkontinenz	263	18.3.8	Diabetes mellitus	311
17.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	263	18.3.9	Sinnesbehinderungen	312
17.3.2	Klinik und Diagnostik	264	18.4	Psychologische Rehabilitation	313
17.3.3	Ätiologie	266			
17.3.4	Therapie und Verlauf	267	19	Disruptives Verhalten und dissoziale Störungen	317
17.4	Enkopresis und funktionelle Defäkationsstörungen	271	19.1	Allgemeine Gesichtspunkte	317
17.4.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	271	19.1.1	Definition und Klassifikation	317
17.4.2	Klinik und Diagnostik	271	19.1.2	Entwicklungspsychopathologische Typen	320
17.4.3	Ätiologie	273	19.1.3	Häufigkeit	321
17.4.4	Therapie und Verlauf	273	19.1.4	Diagnostik	321
17.5	Schlafstörungen	275	19.1.5	Ätiologie	323
17.5.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	275	19.2	Störung mit oppositionell-aufsässigem Verhalten	325
17.5.2	Klinik und Diagnostik	275	19.2.1	Definition und Klassifikation	325
17.5.3	Ätiologie	277	19.2.2	Klinik	325
17.5.4	Therapie und Verlauf	277	19.2.3	Therapie und Verlauf	327
17.6	Regulationsstörungen im Säuglingsalter	278	19.3	Störungen mit dissozialem Verhalten im Kindesalter	327
17.6.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	278	19.3.1	Definition und Klassifikation	327
17.6.2	Klinik und Diagnostik	279	19.3.2	Klinik	329
17.6.3	Therapie und Verlauf	280	19.3.3	Therapie und Verlauf	329
17.7	Dissoziative Störungen	280	19.4	Dissoziale Störungen und Delinquenz im Jugendalter	331
17.7.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	280	19.4.1	Definition und Klassifikation	331
17.7.2	Klinik und Diagnostik	281	19.4.2	Klinik	332
17.7.3	Ätiologie	282	19.4.3	Therapie und Verlauf	333
17.7.4	Therapie und Verlauf	282			
17.8	Somatoforme Störungen (somatische Belastungsstörungen)	283	20	Störungen durch Substanzgebrauch und Verhaltenssuchte	337
17.8.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	283	20.1	Allgemeine Gesichtspunkte	338
17.8.2	Klinik und Diagnostik	284	20.2	Störungen durch Substanzgebrauch im Überblick	338
17.8.3	Ätiologie	285	20.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	338
17.8.4	Therapie und Verlauf	285	20.2.2	Klinik und Diagnostik	340
			20.2.3	Ätiologie	344
			20.2.4	Therapie und Verlauf	346
18	Psychische Störungen und Faktoren bei chronischen somatischen Krankheiten und Behinderungen	289	20.3	Störung durch Gebrauch von Alkohol	347
18.1	Allgemeine Gesichtspunkte	289	20.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	347
18.1.1	Klassifikation und Häufigkeit	290	20.3.2	Klinik und Diagnostik	348
18.1.2	Psychosoziale Adaptation	291	20.3.3	Ätiologie	349
18.1.3	Diagnostik	293	20.3.4	Therapie und Verlauf	350
18.2	Somatische Krankheiten mit postulierten psychologischen Mediatoren	294	20.4	Störung durch den Gebrauch von Cannabis und Nikotin	351
18.2.1	Asthma bronchiale	294	20.4.1	Definition und Häufigkeit	351
18.2.2	Ulcus pepticum	297	20.4.2	Klinik und Diagnostik	351
18.2.3	Colitis ulcerosa	298	20.4.3	Ätiologie	352
18.2.4	Atopische Dermatitis	299			

20.4.4	Therapie und Verlauf	352	21.6.2	Klinik und Diagnostik	380
20.5	Störung durch den Gebrauch von Designerdrogen	352	21.6.3	Ätiologie	381
20.5.1	Definition und Häufigkeit	352	21.6.4	Therapie und Verlauf	381
20.5.2	Klinik und Diagnostik	352	21.7	Sexuelle Misshandlung	381
20.5.3	Ätiologie	353	21.7.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	381
20.5.4	Therapie und Verlauf	353	21.7.2	Klinik und Diagnostik	382
20.6	Störung durch den Gebrauch von Inhalanzen	353	21.7.3	Ätiologie	383
20.6.1	Definition und Häufigkeit	353	21.7.4	Therapie	383
20.6.2	Klinik und Diagnostik	354	21.7.5	Verlauf und Prognose	384
20.6.3	Ätiologie	354			
20.6.4	Therapie und Verlauf	355	22	Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle	387
20.7	Störung durch Verhaltenssuchte	355	22.1	Persönlichkeitsstörungen	387
20.7.1	Definition und Häufigkeit	355	22.1.1	Definition	387
20.7.2	Klinik und Diagnostik	356	22.1.2	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	388
20.7.3	Ätiologie	356	22.1.3	Klinik und Diagnostik	392
20.7.4	Therapie und Verlauf	356	22.1.4	Therapie und Verlauf	394
20.8	Kinder suchtkranker Eltern	357	22.2	Borderline-Störung	394
20.8.1	Kinder alkoholkranker Eltern	357	22.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	394
20.8.2	Folgen des Missbrauchs von Cannabis, Nikotin und Kokain in der Schwangerschaft	359	22.2.2	Klinik und Diagnostik	396
20.8.3	Folgen des Heroinmissbrauchs in der Schwangerschaft	359	22.2.3	Ätiologie	396
			22.2.4	Therapie und Verlauf	396
21	Deprivationsstörungen	361	22.3	Störungen der Impulskontrolle	397
21.1	Allgemeine Gesichtspunkte	362	22.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	397
21.1.1	Kurze Trennungen	362	22.3.2	Klinik und Diagnostik	398
21.1.2	Elternverlust durch Tod	362	22.3.3	Ätiologie	398
21.1.3	Trennung oder Scheidung	363	22.3.4	Therapie und Verlauf	398
21.1.4	Krankenhausaufenthalte	363			
21.1.5	Heimunterbringung	364	23	Geschlechtsinkongruenz und sexuelle Störungen	401
21.1.6	Tagespflege	365	23.1	Allgemeine Gesichtspunkte	401
21.1.7	Folgen der Deprivation	365	23.2	Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter	402
21.2	Bindungsstörungen	366	23.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	402
21.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	366	23.2.2	Klinik und Diagnostik	402
21.2.2	Klinik und Diagnostik	367	23.2.3	Ätiologie	404
21.2.3	Ätiologie	367	23.2.4	Therapie und Verlauf	404
21.2.4	Therapie und Verlauf	368	23.3	Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen	406
21.3	Frühkindliche Gedeihstörung	369	23.3.1	Definition und Häufigkeit	406
21.3.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	369	23.3.2	Klinik und Diagnostik	407
21.3.2	Klinik und Diagnostik	370	23.3.3	Ätiologie	407
21.3.3	Ätiologie	370	23.3.4	Therapie und Verlauf	407
21.3.4	Therapie und Verlauf	371	23.4	Paraphilien	409
21.4	Psychosozialer Kleinwuchs	372	23.4.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	409
21.4.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	372	23.4.2	Klinik und Diagnostik	410
21.4.2	Klinik und Diagnostik	372	23.4.3	Ätiologie	411
21.4.3	Ätiologie	373	23.4.4	Therapie und Verlauf	411
21.4.4	Therapie und Verlauf	373			
21.5	Kindesmisshandlung und -vernachlässigung	374	24	Suizidalität	413
21.5.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	374	24.1	Allgemeine Gesichtspunkte	413
21.5.2	Klinik und Diagnostik	375	24.2	Suizidversuche	413
21.5.3	Ätiologie	377	24.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	413
21.5.4	Therapie und Verlauf	378	24.2.2	Klinik und Diagnostik	414
21.6	Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom	379	24.2.3	Ätiologie	417
21.6.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	379	24.2.4	Therapie und Verlauf	418

24.3	Suizid	419	28.2	Stimulanzien	452
24.3.1	Häufigkeit und Methoden	419	28.3	Antipsychotika	454
24.3.2	Bedingungelemente	420	28.4	Antidepressiva	457
24.3.3	Prävention von Suizidhandlungen	420	28.5	Stimmungsstabilisierer	459
III	Therapie und Rehabilitation	423	28.6	Anxiolytika und Hypnotika	460
25	Psychotherapie	425	29	Funktionelle Therapien	463
25.1	Grundlagen	425	29.1	Psychomotorische Übungsbehandlung	463
25.2	Ziele und Methoden	426	29.2	Ergotherapeutische Ansätze	464
25.3	Formen und Indikationen	428	29.2.1	Sensorisch-integrative Therapie	464
25.4	Evaluation	429	29.2.2	Wahrnehmungstraining	465
26	Verhaltenstherapie	433	29.2.3	Kognitiv orientierte Ergotherapie	467
26.1	Grundlagen	433	29.3	Logopädische Ansätze	467
26.2	Ziele und Methoden	434	30	Versorgung	471
26.3	Formen und Indikationen	436	30.1	Stationäre Behandlung	471
26.4	Evaluation	439	30.2	Tagesklinische Behandlung	474
27	Familientherapie	443	30.3	Ambulante Behandlung	475
27.1	Grundlagen	443	30.4	Digitale Interventionen	477
27.2	Ziele und Methoden	444	30.5	Versorgungsstrukturen	478
27.3	Formen und Indikationen	445	IV	Weiterführende Literatur und Anschriften ...	483
27.4	Evaluation	448	V	Anhang	487
28	Psychopharmakotherapie	451		Register	695
28.1	Allgemeine Gesichtspunkte	451			



Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

1	Normale und abweichende Entwicklung	3
2	Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	21
3	Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	41
4	Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	57

1

Normale und abweichende Entwicklung

1.1	Hirnreifung	4
1.2	Säuglingsalter	6
1.2.1	Motorische Entwicklung	7
1.2.2	Sprachentwicklung	7
1.2.3	Wahrnehmungsfunktionen (Sehen und Hören)	7
1.2.4	Soziale Entwicklung	8
1.2.5	Spiel	8
1.2.6	Problembereiche	8
1.3	Zweites Lebensjahr	8
1.3.1	Motorische Entwicklung	9
1.3.2	Sprachliche Entwicklung	9
1.3.3	Soziale Entwicklung	9
1.3.4	Sauberkeitsentwicklung	9
1.3.5	Geistige Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren	9
1.3.6	Problembereiche	10
1.4	Kleinkindalter	11
1.4.1	Motorische Entwicklung	11
1.4.2	Sprachliche Entwicklung	11
1.4.3	Soziale Entwicklung	11
1.4.4	Spiel	12
1.4.5	Persönlichkeitsentwicklung	12
1.4.6	Geistige Entwicklung	13
1.4.7	Psychische Auffälligkeiten	13
1.5	Mittlere Kindheit	13
1.5.1	Soziale Entwicklung	13
1.5.2	Persönlichkeitsentwicklung	14
1.5.3	Geistige Entwicklung	14
1.5.4	Psychische Auffälligkeiten	14
1.6	Jugendalter	15
1.6.1	Soziale Entwicklung	15
1.6.2	Persönlichkeitsentwicklung	15
1.6.3	Geistige Entwicklung	16
1.6.4	Psychische Auffälligkeiten	16
1.7	Entwicklungsstörungen	16
1.8	Entwicklungspsychopathologische Verläufe	17
1.8.1	Entwicklungspfade	17
1.8.2	Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen	17
1.8.3	Störungsspezifische Verläufe	18

Ohne die Kenntnis normaler Entwicklungsabläufe beim Kind und Jugendlichen ist ein Verständnis psychischer Störungen in diesem Lebensabschnitt nicht möglich. Daher muss am Anfang dieses Buches ein kurz gefasster Abriss von Entwicklungsabschnitten und -funktionen stehen. Der Schwerpunkt soll dabei auf psychischen Funktionen liegen, während hinsichtlich der körperlichen Reifungsvorgänge in Kindheit und Jugend auf die einschlägigen Lehrbücher der Kinderheilkunde verwiesen sei. Betont sei allerdings, dass biologische Reifungsprozesse vielfach die Basis für die Entwicklung psychischer Funktionen darstellen.

1.1 Hirnreifung

Vorgeburtlich entwickeln sich beim Fötus pro Minute hunderttausende von **Neuronen** (Nervenzellen), die sich nachgeburtlich schließlich zu mehr als hundert Milliarden Nervenzellen beim Erwachsenen vermehren. Ihre Verknüpfung über die **Axone** (Nervenfasern) ermöglicht die für den Menschen so wichtigen Funktionen wie Empfinden, die verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten, Denken, Lernen, Erinnern und Bewusstsein. Die Vergrößerung des Gehirns im Verlauf der Entwicklung ist ein Ergebnis des Wachstums der Nervenzellen und ihrer Verknüpfung nach der Geburt bis in das Jugendalter und in geringerem Maße bis in das Erwachsenenalter.

Das zentrale Nervensystem (ZNS) beginnt sich beim Fötus zwei bis drei Wochen nach der Konzeption durch die Bildung des Neuralrohrs zu entwickeln. Etwa in der fünften Schwangerschaftswoche (SSW) schließt sich das **Neuralrohr**, und ektodermale Gewebe beginnen sich in Vorläufer verschiedener Hirnstrukturen zu differenzieren. Die folgende Phase ist durch die Bildung und den Untergang von Neuronen, die **neuronale Migration**, die Sprossung von **Axonon und Dendriten** (Verzweigungen) der Nervenzellen, die Ausformung und den Untergang von **Synapsen** (Kontaktstellen) zwischen den Neuronen sowie Austauschprozesse der Neuronen mit der **Glia** (Stützgewebe) und die **Myelinisierung** (Markscheidenbildung) der Axone gekennzeichnet.

Um die achte Schwangerschaftswoche differenzieren sich die Stammzellen in der Phase der **neuronalen Proliferation** in kortikale und subkortikale Neurone und wandern anschließend in der Phase der neuronalen Migration in SSW 12–20 an ihre Bestimmungsorte im Kortex (Hirnmantel), wo in SSW 24–28 eine zunehmende Verknüpfung der Neurone stattfindet und es zunehmend zur Ausbildung funktionaler Netzwerke kommt. Die Myelinisierung beginnt etwa ein bis zwei Monate vor der Geburt und endet um den neunten Monat nach der Geburt.

Die Phase der Zellvermehrung und der neuronalen Migration ist mit wenigen Ausnahmen – z. B. lebenslange Neubildung von Nervenzellen im Hippokampus – mit der Geburt

beendet. Zu diesem Zeitpunkt werden die kortikalen Neuronen in ihrem Ort angelegt, während die Hirnreifung hinsichtlich Nervenzellen, Dendriten, Axonen und Myelinisierung aber noch sehr unreif ist. In der zweiten Schwangerschaftshälfte bis in die ersten Lebensjahre spielen **Apoptose** (programmierter Zelltod) und die Elimination von Synapsen eine bedeutsame Rolle in der Hirnentwicklung.

Postnatal ist die Hirnreifung vor allem durch eine beträchtliche Zunahme der **dendritischen Äste (Arborisierung)** gekennzeichnet, die zu einer topographisch unterschiedlichen Synapsendichte führt. Diese ist im fortgeschrittenen Kindesalter höher als im Erwachsenenalter und erreicht mit Pubertätsbeginn das Niveau von Erwachsenen. Parallel entwickelt sich die Organisation **funktioneller Hirnrindenfelder**. Dieser Prozess erfolgt in Wechselwirkung von neuronaler Aktivität und sensorischer Umgebung. Andererseits verläuft der Prozess der Hirnreifung nach einem festen, wahrscheinlich genetisch gesteuerten Bauplan in Perioden und Reifungsphasen. Die Hirnreifung vollzieht sich stetig während Kindheit und Jugend, z. B. hinsichtlich Hirngewicht, Hirnrindendichte und Kopfumfang. Dabei werden die Endzustände zu unterschiedlichen Zeitpunkten erreicht.

Das Gesamtvolumen des Gehirns ist bereits um das fünfte Lebensjahr erreicht, und im Jugendalter kommt es parallel sowohl zu regionalen Vergrößerungen als auch Verminderungen des Volumens. Durch die fortschreitende **Myelinisierung** nimmt die **weiße Substanz** bis zum Jugendalter zu, wobei die Entwicklung tendenziell von tieferen zu höheren und von hinteren zu vorderen Hirnarealen verläuft. Dieser Prozess kommt im Jugendalter zum Abschluss. Die kortikale **graue Substanz** nimmt bis in das späte Kindesalter zunächst zu und vom Jugend- bis zum Erwachsenenalter mit regionalen Unterschieden durch Apoptose wieder ab. Von der Volumenabnahme sind im Jugendalter sowohl der **frontale Kortex** als auch die **Basalganglien** mit möglichen Auswirkungen auf die verbindenden frontostriatalen Netzwerke betroffen.

Die speziell im **Jugendalter** eintretenden **Strukturveränderungen des Gehirns** in kortikalen, limbischen und für das Belohnungssystem bedeutsamen Arealen wie dem Nucleus accumbens (einschl. ihrer funktionellen und strukturellen Verbindungen) leisten wahrscheinlich einen bedeutsamen Beitrag zur Entwicklung von risikoreichem Verhalten wie z. B. Substanzmissbrauch, sexueller Promiskuität und Verkehrsunfällen. Dabei könnten Ungleichgewichte in der Reifung frontostriataler und frontolimbischer Netzwerke mit starken Aktivierungen des Belohnungssystems bei ungenügender Modulation durch den präfrontalen Kortex eine besondere Rolle spielen.

Ferner gibt es **geschlechtsspezifische Unterschiede** in der Entwicklung einzelner Hirnregionen. Die Abnahme des Volumens der **Basalganglien**, speziell des Nucleus caudatus, zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahr ist bei Jungen stärker als bei Mädchen ausgeprägt und könnte in einer Beziehung zur Knabenwendigkeit bestimmter neuropsychiatrischer Störungen wie ADHS, Tics und Zwangsstörungen

in diesem Alter stehen, wobei Strukturveränderungen der Basalganglien bei den betroffenen Kindern möglicherweise schon zuvor bestanden haben. Hingegen ist bei Mädchen das Volumen der **Amygdalae** (Mandelkerne) geringer, denen für die Verursachung der bei Mädchen häufigeren Angststörungen und Depressionen eine spezielle Bedeutung zukommt. Funktionelle und strukturelle Veränderungen im limbischen System und dabei speziell den Amygdalae leisten in Verbindung mit der ab der Pubertät einsetzenden Östrogensekretion und der hohen Dichte von Östrogenrezeptoren im limbischen System offensichtlich – neben anderen Faktoren – einen wesentlichen Beitrag zur Manifestation der ab der Pubertät speziell beim weiblichen Geschlecht zunehmenden Angststörungen und Depressionen.

Insgesamt lassen sich im Verlauf der **Hirnreifung vier Perioden** mit ausgeprägten strukturellen Veränderungen und zwischengelagerten oder überlagerten Reifungsschüben differenzieren. Eine erste liegt zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr, eine zweite zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr, eine dritte parallel zur Pubertät im Alter von zehn bis zwölf Jahren und eine vierte in der mittleren Adoleszenz. Diesen Perioden der Hirnreifung können durchaus bedeutsame Änderungen in der Entwicklung geistiger und sozioemotionaler Funktionen zugeordnet werden. Auch die Entwicklung psychischer Störungen muss zumindest teilweise vor dem Hintergrund der skizzierten Hirnreifung gesehen werden.

Aus der Tatsache, dass der größte Teil der nachgeburtlichen Hirndifferenzierung innerhalb der ersten Lebensjahre abläuft, wird zugleich ein besonderes Risiko für die Entwicklung deutlich, das als **Vulnerabilität** bezeichnet wird. Beispielsweise sind Infektionen beim Säugling gefährlicher als beim älteren Kind, weil der Säugling sich in der Phase des schnellsten Wachstums und damit der höchsten Vulnerabilität des Gehirns in den ersten beiden Lebensjahren befindet. Nach entsprechenden Verletzungen kann sich die Hirnfunktion andererseits jedoch wegen der höheren **Adaptationsfähigkeit** und der noch nicht erfolgten Spezialisierung einzelner

Funktionen auch vergleichsweise schneller erholen. Das Kind besitzt offensichtlich eine höhere Kompensationsfähigkeit als der Erwachsene. Gleichwohl kann es zu bleibenden Beeinträchtigungen kommen. Ein derartig geschädigtes oder aus anderen Gründen reifungsverzögertes Gehirn bildet die Basis für eine Verzögerung der psychischen Entwicklung, wobei sowohl eine globale als auch eine isolierte Entwicklungsverzögerung in Teilbereichen resultieren kann.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass biologische Reifung und psychische Entwicklung des Gehirns und seiner Funktionen nicht in einer einseitigen Abhängigkeitsbeziehung zueinander stehen. So richtig es einerseits ist, dass höhere kognitive Funktionen wie Sprache und Denken nicht ohne die Ausdifferenzierung entsprechender kortikaler Hirnareale verfügbar sind, so falsch wäre es andererseits, die Auswirkungen psychischer Faktoren auf das morphologische Hirnsubstrat zu übersehen. Sowohl Beobachtungen an Kindern wie vor allem experimentelle neuropathologische Tierstudien im Rahmen von Deprivationsversuchen haben gezeigt, dass die Hirnreifung gehemmt bzw. beschleunigt werden kann. Extreme **Deprivationsbedingungen** im Tierversuch führen zu einer ungenügenden Differenzierung des Hirngewebes im Sinne geringerer Verdrahtung und eines geringeren Dendritenbesatzes der Neurone. Damit nehmen die Komplexität der Informationsverarbeitungsmöglichkeiten, die Funktionsfähigkeit und die Anpassungsfähigkeit des ZNS deutlich ab.

Nach dieser Vorbemerkung über die Bedeutung biologischer Reifungsvorgänge des Gehirns werden im Folgenden die einzelnen Entwicklungsabschnitte, gegliedert nach Alter und Funktionsbereichen, dargestellt.

Der Schwerpunkt wird dabei mit altersspezifischer Gewichtung auf den Funktionsbereichen Motorik, Sprache, soziale Entwicklung, Persönlichkeit, geistige Entwicklung und psychische Auffälligkeiten liegen. Die Entwicklung von Motorik und Sprache ist zusätzlich für die ersten Lebensjahre hinsichtlich der Meilensteine in > Tab. 1.1 und > Box 1.1 dargestellt.

Tab. 1.1 Motorische Entwicklung in den ersten Lebensjahren

	Körpermotorik	Handmotorik
3. Monat	• Sicheres Kopfbeugen in Bauchlage • Abstützen auf die Unterarme	• Hände und Finger über der Körpermittellinie zusammengeführt
6. Monat	• Bei langsamem Hochziehen zum Sitzen Arme gebeugt • Kopf in Rumpfebene gehalten	• Gegenstände oder Spielzeug von einer Hand in die andere überführt
9. Monat	• Sicheres freies Sitzen mit geradem Rücken und guter Kopfkontrolle	• Gegenstand in einer oder in beiden Händen gehalten und intensiv ertastet
12. Monat	• Sicheres Stehen mit Festhalten an Möbeln und Wänden	• Pinzettengriff mit Daumen und Zeigefinger
15. Monat	• Gehen mit Festhalten	• Zwei Klötzchen nach Aufforderung (und Zeigen) aufeinander gesetzt
18. Monat	• Freies Gehen mit sicherer Gleichgewichtskontrolle	• Gegenstände auf Verlangen hergegeben, in Gefäß getan oder herausgeholt
2. Jahr	• Sicheres Rennen	• Buchseiten einzeln umgeblättert • Bonbon geschickt ausgewickelt

Tab. 1.1 Motorische Entwicklung in den ersten Lebensjahren (Forts.)

	Körpermotorik	Handmotorik
3. Jahr	• Breitbeinig Abhüpfen von unterster Treppenstufe	• Kleine Gegenstände präzise mit Fingerspitzen ergriffen und an anderer Stelle wieder eingesetzt
4. Jahr	• Koordiniertes Treten und Steuern auf Dreirad	• Malstift korrekt zwischen den ersten drei Fingern gehalten
5. Jahr	• Freihändig Treppensteigen mit Beinwechsel	• Schneiden mit Schere und Kleben • Vorlagen können sauber ausgemalt werden

BOX 1.1**Meilensteine der sprachlichen Entwicklung****0–3 Monate**

- Neugeborenes: angeborenes Interesse an menschlichem Gesicht und Stimme
- Weinen und Schreien: Vermittlung von Botschaften
- Zunehmendes Lallen und Plaudern ersetzt Schreien

4–9 Monate

- Erfasst den gefühlsmäßigen Ausdruck der Stimme
- Erstes Verständnis für Situationen, Personen, Gegenstände und Aktivitäten im Alltag
- Ab 5. Monat spezifisches Plaudern (Silbenbabbeln)
- Erste einfache Formen der Konversation (soziales Lächeln, Nachplappern)
- Variabilität steigt (Lautstärke, Tonhöhe)
- Ab 7–8 Monaten unmittelbare Nachahmung
- Gestik (Winken) mit Bedeutung entsteht

10–24 Monate

- Ausdrucksfähigkeit sehr variabel, Sprachverständnis einheitlicher
- 11–12 Monate: Erste Wörter werden gesprochen
- 12 Monate: kennt Personen, Gegenstände aus dem Alltag beim Namen, versteht einfache Aufforderungen (referenzieller Blickkontakt entsteht)
- 18 Monate: Verstehen von räumlichen Verhältnissen (in/auf/unter/hinter/vor)
- Sprechjargon (Nachahmen der Umgebungssprache)
- Ahmt Geräusche der Umgebung nach (Tierlaute/fahrende Autos)
- Schnelles Lernen neuer Wörter ab 14. bis 18. Monat
- Undeutliche Aussprache, ausgeweitete Bedeutung
- Zweiwortsätze (Telegrammsprache)
- 15–18 Monate: der Vorname wird benutzt

Ab 2 Jahren

- Nach und nach werden Adjektive, Verben, räumliche Verhältnisse in die Sprache einbezogen
- Drei- und Mehr-Wort-Sätze mit Subjektiv, Prädikat und Objekt werden gebildet (30–36 Monate)
- Der Zeit- und Mengenbegriff entwickelt sich (3. Lj.)
- Mit 4–5 Jahren ist die Sprache meist soweit entwickelt, dass vollständige, grammatikalisch korrekte Sätze gesprochen werden

1.2 Säuglingsalter**• Phase der Bindung**

- **Motorische Entwicklung:** Sitzen, Stehen, Gehen mit Unterstützung

- **Sprachentwicklung:** Plaudern, erste Worte

- **Entwicklung der Wahrnehmung:** Sehen, Hören

- **Soziale Entwicklung:** Lächeln, Fremdeln, Zuwendung

- **Spiel:** Funktions- und Tätigkeitsspiel

- **Problembereiche:** Behinderungen und Fehlbildungen, Deprivationsstörungen, Entwicklungsstörungen, Regulationsstörungen

Neugeborene und Säuglinge verfügen bereits über Fertigkeiten mit sozialem Charakter und zeigen aktives Verhalten. Zwischen der primären Bezugsperson (Mutter) und dem Säugling entwickelt sich eine wechselseitige Kette von Handlungen, die ihren deutlichsten Niederschlag in dem Problem der Trennung von Mutter und Kind in bestimmten sensiblen Phasen dieser Entwicklung findet (> Kap. 21). Zugleich ist der Säugling auch bereits zu visueller und auditorischer Diskrimination fähig. Hierbei bestehen beträchtliche individuelle Unterschiede. So unterscheiden sich Säuglinge und Neugeborene im Hinblick auf den Ablauf bestimmter physiologischer Funktionen, ihre muskuläre Aktivität, ihre Reaktion auf Reize, ihren Schlaf-wach-Rhythmus, die Art und Intensität emotionaler Reaktionen, ihre Wahrnehmungsschwellen u. a. m.

Von psychoanalytischer Seite wird diese Phase als die orale Phase bezeichnet. Damit soll betont werden, dass Saugen und Erfahrungen mit dem Mund das zentrale Verhaltensmuster und die Hauptquelle von sinnlicher Befriedigung sind. Dieses Konzept ist dahingehend kritisiert worden, dass der Säugling sehr viel mehr Zeit mit explorierendem Spiel nicht-oraler Art verbringt. Wichtigstes Moment in der emotionalen Entwicklung des ersten Lebensjahres ist die soziale Bindung, die nicht primär vom Saugen und Füttern abhängt. Daher wird die Bezeichnung „orale Phase“ der Komplexität der Entwicklung auf dieser Altersstufe nicht gerecht. Eine bessere Bezeichnung wäre **Phase der Bindung**.

Für diese Bindung sind bestimmte kognitive Fertigkeiten eine Voraussetzung. Der Säugling muss das Gesicht des Erwachsenen aufmerksam beobachten und in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres zwischen Bezugspersonen differenzieren können. Daraus entsteht dann auch die Phase des **Fremdelns**. Die erste Bindung wird etwa um den 7. Lebensmonat entwickelt. Dabei sind Fütterung und Versorgung nicht

die wesentlichen Faktoren, auch muss die Bindung nicht zu der Person entstehen, welche die meiste Zeit anwesend ist. Wahrscheinlich ist vielmehr die Intensität der Interaktion im Sinne von Spiel, Aufmerksamkeit für das Kind und Anregung der wichtigste Faktor. In der Regel ist die Mutter die erste Bindungsperson. Jedoch haben die meisten Kinder multiple Bindungen, die möglicherweise auch nach einer Rangreihe gruppiert sind. Diese frühen Bindungen sind – wie die Erkenntnisse aus Deprivationsstudien ergeben – Vorläufer für die spätere soziale Beziehungsfähigkeit.

Experimentell sind in der Bindungsforschung bei Säuglingen im Alter von zwölf Monaten vier **Bindungsmuster** identifiziert worden: sichere, vermeidende, resistente und desorganisierte Bindung. Die klinische Nützlichkeit dieser Muster speziell für die Identifizierung von Bindungsstörungen (> Kap. 21) ist jedoch kritisch zu betrachten. Bei älteren Säuglingen sind auch andere Muster (z. B. sicher, vermeidend, abhängig (ambivalent), kontrollierend und unsicher/andere) beschrieben worden. Ferner kann aus der unsicheren Bindung lediglich ein Risikofaktor für eine spätere psychische Störung, nicht jedoch eine klinische Diagnose vorhergesagt werden.

1.2.1 Motorische Entwicklung

Im Verlauf des ersten Lebensmonats kann das Kind den Kopf aus der Rückenlage für einen Augenblick anheben und ihn bei Stützung im Sitzen einen Moment aufrecht halten. Eine endgültige Kopfkontrolle ist jedoch erst am Ende des vierten Lebensmonats erreicht. Im fünften Monat kann das Kind sich in der Bauchlage auf die Unterarme oder Handflächen aufstützen, ab dem achten Monat gelingt dies bereits mit Stützung auf nur eine Hand, wobei die andere zum Greifen frei ist. Zu diesem Zeitpunkt kann das Kind einen Moment frei sitzen, und es versucht, durch Anklammerung am Laufgitter oder an seinem Bett die sitzende Haltung zu bewahren. Mit etwas Unterstützung kann das Kind auch stehen. Wenn man das Kind in stehender Haltung unterstützt, so setzt es einen Fuß vor den anderen, als ob es gehen wollte.

Ab dem neunten Monat kann das Kind einige Minuten frei sitzen und sich dabei auch nach vorne beugen, ohne das Gleichgewicht zu verlieren. Nun beginnt es, sich am Laufgitter oder an Möbeln hochzuziehen und festzuhalten. Ab dem zehnten Monat sitzt es recht gut frei und in seinem Kinderstuhl besonders sicher. Im elften Monat kann es stehend einen Fuß anheben, ohne umzufallen, und kriecht nun mit von der Unterlage abgehobenem Bauch. Am Ende des ersten Lebensjahres, im zwölften Monat, beginnt das Kind zu gehen, wobei es an beiden und später auch nur an einer Hand gehalten wird oder sich selbst an Möbeln bzw. am Laufgitter festhält.

1.2.2 Sprachentwicklung

Beim Neugeborenen ist das Schreien monoton; erst am Ende des ersten Monats lassen sich verschiedene Formen des Schreiens mit unterschiedlicher Intensität unterscheiden. Im zweiten Monat lassen sich neben dem Schreien als Plaudern bezeichnete Lautäußerungen beobachten. Erste Lautverbindungen können herausgehört werden, insbesondere R-Laute in Kettenform (r-r-r-r). Die Vielfalt des Plauderns und der geäußerten Laute nimmt ab dem dritten Monat weiter zu; es werden Kettenbildungen gleicher Silben (z. B. ga-ga-ga-ga) vorgenommen. Im vierten Monat treten die Vokale u und i als Laute sowie vielfältige Konsonanten auf (g, gl, b, m, n). Das Plaudern wird im fünften Lebensmonat hinsichtlich des Tonfalls melodischer und differenzierter, wobei die Tonhöhe variiert wird.

Ab dem sechsten Monat erhalten die Silbenketten einen deutlichen Rhythmus, und es werden auch Lippenverschlusslaute (b, m) deutlicher. Im siebten Monat nimmt die Vielfalt der Laute weiterhin zu (d, t, n, w), und ab dem achten Monat beginnt das Kind mit der sog. Selbstnachahmung, indem es seine eigenen Lautäußerungen beachtet und wiederholt. Nun verfügt es auch über Ruflaute, mit denen es den Erwachsenen aufmerksam macht, und bildet Doppelsilben in der Form von späteren Wörtern wie *Mama*, *Papa*, *dada*. Diese Verbindungen haben für das Kind aber noch keine bestimmte Bedeutung und werden nicht in Beantwortung des Erwachsenen geäußert. Erst ab dem zehnten Lebensmonat beginnt das Kind, den Erwachsenen nachzuahmen, was vor allem bei Nachahmung der Plaudersprache durch den Erwachsenen gelingt. Am Ende des ersten Lebensjahres treten die sprachlichen Nachahmungen des Säuglings immer deutlicher hervor, wobei eine charakteristische Echolalie besteht. Seine Lautäußerungen begleitet das Kind mit Gesten, und in einzelnen Fällen werden jetzt auch bereits die ersten Worte mit Bedeutungsgehalt erworben.

1.2.3 Wahrnehmungsfunktionen (Sehen und Hören)

Das Neugeborene kann hell und dunkel, Umrisse und auch Farben unterscheiden. Es beachtet vorwiegend Dinge in einer Entfernung von etwa 8–30 cm. Anhaltende melodische Geräusche werden ebenfalls beachtet. Ab dem zweiten Lebensmonat folgt das Kind einem Gegenstand, den man vor seine Augen bringt, eine Strecke weit mit dem Blick. Auf verschiedene Gehörreize antwortet es unterschiedlich. In der zweiten Hälfte des zweiten Lebensmonats kann das Kind mit beiden Augen einen Gegenstand fixieren. Ab dem dritten Monat kann es einem bewegten Gegenstand mit den Augen von rechts nach links folgen und sucht bei Musik aufmerksam mit den Augen nach der Tonquelle. Ab dem vierten Lebensmonat wird ein Gegenstand mit den Blicken abgetastet, und das Kind kann nun auch

in Bauchlage einen sich bewegenden Gegenstand mit den Augen verfolgen. Im fünften Lebensmonat beginnt das Kind, umhergehende Personen zumindest für kurze Zeit mit seinem Blick zu begleiten. Im siebten Lebensmonat wendet das Kind sehr rasch seinen Kopf auf Geräusche oder auf das Rufen seines Namens und richtet sich auf, um einen Gegenstand zu sehen. Insgesamt vollzieht sich im ersten Lebensjahr ein deutlicher Übergang in der Wahrnehmungsfunktion von den sog. proximalen Sinnen (Kontakt mit dem Mund) auf die distalen Sinne (Sehen und Hören).

1.2.4 Soziale Entwicklung

Im ersten Monat beruhigt sich der Säugling, wenn man ihn auf den Arm nimmt. Gerät das Gesicht des Erwachsenen in das Blickfeld des Säuglings, so bleibt sein Blick kurz daran haften. Spätestens um die Mitte des zweiten Monats tritt das antwortende Lächeln in Reaktion auf das Gesicht der Mutter auf. Im vierten Monat wird das Lächeln des Säuglings noch ausdrucksvoller, und er gerät in freudige Erregung, wenn man sich mit ihm spielend beschäftigt. Ab dem fünften Monat wendet er den Kopf sprechenden oder auch singenden Personen zu, und erste Anfänge sozialer Nachahmung, z. B. mit Gebrauchsgegenständen (Tasse oder Löffel), können ab dem siebten Monat beobachtet werden. Um diese Zeit zeigt das Kind gegenüber fremden Personen auch eine ausgeprägte Zurückhaltung (Fremdeln). Im neunten Monat können erste Formen der Zusammenarbeit beobachtet werden, wenn das Kind die Tasse hält, aus der es trinkt. Einen Monat später werden die Gebärden des Erwachsenen sinngemäß beantwortet (Winken), und im elften Monat kann das Kind seine Zuwendung beispielsweise durch Umarmen ausdrücken.

1.2.5 Spiel

Im ersten Vierteljahr wendet sich das Kind aktiv der Umwelt zu, indem es zu fixieren beginnt. Vom dritten Monat an beginnt das Kind zu greifen und immer mehr die Oberflächenbeschaffenheit, die Form und die Funktion der Dinge auszuprobieren. Bei seinem spielerischen Umgang mit den Dingen liegt der Fokus auf dem Entdecken von Funktionsweisen. Man spricht vom Funktions- oder Tätigkeitsspiel. Es spielt auch mit den eigenen Händen und später mit den Zehen sowie anderen Körperteilen. Zu beobachten ist ferner ein Spiel mit Lauten, wenn das Kind vor sich hin plappert und auf seine eigenen Laute horcht. Mit dem Kriechen und Gehen lernt das Kind neue Räume und neue Gegenstände kennen und probiert sie aus. Am Ende des ersten Jahres spielt es mit dem Erwachsenen einfache, sich wiederholende Spiele wie „Kuckuck“. Es räumt aus einer Schachtel aus und ein, spielt mit Knöpfen und anderen Teilen an seinen Kleidungsstücken und hat Freude an einfachen rhythmischen Vers- und Fingerspielen.

1.2.6 Problembereiche

Bereits beim Säugling können einige schwerwiegende Probleme vorliegen, die sich in der Folge von körperlichen Behinderungen oder Fehlbildungen, als Deprivationsstörungen aufgrund von Misshandlung und Vernachlässigung sowie als Entwicklungsstörungen manifestieren.

1.3 Zweites Lebensjahr

- **Motiv der Autonomie**
- **Motorische Entwicklung:** freies Gehen
- **Sprachentwicklung:** Sprachverständnis, Entwicklung von Wortschatz und Zweiwortsätzen, Beginn des Fragealters
- **Soziale Entwicklung:** Befolgen einfacher Anweisungen, Äußerung von Bedürfnissen, erste Ansätze von Gruppenfähigkeit
- **Sauberkeitsentwicklung:** Entwicklung von Stuhlsauberkeit
- **Geistige Entwicklung:** sensomotorisches Stadium
- **Problembereiche:** Deprivationsstörungen, Entwicklungsstörungen, Schlafstörungen, Regulationsstörungen

Dieser Lebensabschnitt ist durch eine Intensivierung der Bindung gekennzeichnet. Die Nähe der Mutter wird gesucht, weil sie Sicherheit bedeutet. Das Kind wird durch Veränderungen leicht irritiert; die Anwesenheit einer vertrauten Person ist wesentlich. Die in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres beobachtete Zunahme von Ängsten und Furchtsamkeit baut sich nunmehr ab. Das Kind im zweiten Lebensjahr entwickelt ein zunehmend selbstständiges Handeln und dokumentiert ein ausgeprägtes **Autonomiebedürfnis**, das mit den Erziehungszielen der Eltern kollidieren kann.

Emotional ist das Kind dieser Entwicklungsstufe durch eine Neigung zu heftigen Affekten der Wut und des Ärgers sowie der Irritabilität gekennzeichnet. Es können sich typische Dominanzkämpfe mit den erwachsenen Bezugspersonen ergeben, die dann als Beginn der Trotzphase interpretiert werden. Die zunehmende Bindung kann sich in erstmalig auftretenden Trennungsängsten manifestieren.

In psychoanalytischer Betrachtungsweise ist dieser Lebensabschnitt als anale Phase bezeichnet worden. Der Begriff bezieht sich auf die Annahme, dass die Darmentleerung im Zentrum des sexuellen Erlebens dieses Entwicklungsabschnitts stehe. Zugleich wird auf die nunmehr einsetzende Sauberkeitserziehung Bezug genommen. Kritisch ist hinsichtlich dieser Konzeption angemerkt worden, dass weitgehend unklar bleibt, warum der Anus der Brennpunkt sexueller Gefühle und Interessen sein sollte. Auch haben sich die Erziehungsinhalte hinsichtlich der erwarteten Sauberkeit bei Kleinkindern erheblich verändert. Schließlich sind entgegen psychoanalytischer Annahme der Zeitpunkt und die Art des Sauberkeitstrainings für die Entwicklung der Erwachsenenpersönlichkeit vollständig bedeutungslos. Auch wird das Thema der nunmehr

im Kind aufkeimenden Autonomiebedürfnisse nicht nur über die Sauberkeitserziehung ausgehandelt.

1.3.1 Motorische Entwicklung

Eine Übersicht über die motorische Entwicklung in den ersten Lebensjahren ist in ➤ Tab. 1.1 zusammengestellt. Zu Beginn des zweiten Lebensjahres steht das Kind ohne Hilfe und geht frei. Eine Treppe kann es hinaufkriechen. Zwischen dem 16. und 18. Monat geht es dann die Treppe hinauf und hinunter, wenn es sich am Geländer festhalten kann. Das Kind kann sich jetzt allein hinsetzen, sich bücken und auf einen niedrigen Stuhl klettern. Am Ende dieser Periode kann es auch rückwärtsgehen. Die Bewegungen sind allerdings noch steif. Zwischen dem 19. und 21. Lebensmonat werden die Bewegungsleistungen sicherer und präziser ausgeführt. Manche Kinder erreichen sie auch erst in diesem Lebensabschnitt. Im letzten Viertel des zweiten Lebensjahres kann das Kind im Stehen Gegenstände vom Boden aufheben, ohne zu fallen, und einen Ball mit dem Fuß stoßen, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren. Der Gang ist noch nicht ganz gerade: Knie und Ellbogen sind beim Gehen leicht gebeugt, die Schultern eingezogen, die Arme stehen leicht nach hinten gestreckt etwas vom Körper ab.

1.3.2 Sprachliche Entwicklung

Die Meilensteine der sprachlichen Entwicklung sind in ➤ Box 1.1 wiedergegeben. Im ersten Vierteljahr des zweiten Lebensjahres hat das Kind seine eigene Babysprache mit mehreren, dem Erwachsenen gut verständlichen Worten. Es antwortet mit Gebärden. Das Kind versteht nunmehr Aufforderungen einfacher Art wie z. B.: „Komm zu mir!“ Oft kann es einen bestimmten Gegenstand benennen und auf einem Bild zeigen, wenn man es dazu auffordert. Ab dem 16. Lebensmonat verfügt das Kind über einen Wortschatz von 3 bis höchstens 50 Wörtern. In sprachlichen Äußerungen werden Einwortsätze verwendet; die sprachliche Mitteilungsbereitschaft ist noch begrenzt. Nach dem 19. Lebensmonat kann man erwarten, dass das Kind über bestimmte Wörter verfügt, mit denen es nach Essen oder Trinken verlangt. Es verfügt jetzt über eine beschränkte sprachliche Kommunikationsfähigkeit. Gegen Ende des zweiten Lebensjahres kommt es zu einem raschen Fortschreiten der Sprachentwicklung. Das Kind besitzt jetzt einen Wortschatz von mindestens 50 Wörtern und beginnt, Sätze mit zwei Wörtern zu bilden. Neben Hauptwörtern werden Tätigkeitswörter verwendet und später Eigenschafts- und Beziehungswörter. Das Kind beginnt nach den Namen der Dinge zu fragen (Fragealter).

1.3.3 Soziale Entwicklung

Diese ist deutlich mit der Sprachentwicklung dieses Lebensabschnitts verknüpft. Zu Beginn des zweiten Lebensjahres beginnt das Kind, alltägliche Handlungen nachzuahmen. Um die Mitte dieses Lebensjahres führt es einfache Aufträge aus, z. B.: „Gib Mama den Ball!“ Das nachahmende Spiel wird weiter ausgebaut. In der Gruppe von Altersgleichen (Kinderkrippe) kann sich das Kind jetzt etwas einfügen. Beim Einschlafen versucht es, die Beziehung zum Erwachsenen aufrechtzuerhalten, nachdem es zu Bett gebracht worden ist. Gegen Ende des zweiten Lebensjahres wendet sich das Kind bei bestimmten Bedürfnissen (Durst, Essen, Toilette) an Erwachsene. Bei entsprechender Aufforderung bringt es bestimmte Dinge herbei. Es kennt sich im Haus und in der nächsten Umgebung aus und lernt, sich auch in einer neuen Umgebung zurechtzufinden. Teilen mit anderen Kindern kann es noch nicht.

1.3.4 Sauberkeitsentwicklung

Im ersten Lebensjahr kann man durch regelmäßiges Abhalten die Harnentleerung im Sinne einer Reflexbildung antrainieren, bei der das Kind ohne Willenskontrolle zu einer gewissen Sauberkeit gebracht wird. Von diesem frühen Training wird jedoch abgeraten, weil es später zu hartnäckigen Rückfällen kommt, wenn die Sauberkeitsentwicklung der Willenskontrolle unterstellt wird. Im ersten Viertel des zweiten Lebensjahres gibt das Kind Hinweise darauf, dass es eingenässt hat, indem es beispielsweise auf die nassen Windeln zeigt. Um die Mitte des zweiten Lebensjahres macht es dann schon einen Erwachsenen aufmerksam, kurz bevor oder während es bereits einnässt. Die Möglichkeit, den Urin zurückzuhalten, ist jedoch noch sehr begrenzt. Gleichwohl kann man in dieser Phase mit der Sauberkeitserziehung beginnen.

Um den 19. bis 21. Lebensmonat sind die meisten Kinder stuhlsauber. Will man gegen Ende des zweiten Lebensjahres die Sauberkeitserziehung abschließen, so muss das Kind regelmäßig nach den Mahlzeiten auf die Toilette gesetzt werden. Dabei kann es im Rahmen der Trotzphase zu starken Auseinandersetzungen kommen. Ab dem Alter von zwei Jahren kann das Kind seine Ausscheidungsfunktionen selbst kontrollieren. Im Verlauf dieses dritten Lebensjahres übernimmt es fast die ganze Verantwortung für seine Sauberkeit. Einnässen bis in das Vorschulalter ist jedoch ein häufiges Ereignis, dem noch nicht unbedingt eine pathologische Wertigkeit zukommen muss.

1.3.5 Geistige Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren

Zur Beschreibung der intellektuellen und kognitiven Entwicklung im Kindesalter muss kurz auf die **Theorie von Piaget** eingegangen werden. Der Zentralbegriff dieser Theorie ist die

Operation. Darunter wird eine besondere Art der geistigen Routine verstanden. Sie ist hauptsächlich dadurch gekennzeichnet, dass sie reversibel ist. Die Regel, dass $4 \times 4 = 16$ ergibt, ist Teil einer Operation. Es lässt sich auch die umgekehrte Operation vornehmen, indem die Wurzel aus 16 gezogen wird. Auch die Einsicht in den Umstand, dass eine bestimmte Menge Wasser sich nicht ändert, wenn wir sie in einen anders geformten Behälter umfüllen, ist eine Operation. Wir wissen, dass wir durch Zurückgießen in das ursprüngliche Gefäß den Originalzustand wiederherstellen können. Die Operation gestattet dem Kind also, geistig dahin zurückzukehren, wo es begann. Das Erlernen von Operationen ist nach Piaget das zentrale Moment des intellektuellen Wachstums.

Weitere wichtige Begriffe sind Assimilation und Akkommodation. Unter **Assimilation** wird das Einfügen eines neuen Objekts oder Gedankens in einen bereits vorhandenen Gedanken oder ein Schema verstanden. Unter einem **Schema** versteht Piaget die Koordination von Wahrnehmung und Bewegung beim Kind, z. B. beim Suchen eines Gegenstands oder beim Ziehen an einer Schnur. In jedem Alter verfügt das Kind über eine Reihe von Aktionen oder Operationen. Neue Objekte oder neue Ideen werden älteren assimiliert. Hat das Kleinkind z. B. ein Schema für Gegenstände erworben, zu dem das für das Alter typische Beißen und In-den-Mund-Nehmen gehören, so reagiert es auch auf alle neuen kleinen Objekte zunächst mit diesem Schema.

Unter **Akkommodation** wird die Tendenz verstanden, sich an ein neues Objekt anzupassen. Das Zweijährige wird z. B. auf einen kleinen Magneten zunächst im Sinne der Assimilation mit dem bereits vorhandenen Schema reagieren und ihn in den Mund nehmen. Sobald es aber die besondere Eigenschaft des Magneten entdeckt hat, wird es diesen Gegenstand an verschiedenen Metallobjekten ausprobieren, um seine Haftwirkung zu testen. Assimilation und Akkommodation sind also einander ergänzende Prozesse in der Anpassung an die Umwelt. Die anfängliche Assimilation wird durch die Akkommodation erweitert und die intellektuelle Entwicklung damit vorangetrieben. Diese fortschreitende Adaptation im Sinne einer Fortentwicklung besser passender Schemata nennt Piaget **Äquilibration**.

Im Rahmen von Piagets Theorie werden vier Hauptstufen der geistigen Entwicklung unterschieden: ein **sensomotorisches Stadium** (0–18 Monate), ein **präoperationales Stadium** (18 Monate bis 7 Jahre), ein **Stadium der konkreten Operationen** (7–12 Jahre) und ein **Stadium der formalen Operationen** (ab dem 12. Lebensjahr). Jede Stufe baut auf der früheren auf, sodass eine kontinuierliche Abfolge entsteht. Die für den hier abgehandelten Entwicklungsabschnitt der ersten beiden Lebensjahre charakteristische sensomotorische Phase stellt das handlungsgebundene Denken des Kindes heraus. Die geistige Aktivität besteht im Wesentlichen in der Koordination einfacher motorischer Handlungen mit entstehenden Wahrnehmungen. So werden z. B. Schemata koordiniert, indem das Kind nach gesehenen Gegenständen greift. Die beiden ursprünglich getrennten Schemata für Ansehen und Greifen werden also integriert.

Diese sensomotorische Phase ist in sechs Entwicklungsstadien für die ersten 18 Lebensmonate gegliedert. Zunächst

bestehen im ersten Lebensmonat ausschließlich Reflexe wie Saugbewegungen u. Ä. m. Im zweiten Stadium der primären Zirkulärreaktionen werden einfache Akte ausschließlich um ihrer selbst willen wiederholt (z. B. wiederholtes Saugen, wiederholtes Öffnen und Ballen der Fäuste). Im dritten Stadium der sekundären Zirkulärreaktionen werden vom Kind Reaktionen wiederholt, die interessante Resultate erbringen. Beispielsweise wird das Kind wiederholt mit den Beinen strampeln, um ein über dem Bettchen aufgehängtes Spielzeug in schwingende Bewegung zu versetzen.

Im vierten Stadium – der Koordination der sekundären Verhaltensschemata im Alter von sieben bis zehn Monaten – beginnt das Kind mit der Lösung einfacher Probleme. Es benutzt eine Reaktion, die es bereits beherrscht, um ein bestimmtes Zielobjekt zu erlangen. So wird es z. B. ein Kissen hinunterschubsen, um an ein dahinter verstecktes Spielzeug zu kommen. Im vorausgegangenen Stadium der sekundären Zirkulärreaktionen dagegen mag das Kind ein Kissen nur deshalb wiederholt hinunterstoßen, weil es das Fallen erleben möchte.

Im fünften Stadium, dem der tertiären Zirkulärreaktionen, zeigen sich beim Kind die ersten aktiven Versuch-Irrtum-Experimente. In dieser Periode, im Alter von 11 bis 18 Monaten, variiert das Kind seine Reaktionen auf das gleiche Objekt oder versucht neue Reaktionen zu demselben Zweck. So probiert das Kind neue Problemlösungen aus, indem es nun versucht, das vorher mit der Faust hinuntergestoßene Kissen mit dem Fuß oder einem Spielgegenstand hinunterzustoßen, um an das Spielzeug zu gelangen. Im sechsten Stadium der sensomotorischen Phase werden schließlich neue Mittel durch geistige Kombinationen erfunden, wobei das Kind bereits eine primitive Vorstellung von Problemlösungen hat. Im Sinne von Versuch und Irrtum wird beim Fehlen gewohnter Mittel nach neuen Lösungen gesucht.

Im Verlauf der sensomotorischen Phase vollzieht sich außerdem die Entwicklung der **Objektpermanenz**. Im ersten Lebensvierteljahr hat das Kind nur eine Reihe flüchtiger Bilder ohne Permanenz. Im Alter von drei bis sechs Monaten greift das Kind unter Koordination von Sehen und Handbewegungen nach Gegenständen seines unmittelbaren Sehfeldes. Gegen Ende des ersten Lebensjahres beginnt das Kind bereits nach Gegenständen zu greifen, die seinen Blicken verborgen sind, wenn es den Gegenstand zuvor beim Verstecken gesehen hat. Im Verlauf der sensomotorischen Phase entwickelt sich die Objektpermanenz dahingehend, dass Gegenstände nunmehr für das Kind nicht mehr zu existieren aufhören, wenn sie aus dem Blickfeld entschwinden.

1.3.6 Problembereiche

In den ersten beiden Lebensjahren kann es zu einer Manifestation erster Auffälligkeiten und kinderpsychiatrischer Störungen kommen. Hierzu zählen zunächst einmal die Bindungsstörungen, die sich in Form von Deprivationsstörungen manifestieren können (> Kap. 21). Ferner können

Regulationsstörungen sowie Entwicklungsabweichungen und -störungen Anlass für eine Konsultation geben. Schwergradige Entwicklungsstörungen können den Verdacht auf eine geistige Behinderung (in der ICD-11 neu als Entwicklungsstörung der Intelligenz bezeichnet) (> Kap. 5) oder einen frühkindlichen Autismus (> Kap. 6) begründen. Bisweilen werden Säuglinge auch wegen Schlafstörungen vorgestellt (> Kap. 17).

1.4 Kleinkindalter

- **Phase der Ausformung** von Grobmotorik, Sprachdifferenzierung, Spiel, Identifikation, Gewissensentwicklung, Geschlechtsidentität
- **Motorische Entwicklung:** zunehmende Körperbeherrschung
- **Sprachliche Differenzierung:** Zunahme des Wortschatzes, Lernen grammatikalischer Strukturen, sog. physiologisches Stimmeln
- **Soziale Entwicklung:** Identifikation mit Eltern und Geschwistern, Entwicklung von prosozialem und gruppenbezogenem Verhalten – Kindergartenfähigkeit
- **Spiel:** Phantasiespiel, Neugierverhalten, Rollenspiel
- **Persönlichkeitsentwicklung:** Geschlechtsrolle und -identität, Affektstabilität, Geschwisterrivalität
- **Psychische Auffälligkeiten:** externalisierte und internalisierte Störungen, Ess- und Schlafstörungen, Entwicklungsverzögerungen

Dieser Entwicklungsabschnitt von zwei bis fünf Jahren ist die Phase der Sprachentwicklung, des Spiels, der Identifikation mit erwachsenen Bezugspersonen, der Entwicklung von Schuld, Gewissen und Geschlechtsidentität sowie der Ausformung der gesamten Grobmotorik. Die Feinmotorik bleibt noch begrenzt in ihrer Entwicklung. Zugleich findet eine Differenzierung der Wahrnehmung statt. Eine Betrachtung der einzelnen Funktionen ergibt folgendes Bild.

1.4.1 Motorische Entwicklung

Das Kind im Alter von zwei bis zweieinhalb Jahren läuft umher, hüpfte mit beiden Beinen gleichzeitig in die Höhe und kann für einen Moment auf einem Bein stehen. Im Alter von drei Jahren kann es auf den Zehenspitzen gehen und die Treppe abwechselungsweise mit dem rechten und dem linken Fuß hinaufgehen. Es lernt nun, Dreirad zu fahren, seine Körperbewegungen werden flüssiger und ausgewogener. Im Alter von etwa drei bis vier Jahren kann das Kind über ein niedriges gespanntes Seil springen und einen Ball mit den Armen auffangen. An einfachen Klettergerüsten kann es nun turnen und ist insgesamt in seinem Bewegungsverhalten äußerst lebhaft und unternehmenslustig.

Ab dem Alter von etwa vier bis fünf Jahren kann man eine wesentlich fortgeschrittene Körperbeherrschung beobachten. Das Kind ist nun geschickt beim Auffangen eines kleinen Balls; es verwendet dabei mehr die Hand als die Arme, greift aber noch oft daneben. Mit fünf bis sechs Jahren ist der Körper bei

verschiedenen Spielen gut ausbalanciert, und das Kind übt einfache Turnübungen.

1.4.2 Sprachliche Entwicklung

Hinsichtlich der Entwicklung sprachlicher Funktionen ist dies die stärkste Entwicklungsphase überhaupt. Der Umfang des Vokabulars nimmt beträchtlich zu, es werden grammatikalische Strukturen gelernt. Zugleich verbessert sich die Aussprache deutlich, und das Kind ist in einem intensiven Fragealter. Im Einzelnen kann man folgende Sprachentwicklung beobachten: Um die Wende zum dritten Lebensjahr beginnt das Kind von sich als „ich“ zu sprechen. Die Sätze werden grammatikalisch korrekter, wobei neben Hauptsätzen auch Ausrufe- und Fragesätze vorkommen. Die Babysprache ist nun kaum noch zu beobachten.

Das Kind bemüht sich jetzt um sprachliche Mitteilung an Erwachsene und ist bei mangelnder Verständlichkeit seiner Sprache enttäuscht. Der Erwachsene, der sich nicht eingehend mit Kindern dieser Altersstufe beschäftigt, versteht das Kind verhältnismäßig schlecht. Die Sprache ist jedoch bereits zu einem Werkzeug geworden, mit dem die Beziehung zum Erwachsenen und zu anderen Kindern aufgenommen wird. Gegen Ende des dritten Lebensjahres kann das Kind durch entsprechendes Satzgefüge einzelne Gedanken über- oder unterordnen. Es benutzt bestimmte Redewendungen, kennt jetzt auch Verhältniswörter (bspw. etwas *unter* oder *auf* einen Stuhl legen). Gegen Ende des dritten Lebensjahres tritt häufig ein leichtes Stottern bzw. Stimmeln auf, vor allem am Satzbeginn (sog. Initialstottern oder physiologisches Stimmeln mit Verwechslung von bestimmten Konsonanten, z. B. „k“ statt „t“).

Im Alter von drei bis vier Jahren spricht das Kind ständig über alles und mit großer Intensität. Es spielt mit Worten und verwandelt einfache Antworten in lange Erzählungen. In diesem Alter besteht eine große Freude an Kinderreimen; die Aufmerksamkeit liegt besonders beim Klang und Rhythmus der Sprache. Beim Austeilen von Schimpfwörtern wird die fehlende Kritikfähigkeit gegenüber dem Inhalt solcher Worte deutlich. Erst mit dem Alter von vier bis fünf Jahren lernt das Kind, seine Äußerungen zu kontrollieren und sozialen Normen anzupassen. Es entdeckt nun die Möglichkeit, Geschichten zu erzählen und auch etwas auszuschmücken. Auch hört es gerne und ausdauernd einfache Geschichten. In den eigenen Erzählungen vermischen sich Phantasie und Wirklichkeit. Im Vorschulalter schließlich verbessern sich die Sprache des Kindes und auch die grammatikalische Form deutlich.

1.4.3 Soziale Entwicklung

Dieser Entwicklungsabschnitt ist durch die vor dem Schulalter zunehmende Identifikation mit Eltern und Geschwistern gekennzeichnet. Am stärksten identifiziert sich das Kind mit mächtigen, kompetenten und geliebten Personen und dabei

besonders stark jeweils mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, wobei es in seinem Wunsch nach Ähnlichkeit mit diesem Elternteil moralische Normen, Verhaltensweisen und Verbote aufnimmt. Aus dieser Identifikation stammt ein wesentlicher Bestandteil der Gewissensentwicklung. Die bereits im zweiten Lebensjahr begonnene Demonstration des Autonomiebedürfnisses und des eigenen Willens kann sich nun in den typischen Trotzreaktionen fortsetzen, die häufig Anlass für Erziehungsprobleme sind. Für die Ausbildung dieser Trotzreaktionen spielt die Art der Umweltreaktionen eine bedeutsame, wenn nicht sogar führende Rolle.

Zugleich können jedoch im Sinne der Identifikation auch deutlich prosoziale Aktivitäten wie Hilfen für den Erwachsenen (z. B. Tischdecken) beobachtet werden. Auch beginnt das Kind nun, mit Gleichaltrigen in Beziehung zu treten, wobei sich diese Beziehung noch vornehmlich auf das gemeinsame Spielzeug oder Spiel richtet. Im Alter von drei Jahren kann sich das Kind nun deutlich in einer Gruppe Gleichaltriger anpassen. Intensive Freundschaftsbeziehungen entwickeln sich im Alter von drei bis vier Jahren, wobei die Gesellschaft anderer Kinder oft der von Erwachsenen vorgezogen wird. In Kindergärten können bereits Gruppen gebildet werden. Regelmäßige Erziehungsanforderungen wie das Händewaschen vor der Mahlzeit o. Ä. werden nun selbstständig ausgeführt. Der Aktionsradius des Kindes erweitert sich auf die Nachbarschaft. Die soziale Einordnung dokumentiert sich in der Fähigkeit, Spielregeln zu befolgen und an einfachen Spielen teilzunehmen.

Im Alter von etwa fünf bis sechs Jahren beginnt eine etwas distanzierte Beziehung zu den Eltern, und das Interesse für die soziale Umwelt nimmt deutlich zu. In dieser sozialen Entwicklung kann eine wichtige Voraussetzung für die Schulreife gesehen werden.

1.4.4 Spiel

In diesem Entwicklungsabschnitt ist das Spiel durch eine rege Phantasietätigkeit mit vielfältigen imaginären Spielgefährten gekennzeichnet. Im Phantasiespiel erprobt das Kind Gefühle, reduziert Ängste und handelt kompensatorisch im Sinne des Wunschdenkens. Durch die wiederholende Funktion des Spiels entwickelt es zugleich Verständnis für Funktionszusammenhänge. Wie bereits angedeutet, kann das Kind seine Kontaktebene im Spiel deutlich ausweiten, indem es zunehmend mit anderen Kindern spielen kann. Sein Lieblingsspielzeug schleppt das Kind überall mit sich hin. Dieses sog. Übergangsobjekt ist ganz sicherlich nicht der Mutterersatz im psychoanalytischen Sinne, zumal das Kind dieses Lieblingsspielzeug gleichermaßen auch in ihrer Anwesenheit benutzt. Die Funktion ist noch weitgehend unklar und dürfte im Wesentlichen eine symbolische Bedeutung haben.

Insgesamt zeichnet sich das Spiel des Kindes zunehmend durch Neugierde und Exploration aus. Die Untersuchung von Gegenständen weitet zugleich die Lernmöglichkeiten aus.

Dabei bestehen ausgeprägte Wiederholungsbedürfnisse und Rituale. Rollenspiele können schon im Alter von zwei bis drei Jahren beobachtet werden, wobei das Kind die Eltern und auch fremde Leute nachahmt. Die Beschäftigung mit Spielsachen ist sehr vielfältig und deckt sowohl feinmotorische als auch grobmotorische Aktivitäten ab. Gegen Ende des Kleinkindalters und im Übergang zum Vorschulalter werden die Spiele reicher und differenzierter, wobei Gemeinschaftsspiele einen immer größeren Raum einnehmen.

In der klinischen Untersuchung von Kindern dieses Altersabschnitts nimmt das Spiel eine bedeutsame Rolle ein. So wird man die Art und den Umgang mit Spielen zu erfassen versuchen, um die Funktionsgerechtigkeit, explorierendes oder stereotypes bzw. neugieriges Verhalten zu beurteilen. Zugleich können daraus Rückschlüsse auf das Sprachverhalten sowie die Imitationsfähigkeit gezogen werden. Ferner gibt das Spiel Aufschluss über die Gefühle und Erlebniswelt sowie die soziale Beziehungsfähigkeit und das Verhältnis von Phantasie und Realität beim Kind dieses Alters.

1.4.5 Persönlichkeitsentwicklung

Hinsichtlich der **psychosexuellen Entwicklung** sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die **Geschlechtsrolle**, d. h. die Identifikation mit sich selbst als Junge oder Mädchen, wird in der Regel im Alter von drei bis vier Jahren etabliert. Eine Differenzierung anderer Personen ist hingegen erst später möglich. Von der Geschlechtsrolle ist die **Geschlechtsbevorzugung** abzugrenzen. Jungen entwickeln eine gleichgeschlechtliche Präferenz früher und deutlich einheitlicher als Mädchen. Schließlich entwickelt sich in diesem Altersabschnitt auch das **geschlechtstypische Verhalten**. Im Alter von etwa vier bis sechs Jahren nimmt zugleich das sexuelle Interesse des Kindes deutlich zu. Im psychoanalytischen Sprachgebrauch wird daher auch von der genitalen Phase gesprochen. Dabei wird angenommen, dass Kastrationsängste und der Ödipuskonflikt durchzustehen seien. Die Universalität und Bedeutsamkeit dieser Konflikte muss jedoch aufgrund vielfältiger kulturentwicklungspsychologischer Befunde als zweifelhaft betrachtet werden.

In **emotionaler Hinsicht** neigt das Kleinkind zu sehr intensiven und zugleich labilen Gefühlen. Die Stimmung kann schnell wechseln, die Affekte sind ungehemmt, zumal der sozial akzeptierte Ausdruck noch nicht erlernt wurde. Typisch für das Alter sind die heftigen Streitigkeiten und Kämpfe kleiner Kinder, wobei die körperliche Aggressivität der Jungen besonders zum Ausdruck kommt. Charakteristisch ist ferner die ausgeprägte Geschwisterrivalität, die ihr Maximum im Alter von zwei bis vier Jahren hat. Dabei ist jedoch das Verhalten der Eltern eine wichtige Bedingung für die Entstehung von Geschwisterrivalität.

Die mehrfach angesprochene Trotzphase mit negativistischem und oppositionellem Verhalten findet ihren stärksten Ausprägungsgrad im Alter von 18 bis 30 Lebensmonaten. Die Angst-inhalte des Kindes zeigen einen deutlichen Wandel, indem zu-

nächst eine Zunahme der Angst vor Tieren und dann im späteren Kleinkindalter eine zunehmende Angst vor imaginären Objekten wie z. B. Geistern zu verzeichnen ist. Häufig sind derartige Ängste durch das Verhalten der Eltern oder anderer Bezugspersonen bzw. durch unangenehme Erfahrungen bedingt.

1.4.6 Geistige Entwicklung

Das Kleinkindalter überschneidet sich weitgehend mit dem präoperationalen Stadium der Intelligenztheorie von Piaget, die den Zeitraum von eineinhalb bis sieben Jahren umfasst. In diesem Stadium verfügt das Kind über Sprachfertigkeiten, und es kann mit Objekten und Ereignissen manipulieren. Die Verhaltensschemata bekommen jetzt symbolischen Charakter, indem z. B. ein Holzklötzchen wie ein Auto behandelt wird, wobei das Kind gleichzeitig Motorgeräusche imitiert. Diese Fähigkeit des symbolischen Umgangs mit Objekten ist ein wesentliches Merkmal des präoperationalen Stadiums. Die Bildung von Kategorien oder Klassifikationen gelingt nach Piaget auf dieser Altersstufe noch nicht.

1.4.7 Psychische Auffälligkeiten

In diesem Alter können **externalisierte Störungen** in Form von Wutanfällen, Ungehorsam, Aggressivität sowie Hyperaktivität beobachtet werden. Individuelle Charakteristika des Kindes, elterliches Verhalten und elterliche Erwartungen sowie Entwicklungsverzögerungen sind die häufigsten Ursachen. Weitere Probleme können in **internalisierten Störungen** mit ausgeprägten Ängsten und Befürchtungen bestehen, die häufig mit **Ess- und Schlafstörungen** einhergehen. Schließlich bezieht sich ein dritter Problemkreis auf **Entwicklungsverzögerungen**, die von Retardierung einzelner Funktionsbereiche über globale Entwicklungsverzögerungen bis zu Autismus-Spektrum-Störungen reichen.

1.5 Mittlere Kindheit

- **Multiple Einflüsse** aus Elternhaus, Schule, Gleichaltrigen-gruppe und Medien
- **Soziale Entwicklung:** Orientierung an und Austausch mit Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen
- **Persönlichkeitsentwicklung:** interne Verhaltenssteuerung (Gewissen)
- **Geistige Entwicklung:** Stadium der konkreten Operationen (Konzept- und Regelbildung)
- **Psychische Auffälligkeiten:** Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik, Zwangsstörungen, Ticstörungen, Lern- und Leistungsstörungen

In diesem Entwicklungsabschnitt vollziehen sich mit Eintritt in das Schulalter bedeutsame Veränderungen, die durch neue Einflüsse aus dem Bereich von Schule, Gleichaltrigen und auch neuen Informationsquellen (die verschiedenen Medien) entstehen. Gleichwohl sind die Eltern weiterhin besonders wichtige Beziehungspersonen. Sie üben den größten Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus.

Die Zusammenhänge von elterlichem Verhalten und kindlicher Persönlichkeitsentwicklung sind in zahlreichen Studien der Entwicklungspsychologie und pädagogischen Psychologie erfasst worden. Das **elterliche Verhalten** lässt sich dabei am besten durch die Dimensionen der „Warmherzigkeit vs. Feindseligkeit“ und „Kontrolle vs. Autonomie“ beschreiben. Folgende Konstellationen sind bedeutungsvoll.

- Ein Erziehungsstil der Eltern, der durch Warmherzigkeit und Förderung von Autonomie gekennzeichnet ist, trägt zu einer Persönlichkeitsentwicklung des Kindes im Sinne von Aktivität, Selbstständigkeit, Freundlichkeit und sozial positiver Einstellung wesentlich bei.
- Eine adäquate und konsequente Haltung der Eltern bei der Festsetzung von altersgerechten Verhaltensnormen trägt zu Verantwortungsbewusstsein, Selbstvertrauen und zielgerichtetem Verhalten bei.
- Eine Konstellation von positiver Emotionalität bei den Eltern und Restriktivität trägt hingegen in stärkerem Maße zu abhängigem, weniger kreativem, stärker anpassungs-bereitem und weniger dominantem und wettbewerbsorientiertem Verhalten bei Kindern bei.
- Feindselige Haltungen der Eltern behindern die Anpassung des Kindes und geben zugleich ein Modell für die Entwicklung von feindseligem Verhalten beim Kind ab.
- Die Kombination von Restriktivität und feindseligem Verhalten gegenüber dem Kind von Seiten der Eltern zeigt Verbindungen zu autoaggressivem Verhalten mit sozialem Rückzug und intrapsychischen Konflikten beim Kind.
- Permissivität oder Vernachlässigung in Verbindung mit feindseligem Verhalten von Seiten der Eltern ist eine vielfach gefundene Konstellation bei dissozialen und delinquenten Kindern.

Diese Dimensionen des Erziehungsverhaltens unterliegen sozioökonomischen und damit auch epochalen Einflüssen. Der früher deutlich zu beobachtende Unterschied hinsichtlich der Erziehungspraktiken von Eltern aus der Mittelschicht mit stärker zuneigungsorientiertem Erziehungsstil und Eltern der Unterschicht mit stärker strafend orientiertem Erziehungsstil scheint sich zunehmend zu nivellieren.

1.5.1 Soziale Entwicklung

Die mittlere Kindheit ist die Phase der größten Erweiterung des sozialen Umfeldes. Dabei rückt die **Schule** in den Mittelpunkt des außerfamiliären Lebens; **Lehrkräfte** werden zu wichtigen Beziehungspersonen. Ihr Verhalten beeinflusst die schulischen

Leistungen sowie das Selbstvertrauen und die Selbsteinschätzung der Kinder. Die Leistungsfähigkeit des Kindes hängt jedoch nicht ausschließlich von diesen Bedingungen, sondern auch wesentlich von der Einstellung des Elternhauses zu Schule und Leistung ab. Sozioökonomische Benachteiligungen sind ebenfalls für die Schulentwicklung bedeutsam.

Parallel zu den schulischen Kontakten weitet sich der soziale Austausch mit **Gleichaltrigen** aus. Dabei werden soziale Fertigkeiten erworben und über die Erfahrung der eigenen Position in der Gruppe Persönlichkeit und Selbsterleben bedeutsam geprägt. Zu Beginn der mittleren Kindheit tritt dabei zugleich eine zunehmende Geschlechtsrollendifferenzierung auf, indem Verhalten, Spiele, Aktivitäten und Freizeitbeschäftigungen deutlich an den jeweiligen soziokulturellen Erwartungshorizonten ausgerichtet werden. Kinder beginnen, sich primär an den gleichgeschlechtlichen Gleichaltrigen zu orientieren, und bilden dementsprechend geschlechtstypische Interessen und Aktivitäten aus. Es entwickeln sich intensive, vielfach aber auch nur kurzfristige Freundschaften, die sich auf gemeinsame Interessen und soziale Fertigkeiten gründen. Die Beliebtheit in der Gruppe ist eine Funktion vielfältiger Einflussgrößen, zu denen intellektuelle Fertigkeiten, bei Jungen auch motorische Fertigkeiten (Sport), die körperliche Reife und verschiedene Persönlichkeitsmerkmale gehören, die je nach Alter, Geschlecht und Sozialschicht deutlich variieren.

1.5.2 Persönlichkeitsentwicklung

Die mittlere Kindheit ist hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung besonders durch die **Ausbildung des Gewissens** gekennzeichnet. In dieser Phase vollzieht sich eine zunehmende Ablösung von der externen Verhaltenskontrolle über unmittelbare erzieherische Konsequenzen. In zunehmendem Maße wird eine interne Steuerung des Verhaltens ermöglicht, wobei die jeweilige motivationale Situation des Kindes ebenso wie situationsspezifische Bedingungen bedeutsam sind. Der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Gewissens ist die im Vorschulalter bereits vollzogene Identifikation mit den Eltern, wobei deren Konsistenz im Handeln und der Beziehungsqualität zwischen Kind und Eltern besondere Bedeutung zukommt.

Die **psychosexuelle Entwicklung** dieses Altersabschnitts wird in der psychoanalytischen Theorie von Freud mit dem Begriff der Latenzphase bezeichnet. Damit soll verdeutlicht werden, dass in diesem Altersabschnitt angeblich keine psychosexuelle Entwicklung abläuft. Diese Annahme ist falsch, da zahlreiche empirische Studien und Erkenntnisse darauf verweist, dass die sexuellen Interessen in diesem Altersabschnitt deutlich zunehmen. Diese betreffen das Spiel- und Neugierverhalten gegenüber dem anderen Geschlecht, sexuelle Aktivitäten sowie sexuelle Vorstellungen, Konzepte und die sexuelle Moral.

Die **emotionale Entwicklung** zeigt einen deutlichen Rückgang der Ängste gegenüber früheren Jahren, wenngleich Ängste damit nicht unbedeutsam werden. Das Kind beginnt

nun auch entgegen den stärker unrealistischen und zum Teil magischen Vorstellungen eine stärker realistische Vorstellung von der Irreversibilität des Todes zu entwickeln.

1.5.3 Geistige Entwicklung

Mit Beginn des Grundschulalters fällt der Übergang vom präoperationalen Stadium zum **Stadium der konkreten Operationen** nach Piaget zusammen. Im Alter von sieben Jahren vollzieht sich das Lernen nicht mehr nach Versuch und Irrtum oder intuitiv, sondern nach allgemeinen Regeln. Es werden Konzepte und vor allem auch **seriale Beziehungen** gebildet. Dementsprechend kann das Kind Objekte z. B. nach Gewicht oder Größe in eine Rangreihe bringen. Ferner entwickelt das Kind nunmehr geistige Vorstellungen von Handlungsreihen und kann sich im Sinne eines geistigen Plans z. B. seinen Schulweg als Route und Richtungsveränderung vorstellen.

Ein neues Element der kognitiven Entwicklung ist ferner das sog. **Invarianz- oder Erhaltungsprinzip**. Das Kind kann nun erstmalig erkennen, dass Länge und Gewicht sowie Anzahl unabhängig von Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes konstant bleiben. Weitere Merkmale dieser Entwicklungsstufe sind in der Fähigkeit zu sehen, relationale Begriffe wie „dunkler“, „größer“ u. a. m. zu verstehen und damit Beziehungen zwischen zwei oder mehreren Objekten herzustellen. Außerdem beginnt das Kind, nunmehr über das Ganze und seine Teile simultan nachzudenken, und kann Objekte nach Gewicht und Größe in eine Rangreihe bringen. Diese Fähigkeit, seriale Beziehungen herzustellen, ist eine wichtige Voraussetzung für das Erlernen mathematischer Zusammenhänge. Sämtliche Fertigkeiten sind jedoch nicht ausschließlich Entwicklungsfunktionen im Sinne eines biologischen Reifungsprozesses, sondern in großem Umfang auch lern- und erfahrungsabhängig.

1.5.4 Psychische Auffälligkeiten

In diesem Altersabschnitt sind **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)** und **Störungen des Sozialverhaltens** überaus häufig. **Emotionale Probleme und Störungen** können sich aus sozialem Rückzug und Isolation, gestörtem Selbstbewusstsein und **Schulängsten** sowie **Schulphobie** ergeben. Auch können **depressive Reaktionen** beobachtet werden, die jedoch im Vergleich zur Adoleszenz deutlich labiler, kürzer und möglicherweise auch eher durch körperliche Reaktionen maskiert auftreten. Deutlich wird diese Neigung zu **psychosomatischen Reaktionen** bei Belastungen und Konflikten. **Zwangsstörungen und Ticstörungen** können häufig in der Folge von Angst auftreten. Die meisten Zwangshandlungen sind jedoch vorübergehend und haben vielfach auch eher einen spielerischen und noch nicht psychopathologischen Wert. **Lern- und Leistungsstörungen**

sind ein häufiger Grund für die Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1.6 Jugendalter

- **Biologisches Wachstum und sexuelle Reifung**
- **Zentrale psychologische Themen:** Identität, Sexualität, Autorität
- **Soziale Entwicklung:** Gruppen- und Paarbildung, Ablösung von den Eltern
- **Persönlichkeitsentwicklung:** Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse, Aufnahme sexueller Beziehungen, emotionale Labilisierung
- **Geistige Entwicklung:** Stadium der formalen Operationen (Abstraktionsfähigkeit, logisches und hypothesenprüfendes Denken)
- **Psychische Auffälligkeiten:** Delinquenz, Substanzmissbrauch, Affektstörungen, Suizidalität, Angststörungen, psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik, Zwangsstörungen, Schizophrenien

Dieser mit der Pubertät beginnende Entwicklungsabschnitt ist durch charakteristische **Wachstumsvorgänge** im Sinne eines Wachstumsspurts, die sexuelle Reifung mit der Entwicklung von sekundären Geschlechtsmerkmalen und Veränderungen der Hormonausschüttung gekennzeichnet. Dieser Prozess beginnt bei Mädchen in der Regel zwei Jahre früher als bei Jungen und dauert etwa drei bis vier Jahre, während er sich bei Jungen über vier bis fünf Jahre erstreckt. Für die Beurteilung des biologischen Entwicklungsstandes ist die Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale bestimmend.

Störungen der biologischen Reifung manifestieren sich als Entwicklungsverzögerungen, unter denen die sog. konstitutionelle Entwicklungsverzögerung mit familiärer Häufung und harmonischer Retardierung die häufigste Erscheinungsform ist. Das Gegenteil stellt die abnorm frühe Pubertätsentwicklung dar, die als Pubertas praecox bezeichnet wird. Dabei handelt es sich um krankhafte Prozesse, die durch hormonale Störungen bedingt sein können. Vielfach sind die Ursachen jedoch nicht zu eruieren. Eine verfrühte Pubertätsentwicklung führt zu einem frühzeitigen Schluss der Epiphysenfuge und damit zu einem begrenzten Wachstum. In **psychologischer Hinsicht** ist der Entwicklungsabschnitt der Adoleszenz mit den Fragen der persönlichen Identität und des Idealismus verknüpft. Zu keiner Zeit des Lebens ist der Mensch so stark mit moralischen Werten, Standards und Fragen beschäftigt. Dieser Entwicklungsabschnitt führt vielfach auch zur Verwerfung gesellschaftlicher Normen und Werte.

1.6.1 Soziale Entwicklung

Die Entwicklung dauerhafter und enger **Freundschaftsbeziehungen** ist für diesen Altersabschnitt besonders charakte-

ristisch. Dabei kommt es auch zur Ausbildung von Gruppen, Cliques und Banden mit der Gefahr von dissozialen Gruppenaktivitäten. Zu Beginn der Adoleszenz sind derartige Gruppen noch vornehmlich gleichgeschlechtlich strukturiert; sie werden dann später durch gemischte Gruppen abgelöst. Am Ende der Adoleszenz handelt es sich bei derartigen Gruppierungen meist nur noch um sehr lockere Verbindungen von jeweils heterosexuellen Paaren.

Gemessen an dem intensiven **Eltern-Kind-Kontakt** während der früheren Phasen nimmt der Austausch zwischen Eltern und Kind im Jugendalter relativ gesehen ab. Gleichwohl ist die vielfach zitierte Entfremdung zwischen Eltern und Kind aufgrund der Erkenntnisse von epidemiologischen Studien kein typisches Phänomen des Jugendalters. Ausgeprägte Entfremdungssituationen scheinen eher für psychisch auffällige Jugendliche zu gelten, bei denen in der Regel jedoch diese Entfremdung bereits vorher, d. h. in der Kindheit, einsetzte. Ausgeprägte Entfremdungen von Eltern und Kind finden sich außerdem bei Jugendlichen in der späten Adoleszenz, die trotz erreichter biologischer Reife noch in Abhängigkeitspositionen sind, zumal sie weiter ihre schulische Ausbildung absolvieren. Für die Entwicklung der Entfremdung sind ferner eine zunehmende Schulunlust in den unteren Sozialschichten mit fortschreitendem Alter und die daraus folgenden intrafamiliären Spannungen und Auseinandersetzungen verantwortlich.

1.6.2 Persönlichkeitsentwicklung

Im Zentrum des Selbsterlebens des Jugendlichen steht die Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse, Interessen und Reifung. Das tatsächliche **sexuelle Verhalten** unterliegt dabei vielfältigen soziokulturellen und familiären Erwartungen sowie Restriktionen. Das sexuelle Verhalten manifestiert sich in diesem Entwicklungsabschnitt auf vielfältige Weise. Autoerotisches Verhalten im Sinne von Masturbation kommt bei Jungen in allen Gesellschaften und allen Sozialschichten vor und ist bei Mädchen lediglich relativ seltener. Beide Geschlechter fühlen sich häufig durch gleichgeschlechtliche Personen angezogen, wenngleich eine offene Homosexualität bei beiden Geschlechtern vergleichsweise selten und dann vielfach auch nur vorübergehend ist. Homosexuelles Verhalten bei Jugendlichen stellt mehrheitlich eine Durchgangsphase dar, die wenig Vorhersage über eine fortdauernde Homosexualität im Erwachsenenalter zulässt. Ob es überhaupt zu homosexuellen Kontakten kommt, hängt sehr wesentlich von den Möglichkeiten zu heterosexuellen Beziehungen ab. Für die Mehrheit der Jugendlichen lässt sich im Verlauf des Jugendalters eine deutliche Zunahme heterosexueller Interessen und Aktivitäten feststellen.

Die **emotionale Entwicklung** ist in einer traditionellen Betrachtungsweise immer wieder als die Phase des inneren Aufbruchs und ausgeprägter emotionaler Schwierigkeiten bezeichnet worden. Tatsächlich lassen sich auch ausgeprägte Stimmungsveränderungen, häufig Gefühle der Selbstent-

wertung, diskrete Beziehungsideen sowie depressive Zustände feststellen, die mehrheitlich nicht von den erwachsenen Bezugspersonen erkannt werden. Schwere Depressionen sind sehr selten, gleichwohl jedoch häufiger als im Kindesalter. Entsprechend gibt es in diesem Altersabschnitt auch eine ansteigende Tendenz, an Selbsttötung zu denken und auch suizidale Handlungen zu vollziehen. Ferner steigt mit der Adoleszenz die Rate für Schulphobien wieder deutlich an und beinhaltet zugleich eine schlechtere Prognose als in der mittleren Kindheit. Auch soziale Ängste werden häufiger.

1.6.3 Geistige Entwicklung

Mit dem Alter von etwa zwölf Lebensjahren beginnt nach Piaget die Periode der formalen Operationen. Kennzeichen dieser Entwicklung ist die Fähigkeit zu abstraktem, logischem und hypothesenprüfendem Denken. Der Jugendliche kommt in die Lage, mögliche Lösungshypothesen für Probleme aufzustellen und systematisch auf die wahrscheinliche Gültigkeit zu überprüfen. Das formale Denken erschließt die Methode der Deduktion sowie die Möglichkeit, komplexe Operationen höherer Ordnung zu organisieren. Damit werden z. B. verschiedene mathematische Operationen erst ermöglicht. Ähnliches gilt für die Ausbildung der Kombinatorik.

Mit dieser Entwicklung wird es dem Jugendlichen möglich, eine allgemeine Problemlösungsstrategie zu entwickeln. Bei dieser Orientierung lernt er, Problemelemente zu isolieren und verschiedene Lösungshypothesen systematisch zu testen. Damit wird das formale Denken rational und zugleich systematisch. Diese Fähigkeit, über Regeln und eigene ablaufende kognitive Prozesse zu reflektieren, ist daher zugleich eine wichtige Quelle des Selbsterlebens und der Reflexion über die eigene Person.

1.6.4 Psychische Auffälligkeiten

Eine Reihe von psychischen Störungen nimmt ihren Beginn im Jugendalter. Dies gilt vor allem für **delinquente Handlungen**, die gleichwohl nur für eine kleine Gruppe der Jugendlichen zutreffen und dabei häufiger von Jungen als von Mädchen vorgenommen werden. Die Manifestation derartiger Auffälligkeiten in der Adoleszenz findet in der Regel ihre Wurzeln in den Entwicklungsabschnitten der frühen und mittleren Kindheit. Aus ersten Erfahrungen mit dem Gebrauch von Drogen kann eine ausgeprägte **Substanzmissbrauchsstörung** resultieren. Wiederum handelt es sich um eine Problematik, die eher wenige Jugendliche betrifft. Typischer für die Adoleszenz ist die Entwicklung von **affektiven Störungen** mit oder ohne **Suizidalität**. Im Vergleich zu depressiven Reaktionen der Kindheit nimmt dabei der Bezug des Symptoms zu

familiären Problemen eher ab. Hingegen treten offensichtlich Bedingungen in den Vordergrund, die in den biologischen und psychischen Veränderungen dieser Entwicklungsphase begründet sind. Im Bereich der **Angststörungen** kommt es zu spezifischen **Phobien** (z. B. Agoraphobie oder Klaustrophobie), und **Schulphobien** können sich sowohl erstmalig manifestieren wie auch rezidivieren. Unter den **psychischen Störungen** mit körperlicher Symptomatik kommt es relativ selten zu **dissoziativen Störungen**, während **Essstörungen** (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) erstmalig und typischerweise in der Adoleszenz auftreten. Schließlich manifestieren sich in der Adoleszenz eher als im Kindesalter **Zwangsstörungen** und psychotische Erkrankungen, wobei sich das Erscheinungsbild der **schizophrenen Psychosen** deutlich der Symptomatik bei Erwachsenen zu nähern beginnt. Gleichwohl sind derartige Erkrankungen äußerst selten.

1.7 Entwicklungsstörungen

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen sind immer in einen Entwicklungskontext eingebettet, der sie formt und verständlich macht. Wie in ➤ Kapitel 2 dargestellt wird, ist die Möglichkeit der Interferenz mit den ablaufenden Entwicklungsprozessen ein wesentliches Merkmal der Definition einer psychischen Störung. In dieser Betrachtungsweise ließen sich nahezu alle psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters als Entwicklungsstörungen verstehen. Aus einer stärker auf einzelne Entwicklungsfunktionen abstellenden Perspektive lassen sich allerdings einige Störungen als ein spezieller Formenkreis der Entwicklungsstörungen im engen Sinne identifizieren, bei denen einzelne oder mehrere Entwicklungsfunktionen beeinträchtigt sind.

Zu diesen so verstandenen Entwicklungsstörungen gehören geistige Behinderung (Entwicklungsstörung der Intelligenz), Autismus, motorische Störungen, Sprachstörungen, spezifische Lernstörungen sowie die Behinderungen durch Blindheit und Taubheit. Während die entwicklungspsychopathologischen Kennzeichen und Details dieser einzelnen Störungen in den jeweiligen Kapiteln dargestellt werden, soll an dieser Stelle auf die charakteristischen Entwicklungsprofile hingewiesen werden, die in ➤ Tab. 1.2 schematisch dargestellt sind. Dieses Schema verdeutlicht, dass den einzelnen Entwicklungsstörungen und Behinderungen jeweils eine unterschiedliche Beeinträchtigung der vier zentralen Entwicklungsfunktionen der Motorik, Sprache, Intelligenz sowie der sozial-emotionalen Persönlichkeit eigen ist. In diesen Kernbereichen können teilweise normale, teilweise variable und teilweise reduziert-verzögerte Entwicklungsprozesse beobachtet werden.

Tab. 1.2 Entwicklungsprofile verschiedener Formen von Entwicklungsstörungen und Behinderungen

	Geistige Behinderung	Autismus	Motorische Störungen	Sprachstörungen	Spezifische Lernstörungen	Sehstörungen/Blindheit	Hörstörungen/Taubheit
Motorik							
• Grobmotorik	V	N	R	N	N	R	N
• Feinmotorik	V	N	R	N	V	R	N
Sprache							
• expressiv	R	R	V	R	V	N	R
• rezeptiv	R	R	N	R/N	V	N	R
Intelligenz							
• generell	R	R/N	N	N	N	R/N	N
• partiell			N	R	R		
Soziale emotionale Persönlichkeit							
	R	R	N	N	V	R	V

N = normal; R = reduziert-verzögert; V = variabel

1.8 Entwicklungspsychopathologische Verläufe

Die Entwicklungspsychopathologie ist ein Bestandteil der theoretischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie beschäftigt sich als eine Forschungsrichtung in der Entwicklungsperspektive mit den Kontinuitäten und Diskontinuitäten psychischer Störungen über die Zeit und in der Perspektive der Psychopathologie mit der Spannweite von Verhaltensvarianten. Ihr spezieller Beitrag zum Verständnis der Ursachen psychischer Störungen wird in > Kapitel 3 zur Ätiologie dargestellt, während in diesem Kapitel die Verlaufskonzepte der Entwicklungspsychopathologie ausschnittsweise vorgestellt werden.

1.8.1 Entwicklungspfade

Unter den Modellen für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen ist das Konzept der Entwicklungspfade besonders bedeutsam, weil es die Vielfalt von entwicklungspsychopathologischen Verläufen in ein Konzept bringt. Bei einer Ordnung der Verläufe lassen sich fünf Typen erkennen:

- 1. Störungen sind Abweichungen vom normalen Entwicklungsverlauf.** Hier wird die psychische Störung eines Kindes oder Jugendlichen als Abweichung von einem zunächst normalen Entwicklungsprozess betrachtet. Dabei können Entwicklungsrisiken (z. B. primär ängstliches Temperament oder unsichere Bindung) mit späteren Ereignissen (z. B. Mobbing in der Schule) interagieren und eine Störung (z. B. Sozialphobie) hervorrufen.
- 2. Entwicklungsveränderungen erfolgen an zahlreichen Zeitpunkten des Prozesses.** In dieser Betrachtung wird im Gegensatz zu einer deterministischen Sicht der Entwicklung davon ausgegangen, dass auch bei einmal etablierten Störungen eine Rückkehr zur normalen Ent-

wicklung möglich ist. Diese Betrachtungsweise schließt das Modell der klinischen Remission einer psychischen Störung ein.

- 3. Vorausgegangene Entwicklungs- und Anpassungsprozesse schränken die Veränderungsmöglichkeiten ein.** Dieses Modell hat stärker deterministischen Charakter und ist klinisch mit dem Konzept der ungünstigen Prognose kompatibel. Es impliziert (z. B. beim chronischen Substanzmissbrauch), dass aus der Kumulation von ungünstigen Entwicklungsrisiken und Adaptionen ein zunehmend ungünstiger Entwicklungspfad (Verlauf) resultiert.
- 4. Unterschiedliche Entwicklungspfade können zu einem ähnlichen Resultat im Sinne einer Störung führen (Prinzip der Äquifinalität).** Dieses Konzept trägt dem Umstand Rechnung, dass vielfältige Einflussfaktoren auf die individuelle Entwicklung zu ähnlichen Störungsbildern führen. So können bei ätiologischer Betrachtung z. B. schwere Deprivationserfahrungen in ähnlicher Weise wie neurobiologische Defizite zu den klinischen Symptomen von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsschwäche führen.
- 5. Gleiche ursprüngliche Entwicklungsprozesse können zu sehr verschiedenen Entwicklungsergebnissen führen (Prinzip der Multifinalität).** Dieses der Äquifinalität entgegengerichtete Konzept postuliert, dass aus einem früheren gleichen Entwicklungspfad verschiedene Ausgänge bzw. Störungen resultieren. Klinisch ist es mit dem Konzept unspezifischer Risikofaktoren für verschiedene Störungen oder dem unterschiedlichen individuellen Verlauf bestimmter psychischer Störungen kompatibel.

1.8.2 Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Die Vielfältigkeit der psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters lässt sich in Abhängigkeit vom Alter bei der Mani-

festation und dem Verlaufstypus schwerpunktmäßig in fünf Gruppen einteilen (➤ Box 1.2).

BOX 1.2

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Kindheitsspezifische und vornehmlich remittierende Störungen

- Motorische Entwicklungsstörungen
- Sprachentwicklungsstörungen (Artikulationsstörungen)
- Ausscheidungsstörungen (Enuresis, Enkopresis)
- Kindheitsspezifische Phobien und Angststörungen (Trennungsangst)
- Kindheitsspezifische Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus)
- (Nicht chronische) Ticstörungen
- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

Früh beginnende und vornehmlich persistierende Entwicklungsstörungen

- Geistige Behinderung (Entwicklungsstörung der Intelligenz)
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen (desintegrative Störungen, Rett-Syndrom)
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), speziell mit Störungen des Sozialverhaltens
- (Schwergradige) expressive und rezeptive Sprachstörungen
- Spezifische Lernstörungen (Dyslexie, Dyskalkulie)

Störungen mit spezifischem Beginn in Kindheit und Jugend

- Redeflussstörungen (Stottern und Poltern)
- Mutismus
- Störungen des Sozialverhaltens (früh beginnende Form, adolescentär begrenzte Form)
- Ticstörungen (chronische Formen, Tourette-Syndrom)

Störungen mit Beginn in der Jugend (Kindheit) und Kontinuität in das Erwachsenenalter

- Schizophrenie
- Affektive Störungen
- Angststörungen (generalisierte Angststörung, Agoraphobie, Panikattacken)
- Zwangsstörungen
- Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
- Dissoziative Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens (mit adolescentärem Beginn, delinquente Entwicklungen)
- Störungen mit Substanzmissbrauch
- Persönlichkeitsstörungen

Altersunspezifische Manifestationen psychischer Störungen

- Akute Belastungsreaktionen
- Anpassungsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung

In der ersten Gruppe der **kindheitsspezifischen und vornehmlich remittierenden Störungen** ist die Entwicklungsschädigung zugleich begrenzend für die Manifestation der jeweiligen Störung. Bei diesen Störungen hat das betroffene Kind durchweg eine gute Chance, die Störung aufgrund

normaler Reifungs- und Entwicklungsprozesse in Verbindung mit einfachen Interventionen in kürzerer Frist zu überwinden.

Hingegen sind die in der zweiten Gruppe zusammengefassten **früh beginnenden und vornehmlich persistierenden Entwicklungsstörungen** durch längerfristige Beeinträchtigungen gekennzeichnet, die in Teilbereichen oder insgesamt über Jahre bzw. sogar lebenslang persistieren können. Die betroffenen Menschen benötigen nicht nur in der Kindheit und Jugend, sondern häufig auch als Erwachsene psychosoziale Hilfen unterschiedlicher Intensität und Dauer. Gleichwohl besteht aber auch eine interindividuelle Variabilität der Verläufe, und es kommt z. B. bei den Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-, den Sprach- und den spezifischen Lernstörungen im Verlauf auch zu Normalisierungen.

Die dritte Gruppe von Entwicklungsverläufen psychischer Störungen umfasst **Störungen mit spezifischem Beginn in Kindheit und Jugend**. Bei diesen Störungen kommt es bei unterschiedlichen Verläufen mit sowohl Remissionen als auch Chronifizierungen jenseits des früheren Erwachsenenalters zu keiner bedeutsamen Zunahme der Neuerkrankungen in der Bevölkerung, sodass die Lebenszeitprävalenz eher wieder absinkt.

Hingegen nimmt eine Reihe von **Störungen mit Beginn in der Jugend (Kindheit) und Kontinuität in das Erwachsenenalter** prototypisch in der Entwicklungsphase der Adoleszenz ihren Ausgang und zeigt dabei eine weitgehend gleiche Symptomatik wie bei Erwachsenen. Diese Störungen nehmen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz noch deutlich zu. Für viele der früh erkrankten Patienten ist die individuelle Prognose ungünstiger als für die spät Erkrankten.

Eine letzte Gruppe der **altersunspezifischen Manifestationen psychischer Störungen** umfasst die verschiedenen Formen von Belastungs- und Anpassungsstörungen, die mit jeweils alters- und entwicklungsspezifischen Akzentuierungen und Teilsymptomen einen Grundtypus psychischer Reaktionen auf belastende Lebensereignisse und Traumatisierungen repräsentieren. Bei entwicklungsabhängiger Einfärbung sind die dominanten Symptome Zeichen von Angst, Verstimmung, Somatisierung oder auch expansivem Störverhalten.

Eine Zusammenfassung der **altersabhängigen Erstmanifestationen** (Inzidenzen) auf der Basis empirischer Daten eines kompletten dänischen Geburtsjahrgangs kann auch ➤ Abbildung 2.1 entnommen werden.

1.8.3 Störungsspezifische Verläufe

Als Ergebnis der Forschung aus Klinik, Epidemiologie und vor allem aus Längsschnittstudien wurden Erkenntnisse über charakteristische entwicklungspsychopathologische Verläufe für eine Reihe von Störungen abgeleitet. Demnach können psychische Störungen aufgrund ihrer altersspezifischen Manifestation gruppiert werden (➤ Box 1.2). Ferner zeigen die einzelnen Störungen ein charakteristisches Verlaufsprofil.

Die Gruppe der **unspezifischen emotionalen Störungen** ist durch eine hohe Prävalenz im Kindesalter gekennzeichnet und zeigt im Jugendalter keinen weiteren Anstieg. Insgesamt besteht in Kindheit und Jugend eine hohe Remissionsneigung für diese Gruppe von Störungen. Jungen und Mädchen sind im Kindesalter etwa gleich häufig betroffen, in der Adoleszenz dominieren hingegen die Mädchen. Sofern emotionale Störungen über das Jugendalter hinaus persistieren, handelt es sich in der Regel um eine sog. homotype Kontinuität, indem die emotionalen Störungen in Angststörungen oder dysthyme bzw. depressive Störungen übergehen.

Die Prognose der nosologisch noch wenig differenzierten emotionalen Störungen des Kindesalters ist somit i. Allg. gut. Allerdings haben einzelne **Phobien** eine schlechtere Prognose als generalisierte Angststörungen. Für eine im Kindes- und Jugendalter diagnostizierte **Depression** ist das Risiko einer erneuten Depression im Erwachsenenalter einschließlich der Entwicklung von Suizidalität, Substanzmissbrauch sowie Persönlichkeitsstörungen deutlich erhöht. Auch für **Zwangsstörungen** ist eine hohe Persistenzneigung bzw. ein fluktuierender Verlauf mit unvollständiger Remission ohne starke soziale Funktionseinbußen festzustellen.

Die zweite große Gruppe kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, die **dissozialen Störungen** (bzw. Störungen des Sozialverhaltens), haben in Kindheit und Jugend eine beträchtlich höhere Prävalenz als im Erwachsenenalter, die insb. am Übergang zum Erwachsenenalter deutlich abnimmt. Unter den verschiedenen Symptomen zeigt das Merkmal der Aggressivität eine hohe Kontinuität. Nur eine im Vergleich dazu geringere Quote – nämlich etwa ein Drittel – von Kindern und Jugendlichen mit dissozialen Störungen entwickelt sich zu einer antisozialen Persönlichkeit im Erwachsenenalter.

Während bei Jungen eine homotype Kontinuität im Sinne eines Fortbestehens der dissozialen Symptome vorliegt, zeigen die insgesamt sehr viel seltener betroffenen dissozialen Mädchen eine heterotype Kontinuität. Sie weisen zwar in erster Linie Probleme mit Drogen, Alkohol und Antisozialität auf, entwickeln andererseits aber auch in beträchtlichem Umfang emotionale Störungen. Bei Jungen, die früh beginnende Störungen des Sozialverhaltens in Verbindung mit Hyperaktivität und gestörten Sozialbeziehungen zu Gleichaltrigen zeigen, besteht eine besonders hohe Persistenz der dissozialen Störungen. Antisoziale Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter haben fast immer Vorläufer in dissozialen Störungen der Kindheit und des Jugendalters. Hingegen beginnt die schwere Kriminalität erst im Erwachsenenalter.

Die **schizophrenen Psychosen** haben in der Kindheit eine äußerst niedrige Prävalenz: 4 % der Gesamterkrankungen beginnen vor dem 14. Lebensjahr und nur 1 % vor dem 10.

Lebensjahr. Für die Erkrankungen vor der Adoleszenz ist die Prognose noch ungünstiger als bei Erkrankungen im Erwachsenenalter: Etwa 15 % Totalremissionen und 25 % Besserungen stehen 60 % Chronifizierungen gegenüber. Einige Verlaufsstudien weisen sogar noch ungünstigere Verhältnisse auf. Die Prognose wird mit zunehmend jüngerem Alter bei Erkrankungsbeginn (insb. unter 10 Jahren) ungünstiger. Etwa die Hälfte der im Erwachsenenalter Erkrankten zeigt Auffälligkeiten in der Kindheitsentwicklung. Diese haben keinen psychiatrischen Charakter, sondern beziehen sich auf Auffälligkeiten in den interpersonalen Beziehungen, auf neurobiologische bzw. neuropsychologische Entwicklungsdefizite und Unreifezeichen sowie Defizite der Aufmerksamkeitssteuerung.

Auch die **affektiven Psychosen** haben im Kindesalter eine sehr niedrige Prävalenz. Nur etwa 15–20 % der Erstmanifestationen liegen vor dem 20. Lebensjahr. Depressionen im Erwachsenenalter haben nur selten psychiatrische Vorläufer im Kindesalter. Es gibt hier keine spezifischen Muster der Verläufe. Hingegen hat eine Reihe anderer kinderpsychiatrischer Störungen charakteristische Verläufe.

Die Prognose der **geistigen Behinderung** ist bei einem IQ unter 50 ungünstig. Auch der **frühkindliche Autismus** zeigt bei einem nonverbalen IQ von 50–60, d. h. bei etwa zwei Drittel der betroffenen Patienten, ferner bei starker Sprachbeeinträchtigung und bei einer am ehesten im Jugendalter auftretenden Epilepsie eine ungünstige Prognose. Für **organische Psychosyndrome** besteht die Gefahr der Ausbildung von Residualsyndromen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) remittieren im Schulalter nur ungenügend. Entwicklungen mit schlechter psychosozialer Anpassung, Substanzmissbrauch und Kriminalität im Jugend- und frühen Erwachsenenalter sind häufig.

Motorische Entwicklungsstörungen als Folge biologischer Risikobelastungen führen zwar zu Beeinträchtigungen in der Kindheit, sind aber in der Langzeitentwicklung variabel und zunehmend bedeutungsloser für die Adaption, zumal die Schulleistungen nicht beeinflusst werden. Hingegen beeinträchtigen **spezifische Lernstörungen** den Schulerfolg und stellen Risikofaktoren für spätere bzw. koexistierende psychische Störungen dar.

Schließlich gilt für die im Jugendalter beginnenden Essstörungen **Anorexia nervosa** und **Bulimia nervosa**, dass nur etwa knapp die Hälfte der Fälle im Verlauf als symptomatisch geheilt betrachtet werden kann. Für alle psychischen Störungen gilt, dass die klinisch mehrheitlich gegebene **Komorbidität** das Risiko für ungünstige Verläufe und psychosoziale Funktionsbeeinträchtigungen bedeutsam erhöht.

LITERATUR

- Petermann F. Schneider W. Angewandte Entwicklungspsychologie. 2008; Hogrefe. Göttingen.
- Rossmann P. Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. 3. Auflage. 2016; Hogrefe. Göttingen.
- Piaget J. Psychologie der Intelligenz. 10. Auflage. 2000; Klett-Cotta. Stuttgart.
- Rutter M., Sroufe L.A. Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*. 2000; 12: 265–296.
- Schneider W. Lindenberger U. Entwicklungspsychologie. 2012; Beltz. Weinheim.
- Siegler R, Eisenberg N, De Loache J, Saffran J. Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. 5. Auflage. 2021. Heidelberg. Springer.
- Spitz A, Winkler-Metzke C, Steinhausen H-C. Growth trajectories of perceived parental behavior during adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*. 2021; 52:1154–1163.
- Steinhausen H-C. Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2013; 41: 419–431.
- Steinhausen H-C. Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein interdisziplinäres Handbuch. 2001; Kohlhammer. Stuttgart.
- Steinhausen H-C, Verhulst F. Risks and outcomes in developmental psychopathology. 1999; Oxford University Press. Oxford.

LESERPROBE

Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

2.1	Definition psychischer Störungen	21
2.2	Klassifikation	23
2.2.1	Voraussetzungen	23
2.2.2	Validität	23
2.2.3	Multiaxiale Klassifikation	25
2.2.4	Klassifikation nach ICD-11	28
2.2.5	Komorbidität	31
2.2.6	Dimensionale Klassifikation	32
2.2.7	Vor- und Nachteile kategorialer und dimensionaler Klassifikation	32
2.3	Epidemiologie	33
2.3.1	Prävalenzen	33
2.3.2	Inzidenzen	34
2.3.3	Zeitliche Trends	37
2.3.4	Bedingungsfaktoren	37
2.3.5	Inanspruchnahme von Versorgung	38

Es gibt nur wenige psychische Auffälligkeiten, die sich im Sinne einer Krankheit deutlich von der Normalität abheben. Ein Beispiel dafür ist der frühkindliche Autismus. Die meisten Störungen und Auffälligkeiten heben sich vom Normalzustand lediglich quantitativ hinsichtlich des Schweregrades und der begleitenden Beeinträchtigung ab. Eine leichtere Ausprägung oder Variation des jeweiligen Phänomens lässt sich auch bei ganz normalen Kindern finden. So gilt selbst für die autistischen Störungen, dass sie im Sinne einer Spektrums-Störung auf einem Kontinuum verschiedener Ausprägungen auch sehr diskrete Zeichen ohne notwendigerweise klinischen Symptomcharakter einschließen; sie werden daher in der aktuellen Nomenklatur auch als Autismus-Spektrum-Störungen bezeichnet.

Wenn also Auffälligkeit und Normalität so relativ dicht nebeneinanderliegen, muss nach den Kriterien psychischer Störungen gefragt werden. Sind diese bekannt, so verlangt jede wissenschaftliche Betrachtung, dass die derart definierten Störungsbilder in ein Ordnungssystem gebracht werden. Es stellt sich also die Frage nach der Klassifikation psychischer Auffälligkeiten, zumal sich Aussagen über die Wertigkeit psychischer Störungen und Auffälligkeiten nicht ausschließlich

aus der Perspektive der Klinik bzw. Sprechstunde treffen lassen. So sind Aussagen und Zahlen aus derartigen Institutionen nicht geeignet, das tatsächliche Ausmaß von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung zu erfassen. Dementsprechend sind zur Bestimmung der Raten an psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen Felduntersuchungen erforderlich. Mit diesem Gegenstand befasst sich die kinder- und jugendpsychiatrische Epidemiologie. Auf diese drei Bereiche soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

2.1 Definition psychischer Störungen

MERKE

Eine klinisch bedeutsame psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn die Kognition, die emotionale Regulation oder das Verhalten bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm sind und typischerweise zu einer Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit im persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigem Bereich führen.

Ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte medizinische Modelle sind selten geeignet, psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu erklären bzw. gegenüber dem Normalzustand abzugrenzen. Da die meisten psychischen Auffälligkeiten in diesem Entwicklungsabschnitt des Lebens sehr wesentlich von der Wechselwirkung zwischen Kind und sozialer Umgebung beeinflusst und darüber hinaus vielfach stark situationsspezifisch sind (z. B. Bettnässen nie außer Haus oder Aggressivität nur in der Schule), sind für die Diagnostik wie auch die Therapie interaktionelle Modellbetrachtungen erforderlich.

Ob ein Verhalten oder Erleben als abnorm bezeichnet wird oder nicht, hängt daher auch weitestgehend von der Berücksichtigung sozialer Komponenten ab. Wenn im Folgenden die Kriterien der Abnormität sowie der Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit als die zentralen Bestimmungsgrößen einer psychischen Störung angesehen werden, so sind damit im Wesentlichen soziale Bewertungen impliziert. Dabei unterliegt das Kriterium der Abnormität (> Box 2.1) einer Bewertung gleichermaßen im statistischen wie auch im normativen Sinn.

BOX 2.1

Kriterien der Abnormität

- **Angemessenheit hinsichtlich Alter und Geschlecht:** Unangemessen sind z. B. Trennungsängste jenseits des Kleinkindalters oder effeminiertes Verhalten bei Jungen.
- **Persistenz:** Ein Durchgangsphänomen der normalen Entwicklung, z. B. vorübergehende Schulunlust, muss gegenüber einer persistierenden Schulverweigerung abgegrenzt werden.
- **Lebensumstände:** Vorübergehende Verhaltensfluktuationen sind häufig, zumal die Entwicklung kein linearer Prozess ist. Belastungsphasen stellen z. B. im kindlichen Leben die Geburt eines Geschwisters dar, die mit der Entwicklung regressiver Symptome einhergehen kann. Ebenso stellten Schulbeginn oder Klassenwechsel entsprechende Belastungsfaktoren dar und beinhalten das Risiko einer Zunahme von emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen.
- **Soziokulturelle Gegebenheiten:** Dieser Faktor verweist auf die Tatsache, dass die meisten Bewertungsmaßstäbe für normales und abnormes Verhalten vermittelt sind. Verschiedene Kulturen und soziale Schichten bewerten bestimmte Verhaltensmerkmale recht unterschiedlich. Gleichwohl darf darüber nicht vergessen werden, dass die Variation normativer Werte und Setzungen innerhalb bestimmter Kultursysteme begrenzt ist.
- **Ausmaß der Störung:** Isoliert auftretende Symptome bei Kindern und Jugendlichen sind häufig ohne psychiatrische Relevanz. Störungscharakter bekommt mehrheitlich erst die Kombination von Symptomen.
- **Art des Symptoms:** Bestimmte Symptome sind eher mit einer allgemeinen psychischen Fehlfunktion verbunden. So ist z. B. das Nägelbeißen als isoliertes Phänomen relativ unproblematisch, während gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen sehr viel stärker in die Entwicklung und das Leben des Kindes eingreifen.
- **Schweregrad und Häufigkeit der Symptome:** Schwere und häufig auftretende Symptome kommen insgesamt seltener vor. Für die klinische Beurteilung von Symptomen ist die Bestimmung von Schweregrad und Häufigkeit des Auftretens eines oder mehrerer Symptome unabdingbar.

- **Verhaltensänderung:** Ein Verhalten kann erst dann Symptomwert bekommen, wenn es nicht im Einklang mit der Reifung und Entwicklung des Kindes steht.
- **Situationsspezifität:** Ein von situativen Auslösern unabhängiges, überall vorhandenes Problem eines Kindes und Jugendlichen zeigt in der Regel eine stärker ausgeprägte Störung an. Allerdings ist dies das schwächste Kriterium der Abnormität. Die Situationsspezifität kann aber wichtige Aufschlüsse über interaktionelle Bezüge des Kindes und die Symptomentwicklung vermitteln.

Um die Abnormität eines Verhaltens zu beurteilen, reicht in der Regel nur eines der genannten Kriterien nicht aus. Mehrheitlich ist eine Kombination der aufgeführten Merkmale erforderlich, um sicher zu sein, dass tatsächlich eine psychische Auffälligkeit vorliegt. Als ergänzendes Kriterium muss jedoch das Ausmaß der Beeinträchtigung (> Box 2.2) des Kindes durch sein Symptom bzw. sein auffälliges Verhalten bestimmt werden.

BOX 2.2

Kriterien der Beeinträchtigung

- **Leiden:** Dieses insbesondere in der Psychotherapie schon lange verwendete Kriterium für die Indikation zur Durchführung von Maßnahmen muss auch bei der Beurteilung des Vorliegens einer Störung berücksichtigt werden. Es muss allerdings in Bezug zur Temperamentsstruktur und Persönlichkeit des Kindes gesetzt werden, um Fehlurteile zu vermeiden. So muss z. B. geklärt werden, ob ein geringer Sozialkontakt Ausdruck von Selbstzufriedenheit oder Ängstlichkeit ist.
- **Soziale Einengung:** Viele Störungen der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen sind durch einen deutlich verringerten Sozialkontakt gekennzeichnet. Dabei kann die Entwicklung wichtiger Aktivitäten und sozialer Funktionen beeinträchtigt werden.
- **Interferenz mit der Entwicklung:** Bei jeder Symptomatik ist zu prüfen, inwiefern sie ablaufende Bindungsprozesse stört, Freundschaftsbeziehungen unmöglich macht, die Ablösung von den Eltern verzögert und ganz allgemein die emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung des Kindes verzögert oder beeinträchtigt. Es ist also zu fragen, inwieweit die normalen, immer progressiven Entwicklungsabläufe durch ein Symptom gestört werden. Beispielsweise ist zu prüfen, inwieweit sozialer Rückzug und Isolation oder ausgeprägte Aggressivität die prosoziale Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen gefährden.
- **Auswirkungen auf andere:** Insbesondere bei aggressiven Verhaltensweisen sind andere Personen sehr schnell durch das kindliche Verhalten beeinträchtigt. Für die meisten Störungen bei Kindern und Jugendlichen gilt die Feststellung, dass sie seltener im persönlichen Verhalten des Kindes allein als in fehlangepassten Interaktionen mit anderen Menschen begründet sind. Entsprechend ist die soziale Umwelt nicht nur Verursacher, sondern zugleich auch Leidtragender der Probleme des Kindes und Jugendlichen.

2.2 Klassifikation

MERKE

- Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen werden international in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD) erfasst.
- Die zum 1. Januar 2022 in Kraft getretene ICD-11 liegt auf Deutsch derzeit erst in einer qualitätsgesicherten Entwurfsfassung durch das hierfür autorisierte Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor (online über https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, Datum: 22.01.2025). Da diese Fassung der ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (ICD-11 MMS) noch nicht heruntergeladen werden kann, ist die Anwendung der ICD-11 in der Praxis zum Zeitpunkt des Erscheinens der vorliegenden Auflage dieses Lehrbuchs noch nicht möglich. Der Zeitpunkt der praktischen und verpflichtenden Einführung der ICD-11 in den deutschsprachigen Ländern ist bislang nicht absehbar.
- Seit 2024 ist auch das ergänzende umfangreiche Dokument der *Klinischen Beschreibungen und Diagnostischen Anforderungen* für psychische, Verhaltens- und neuronale Entwicklungsstörungen als ein weiterer Band der ICD-11 MMS in englischer Sprache verfügbar (World Health Organization, Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders). Die deutsche Version wird ebenfalls durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt werden, wobei der Erscheinungstermin noch offen ist. In der vorliegenden Auflage dieses Lehrbuchs wird auf die englische Version mit der Abkürzung ICD-11-CDDR Bezug genommen.
- Die Definitionen der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen gemäß ICD-11 wurden bereits in der vorausgehenden 9. Auflage dieses Lehrbuchs von 2019 in einer vom Autor erstellten Übersetzung erstmalig vorgestellt. In der vorliegenden 10. Auflage wurden diese Darstellungen der Entwurfsfassung des BfArM angepasst.
- Angesichts des ungewissen Zeitpunktes der definitiven praktischen Einführung der ICD-11 in den deutschsprachigen Ländern und der damit verbundenen weiteren Nutzung der ICD-10 wird an der Darstellung der Definitionen für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen in beiden Systemen in dieser Auflage festgehalten.
- Eine Ergänzung und Differenzierung erfolgt durch das ebenfalls von der WHO speziell für die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte multiaxiale Klassifizierungsschema (MAS), das eng mit der praktischen Nutzung der ICD-11 verbunden ist.
- Das MAS berücksichtigt jeweils eine separate Achse für die klinisch-psychiatrische Störung, für Entwicklungsstörungen, für das Intelligenzniveau, für begleitende somatische Störungen, für aktuelle abnorme psychosoziale Umstände und für eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.
- Für Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern wird eine multiaxiale Klassifikation gemäß der diagnostischen Klassifikation DC: 0–5 vorgenommen.
- Komorbidität, d. h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen, ist die Regel. Sie hat praktische und theoretische Konsequenzen.

Der Feststellung einer psychiatrischen Störung nach den diskutierten Kriterien folgt die Formulierung einer Diagnose. Die gemeinsame Bezeichnung für ein Störungsbild im Sinne der Diagnose ermöglicht die Zusammenfassung von abnormen Verhaltensweisen und stellt daher den ersten Schritt jeder wissenschaftlichen Klassifikation dar. Zugleich ist eine derartige Etikettierung für die Erforschung von Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von großer Bedeutung. Diagnosen haben dabei, wie die klinische Praxis zeigt, eindeutig handlungsstrukturierende Funktionen, zumal die therapeutischen Maßnahmen bei unterschiedlichen Diagnosen auch sehr verschieden gehandhabt werden müssen.

Schließlich ermöglicht das Klassifizieren und Diagnostizieren erst weitgehend die Kommunikation über psychische Störungen und Auffälligkeiten. Dabei muss allerdings immer das Spezifische an der Symptomatik des Kindes zum Ausdruck gebracht werden. Entsprechend sollen also durch die diagnostische Formulierung möglichst Annahmen über die psychologisch und biologisch wirksamen Faktoren, die eventuell zugrunde liegenden Ursachen, die vorausgehenden Ereignisse, die symptomunterhaltenden Faktoren und die wahrscheinlich wirksamen Therapiemethoden für das jeweilige Kind zum Ausdruck gebracht werden.

2.2.1 Voraussetzungen

Um entsprechend erhobene Diagnosen zugleich auch in ein Ordnungssystem bringen zu können, müssen bestimmte **Prinzipien der Klassifikation** erfüllt sein. Zu diesen Voraussetzungen gehört 1. die Forderung, Klassifikationen nur durch Fakten und nicht durch ungenügend empirisch ausgewiesene Konzepte ohne operationale Definition zu begründen. Es sollen 2. Störungen und nicht Kinder als Personen klassifiziert und 3. trotz der Altersabhängigkeit einiger Störungen keine altersabhängigen Klassifikationen vorgenommen werden, weil die Kindheit keine scharf getrennten Entwicklungsendpunkte hat. Das Klassifikationssystem sollte sodann 4. zuverlässig sein, d. h., verschiedene Diagnostiker sollten die Begriffe in gleicher Weise gebrauchen. Ferner sollte 5. die Klassifikation angemessen zwischen Störungen differenzieren, und es sollten 6. keine bedeutsamen Störungen ausgelassen werden. Darüber hinaus sollten 7. die Differenzierungen gültig sein, d. h. nicht nur theoretisch begründet, sondern empirisch hinsichtlich Ätiologie, Symptomatik, Therapieergebnissen etc. differenzierbar sein. Weitere Forderungen richten sich 8. auf die logische Konsistenz und 9. auf die klinische Relevanz sowie schließlich 10. auf die Praktikabilität in der klinischen Praxis.

2.2.2 Validität

Wenngleich kein Klassifikationssystem bisher sämtliche dieser Forderungen erfüllt, so lässt sich hinsichtlich der Forderung

Tab. 2.1 Merkmale der differenziellen Validität psychischer Störungen

	Alter bei Beginn	Geschlechtsbevorzugung	Schulleistungsstörungen	Verbindung mit familiärer Disharmonie	Behandlungserfolg	Mögliche Beeinträchtigung im Erwachsenenalter
Emotionale Störungen	Unspezifisch	=	Ø	Ø	+++	Emotionale Störungen
Störungen des Sozialverhaltens	Unspezifisch	♂	++	++	+	Delinquenz
ADHS	< 5 Jahre	♂	+++	+	+	Dissozialität/Substanzmissbrauch
Autismus-Spektrum-Störung	< 2½ Jahre/Jugendalter	♂	+++	Ø	+	Sprachliche und soziale Beeinträchtigung
Schizophrenie	> 7 Jahre	=	+	(+)	+	Rückfall oder Chronifizierung
Entwicklungsstörungen	Säuglingsalter	♂	+++	Ø	++	Ausbildungsprobleme

nach einer **gültigen Differenzierung** feststellen, dass sich tatsächlich einige Klassen von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich bestimmter Merkmale voneinander unterscheiden. Derartige Merkmale, die das Prinzip der **differenziellen Validität** psychiatrischer Störungen begründen, sind z. B. **Alter bei Beginn der Störung, Geschlechtsverteilung, Beeinträchtigung schulischer Leistungen, ursächliche Faktoren, Behandlungserfolg und Verlauf von Störungen** (➤ Tab. 2.1).

Bestimmte Störungen, z. B. der frühkindliche Autismus oder die schizophrene Psychose, beginnen in ganz unterschiedlichem **Alter**; lediglich die emotionalen Störungen und die dissozialen Verhaltensstörungen können jederzeit auftreten. Auch die **Geschlechterverteilung** zeigt Charakteristiken in dem Sinne, dass die meisten Störungen deutlich knabenwendig sind. Lediglich emotionale Störungen und Psychosen des schizophrenen Formenkreises kommen gleich verteilt bei beiden Geschlechtern vor.

Mit Ausnahme der emotionalen Störungen (Angst und Depression) gehen viele Auffälligkeiten – jedoch mit unterschiedlicher Intensität – mit Störungen der **schulischen Leistungsfähigkeit** und Ausbildungsfunktionen einher, die besonders stark ausgeprägt bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), Autismus-Spektrum-Störungen und Entwicklungsstörungen sind.

Familiäre Beziehungsstörungen wie anhaltender Partnerstreit sind am häufigsten mit dissozialen Verhaltensauffälligkeiten assoziiert. Für die Entwicklung emotionaler Störungen sind wahrscheinlich elterliche Erziehungshaltungen der Überprotektion und elterliche emotionale Störungen bedeutsam.

Über die bisher genannten ursächlichen Faktoren hinaus ergeben sich zwischen den aufgeführten Kategorien auch hinsichtlich der **Behandlungserfolge** deutliche Unterschiede. Emotionale Störungen haben mit Abstand die beste Chance – möglicherweise auch ohne ausgedehnte therapeutische Maß-

nahmen – zu remittieren. Auch für eine Reihe von Entwicklungsstörungen gibt es differenzierte Therapieansätze mit zumindest partiellem Erfolg. Die Erfolge bei anderen Störungen wie frühkindlichem Autismus, Schizophrenien, Dissozialität und ADHS sind vergleichsweise bescheidener.

Schließlich geben die Erkenntnisse über den langfristigen **Verlauf** bis in das Erwachsenenalter hinein weitere Argumente für eine Differenzierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen. Bei der relativ kleinen Anzahl von Kindern mit anhaltenden, therapieresistenten emotionalen Störungen sind im Erwachsenenalter ängstliche oder depressive Symptome zu erwarten. Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern gehen, sofern sie sich nicht zurückbilden, im Erwachsenenalter in delinquente Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörungen über. Kinder mit ADHS können als Erwachsene Persönlichkeitsstörungen und Dissozialität aufweisen, und Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung haben in der Regel erhebliche Beeinträchtigungen der sozialen Funktionen und Kompetenz sowie anhaltende Sprachprobleme. Psychosen können nach vorübergehender Heilung in Rezidive oder kontinuierlich in Chronifizierungen übergehen. Schließlich ist für die Kinder mit Entwicklungsstörungen festzuhalten, dass schwere Ausprägungen einer Störung oft zu anhaltenden Problemen führen, z. B. beim Lesen und Schreiben.

Diese Darstellung macht deutlich, dass Forschungsergebnisse klar auf die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer Klassifikation von kinderpsychiatrischen Störungen verweisen (vgl. Steinhausen 1990). Diese werden gemäß der primär dem medizinischen Denkmodell verpflichteten Orientierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie **kategorial** geordnet. Entsprechende Klassifikationssysteme wie die ICD oder das US-amerikanische Diagnostic and Statistical Manual (DSM) betrachten psychische Störungen als klar voneinander abgegrenzte, diskrete Einheiten. Der alternative dimensionale Ansatz der Klassifikation wird am Ende dieses Kapitelsabschnitts dargestellt.

2.2.3 Multiaxiale Klassifikation

Nach Darlegung der Notwendigkeit von differenzierenden Diagnosen in der Kinderpsychiatrie sowie der wissenschaftlichen Voraussetzungen für Klassifikationssysteme können diese nunmehr inhaltlich dargestellt werden. Sowohl das US-amerikanische *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) wie auch das in Europa vornehmlich eingesetzte multiaxiale Klassifikationsschema (MAS, deutsche Bearbeitung durch Remschmidt et al. 2012) der *World Health Organization* (WHO) bilden die Symptomatik auf mehreren getrennten Achsen ab.

Das MAS bildet Störungen sowie Auffälligkeiten auf insgesamt sechs Achsen ab:

- Achse 1: Klinisch-psychiatrische Störungen
- Achse 2: Entwicklungsstörungen
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: Körperliche Krankheiten
- Achse 5: Aktuelle psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.

Das MAS ist nicht nur im deutschsprachigen Raum weit verbreitet. Es enthält die Diagnosen des weltweit führenden und von der WHO entwickelten Klassifikationssystems ICD-10 (*International Classification of Diseases*), das auch international von den Krankenversicherungen zur Abrechnung von Leistungen favorisiert wird. Da das in den USA und der Forschung dominant benutzte *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5) in der klinischen Versorgungspraxis in den deutschsprachigen Ländern und auch weltweit nur eine untergeordnete Rolle spielt, wird an dieser Stelle auf eine Vorstellung dieses Klassifikationssystems verzichtet.

Eine Übersicht des Kapitels V (F) der ICD-10 gibt > Tab. 2.2. Ferner enthält > Box 2.3 eine Übersicht der Kategorien der Achse aktueller psychosozialer Umstände, und in > Tab. 2.3 wird die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung dargestellt.

Tab. 2.2 Überblick über die diagnostischen Kategorien der ICD-10

F0	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00	Demenz bei Alzheimer-Erkrankung
F01	Vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei sonstigen, andernorts klassifizierten Erkrankungen
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
F06	Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörungen des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung

Tab. 2.2 Überblick über die diagnostischen Kategorien der ICD-10 (Forts.)

F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhaftige Störung
F25	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nicht organische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose
F3	Affektive Störungen
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40	Phobische Störungen
F41	Sonstige Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	Somatoforme Störungen
F48	Sonstige neurotische Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F50	Essstörungen
F51	Nicht organische Schlafstörungen

Tab. 2.2 Überblick über die diagnostischen Kategorien der ICD-10 (Forts.)

F52	Nicht organische sexuelle Funktionsstörung
F53	Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
F55	Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F66	Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68	Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
F7	Intelligenzminderung
F70	Leichte Intelligenzminderung
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72	Schwere Intelligenzminderung
F73	Schwerste Intelligenzminderung
F78	Sonstige Intelligenzminderung
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81	Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82	Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F88	Sonstige Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F90	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)
F91	Störung des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95	Ticstörungen
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störung

BOX 2.3**Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse 5)****Abnorme intrafamiliäre Beziehungen**

- Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung
- Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
- Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
- Körperliche Kindesmisshandlung
- Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)
- Andere

Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

- Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils
- Behinderung eines Elternteils
- Behinderung der Geschwister
- Andere

Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation, abnorme Erziehungsbedingungen

- Elterliche Überfürsorge
- Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
- Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
- Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern
- Andere

Abnorme unmittelbare Umgebung

- Erziehung in einer Institution
- Abweichende Elternsituation
- Isolierte Familie
- Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
- Andere

Akute belastende Lebensereignisse

- Verlust einer liebevollen Beziehung
- Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
- Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
- Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
- Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
- Unmittelbare beängstigende Erlebnisse
- Andere

Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

- Verfolgung oder Diskriminierung
- Migration oder soziale Verpflanzung
- Andere

Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

- Streitbeziehung mit Schülern/Mitarbeitern
- Negative Auseinandersetzungen mit Lehrern/Ausbildern
- Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation
- Andere

Belastende Lebensereignisse/Situation infolge von Verhaltensstörungen/Behinderung des Kindes

- Institutionelle Erziehung
- Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung
- Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
- Andere

Tab. 2.3 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse 6)

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:	
• Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie • Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbstständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, pers. Hygiene und Ordnung) • Schulische bzw. berufliche Anpassung • Interessen und Freizeitaktivitäten	
0	Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten
1	Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen
2	Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
4	Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen
5	Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
6	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigungen in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung/Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, alleine zurechtzukommen
7	Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung/Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten
8	Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und/oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten
9	Information fehlt

Allgemein kann für die ICD-10 festgestellt werden, dass sie durch die besondere Berücksichtigung der Kapitel F7 über Intelligenzminderung, F8 über Entwicklungsstörungen und F9 über Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend dem spezifischen Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen hinlänglich Rechnung trägt. Insbesondere die Kapitel F8 und F9 enthalten nur für die Kindheit und Jugend spezifische Störungen. Die altersunabhängigen Störungen (z. B. die affektiven Störungen, die Ess- oder Schlafstörungen) werden andererseits in der Regel eher in der Orientierung am klinischen Bild bei Erwachsenen definiert. Hier wirkt sich die fehlende Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer und damit entwicklungsunabhängiger Kriterien ungünstig für die Anwendung aus.

Insgesamt ist die Klassifikation der psychischen Störungen im Rahmen der ICD-10 mit wenigen Ausnahmen – z. B. den Anpassungsstörungen (F43) und den Bindungsstörungen (F94.1 und 94.2) – an der Idee der Deskription statt der Ätiologie als Ordnungsprinzip orientiert.

Ein speziell für die Diagnostik psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter entwickeltes Klassifikationssystem ist die **diagnostische Klassifikation DC: 0–5** mit besonderer Betonung der Beziehung zwischen dem Kind und

seinen Bezugspersonen. Das System ist ebenfalls multiaxial aufgebaut:

- Achse I: Klinische (psychische) Störung
- Achse II: Beziehungskontext
- Achse III: Medizinische Diagnosen
- Achse IV: Psychosoziale Stressoren
- Achse V: Entwicklungskompetenzen

Die Störungen auf Achse I sind in ➤ Tab. 2.4 dargestellt. Die Achse II wird in der deutschen Bearbeitung als umständlich

Tab. 2.4 Die Achse I der diagnostischen Klassifikation DC: 0–5 (nach Von Gontard et al. 2020) [F934-002]

Neurobiologische Entwicklungsstörungen	Autismus-Spektrum-Störung
	Frühe atypische Autismus-Spektrum-Störung
	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
	Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters
	Globale Entwicklungsverzögerung
	Störung der Sprachentwicklung
	Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung
	Andere neurobiologische Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit

Tab. 2.4 Die Achse I der diagnostischen Klassifikation DC: 0–5 (nach Von Gontard et al. 2020) [F934-002] (Forts.)

Sensorische Verarbeitungsstörungen	Sensorische Überreaktivitätsstörung
	Sensorische Unterreaktivitätsstörung
	Andere sensorische Verarbeitungsstörungen
Angststörungen	Störung mit Trennungsangst
	Soziale Angststörung
	Generalisierte Angststörung
	Selektiver Mutismus
	Störung mit Inhibition gegenüber Neuem
	Andere Angststörungen der frühen Kindheit
Affektive Störungen	Depressive Störung der frühen Kindheit
	Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung der frühen Kindheit
	Andere affektive Störung der frühen Kindheit
Zwangsstörung und verwandte Störungen	Zwangsstörung
	Tourette-Störung
	Motorische oder vokale Tic-Störung
	Trichotillomanie
	Zwanghaftes Hautzupfen der frühen Kindheit
	Andere Zwangsstörungen und verwandte Störungen
Schlafstörungen	Einschlafstörungen
	Durchschlafstörungen
	Partielle Aufwachstörung
	Alpträume der frühen Kindheit
Essstörungen	Essstörung mit Überessen
	Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme
	Atypische Essstörung
Schreistörungen der frühen Kindheit	Exzessive Schreistörung
	Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen der frühen Kindheit
Trauma-, Belastungs- und Deprivationsstörungen	Posttraumatische Belastungsstörung
	Anpassungsstörung
	Komplizierte Trauerstörung der frühen Kindheit
	Reaktive Bindungsstörung
	Soziale Bindungsstörung mit Enthemmung
	Andere Trauma-, Stress- und Deprivationsstörung der frühen Kindheit
Beziehungsstörungen	Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit

und wenig praxistauglich bezeichnet. Die medizinischen Diagnosen auf Achse III werden analog zur 4. Achse des Multiaxialen Schema (MAS) erfasst. Auch die mit der Achse IV diagnostizierten Stressoren finden eine Entsprechung in der

5. Achse des MAS. Mit der Achse V wird im Original eine Serie von praxisrelevanten Checklisten zu Meilensteinen und Entwicklungskompetenzen des Kindes mit deskriptivem klinischem Charakter ohne Normierung angeboten.

2.2.4 Klassifikation nach ICD-11

Mit der in nächster Zeit zu erwartenden offiziellen Einführung der ICD-11 auch im deutschsprachigen Bereich werden erhebliche Aufwendungen verbunden sein, dieses revidierte klassifikatorische System in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Es dient der Verschlüsselung einzelner Diagnosen und Störungsbilder. Das systematische Verzeichnis der ICD-11 baut auf der Vorgängerversion der ICD-10 auf und wurde grundlegend inhaltlich hinsichtlich medizinisch-wissenschaftlicher Aspekte, strukturell hinsichtlich klassifikatorischer Aspekte und konzeptionell unter informationstechnologischen Aspekten erarbeitet.

Dieses systematische Verzeichnis liegt derzeit deutschsprachig nur in einer Entwurfsfassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor (online über https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html. Datum: 02.07.2025) und bildet die Basis der Darstellungen in diesem Werk. Das ergänzende umfangreiche englischsprachige Dokument der *Clinical descriptions and diagnostic requirements* (CDDR) der WHO aus dem Jahr 2024 dient der diagnostischen Klassifikation als eines Teils der Untersuchung von Patienten und Patientinnen, wobei Störungen und nicht etwa Menschen klassifiziert werden. Die WHO beabsichtigt, auf der Basis weltweiter Erfahrungen und gesammelter Evidenzen alle zwei Jahre eine Aktualisierung der ICD-11 in Teilbereichen vorzunehmen.

Der in > Tab. 2.5 dargestellte Überblick über die diagnostischen Kategorien der ICD-11 vermittelt einen Eindruck

Tab. 2.5 Gliederung der diagnostischen Kategorien der ICD-11 im Kapitel 6 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen

Neuromentale Entwicklungsstörungen	
	6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung (spezifiziert nach dem Schweregrad)
	6A01 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung
	6A02 Autismus-Spektrum-Störung
	6A03 Lernentwicklungsstörung
	6A04 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination
	6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
	6A06 Stereotype Bewegungsstörung
	8A05.0 Primäre Tics oder Tic-Störungen
	6E60 Sekundäres Neuro-Entwicklungssyndrom

Tab. 2.5 Gliederung der diagnostischen Kategorien der ICD-11 im Kapitel 6 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen (Forts.)

	6A0Y Sonstige näher bezeichnete neuronale Entwicklungsstörungen
	6A0Z Neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet
Schizophrenie oder andere primäre psychotischen Störungen	
	6A20 Schizophrenie
	6A21 Schizoaffective Störung
	6A22 Schizotype Störung
	6A23 Akute vorübergehende psychotische Störung
	6A24 Wahnhafte Störung
	6A25 Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen
	Substanzinduzierte psychotische Störungen (<i>spezifiziert für einzelne Substanzen</i>)
	6A2Y Sonstige näher bezeichnete Schizophrenie oder primäre psychotische Störungen
	6A2Z Schizophrenie oder primäre psychotische Störungen, nicht näher bezeichnet
Katatonie	
	6A40 Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung
	6A41 Katatonie durch Substanzen oder Medikamente
	6E69 Sekundäres Katatonie-Syndrom
	6A4Z Katatonie, nicht näher spezifiziert
Affektive Störungen	
	Bipolare oder verwandte Störungen
	6A60 Bipolare Störung Typ I
	6A61 Bipolare Störung Typ II
	6A62 Zyklotyme Störung
	6A6Y Sonstige näher bezeichnete bipolare oder verwandte Störungen
	6A6Z Bipolare oder verwandte Störungen, nicht näher spezifiziert
	Depressive Störungen
	6A70 Einzelne depressive Episode
	6A71 Rezidivierende depressive Störung
	6A72 Dysthyme Störung
	6A73 Gemischte depressive und Angststörung
	GA34.41 Prämenstruelle dysphorische Störung
	6A7Y Sonstige näher bezeichnete depressive Störungen
	6A7Z Depressive Störungen, nicht näher bezeichnet
	6A80 Symptomatisches und Verlaufs-Erscheinungsbild von affektiven Episoden bei affektiven Störungen (<i>mehrere Spezifikationen</i>)
	Substanzinduzierte affektive Störungen (<i>spezifiziert für einzelne Substanzen</i>)
	6E62 Sekundäres affektives Syndrom (<i>mehrere Spezifikationen</i>)
	6A8Y Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
	6A8Z Affektive Störungen, nicht näher bezeichnet

Tab. 2.5 Gliederung der diagnostischen Kategorien der ICD-11 im Kapitel 6 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen (Forts.)

Angst- oder furchtbezogene Störungen	
	6B00 Generalisierte Angst-Störung
	6B01 Panikstörung
	6B02 Agoraphobie
	6B03 Spezifische Phobie
	6B04 Soziale Angst-Störung
	6B05 Trennungsangst-Störung
	6B06 Selektiver Mutismus
	Substanzinduzierte Angst-Störungen (<i>spezifiziert für einzelne Substanzen</i>)
	6B23 Hypochondrie
	6E63 Sekundäres Angst-Syndrom
	6B0Y Sonstige näher bezeichnete Angst- oder furchtbezogene Störungen
	6B0Z Angst- oder furchtbezogene Störungen, nicht näher bezeichnet
Zwangsstörungen oder verwandte Störungen	
	6B20 Zwangsstörung
	6B21 Körperdysmorphie Störung
	6B22 Eigengeruchswahn
	6B23 Hypochondrie
	6B24 Pathologisches Horten
	6B25 Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen
	Substanzinduzierte Zwangsstörungen oder verwandte Störungen (<i>spezifiziert für einzelne Substanzen</i>)
	6E64 Sekundäres Zwangs- oder verwandtes Syndrom
	8A05.00 Tourette-Syndrom
	6B2Y Sonstige näher bezeichnete Zwangsstörung oder verwandte Störungen
	6B2Z Zwangsstörung oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet
Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind	
	6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
	6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
	6B42 Anhaltende Trauer-Störung
	6B43 Anpassungsstörung
	6B44 Reaktive Bindungsstörung
	6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten
	6B4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
	6B4Z Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind, nicht näher bezeichnet
Dissoziative Störungen	
	6B60 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen
	6B61 Dissoziative Amnesie

Tab. 2.5 Gliederung der diagnostischen Kategorien der ICD-11 im Kapitel 6 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen (Forts.)

6B62	Trance-Störung
6B63	Besessenheits-Trance-Störung
6B64	Dissoziative Identitäts-Störung
6B65	Partiale dissoziative Identitäts-Störung
6B66	Depersonalisations- oder Derealisationsstörung
6E65	Organische emotional-labile asthenische Störung
6B6Y	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen
6B6Z	Dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnet
Fütter- oder Essstörungen	
6B80	Anorexia nervosa
6B81	Bulimia nervosa
6B82	Binge-Eating-Störung
6B83	Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID)
6B84	Pica
6B85	Ruminations- oder Regurgitationsstörung
6B8Y	Sonstige näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen
6B8Z	Fütter- oder Essstörungen, nicht näher bezeichnet
Ausscheidungsstörungen	
6C00	Enuresis
6C01	Enkopresis
6C0Z	Ausscheidungsstörungen, nicht näher bezeichnet
Störungen der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens	
6C20	Körperliche Belastungsstörung
6C21	Körper-Integritäts-Identitätsstörung (BIID)
6C2Y	Sonstige näher bezeichnete Störungen der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens
6C2Z	Störungen der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens, nicht näher bezeichnet
Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte	
6C40–6C4Z	Störungen durch Substanzgebrauch (spezifiziert für einzelne Substanzen)
6C50–6C5Z	Störungen durch Verhaltenssuchte
6C50	Glücksspielsucht
6C51	Computerspielsucht
6C5Y	Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssuchte
6C5Z	Störungen durch Verhaltenssuchte, nicht näher bezeichnet
Störungen der Impulskontrolle	
6C70	Pyromanie
6C71	Kleptomanie
6C72	Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten

Tab. 2.5 Gliederung der diagnostischen Kategorien der ICD-11 im Kapitel 6 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen (Forts.)

6C73	Intermittierende explosive Störung
	Substanzinduzierte Impulskontrollstörung (spezifiziert für einzelne Substanzen)
6C50	Glücksspielsucht
6C51	Computerspielsucht
6E66	Sekundäres Impulskontrollsyndrom
6B25	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen
6C7Y	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Impulskontrolle
6C7Z	Störungen der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen	
6C90	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
6C91	Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten
6C9Y	Sonstiges näher bezeichnetes disruptives Verhalten oder sonstige näher bezeichnete dissoziale Störungen
6C9Z	Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen, nicht näher bezeichnet
Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale	
6D11	Persönlichkeitsstörungen (Subklassifizierung nach dem Schweregrad)
6D11	Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster
6E68	Sekundäre Persönlichkeitsveränderung
Paraphile Störungen (6D30–6D3Z)	
Artifizielle Störungen (6D50–6D5Z)	
Neurokognitive Störungen (Delir, amnestische Störung, Demenz; 6D70–6D7Z; 6D80–6D8Z)	
Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (6E20–6E2Z)	
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen (6E40)	
Sekundäre psychische oder Verhaltens-Syndrome in Verbindung bei andernorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen (6E60–6E6Z)	
Geschlechtsinkongruenz	
HA60	Geschlechtsinkongruenz in der Jugend oder im Erwachsenenalter
HA61	Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter
HA6Z	Geschlechtsinkongruenz, nicht näher bezeichnet
Sonstige näher bezeichnete psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen (6E8Y)	
Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet (6E8Z)	

22 Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle

22.1 Persönlichkeitsstörungen	387
22.1.1 Definition	387
22.1.2 Definition, Klassifikation und Häufigkeit	388
22.1.3 Klinik und Diagnostik	392
22.1.4 Therapie und Verlauf	394
22.2 Borderline-Störung	394
22.2.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit	394
22.2.2 Klinik und Diagnostik	396
22.2.3 Ätiologie	396
22.2.4 Therapie und Verlauf	396
22.3 Störungen der Impulskontrolle	397
22.3.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit	397
22.3.2 Klinik und Diagnostik	398
22.3.3 Ätiologie	398
22.3.4 Therapie und Verlauf	398

22.1 Persönlichkeitsstörungen

22.1.1 Definition

Die Lehre von den sog. Psychopathien bzw. Charakterstörungen nahm in der Psychopathologie des Erwachsenenalters traditionell einen breiten Raum ein. Aus ihr ist später der Begriff der Persönlichkeitsstörungen hervorgegangen. Er zielt gemäß Verständnis der ICD-10 auf **tiefverwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster**, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen äußern. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen **deutliche Normabweichungen** hinsichtlich Wahrnehmungen, Denken, Fühlen und interpersonalen Beziehungen. Derartige Verhaltensmuster sind durch **Stabilität** gekennzeichnet, betreffen vielfältige Verhaltensbereiche und psychische Funktionen und gehen oft mit subjektivem Leiden und Störungen sozialer Funktionen einher.

Die **Definition** der Persönlichkeitsstörung beinhaltet einige kontrovers diskutierte Aspekte. So bestand über lange Zeit wenig Übereinstimmung, wie Persönlichkeitsstörungen kon-

zipiert werden sollen und ob es eine übergeordnete Kategorie oder sehr unterschiedliche Formen gibt. Sowohl theoretisch als auch in der klinischen Praxis fehlten jeweils klare Konzepte einer normalen Persönlichkeit, die den Hintergrund für die Ableitung von Störungen bilden könnten. Ferner war die differenzielle Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen unklar. Die Koexistenz mehrerer Persönlichkeitsstörungen konnte demgemäß sowohl tatsächliche Komorbidität als auch eine Schwäche des Klassifikationssystems bedeuten.

Ebenso war die Gruppierung einzelner Symptome zu einer diagnostischen Einheit, z. B. instabile Beziehungsmuster und Selbstverletzung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, nicht unproblematisch. Hier stellte sich z. B. die Frage, ob es sich um Symptome eines gemeinsamen Prozesses oder aber um eigenständige Phänomene mit einer zeitlichen Verknüpfung der beiden Symptome handelt.

Schließlich enthielten die Konzepte für Persönlichkeitsstörungen implizite Entwicklungsannahmen, die nicht notwendigerweise für das Jugendalter zutreffen. So kann z. B. die Annahme der instabilen Partnerbeziehungen in der Diagnose der Borderline-Störungen für die Adoleszenz überhaupt noch nicht erfüllt sein.

Mit der Konzeption von stabilen und weitgehend fixierten Verhaltensmustern tritt die Kategorie der Persönlichkeitsstörungen in einen eigentümlichen Konflikt zum **Entwicklungsgedanken**, der die Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrem Denken sehr zentral bestimmt. Wenn Entwicklung sowohl in psychologisch-normativer wie auch psychopathologischer Hinsicht als ein offener und unabgeschlossener Prozess verstanden wird, der interaktiv und transaktional ist, dann steht er im Widerspruch zu einer Betrachtungsweise, die eine Störung als Ergebnis einer fixierten und eher statischen Struktur betrachtet.

Dieser Widerspruch erklärt weitgehend die Tatsache, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur spärlich Gebrauch gemacht wird. Die **Entwicklungspsychopathologie** erkennt zwar einerseits für das Kindesalter die Bedeutung an, die u. a. dem *Temperament* als Beschreibung für Verhaltensstile wie Emotionalität, Aktivität und Soziabilität für die Entwicklung des Kindes einschließlich der Bahnung psychischer Störungen zukommt. Andererseits betont sie aber zugleich auch hier das Wechselspiel von Temperament und Reaktionen der sozialen Umwelt in diesem Prozess der Entwicklung von Störungen. So kann ein ungünstiges Temperament, z. B. im Sinne von negativer Emotionalität und sozialem Rückzug, möglicherweise prädisponierend für die Entwicklung von psychischen Störungen wirken. Zugleich müssen jedoch zusätzliche Bedingungs-elemente, insbesondere aus dem jeweiligen lebensgeschichtlichen und situativen Kontext, hinzutreten. Entsprechende Risikofaktoren für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen bilden gemäß neueren Forschungserkenntnissen Mangel-erfahrungen mit körperlicher und emotionaler Vernachlässigung und Missbrauch in der frühen Kindheit.

22.1.2 Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Entsprechend dieser kritischen Distanz zur Diagnose der Persönlichkeitsstörungen kennt die Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Kindesalter nur wenige klinische Syndrome, welche die eingangs erwähnten Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllen. Ohne Zweifel ist dies beim **Asperger-Syndrom** der Fall (ausführliche Beschreibung > Kap. 6). Weniger gesichert hinsichtlich der nosologischen Validität ist der Typus des **scheuen und gehemmten Kindes**. Diese Konstellation von Persönlichkeitszügen hat sehr wahrscheinlich eher die Bedeutung einer Disposition für die Entwicklung von Angststörungen im späteren Leben. In sehr ähnlicher Weise bilden auch andere Störungen des Kindesalters einen **entwicklungspsychopathologischen Vorläufer** für spätere Auffälligkeiten, ohne damit als Persönlichkeitsstörungen betrachtet werden zu müssen.

Eine entsprechende Kontinuität besteht durchaus zwischen den dissozialen Störungen im Kindesalter und der antisozialen

Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters. Ab dem Jugendalter können hier bei einer **Untergruppe dissozialer Jugendlicher** spezielle Kontinuitäten bestehen, die mit den Begriffen der **gefühlssarmen Persönlichkeitszüge** (*callous-unemotional traits*) oder der *psychopathy* beschrieben werden. Das Konstrukt der *psychopathy* steht im Überschneidungsbereich der sog. Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen), verbindet affektiv-interpersonelle Persönlichkeitsdimensionen mit antisozialen und kriminellen Verhaltensmerkmalen und wird somit speziell bei forensischen Fragestellungen relevant. Im Unterschied zum alten Begriff der Psychopathie ist mit *psychopathy* weniger die mangelnde Korrigierbarkeit verbunden, zumal Therapieerfolge auch bei betroffenen Jugendlichen nachgewiesen werden konnten. Ferner wird die Diagnose der sog. **Borderline-Persönlichkeitsstörung** seit einiger Zeit klinisch vermehrt auch bereits bei Jugendlichen vergeben. Auf diese Störung wird im nächsten Abschnitt detailliert eingegangen.

Im Kontrast zu der geringen Anwendbarkeit für das Kindesalter kann das Konzept der Persönlichkeitsstörungen also für das **Jugendalter** und hier besonders für die fortgeschrittene Adoleszenz eine gewisse klinische Relevanz beanspruchen. Aber auch hier ist jeweils sehr sorgfältig zu prüfen, ob der Entwicklungsgedanke und die damit verknüpfte interaktive Betrachtungsweise der Ableitung von Störungen im klinischen Einzelfall durch die Zuschreibung einer Persönlichkeitsstörung empfindlich verletzt werden. Hingegen kann die Kenntnis der Persönlichkeitsstörungen für die Beurteilung von wichtigen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen von Bedeutung sein, sodass eine detaillierte Abhandlung dieser Störungen in diesem Kapitel erfolgt.

Die Klassifikation der spezifischen Persönlichkeitsstörungen gemäß **ICD-10** gibt > Tab. 22.1 wieder. Erste Manifestationen können bereits in Kindheit oder Adoleszenz beobachtet werden, wenngleich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren als wahrscheinlich unangemessen betrachtet wird. Hinsichtlich der **diagnostischen Leitlinien** wird betont, dass die jeweiligen Störungsbilder nicht direkt auf Hirnschädigungen oder -erkrankungen oder auf andere psychische Störungen zurückgeführt werden können. Folgende **Kriterien** müssen erfüllt sein:

- Es besteht eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf die Dauer im Erwachsenenalter.

Tab. 22.1 Klassifikation und Kennzeichen der Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10

F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
	1. Übertriebene Empfindlichkeit auf Zurückweisung und Zurücksetzung 2. Neigung zu ständigem Groll wegen der Weigerung, Beleidigungen, Verletzungen oder Missachtungen zu verzeihen 3. Misstrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden 4. Streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten 5. Häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der generellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners 6. Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl, das sich in ständiger Selbstbezogenheit zeigt 7. Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
	1. Wenige oder überhaupt keine Tätigkeiten bereiten Vergnügen 2. Emotionale Kühle, Distanziertheit oder flache Affektivität 3. Geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle oder auch Ärger anderen gegenüber zu zeigen 4. Anscheinende Gleichgültigkeit gegenüber Lob oder Kritik 5. Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person (unter Berücksichtigung des Alters) 6. Übermäßige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen 7. Übermäßige Inanspruchnahme durch Phantasie und Introspektion 8. Mangel an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens zu einer Person) und fehlender Wunsch nach solchen Beziehungen 9. Deutlich mangelndes Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
	1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer 2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen 3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen 4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten 5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein und zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung 6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründig Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
	Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden; bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.
F60.30	Impulsiver Typus
	Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.
F60.31	Borderline-Typus
	Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschl. der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstbeschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
	1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen 2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände 3. Oberflächliche und labile Affektivität 4. Andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht 5. Unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten 6. Übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität

Tab. 22.1 Klassifikation und Kennzeichen der Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10 (Forts.)

F60.5	Anankastische Persönlichkeitsstörung
	1. Übermäßiger Zweifel und Vorsicht 2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen 3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert 4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen 5. Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen 6. Ridigität und Eigensinn 7. Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren 8. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
	1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit 2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein 3. Ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden 4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sich sicher, gemocht zu werden 5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit 6. Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung
F60.7	Abhängige Persönlichkeitsstörung
	1. Bei den meisten Lebensentscheidungen wird an die Hilfe anderer appelliert oder die Entscheidung wird anderen überlassen 2. Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen anderer 3. Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht 4. Unbehagliches Gefühl beim Alleinsein aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können 5. Häufige Angst, von einer Person verlassen zu werden, zu der eine enge Beziehung besteht, und auf sich selbst angewiesen zu sein 6. Eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen, ohne ein hohes Maß an Ratschlägen und Bestätigung von anderen
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
	Persönlichkeitsstörungen, für die keine der spezifischen Kategorien (F60.0 bis F60.7) zutreffen. Dazugehörige Begriffe: • exzentrische Persönlichkeit(sstörung) • haltlose Persönlichkeit(sstörung) • narzisstische Persönlichkeit(sstörung) • passiv-aggressive Persönlichkeit(sstörung) • (psycho)neurotische Persönlichkeit(sstörung) • unreife Persönlichkeit(sstörung)
F60.9	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung
F61.0	Kombinierte Persönlichkeitsstörungen

• Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.

• Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die **Diagnose** der meisten Untergruppen in > Tab. 22.1 müssen jeweils drei der genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen. Die schizoide Persönlichkeitsstörung wird in der ICD-10 **differenzialdiagnostisch** ausdrücklich vom Asperger-Syndrom abgegrenzt, das in der englischsprachigen Literatur auch als „*schizoid personality*“ bezeichnet worden war. Ebenso müssen gemäß ICD-10 die Störungen des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend von der dissozialen Persönlichkeitsstörung differenziert werden. Bei der Abhandlung dieser Störungen in > Kapitel 19 war auf die in Einzel-

fällen gerechtfertigte Ableitung der Delinquenz Jugendlicher aus einer dissozialen Persönlichkeitsstörung hingewiesen worden. Unter den übrigen in der Tabelle aufgeführten Persönlichkeitsstörungen bedarf die Borderline-Störung einer besonderen Abhandlung.

Die ICD-10 berücksichtigt ferner eine Kategorie der **andauernden Persönlichkeitsveränderung** (F62), die auf die Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters wenig anwendbar ist, sowie verschiedene **abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle** (F63), die ebenfalls kurz in einem gesonderten Abschnitt dargestellt werden.

Die **ICD-11** hat die Persönlichkeitsstörungen und zugehörigen Persönlichkeitsmerkmale bedeutsam neu konzipiert, wie > Tab. 22.2 entnommen werden kann. Neu wird

Tab. 22.2 Definition und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen und zugehöriger Persönlichkeitsmerkmale in der ICD-11

6D10	Persönlichkeitsstörung
Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z.B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschliche Störungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in vielen persönlichen und sozialen Situationen (d.h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit bedeutsamem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.	
6D10.0	Leichtgradige Persönlichkeitsstörung
6D10.1	Mittelgradige Persönlichkeitsstörung
6D10.2	Schwergradige Persönlichkeitsstörung
6D10.Z	Persönlichkeitsstörung, Schweregrad nicht näher bezeichnet
6D11	Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster
Qualifizierende Merkmalsbereiche können auf Persönlichkeitsstörungen oder eine Persönlichkeitsproblematik angewandt werden, um die Persönlichkeitsmerkmale einer Person zu beschreiben, die am stärksten ausgeprägt sind und zur Persönlichkeitsbeeinträchtigung beitragen. Die Merkmalsbereiche liegen auf einem Kontinuum mit normalen Persönlichkeitsmerkmalen bei Personen, die keine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsproblematik haben. Merkmalsdomänen sind keine diagnostischen Kategorien, sondern stellen vielmehr eine Reihe von Dimensionen dar, die der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur entsprechen. Es können so viele Merkmalsdomänen als Qualifizierungsmerkmale verwendet werden, wie zur Beschreibung der Persönlichkeitsfunktion erforderlich sind. Personen mit einer schwereren Persönlichkeitsbeeinträchtigung weisen in der Regel eine größere Anzahl auffälliger Merkmalsdomänen auf.	
6D11.0	Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
6D11.1	Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
6D11.2	Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
6D11.3	Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
6D11.4	Anankasmus (Zwanghaftigkeit) bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
6D11.B	Borderline-Muster
6E68	Sekundäre Persönlichkeitsänderung
(Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von Störungen oder Krankheiten, die nicht unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen fallen) Ein Syndrom, das durch eine anhaltende Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet ist, die eine Abweichung von dem früheren charakteristischen Persönlichkeitsmuster der Person darstellt und als direkte pathophysiologische Folge einer Gesundheitsstörung verstanden wird, die nicht unter die psychischen und Verhaltensstörungen fällt, und zwar auf der Grundlage einer biografischen Anamnese, einer körperlichen Untersuchung oder Laborbefunden. Die Symptome sind nicht auf ein Delir oder eine andere psychische Störung oder Verhaltensstörung zurückzuführen und sind keine psychologisch vermittelte Reaktion auf eine schwere Gesundheitsstörung (z. B. sozialer Rückzug, Vermeidung oder Abhängigkeit als Reaktion auf eine lebensbedrohliche Diagnose). Diese Kategorie sollte zusätzlich zur Diagnose für die mutmaßlich zugrundeliegende Störung oder Krankheit verwendet werden, wenn die Persönlichkeitssymptome so schwerwiegend sind, dass sie mit einer besonderen klinischen Aufmerksamkeit einhergehen.	

zwischen den Ebenen der *Persönlichkeitsstörung* (6D10) und der *Ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmale und -muster* (6D11) differenziert. Bei den Persönlichkeitsstörungen wird zunächst der Schwerpunkt auf die Einstufung des **Schweregrades** gelegt. In einem nächsten Schritt werden die ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmale und -muster hinsichtlich der vorherrschenden Persönlichkeitszüge und -muster qualifiziert, wobei in einem Profil **negative Affektivität, soziale Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Zwanghaftigkeit** und – wegen des klinischen Stellenwertes – als gesonderte Kategorie das **Borderline-Muster** erfasst werden. Diese Kategorien heben sich bedeutsam von der Klassifikation der Persönlichkeits-

störungen in der ICD-10 ab und sind stärker deskriptiv orientiert. Ferner werden die Persönlichkeitsstörungen und verwandten Persönlichkeitszüge von **sekundären Persönlichkeitsveränderungen** in der Folge anderer Störungen und Krankheiten abgegrenzt, die keine psychische oder verhalten-sorientierte Störung darstellen.

Der ICD-11-Klassifikation der Persönlichkeitsstörung liegt als einziger psychischer Störung ein **dimensionales Konzept** (> Kap. 2) zugrunde, indem die Diagnosekategorien der ICD-10 aufgehoben und stattdessen ein Konzept eines Spektrums von ungestörter bis zur schwer gestörter Persönlichkeit erstellt wurde. Gleichzeitig wurde das **Alterskriterium** aufgehoben

und die Persönlichkeitsstörung nunmehr über die gesamte Lebensspanne betrachtet. Als **Voraussetzung** gilt lediglich eine Dauer von mindestens zwei Jahren und dass die Störung entwicklungsunangemessen ist.

Das Konzept berücksichtigt ferner unterhalb der Schwelle einer Diagnose liegende **Persönlichkeitsschwierigkeiten** (QE50.7), die häufig sind, aber nicht zu kontinuierlichen oder schwerwiegenden Funktionseinschränkungen führen. Klinisch entsprechen sie den sogenannten *akzentuierten Wesenszügen*, die eine längere Tradition in der deskriptiven Psychopathologie haben. Somit reicht das dimensionale Konzept der Auffälligkeiten der Persönlichkeit in der ICD-11 anhand des Schweregrads von „keine Persönlichkeitsauffälligkeit“ über „Persönlichkeitsschwierigkeiten“, „Leichtgradige Persönlichkeitsstörungen“ (nicht alle Funktionsbereiche sind betroffen; in manchen Kontexten zeigen sich eher wenig Beeinträchtigungen), „Mittelgradige Persönlichkeitsstörungen“ (viele Funktionsbereiche sind betroffen, aber einige weniger stark) bis hin zu „Schwergradigen Persönlichkeitsstörungen“ (sämtliche oder die meisten Funktionsbereiche sind stark bis sehr stark betroffen).

Angesichts der zurückhaltenden Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter gibt es kaum verlässliche Zahlen zur **Häufigkeit** dieser Störungen. Insofern kommt einer dänischen Register-Studie mit Zahlen zur Prävalenz und Inzidenz im Zeitraum von 2007 bis 2017 besondere Bedeutung zu. Die Studie ermittelte eine Zunahme der Inzidenz für die Borderline-, die ängstliche und die unspezifizierte Persönlichkeitsstörung in dieser Dekade, während der

Anteil an der Gesamtheit aller psychiatrischen Diagnosen von 4,2 auf 2,8 % abnahm. Die diagnostizierten Fälle waren eher im Jugendalter und weiblich und hatten eine viermal höhere Rate an psychiatrischen Notfallkontakten als die Klientel mit anderen psychiatrischen Diagnosen.

22.1.3 Klinik und Diagnostik

Im Unterschied zu der Verwendung diskreter Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen in der klinischen Praxis bis zur ICD-10 ist mit der neuen dimensional Konzeption dieser Störungen in der ICD-11 nunmehr ein **mehrstufiger diagnostischer Prozess** verbunden:

- Er beginnt mit der grundlegenden Frage, ob die **allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung** im Sinne beeinträchtigter selbstbezogener und interpersoneller Persönlichkeitsfunktionen (s. die Definition in > Tab. 22.2) erfüllt sind,
- schließt die **Bestimmung des Schweregrades** (leicht-, mittel- oder schwergradig) an (s. die Definitionen in > Tab. 22.3) und
- bestimmt sodann das **Persönlichkeitsprofil** im Sinne pathologischer **Persönlichkeitsdomänen** (negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Zwanghaftigkeit, Borderline-Muster) (> Tab. 22.4; das Borderline-Muster wird wegen seiner Relevanz für die Jugendpsychiatrie im folgenden Abschnitt dieses Kapitels separat abgehandelt).

Tab. 22.3 Bestimmung des Schweregrades der Persönlichkeitsstörungen und zugehöriger Persönlichkeitsmerkmale in der ICD-11

6D10.0	Leichtgradige Persönlichkeitsstörung
	Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Beeinträchtigungen betreffen einige Funktionsbereiche der Persönlichkeit, aber nicht andere (z.B. Probleme mit der Selbststeuerung bei fehlenden Problemen mit der Stabilität und Kohärenz der Identität oder des Selbstwerts), und können in einigen Kontexten nicht ersichtlich sein. Es gibt Probleme in vielen zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder bei der Erfüllung erwarteter beruflicher und sozialer Rollen, aber einige Beziehungen werden aufrechterhalten und/oder einige Rollen ausgeübt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von geringem Schweregrad. Eine leichtgradige Persönlichkeitsstörung geht in der Regel nicht mit einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung einher, kann aber mit erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen einhergehen, die entweder auf bestimmte Bereiche beschränkt sind (z.B. Liebesbeziehungen, Berufstätigkeit) oder in mehreren Bereichen auftreten, aber weniger stark ausgeprägt sind.
6D10.1	Mittelgradige Persönlichkeitsstörung
	Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Störungen betreffen mehrere Bereiche der Persönlichkeitsfunktion (z.B. Identität oder Selbstwertgefühl, Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen, Fähigkeit zur Impulskontrolle und Verhaltensanpassung). Einige Bereiche der Persönlichkeitsfunktion können jedoch relativ wenig beeinträchtigt sein. In den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen treten deutliche Probleme auf, und die Erfüllung der meisten erwarteten sozialen und beruflichen Rollen ist zu einem gewissen Grad beeinträchtigt. Die Beziehungen sind häufig von Konflikten, Vermeidung, Rückzug oder extremer Abhängigkeit geprägt (z.B. es werden nur wenige Freundschaften aufrechterhalten, anhaltende Konflikte in Arbeitsbeziehungen und daraus resultierende berufliche Probleme, Liebesbeziehungen sind durch ernsthafte Brüche oder unangemessene Unterwürfigkeit gekennzeichnet). Die spezifischen Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von mittlerem Schweregrad. Eine mittelgradige Persönlichkeitsstörung geht manchmal mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit einer deutlichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden, auch wenn die Funktionsfähigkeit in umschriebenen Bereichen erhalten bleiben kann.

Tab. 22.3 Bestimmung des Schweregrades der Persönlichkeitsstörungen und zugehöriger Persönlichkeitsmerkmale in der ICD-11 (Forts.)

6D10.2	Schwergradige Persönlichkeitsstörung
	Alle allgemeinen diagnostischen Anforderungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Es bestehen schwerwiegende Funktionsbeeinträchtigungen in Aspekten des Selbst (z. B. kann die Selbstwahrnehmung so instabil sein, dass die Personen angeben, kein Gefühl dafür zu haben, wer sie sind, oder sie sind so starr, dass sie sich weigern, an mehr als nur einem extrem engen Spektrum an Situationen teilzunehmen; die Selbstwahrnehmung kann durch Selbstverachtung gekennzeichnet sein oder grandios oder höchst exzentrisch sein). Probleme im zwischenmenschlichen Bereich beeinträchtigen praktisch alle Beziehungen ernsthaft, und die Fähigkeit und Bereitschaft, die erwarteten sozialen und beruflichen Aufgaben zu erfüllen, ist nicht vorhanden oder stark beeinträchtigt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsbeeinträchtigung sind schwerwiegend und betreffen die meisten, wenn nicht alle Bereiche der Persönlichkeitsfunktion. Eine schwergradige Persönlichkeitsstörung geht häufig mit Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit schweren Beeinträchtigungen in allen oder fast allen Lebensbereichen verbunden, einschließlich persönlicher, familiärer, sozialer, ausbildungsbezogener, beruflicher und anderer wichtiger Funktionsbereiche.

Tab. 22.4 Kennzeichen der ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmale und -muster in der ICD-11

6D11.0	Negative Affektivität
	Das Hauptmerkmal der Merkmalsdomäne „Negative Affektivität“ ist die Tendenz, ein breites Spektrum an negativen Emotionen zu erleben. Zu den häufigsten Erscheinungsformen der negativen Affektivität, die möglicherweise nicht alle gleichzeitig bei einer Person auftreten, gehören: Das Erleben eines breiten Spektrums negativer Emotionen mit einer Häufigkeit und Intensität, die nicht im Verhältnis zur Situation stehen, emotionale Labilität und unzureichende Emotionsregulation, negativistische Einstellungen, geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Misstrauen.
6D11.1	Distanziertheit
	Das Hauptmerkmal der Merkmalsdomäne „Distanziertheit“ ist die Tendenz, zwischenmenschliche Distanz (soziale Distanziertheit) und emotionale Distanz (emotionale Distanziertheit) zu wahren. Zu den häufigsten Erscheinungsformen der Distanziertheit, die möglicherweise nicht alle gleichzeitig bei einer Person auftreten, gehören: Soziale Distanziertheit (Vermeidung sozialer Interaktionen, Mangel an Freundschaften und Vermeidung von Intimität) und emotionale Distanziertheit (Zurückhaltung, Unnahbarkeit und Einschränkungen im Ausdruck und Erleben von Emotionen).
6D11.2	Dissozialität
	Das Hauptmerkmal der Merkmalsdomäne „Dissozialität“ ist die Missachtung der Rechte und Gefühle anderer, was sowohl Selbstbezogenheit als auch mangelnde Empathie umfasst. Zu den häufigsten Erscheinungsformen von Dissozialität, die möglicherweise nicht alle gleichzeitig bei einer Person auftreten, gehören: Selbstbezogenheit (z. B. Anspruchsdenken, Erwartung der Bewunderung durch andere, positives oder negatives aufmerksamkeitsheischendes Verhalten, Beschäftigung mit den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und dem eigenen Wohlbefinden und nicht mit denen anderer); und mangelnde Empathie (d. h., Gleichgültigkeit in Bezug darauf, ob die eigenen Handlungen anderen Unannehmlichkeiten bereiten oder sie verletzen, was sich in betrügerischem, manipulativem und ausbeuterischem Verhalten gegenüber anderen, Gemeinheit und körperlicher Aggression, Gefühlskälte gegenüber dem Leiden anderer und Rücksichtslosigkeit bei der Durchsetzung der eigenen Ziele äußern kann).
6D11.3	Enthemmung
	Das Hauptmerkmal der Merkmalsdomäne „Enthemmung“ ist die Tendenz, aufgrund unmittelbarer äußerer oder innerer Reize (d. h. Empfindungen, Emotionen, Gedanken) vorschnell zu handeln, ohne mögliche negative Konsequenzen in Betracht zu ziehen. Zu den häufigsten Erscheinungsformen der Enthemmung, die möglicherweise nicht alle gleichzeitig bei einer Person auftreten, gehören: Impulsivität, Ablenkbarkeit, Verantwortungslosigkeit, Leichtsinnigkeit und mangelnde Planung.
6D11.4	Anankasmus
	Das Hauptmerkmal der Merkmalsdomäne Anankasmus (Zwanghaftigkeit) ist eine enge Fokussierung auf den eigenen rigiden Maßstab für Perfektion und für richtig und falsch sowie auf die Kontrolle des eigenen Verhaltens, des Verhaltens anderer und von Situationen, um die Einhaltung dieser Standards zu gewährleisten. Zu den häufigsten Erscheinungsformen von Anankasmus, die möglicherweise nicht alles gleichzeitig bei einer Person auftreten, gehören: Perfektionismus (z. B. Beschäftigung mit sozialen Regeln, Verpflichtungen und Normen von richtig und falsch, peinlich genaue Beachtung von Details, rigide, systematische Alltagsroutinen, übertriebene Zeiteinteilung und Planung, Betonung von Organisation, Ordnung und Sauberkeit); und emotionale und verhaltensbezogene Gehemmtheit (z. B. rigide Kontrolle des emotionalen Ausdrucks, Hartnäckigkeit und Inflexibilität, Risikovermeidung, Perseveration und Neigung zum Abwägen).

Spezifische Persönlichkeitsdomänen (im Sinne der sog. *Traits*; s. ➤ Kap. 4) können benutzt werden, um diejenigen Merkmale der Persönlichkeit eines Individuums zu beschreiben, die dominant sind und zur Persönlichkeitsstörung beitragen. Diese

Persönlichkeitsmerkmale sind das pathologische Spiegelbild zu den sog. *Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen* der dimensional orientierten psychologischen Persönlichkeitsdiagnostik.

22.1.4 Therapie und Verlauf

Persönlichkeitsstörungen werden traditionell als therapeutisch nur begrenzt korrigierbar betrachtet. Gleichwohl gilt es, einem therapeutischen Nihilismus entgegen zu treten. Die begrenzten Möglichkeiten spezifischer Therapieverfahren bedeuten nicht, dass nicht mit einer Kombination von verschiedenen Elementen Erfolge erzielt werden können.

Entsprechend wird in der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen ein **multimodaler Therapieansatz** unter Einschluss von Psycho- und Verhaltenstherapie, begleitender Eltern- und Familienberatung sowie Medikation umgesetzt. In der *Psychotherapie* besteht das Ziel in der Entwicklung von Möglichkeiten der Realitätsprüfung und dem Aufbau reiferer Abwehrmechanismen. In der psychoanalytischen Psychotherapie werden Modifikationen der psychoanalytischen Interpretationstechnik für erforderlich gehalten, indem der Therapeut bzw. die Therapeutin hier stärkere Zurückhaltung wahrt und eher als Hilfs-Ich dient, zumal diese Patienten ein starkes Bedürfnis nach einer verlässlichen und stabilen Objektbeziehung haben.

Von anderer Seite ist ein eher direktives Vorgehen mit klarer Grenzziehung und das Fehlverhalten konfrontierenden Elementen einschließlich einer Modifikation der kognitiven Verzerrungen empfohlen worden. Derartige Positionen stehen dem korrigierenden Ansatz der *kognitiven Verhaltenstherapie* näher. Unter den verschiedenen *Psychopharmaka*, die zum Einsatz kommen können, befinden sich je nach Zielsymptom Anxiolytika, trizyklische Antidepressiva und niederpotente Antipsychotika. ➤ Box 22.1 vermittelt eine Orientierung über die Zielsymptome der Psychopharmakotherapie.

BOX 22.1

Zielsymptome der Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Psychomotorische Unruhe, akute Affektwutdurchbrüche

- Antipsychotika (z. B. Atypika)
- Benzodiazepine

Impulsivität, Selbst- und Fremdaggression

- SSRI
- Antipsychotika (z. B. Atypika)
- Stimmungstabilisierer

Psychotiforme Symptome, Derealisation, kognitive Störungen

- Antipsychotika (z. B. Atypika)

Ängstlichkeit, Depressivität und Affektlabilität

- SSRI
- Andere Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Stimmungstabilisierer

Sorgfältige **Therapiebewertungen**, welche die Praxis leiten könnten, fehlen weitgehend. Längerfristige Therapien unter Einschluss von pädagogisch-institutionellen Maßnahmen haben möglicherweise einen prognostisch günstigeren Effekt. Der längerfristige **Verlauf** von Persönlichkeitsstörungen mit Beginn im Jugendalter weist im jungen Erwachsenen-

alter erhöhte Prävalenzraten für Angststörungen, affektive Störungen, disruptive Störungen einschließlich Gewalt und Kriminalität sowie für Suizidalität auf. Die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen auch im Erwachsenenalter diese Störung beibehalten, ist trotz einer tendenziellen Abnahme immer noch beträchtlich. Eine Borderline-Störung in der Kindheit scheint einer Reihe von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter, nicht notwendigerweise aber einer Borderline-Störung oder einer anderen psychiatrischen Störung des Erwachsenenalters vorauszugehen.

22.2 Borderline-Störung

22.2.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Das Konzept der Borderline-Störung stammt ursprünglich aus der Psychoanalyse, wo es in der Anwendung auf Erwachsene, Jugendliche und Kinder einen Grenzbereich jenseits der sog. psychoneurotischen Störungen beschreiben soll, der gleichwohl noch nicht dem der Psychose zuzurechnen ist. Als charakteristisch werden Defizite in der Entwicklung adäquater und stabiler Funktionen in den Bereichen von **Impulskontrolle, Affektmodulation, Aufmerksamkeit, Kognitionen und Objektbeziehungen** betrachtet. In psychodynamischer Sicht haben Menschen mit einer Borderline-Störung nicht einmal die relativ stabile Organisationsstruktur der Persönlichkeit gefunden, wie sie bei der klassischen Psychoneurose vorliegt.

Angeichts der mangelnden nosologischen Validität der psychoanalytischen Konzepte sind in der Vergangenheit vielfältige Bemühungen unternommen worden, die beschriebenen Auffälligkeiten in eine eher deskriptiv gehaltene Definition zu übersetzen. Trotz der Bemühungen um die Ableitung begrifflich klarer Definitionen wurde die Kategorie der Borderline-Störung auch bei Kindern und Jugendlichen bisher sehr uneinheitlich verwendet. Das sehr häufig vermittelte Verständnis einer vor allem durch Denk- und Kognitionsstörungen gekennzeichneten psychosenahen Symptomatik wird durch die **ICD-10-Kriterien** nicht abgedeckt. Hier wird der Borderline-Typus vielmehr neben dem impulsiven Typus als eine Unterform der **emotional instabilen Persönlichkeit** betrachtet (➤ Tab. 22.1). Im Kern besteht die Diagnose aus den Merkmalen Impulsivität, emotionale Labilität und Affektdurchbrüchen (➤ Tab. 22.3).

Zugleich hat die ICD-10 mit der Berücksichtigung der Kategorie der **schizotypen Störung** (F21) dafür gesorgt, dass der psychosenaher Anteil des traditionellen Konzepts der Borderline-Störung anderweitig definiert und klassifiziert wird. Hierbei handelt es sich um eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung,

die schizophren wirken, obschon eindeutige schizophrene Symptome fehlen. Die nosologische Unschärfe des Begriffs der schizotypen Störung wird allerdings aus dem Umstand ersichtlich, dass die ICD-10 angesichts unklarer Grenzen zur Schizophrenia simplex bzw. zu den schizoiden und paranoiden Persönlichkeitsstörungen zu einem zurückhaltenden Gebrauch dieser Kategorie mahnt.

Eine ähnliche Zurückhaltung scheint auch hinsichtlich einer breiten Verwendung der Diagnose der Borderline-Störung geboten. In der Klassifikation nach **ICD-11** wird das sog. **Borderline-Muster** nur als *qualifizierendes Persönlichkeitsmerkmal* in Verbindung mit einer *Persönlichkeitsstörung* gebraucht. Dabei wird das Borderline-Muster zusätzlich zu den pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen *negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung* und *Zwanghaftigkeit* als Subspezifizierung berücksichtigt. Wenn gleich die ersten Anzeichen für eine Borderline-Störung in der Kindheit und speziell in der Prä-Adoleszenz sichtbar werden können, im Jugendalter zunehmen und sich im Erwachsenenalter fortsetzen, erfolgt die klinische Identifizierung meist erst später im Leben.

Die in einigen Bereichen bislang unklare nosologische **Validität** rechtfertigt diese Diagnose für das Kindesalter kaum. Auch für das Jugendalter erscheint die Anwendung nicht unproblematisch, zumal einerseits die Abgrenzung gegenüber noch normalen Variationen der Entwicklung in der Adoleszenz schwierig ist und andererseits definitorische Überlappungen mit Teilelementen anderer Persönlichkeitsstörungen vorliegen. Dies gilt z. B. für die dissoziale, histrionische, anankastische und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung der ICD-10 (> Tab. 22.1) und auch die anderen qualifizierenden Persönlichkeitszüge der ICD-11. Die Kennzeichen des Borderline-Musters gemäß ICD-11 CDDR sind in > Tab. 22.5 dargestellt.

Hinsichtlich der **Häufigkeit** werden Prävalenzraten von 0,4–2 % in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung geschätzt. Zur Prävalenz im Jugendalter gibt es keine repräsentativen und validen Angaben. In einer dänischen Registerstudie stiegen die Prävalenzen für die Borderline-Störung im Kindes- und Jugendalter in der Periode 2007–2017 von 23,6 % auf 34,1 % an.

Tab. 22.5 Spezifizierung für das Borderline-Muster gemäß ICD-11 CDDR

Beachte: Die Spezifizierung für das Borderline-Muster wurde aufgenommen, um die klinische Nützlichkeit der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen zu verstärken. Zwischen diesem Muster und den in den Spezifizierungen für die Persönlichkeitsmerkmale enthaltenen Informationen gibt es beträchtliche Überlappungen (besonders typisch für negative Affektivität, Dissozialität und Enthemmung). Der Gebrauch dieser Spezifizierung kann jedoch die Identifizierung von Menschen erleichtern, die auf bestimmt psychotherapeutische Behandlungen ansprechen.

Die Spezifizierung für das Borderline-Muster kann für Menschen angewandt werden, deren Muster der Persönlichkeitsstörung durch ein weit verbreitetes Muster der Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte und ausgeprägte Impulsivität charakterisiert ist, das sich in fünf (oder mehr) der folgenden Kennzeichen äußert:

- Hektische Bemühungen, reale oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden
- Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die als Schwanken zwischen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sein können, typischerweise mit dem starken Wunsch nach und Furcht vor Nähe und Intimität verbunden
- Identitätsstörung, die sich in ausgeprägter und anhaltend instabilem Selbstbild oder Selbstverständnis manifestiert; eine Tendenz zu voreiliger Handlung in Zuständen hoher negativer Affektivität, die zu möglichem selbstschädigendem Verhalten führt (z. B. riskantes Sexualverhalten, rücksichtsloses Fahren, exzessiver Alkohol- oder Substanzkonsum, Heißhungerattacken)
- Wiederkehrende Episoden der Selbstverletzung (z. B. Suizidversuche oder -gesten, Selbstverletzung)
- Emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität – Stimmungsveränderungen, die entweder durch innere Abläufe (z. B. eigene Gedanken) oder äußere Ereignisse ausgelöst werden können, als deren Konsequenz der Mensch intensive dysphorische Stimmungszustände erleben kann, die typischerweise für wenige Stunden bis zu mehreren Tagen anhalten können
- Chronische Gefühle der Leere
- Unangemessen intensiver Ärger oder Schwierigkeit, den Ärger zu kontrollieren, in Form von häufigen Wutanfällen (z. B. Schreien, Gegenstände werfen oder zerstören, körperliche Auseinandersetzungen)
- Vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseartige Zeichen (z. B. kurze Halluzinationen, Paranoia) in Situationen hoher affektiver Erregung

Andere Manifestationen des Borderline-Musters, die nicht vollständig zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegen müssen, umfassen die folgenden:

- Eine Sicht auf sich selbst als inadäquat, schlecht, schuldig, abstoßend und verachtenswert
- Eine Selbsterfahrung als ausgeprägt verschieden und isoliert von anderen Menschen und ein schmerzhaftes Gefühl der Entfremdung und weitgehenden Einsamkeit
- Eine Neigung zu Überempfindlichkeit für Zurückweisung, Probleme bei der Bildung und Aufrechterhaltung eines konsistenten und angemessenen Vertrauensniveaus in zwischenmenschliche Beziehungen und häufige Fehlinterpretation sozialer Signale

22.2.2 Klinik und Diagnostik

Die Kardinalsymptome einer **instabilen Stimmung** und **Beziehungsgestaltung** sowie eines **impulsiven Verhaltens** bilden sich typischerweise im Bild einer jungen Frau ab, die in ihren persönlichen (intimen) Beziehungen instabil ist, ausgeprägte Stimmungswechsel zeigt, wiederholte **Selbstverletzungen** praktiziert (meist durch Ritzen oder Schnitte in die Haut) und ein ausgeprägtes **Selbstwertdefizit** bei einem instabilen Selbstbild hat. Dabei geht die Intensität dieser Symptome über das Maß hinaus, das für die Beziehungsinstabilität, die Stimmungsveränderungen und die Identitätsprobleme im Jugendalter typisch ist.

Jugendliche mit einer Borderline-Störung zeigen entwicklungsabhängig weniger die Instabilität in Partnerbeziehungen als in ihren **Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen**. Auch hier gibt es rapide und intensive Wechsel in der Qualität der Beziehungen, die sich bisweilen auch auf Lehrpersonen oder Therapeuten bzw. Bezugspersonen in Heimen oder anderen Institutionen erstrecken können.

Die **Selbstverletzungen** können mit oder ohne **suizidale Motive** auftreten und neben dem eher oberflächlichen Hautritzen auch gefährliche Verletzungen oder Fremdkörperaufnahme (oral, vaginal, anal) beinhalten. Die Selbstverletzungen durch Schneiden und Ritzen in die Haut dienen meist der Befreiung von negativen Gefühlen wie Angst, Verstimmung und Gereiztheit und sind bei Jugendlichen sehr viel häufiger zu beobachten als das Vollbild einer Borderline-Störung und werden als sog. **nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)** bezeichnet. Das **impulsive Verhalten** kann auch Weglaufen, wahllose sexuelle Kontakte und Prostitution einschließen. Die ausgeprägte **Identitätsdiffusion** wird in der Ambivalenz von provokativem und zugleich regressivem Verhalten sichtbar.

Die Alltagsaktivitäten werden speziell hinsichtlich der **Schulleistungen** beeinträchtigt, zumal das Symptommuster der Borderline-Störung massiv mit den Beziehungen zu Gleichaltrigen interferiert und die Stimmungs labilität zu erheblichen Einbußen bei der Motivation und Konzentration auf die Schule führt. Schulverweigerung und Leistungsprobleme sind daher häufig die Konsequenz.

Unter den **komorbiden Störungen** sind Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen zu beobachten und in die Therapieplanung aufzunehmen. In der **Differenzialdiagnose** ist die Abgrenzung gegenüber der antisozialen Persönlichkeitsstörung bisweilen schwierig, weil beide Störungen auch gemeinsam auftreten können. Die Defizite der Impulssteuerung müssen gegenüber Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) und die affektive Instabilität gegenüber Affektstörungen bis hin zu Veränderungen in Form von *rapid cycling* der bipolaren Störungen differenziert werden. Schließlich ist die Abgrenzung gegenüber den sozialen und kommunikativen Defiziten beim Asperger-Syndrom notwendig.

In der **Anamnese** von Jugendlichen mit Borderline-Störung finden sich gehäuft Hinweise auf gestörte frühkindliche Bindungen und Vernachlässigung bzw. Ablehnung, schwere Abweichungen des Elternverhaltens, Misshandlung und sexuellen Missbrauch sowie zerbrochene bzw. schwer gestörte Familien. Ähnliche Konstellationen sind allerdings auch bei Dissozialität und Bindungsstörungen zu finden. Unter biologischen **Korrelaten** fällt eine hohe Rate von organischen Zeichen im Sinne gestörter Hirnfunktionen auf. Diese können im Zusammenhang mit den aufgeführten Umweltfaktoren die Bahnung einer Borderline-Störung begünstigen.

22.2.3 Ätiologie

Die Ursachen der Borderline-Störung sind mit dem Konzept einer Persönlichkeitsstörung nur unzulänglich beschrieben. In vielen Theorien spielen **traumatische Erfahrungen** einschließlich Misshandlung und Vernachlässigung eine bedeutsame Rolle, wenngleich empirische Studien für sexuellen Missbrauch zwar eine deutlich höhere Rate bei Borderline-Störungen als in der Normalbevölkerung, jedoch nur relativ moderate Zusammenhänge gefunden haben. Dabei ist weder die kausale Verbindung noch das Zusammenwirken mit anderen Faktoren hinlänglich geklärt.

Die Verbindung von negativen Kindheitserfahrungen und Borderline-Störungen wird hypothetisch in negativen **Mutter-Kind-Interaktionen** gesehen, die beim Kind durch das bedrängende Verhalten der Mutter zu heftigen Affekten und durch die Inkonsistenz zu Problemen bei der Interpretation der Absichten der Mutter führen. Durch das häufig gleichzeitig auftretende misshandelnde Verhalten mit seiner Unvorhersagbarkeit und fehlenden Verständlichkeit wird allgemein die Entwicklung einer reflektiven Verhaltensteuerung behindert.

In der aktuellen Diskussion wird ein sog. **Diathese-Stress-Modell** favorisiert, bei dem möglicherweise genetisch vermittelte Vulnerabilitäten in Form von emotionaler Sensitivität und Reaktivität zur Entwicklung von ungenügenden Fertigkeiten der emotionalen Regulation auf dem Boden defizitärer Sozialisationsmuster in der Familie führen.

22.2.4 Therapie und Verlauf

Die Behandlung der Borderline-Störung bei Jugendlichen ist aufwändig und schwierig. Sie erfordert einen intensiven und kohärenten Ansatz und wird aktuell häufig institutionell, d. h. in halb- und vollstationären Einrichtungen der Jugendpsychiatrie bzw. im Jugendhilfeeinrichtungen realisiert, weil zahlreiche Patienten durch das Ausmaß ihrer Kontrolldefizite einschließlich Selbstverletzung und Suizidalität einen stark kontrollierenden Rahmen benötigen.

Unter den psychotherapeutischen Ansätzen hat sich die **dialektische Verhaltenstherapie** als ein erfolversprechendes In-

terventionsverfahren bei Erwachsenen mit Borderline-Störung herauskristallisiert. Sie ist als einzige Intervention empirisch validiert und wird in adaptierter Form zunehmend auch bei Jugendlichen eingesetzt. Die dialektische Verhaltenstherapie (*Dialectic Behaviour Therapy*, DBT) geht von der Annahme der gestörten Affektregulation als Primärproblem aus und sieht die Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung, der Verhaltenskontrolle, der Regulation des Selbstwertgefühls und der Kognition als Konsequenz dieses Primärproblems.

Die **dialektischen Prinzipien** werden in den Behandlungsstrategien umgesetzt, indem das Verhältnis von Veränderung der Probleme und Akzeptanz vorhandener Anteile in der Person in eine Synthese gebracht werden. Die Hauptdialektik wird demgemäß in Problemlösestrategien für Verhalten einerseits und der Identifizierung (Validierung) von Aspekten des Verhaltens, der Emotionen und der Kognition andererseits gesehen, die als angemessene Reaktion auf die aktuelle Situation betrachtet werden können.

Das **Behandlungsprogramm** der DBT ist multifunktional und multimodal und schließt fünf Funktionen ein:

1. Verbesserung von Fertigkeiten durch Training (meist in der Gruppe)
2. Steigerung der Motivation (meist in Einzeltherapie)
3. Generalisierung (z. B. durch Coaching über Telefon, Fallmanagement oder über trainierte Familienmitglieder)
4. Ausbau der therapeutischen Fertigkeiten und Motivation (z. B. durch Anwendungskontrolle, Unterstützung, Team-supervision)
5. Strukturierung des Umfelds (z. B. durch strukturierte Familiensitzungen).

Unabhängig von der Verfügbarkeit von Therapeuten mit DBT-Ausbildung muss realisiert werden, dass die individuelle Psychotherapie die Vielzahl der therapeutischen Probleme bei Borderline-Störungen nicht adäquat angeben kann. Teamorientierung und Einbeziehung der Familie zur Unterstützung der therapeutischen Ziele sind daher wichtig. Für die Wirksamkeit von **Familientherapie** fehlen empirische Belege. Wenngleich klinisch vereinzelt **Pharmakotherapie** mit SSRI, Stimmungsstabilisatoren und intermittierend auch mit Antipsychotika durchgeführt wird, fehlt es an überzeugenden Belegen, dass diese Form der Behandlung eine Methode der ersten Wahl darstellt.

22.3 Störungen der Impulskontrolle

22.3.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Zur Kategorie der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle zählt die **ICD-10** das **pathologische Spielen** (F63.0), die **pathologische Brandstiftung** (F63.1, Pyromanie),

Tab. 22.6 Definition und Klassifikation der Störungen der Impulskontrolle in der ICD-11

Störungen der Impulskontrolle sind gekennzeichnet durch das wiederholte Unvermögen, einem Impuls, Trieb oder Drang zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person zumindest kurzfristig lohnend ist, trotz der Folgen wie längerfristige Schäden für die Person selbst oder für andere, ausgeprägtes Leid über das Verhaltensmuster oder erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Impulskontrollstörungen umfassen eine Reihe spezifischer Verhaltensweisen, darunter Brandstiftung, Diebstahl, sexuelles Verhalten und explosive Ausbrüche.

6C70	Pyromanie
6C71	Kleptomanie
6C72	Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten
6C73	Intermittierend explosible Störung

das **pathologische Stehlen** (F63.2, Kleptomanie) und die **Trichotillomanie** (F63.4). Kennzeichnend für diese Störungen sind wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation, die im Allgemeinen gegen die Interessen der eigenen Person oder anderer Menschen gerichtet und schädigend sind. Der Charakter der Unkontrollierbarkeit und des Impulsiven zeigt eine große phänomenologische Ähnlichkeit mit den Zwangsstörungen, weshalb diese Störungen von zahlreichen Autoren auch als Bestandteil eines breiten Spektrums von Zwangsstörungen betrachtet werden.

In der **ICD-11** ist die Klassifikation der Störungen der Impulskontrolle gegenüber der ICD-10 verändert worden (> Tab. 22.6). Das pathologische Spielen ist als **Glücksspielsucht** (6C50) in die Gruppe der Störungen durch Verhaltenssuchten aufgenommen worden. Die separate Gruppe von **Störungen der Impulskontrolle** bilden die **Pyromanie** (6C70) (pathologische Brandstiftung) zusammen mit der **Kleptomanie** (6C71) (pathologisches Stehlen), der **Störung mit zwanghaften Sexualverhalten** (6C72) und der **intermittierenden explosiblen Störung** (6C73). Die **Trichotillomanie** (6B25.0) und die **Skin-Picking-Störung** (auch als Exkoriationsstörung bezeichnet) werden der Gruppe der **körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen** zugeordnet, können psychopathologisch jedoch auch der Klasse der Störungen der Impulskontrolle zugerechnet werden.

Analog zu den oben dargestellten Persönlichkeitsstörungen ist mit Ausnahme der Trichotillomanie und der Skin-Picking-Störung kritisch zu prüfen, inwieweit die anderen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle überhaupt angemessene Diagnosen für den Entwicklungsabschnitt von Kindheit und Jugend abgeben können. **Pathologisches Glücksspiel** dürfte ein allenfalls in der fortgeschrittenen Adoleszenz vereinzelt zu beobachtendes Phänomen darstellen, zumal die Rahmenbedingungen einer wirtschaftlichen Unabhängigkeit und Mündigkeit in diesem Alter noch nicht gegeben sind und somit der Entwicklung eines pathologischen Glücksspiels noch enge Grenzen gesetzt sind.

Auch die Konzeption der Diagnose der **Pyromanie** (pathologischen Brandstiftung) und des **pathologischen Stehlens** ist für das Kindes- und Jugendalter problematisch, zumal diese Phänomene bei Kindern und Jugendlichen praktisch immer in eine umfassende Störung des Sozialverhaltens eingebettet sind. Einzig die **Trichotillomanie** und die **Skin-Picking-Störung** sind altersüberschreitende, valide Störungen der Impulskontrolle, die allerdings – wie bereits erwähnt – auch als Bestandteil des Spektrums der Zwangsstörungen klassifiziert werden könnten.

Zur **Häufigkeit** der abnormen Gewohnheiten mit Störungen der Impulskontrolle liegen nur spärliche Erkenntnisse vor. Die Lebenszeitprävalenz für die **Trichotillomanie** wird auf 0,6–3,4 % geschätzt, wobei allerdings keine wirklich überzeugenden Studienergebnisse vorliegen.

22.3.2 Klinik und Diagnostik

Den Störungen der Impulskontrolle ist ähnlich wie den Zwangsstörungen gemeinsam, dass die Betroffenen einen Drang zur Ausführung der jeweiligen Handlung verspüren, den sie nicht kontrollieren können. Deshalb werden die Handlungen trotz der schädlichen Auswirkung für die Betroffenen und ihre Umwelt fortgesetzt. Vielfach dient die jeweilige Handlung wie bei Zwangsstörungen der Spannungsabfuhr; nach der Ausführung der Handlung wird Erleichterung und Entspannung gesucht.

Hinsichtlich **Differenzialdiagnose** und ggf. auch **Komorbidität** müssen bei der **Kleptomanie** die Manie und vor allem die Störung des Sozialverhaltens als für das Jugendalter bedeutsame Diagnosen berücksichtigt werden. Neben Substanzmissbrauchstörungen und emotionalen Störungen besteht eine spezielle Beziehung zum Subtyp der multiimpulsiven **Bulimia nervosa**.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist trotz der relativ seltenen Vorstellung Betroffener die **Trichotillomanie** die Störung mit der größten Relevanz innerhalb der Klasse der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. Kennzeichnend ist das Ausreißen von Haaren, wobei das vor der Handlung bestehende Gefühl der Spannung bei Kindern nicht durchgängig beobachtet wird. Die Störung zeigt keine eindeutige Geschlechterpräferenz und beginnt mehrheitlich im Grundschulalter. Bevorzugt werden die Kopfhare, Augenwimpern und Augenbrauenhaare ausgerissen, wobei Kombinationen möglich sind. Das Haarausreißen erfolgt bevorzugt vor dem Einschlafen im Bett, bei Hausaufgaben oder anderen sitzenden Beschäftigungen wie Fernsehen. In der Regel sind zu diesen Zeitpunkten keine anderen Personen zugegen. In die gleiche Gruppe von Störungen der Impulskontrolle gehört auch die seltene **Skin-Picking-Störung (Exkoriationsstörung)**, die durch wiederholtes Zupfen der Haut mit der Folge von Hautverletzungen gekennzeichnet ist.

Zu den **komorbiden Störungen** können emotionale Störungen, speziell Zwangsstörungen, und vereinzelt auch disruptive Störungen gehören. **Differenzialdiagnostisch** sind Hauterkrankungen, z. B. die Alopecia areata, das Haarmanipulieren im Rahmen von Stereotypien oder das wahnbedingte Herausreißen von Haaren im Rahmen einer Schizophrenie, zu berücksichtigen.

22.3.3 Ätiologie

Während die ICD-10 für die Gesamtgruppe der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle konstatiert, dass die Ursachen unbekannt seien, lässt die insgesamt nicht sehr umfangreiche Forschungsliteratur für die **Trichotillomanie** verschiedene Hypothesen erkennen. Diese reichen von psychodynamischen, nicht diagnosespezifischen Annahmen zu Störungen der frühen Mutter-Kind-Bindung über familiendynamische Hypothesen mit der Betonung defizitärer familiärer Interaktionen bis zu unspezifischen Stresshypothesen und neurobiologischen Ansätzen, in denen z. B. analog zu Zwangsstörungen Störungen im serotonergen Neurotransmittersystem angenommen werden.

22.3.4 Therapie und Verlauf

Die Behandlung von Störungen der Impulskontrolle ist wenig systematisch erforscht. Am ehesten erfolgversprechend sind **verhaltenstherapeutische Techniken**, wobei die systematische Desensibilisierung und Expositionsverfahren sowie kognitive Methoden der Selbstkontrolle Anwendung finden können. Wegen der phänomenologischen Nähe zu den Zwangsstörungen können pharmakologische Substanzen aus der Gruppe der SSRI verwendet werden.

Diese grundsätzlichen Empfehlungen gelten auch für die Behandlung der **Trichotillomanie**. Unter verhaltenstherapeutischen Methoden sind neben den genannten Verfahren auch die für die Behandlung der Stereotypien entwickelten Techniken der Reaktionsumkehr und Überkorrektur sowie verschiedene operante Techniken mit Verstärkung eingesetzt worden. Die bisherige Erfahrungsbasis zur Wirksamkeit pharmakologischer Behandlungen ist außerordentlich schmal. Im Vergleich ist die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Reaktionsumkehr höher als die der pharmakologischen Behandlung mit Clomipramin oder SSRI.

Über den **Verlauf** von Störungen der Impulskontrolle im Kindes- und Jugendalter liegen nur äußerst spärliche Informationen vor. Er dürfte von der Verknüpfung mit koexistenten psychischen Störungen und der Dauer der Störung vor Beginn einer wirksamen Behandlung abhängen. Langzeitbeobachtungen fehlen und sind daher dringend erforderlich.

LITERATUR

- Ayodeji E, Green J, Roberts C, Trainor G, Rothwell J, Woodham A, Wood A. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *Br J Psychiatry*. 2015; 207: 313–319.
- Bloch M H, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J. et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2007; 62: 839–846.
- Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(3):20.
- Cohen P. Child development and personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2008; 31: 477–493.
- Flessner C A. Cognitive-behavioral therapy for childhood repetitive behavior disorders: tic disorders and trichotillomania. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011; 20: 319–328.
- Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 11: 1307–1320.
- Franklin M E, Flessner C A, Woods D W, Keuthen N J, Piacentini J C, Moore P et al. Trichotillomania learning center-scientific advisory board: The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *J Dev Behav Pediatr*. 2008; 29: 493–500.
- Hawes D J. Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood? *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27: 87–93.
- Hill J, Swales M, Byatt M. Personality disorder. Gillberg C. Harrington R. Steinhausen H.-C. A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry. 2006; Cambridge University Press. Cambridge. 339–363.
- Hutsebaut J, Clarke SL, Chanen AM. The diagnosis that should speak its name: why it is ethically right to diagnose and treat personality disorder during adolescence. *Front Psychiatry*. 2023; 14:1130417.
- In-Albon T, Plener P L, Brunner R, Kaess M. Selbstverletzendes Verhalten. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. 2015; Band 19: Hogrefe. Göttingen.
- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014; 134: 782–793.
- Klinkby IMI, Hastrup LH, Bo S, Storebø OJ, Simonsen E, Kongerslev MT. Prevalence and incidence of personality disorders among children and adolescents in Danish mental health services: a nationwide register study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024; 33(6): 1731–1740.
- MacPherson H A, Cheavens J S, Fristad M A. Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013; 16: 59–80.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde E J, Corcoran P, Fekete S. et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 667–677.
- Maffezzoni M, Steinhausen H C. Ambulante dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) mit impulsiven und selbstschädigenden Verhaltensweisen. *Ztschr Kinder Jugendpsychiat Psychother*. 2016; 44: 1–10.
- Schmeck K, Birkhauser M. Die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2021; 49 (6): 480–485.
- Sevecke K, Krischer M. Das Psychopathy-Konzept für Jugendliche – empirische Ergebnisse und forensisch-psychiatrische Aspekte. Steinhausen H.-C. Bessler C. Jugenddelinquenz. Entwicklungspsychiatrische und forensische Grundlagen und Praxis. 2008; Kohlhammer. Stuttgart. 64–78.
- Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence: recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 166–1288.
- Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 933–941.
- Winsper C, Lereya S T, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh S P. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016; 44: 13–24.
- Witt K, Stewart A, Hawton K. Practitioner Review: Treatments for young people who self-harm - challenges and recommendations for research and clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2025; 66: 122–131.

23 Geschlechtsinkongruenz und sexuelle Störungen

23.1	Allgemeine Gesichtspunkte	401
23.2	Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter	402
23.2.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	402
23.2.2	Klinik und Diagnostik	402
23.2.3	Ätiologie	404
23.2.4	Therapie und Verlauf	404
23.3	Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen	406
23.3.1	Definition und Häufigkeit	406
23.3.2	Klinik und Diagnostik	407
23.3.3	Ätiologie	407
23.3.4	Therapie und Verlauf	407
23.4	Paraphilien	409
23.4.1	Definition, Klassifikation und Häufigkeit	409
23.4.2	Klinik und Diagnostik	410
23.4.3	Ätiologie	411
23.4.4	Therapie und Verlauf	411

23.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Sexuelles Verhalten ist zweifelsfrei noch stärker als andere menschliche Verhaltensweisen einer gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Bewertung unterworfen. Eine zunehmende Liberalisierung, aber auch Kommerzialisierung der Sexualität hat in den letzten Jahrzehnten zumindest in den meisten westlichen Industrieländern für Jugendliche die Grenzen zwischen akzeptiertem und abweichendem Sexualverhalten deutlich verschoben.

Parallel dazu hat sich die Sexualwissenschaft zunehmend aus vorgegebenen theoretischen Orientierungen gelöst und vornehmlich empirisch begründet. Diese Entwicklung hat wiederum wichtige neue Impulse für die klinische Praxis gegeben. In der Folge zeichneten sich deutliche Tendenzen ab, Teile der psychiatrischen Konzeption der sog. sexuellen Deviationen und Perversionen neu bestimmen zu müssen. Insbesondere das zunehmende Interesse an einer empirischen Fundierung von Störungsbildern ließ die Notwendigkeit einer

Revision z. B. der Lehre von den Perversionen notwendig erscheinen.

Diese Entwicklungstendenzen haben sich bereits in der diagnostischen Nomenklatur niedergeschlagen, indem z. B. im DSM-III erstmalig die Diagnose einer **Störung der Geschlechtsidentität** im Kindesalter berücksichtigt wurde. Gleichwohl liegt bisher keine umfassende Klassifikation der sexuellen Störungen im Kindes- und Jugendalter vor. Für einen entsprechenden Ansatz muss die Überlegung bestimmend sein, dass neben einer empirischen Begründung der Gedanken der Entwicklungsabhängigkeit der Sexualität bei Kindern und Jugendlichen gilt. Der prinzipiell offene Charakter von Entwicklung, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, muss dabei zur Zurückhaltung hinsichtlich der Zuschreibung von Störungen der Sexualität anhalten.

Orientierend an diesen Überlegungen befasst sich dieses Kapitel schwerpunktmäßig mit der klinisch und empirisch gut begründeten **Geschlechtsinkongruenz** bei Kindern und Jugendlichen. Hingegen wird die vollständige Darstellung von **Störungen der sexuellen Entwicklung und Orientierung**

gemäß ICD-10 in dieser Auflage des Lehrbuchs aufgegeben, zumal diese berechtigterweise in der ICD-11 nicht mehr enthalten sind. Die Darstellung der allenfalls im Jugendalter auftretenden und dann sehr seltenen **Paraphilien** (Störungen der Sexualpräferenz) beschränkt sich auf einige klinische Anmerkungen.

Der Fokus dieses Kapitels liegt also auf **Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter** und **Geschlechtsinkongruenz in der Jugend oder im Erwachsenenalter** (Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen). Ihre gemeinsamen Kennzeichen sind der Umstand, dass die geschlechtliche Identität im Widerspruch zum biologischen Geschlecht steht und ein Unbehagen über das eigene Geschlecht vorliegt.

Die Geschlechtsinkongruenz wird in der ICD-11 im Kapitel 17 *Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit* klassifiziert. In der Vermeidung des Begriffs der *Störung* oder gar der Krankheit kann der Versuch gesehen werden, die in jüngster Zeit intensiv und kontrovers geführte Debatte über die Konzeption von Geschlecht und Geschlechtsrollen in Medizin, Gesellschaft und Kultur und dabei insbesondere das Bemühen um eine sog. *Entpathologisierung* sexuellen Verhaltens zu reflektieren. Der Begriff der *Geschlechtsdysphorie* wurde als veraltet aufgegeben.

23.2 Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter

23.2.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Für die Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter gelten die in > Box 23.1 dargestellten Kennzeichen. Die in der **ICD-11** klassifizierte **Geschlechtsinkongruenz** wird in > Tab. 23.1 beschrieben. Die Definition verhindert mit dem Kriterium der Dauer von mindestens 2 Jahren und der Abgrenzung gegen-

Tab. 23.1 Definition der Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (HA61) in der ICD-11

Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem empfundenen/ausgedrückten Geschlecht eines Individuums und dem zugewiesenen Geschlecht bei präpubertären Kindern. Sie umfasst den starken Wunsch, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein; eine starke Abneigung des Kindes gegenüber seiner sexuellen Anatomie oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen und/oder ein starkes Verlangen nach den primären und/oder erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen, die dem erlebten Geschlecht entsprechen; und Phantasiespiele, Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten und Spielkameraden, die typisch für das erlebte Geschlecht und nicht für das zugewiesene Geschlecht sind. Die Inkongruenz muss etwa 2 Jahre lang bestanden haben. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

über Varianten geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen und Vorlieben (die nicht weiter definiert werden) eine zu weite Fassung der Diagnose. Auch für den Begriff des zugewiesenen Geschlechts fehlt eine präzise Definition.

BOX 23.1

Merkmale der Geschlechtsinkongruenz bei Kindern

- Eine anhaltende Verstimmung (Dysphorie) und Unzufriedenheit mit dem anatomischen Geschlecht
- Ein ausgeprägtes Interesse, sich gegengeschlechtlich zu kleiden
- Verbale Feststellungen des Kindes zur gegengeschlechtlichen Identität
- Gegengeschlechtliche Manierismen
- Bevorzugung von gegengeschlechtlichen Spielkameraden
- Ablehnung bzw. Bevorzugung von körperbetonten, sportlichen Aktivitäten bei Jungen bzw. Mädchen
- Gegengeschlechtliche Präferenz von Spielsachen. Die Störung geht über eine Ablehnung stereotypen Geschlechtsrollenverhaltens hinaus.

Eine Geschlechtsinkongruenz kann sowohl bei Jungen wie bei Mädchen vorkommen. Sie ist bis zur Pubertät bei Jungen sehr viel häufiger als bei Mädchen. Die Geschlechterraten betragen ca. 3–6 : 1. Ab der Pubertät kehrt sich die Geschlechterraten um und weibliche Jugendliche weisen nunmehr deutlich häufiger eine Geschlechtsinkongruenz als männliche Jugendliche auf, bis sich im jungen Erwachsenenalter die Geschlechterraten angleichen.

Im Kindes- und Jugendalter ist die tatsächliche Prävalenz derzeit nicht genau geklärt. Eine Meta-Analyse aus dem Jahre 2015 für die Geschlechtsinkongruenz aller Altersgruppen, die nur auf einer geringen Zahl von Studien mit verwertbaren Daten aus Inanspruchnahmepopulationen beruhte, hat mit 4,6 auf 100 000 Personen mit einer m:w-Transition und einer w:m-Transition von 2,6 auf 100 000 sehr niedrige Prävalenzen gefunden. In jüngster Zeit haben verschiedene Studien beträchtlich gestiegene Inanspruchnahmeraten von Kindern und Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz in Kliniken in Großbritannien, Deutschland, Norwegen und den USA dokumentiert. Insofern könnten aktuellere Prävalenzen auch noch deutlich höher liegen.

23.2.2 Klinik und Diagnostik

In diesem Abschnitt sollen zunächst die Charakteristika der Störung in einer Verhaltensbeschreibung der bereits dargelegten definierenden Merkmale und sodann die psychologischen Auswirkungen vor einer Erörterung diagnostischer Maßnahmen dargelegt werden.

Verhalten und Symptomatik

Meist beginnt die Symptomatik bereits vor dem vierten Geburtstag. Die für die Geschlechtsinkongruenz zentrale **Ablehnung des anatomischen Geschlechts** äußert sich darin,

dass die Jungen anstatt eines Penis eine Vagina haben wollen und bisweilen versuchen, ihre Genitalien zu verstecken. Im Spiel versuchen sie, Brüste zu simulieren. Sie setzen sich zum Urinieren hin und äußern Wünsche, ein Kind zu gebären und zu stillen. Mädchen wollen anstatt einer Vagina einen Penis haben. Sie versuchen bisweilen, einen Penis mit Objekten zu simulieren. Urinieren im Stehen und Unzufriedenheit mit den sich entwickelnden Brüsten können beobachtet werden. Sehr junge Kinder verleugnen ihr Geschlecht eventuell auch verbal.

Jungen zeigen Interesse an weiblicher Kleidung. Eventuell tragen sie auch Absatzschuhe, Schmuck und Make-up. Häufig werden auch weibliche Kleidung oder langes Haar simuliert. Mädchen versuchen ihre Kleidung so weit wie möglich der Kleidung von Jungen anzupassen. Sie lehnen Röcke oder Kleider ebenso wie Schmuck und Kosmetika massiv ab und zeigen bisweilen auch eine besondere Vorliebe für sehr kurze Haare. Beide Geschlechter äußern je nach Toleranz des Umfeldes auch verbal, dem anderen Geschlecht zugehören zu wollen.

Das Bewegungsverhalten und die Stimme nehmen bei Jungen einen effeminierten Charakter an, während Mädchen versuchen, einen übermäßig männlichen Verhaltensstil zu entwickeln. Bei Jungen wie Mädchen besteht eine deutliche Präferenz von Spielgefährten des anderen Geschlechts, wobei mit zunehmendem Alter häufig Zurückweisung und soziale Isolation resultieren.

Jungen lehnen körperliche und sportliche Aktivitäten mit Wettbewerbscharakter ab und haben bisweilen ausgeprägte Ängste vor körperlicher Verletzung. Manche Mädchen haben in der späten Kindheit ein besonders ausgeprägtes Interesse für sportlichen Wettkampf. Beide Geschlechter ziehen Spielaktivitäten und Spielzeug vor, die gemäß kultureller Bewertung eher dem jeweils anderen Geschlecht zustehen. Jungen spielen besonders gerne mit Puppen und weibliche Rollen oder identifizieren sich gerne mit populären Frauen. Umgekehrte Verhältnisse liegen bei Mädchen vor.

Hinsichtlich der **psychologischen Auswirkungen** einer Geschlechtsinkongruenz besteht bei **Mädchen** in der Kindheit und

Jugend häufig noch eine stärkere Tendenz, das gegengeschlechtliche Verhalten zugunsten sozialer Konformität wieder aufzugeben. **Jungen** neigen hingegen häufig zum Persistieren ihres Verhaltens und geraten daher sehr viel stärker unter sozialen Druck. Entsprechend häufig sind sie kontaktisoliert und leiden nicht nur aufgrund dieser Bedingungen, sondern auch wegen ihrer zwanghaft-rigiden Orientierung am gegengeschlechtlichen Verhalten bisweilen unter Gefühlen von Verstimmung und Ängstlichkeit. Beide Geschlechter entwickeln eher komorbide internalisierende als externalisierende Störungen. Insgesamt scheinen Jungen eher belastet und von daher – wenngleich nicht schwer, so doch mittelgradig – psychisch beeinträchtigt.

Untersuchung

Die umfassende **Diagnostik** einer Geschlechtsinkongruenz muss Informationen auf mehreren Ebenen erheben. Hierzu zählen der **Elternbericht**, die **Beobachtung des Verhaltens** in der Untersuchungssituation und im natürlichen Umfeld, **Test- und Fragebogenuntersuchungen** sowie die **Exploration** von Kind und Eltern. Eine sorgfältige Befunderhebung sollte neben der Anamnese eine **körperliche Untersuchung** einschließlich der äußeren Genitalien und eine Chromosomenanalyse umfassen, damit ggf. **differenzialdiagnostisch** auch abweichende sog. Varianten der Geschlechtsentwicklung (Intersexualität) erkannt werden. Andere Differenzialdiagnosen umschließen vorübergehende gegengeschlechtliche Verhaltensweisen nach einem traumatischen Ereignis, die Präferenz von Spielaktivitäten mit Mädchen ohne Unbehagen über den eigenen Körper bei einigen Jungen und das Tragen weiblicher Unterwäsche ohne feminines Verhalten bei Jungen nach bestimmten Lebensereignissen.

Die Verhaltensbeobachtung zentriert sich auf geschlechtsspezifisches Spielverhalten sowie Bewegungsabläufe und Gestik. Fragebogen über Spielaktivitäten und Verhalten können die Diagnostik unterstützen. Beispiele für derartige Fragebögen sind im Anhang wiedergegeben. Die **Exploration** kann sich an dem in > Tab. 23.2 vorgestellten konzeptuellen Schema

Tab. 23.2 Konzeptuelle Hilfe für die Exploration gegengeschlechtlichen Verhaltens (nach Cohen-Kettenis 2005)		
	(Typisch für) Jungen	(Typisch für) Mädchen
Feststellungen zur Identität		
Identitätsfiguren		
Wunsch nach Geschlechtsmerkmalen von		
Raue Spiele und Aktivitäten		
Bevorzugte Gleichaltrige		
Bevorzugte Kleidung von		
Rollen- und Phantasiespiel		
Spielzeugpräferenzen		
Spiel- und Aktivitätspräferenzen		
Gestik und Sprache		

Die Linie zwischen den typischen Polen soll ein Kontinuum darstellen, auf dem das jeweilige Kind sich positioniert.

orientieren. Im Rahmen der psychologischen **Testdiagnostik** sollten Intelligenzminderungen ausgeschlossen werden, die geschlechtsspezifische Lern- und Identifikationsprozesse beeinträchtigen. Darüber hinaus können Menschzeichnungen oder Tests zur Erfassung familiärer Beziehungen wichtige Aufschlüsse über die Identität leisten.

Hilfreiche Materialien

- Kinderspiele-Fragebogen (> Anhang 23.1)
- Kinder-Verhaltensfragebogen (> Anhang 23.2)

23.2.3 Ätiologie

Die Ursachen einer Geschlechtsinkongruenz bei Kindern sind bislang nur ungenügend aufgeklärt. Statt einer einseitigen Ableitung aus biologischen oder sozialen Faktoren des Lernens ist eine Wechselwirkung denkbar. Bisher hat sich die Forschung aber sehr stark auf die Betonung der **Lerngeschichte** mit Verstärkungen einer gegengeschlechtlichen Identifikation zentriert. Eine **präinatale Prägung** durch Auswirkungen von Geschlechtshormonen auf das sich differenzierende Gehirn ist im Sinne einer prädisponierenden Rolle biologischer Faktoren eine wissenschaftlich akzeptierte Hypothese. Sie kann sich u. a. auf das Analogiemodell der Auswirkungen einer pränatalen Prägung des geschlechtsspezifischen Verhaltens durch Androgene beim *adrenogenitalen Syndrom* stützen. Ein erstes Studienergebnis lieferte Hinweise auf einen hohen Anteil **genetischer Bedingungen**, bedarf jedoch noch weiterer Replikation.

Möglicherweise hat das **Temperament** mit z. B. geringem Antrieb und niedriger Angsttoleranz bei gegengeschlechtlich orientierten Jungen in einigen Fällen eine bahnnende Funktion. Für die Bedeutsamkeit der **Lerngeschichte** liegen zahlreiche Beobachtungen vor. So kann die Verstärkung von körperlicher Schönheit oder auch die Ermutigung zu weiblichem Verhalten beim Jungen im Kleinkindalter ebenso wie der heimliche Wunsch der Eltern und dabei besonders der Mutter nach einem Mädchen bedeutsam sein. Bisweilen wird das Kind diesen Wünschen gemäß gekleidet und erzogen und auf diesem Wege in einer gegengeschlechtlichen Identifizierung bestärkt. Dieses Motiv ist aber insofern unspezifisch, als es auch bei Müttern nichtfemininer Jungen in gleicher Häufigkeit vorkommt. Schließlich kann das Fehlen einer gleichgeschlechtlichen Identifikationsfigur bedeutsam sein, die als Modell für das eigene Verhalten wirksam wird. Auch die Ablehnung durch diese erwachsene Bezugsperson ist möglicherweise für die Identitätsbildung von Bedeutung. Weitgehend unerforscht ist der Beitrag, den das Kind selbst zu seiner gegengeschlechtlichen Identität im Rahmen der Entwicklung leistet.

Dieses von individuellen Faktoren geprägte Modell der Ätiologie dürfte bedeutsam **kulturell** überformt sein, zumal die sozial geprägten **Geschlechtsrollen**, insbesondere in jüngerer Zeit, Gegenstand einer zunehmend intensiven öffentlichen

Debatte sind. Dabei sollten die verschiedenen Bedeutungen des englischen Wortes *gender* bedacht werden, die von der ungenügenden Differenzierung in der synonymen Verwendung von *sex* und *gender* über die Beschreibung sozialer Stereotypen im Sinne von Erwartungen und Normen von Männlichkeit und Weiblichkeit, über soziale Rollenzuschreibungen bis zur Geschlechtsidentität reichen.

23.2.4 Therapie und Verlauf

Angesichts der weitreichenden kulturellen Bestimmung der Geschlechtsrolle und einer zunehmend liberaleren Einstellung weiter Bevölkerungskreise gegenüber abweichendem bzw. non-konformem Sexualverhalten stellt sich die Frage, aus welchen Gründen eine Geschlechtsinkongruenz bei Kindern überhaupt behandelt werden soll. Für ein therapeutisches Handeln sind wesentlich Gründe der **Prävention** aufgeführt worden.

Einerseits erleiden die Kinder bereits in der Kindheit beträchtliche soziale Zurückweisungen, die sie besonders vulnibel für psychische Störungen machen. Ferner geht die Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter eher in Homosexualität als in Transsexualität und Transvestitismus im Erwachsenenalter über. Mit diesen Entwicklungen sind erhebliche sekundäre Probleme verknüpft, zu denen bei der Transsexualität z. B. Depressionen und Suizidversuche, Automutilationen und trotz kostspieliger operativer Geschlechtsumwandlungen häufig psychische Fehlentwicklungen zählen. Auch der Transvestitismus ist mit beträchtlichen Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen verknüpft.

Therapeutische Ziele

Das Ziel der Behandlung muss also darin bestehen, den über ihr Verhalten oft unglücklichen Kindern (d. h. meist Jungen) in ihrer Identitätsfindung und Auseinandersetzung mit kulturellen Erwartungen mehr Zufriedenheit und eine positive Vorstellung von ihrer Rolle als Erwachsene zu vermitteln. Diese Ziele sowie die Behandlung begleitender psychischer Störungen können über eine Kombination aus **Beratung der Eltern** und **Therapie des Kindes** erreicht werden. So kann die soziale Ablehnung z. B. feminin wirkender Jungen durch ein aktives Eingreifen der Eltern eingeschränkt werden, indem sie Einfluss auf Kontakte mit Gleichaltrigen nehmen. Häufig geht es auch darum, die Entfremdung zwischen Vater und Sohn abzubauen und ihre Beziehung über gemeinsame Aktivitäten zu stärken. Ferner können Eltern unterwiesen werden, wie sie bestimmte erwünschte Verhaltensweisen bestärken und andere, unerwünschte unterbrechen.

Therapeutische Methoden

Die Frage der **Notwendigkeit therapeutischer Interventionen** bei Geschlechtsidentitätsstörungen und speziell unter

dem gewandelten Konzept der Geschlechtsinkongruenz wird kontrovers diskutiert. Eine erste Richtung verfolgt Psychotherapie mit dem Ziel, die **Identifikation mit dem bei Geburt festgestellten Geschlecht** zu fördern. Hier wird die unmittelbare therapeutische Arbeit mit dem Kind sehr wesentlich von der **Verhaltenstherapie** bestimmt. Dabei liegen die Schwerpunkte der Behandlung bei der Verstärkung geschlechtstypischen Verhaltens hinsichtlich Spiel, Sprache, Bewegungsabläufe und Gestik. Behandlungsprogramme können sowohl im Therapieraum als auch im häuslichen Umfeld unter Einsatz der Eltern als Ko-Therapeuten realisiert werden. Eine Beteiligung der Lehrer oder die Einführung sportlicher Aktivitäten ist bei derartigen Behandlungsprogrammen ergänzend möglich.

In der zugespitzten gesellschaftlichen Debatte sieht sich diese Orientierung der *Verhaltenstherapie* in kritischen Einwänden dem **Vorwurf** ausgesetzt, eine mittlerweile gesetzlich verbotene *Konversionstherapie* zu verfolgen oder sich solcher Prinzipien zu bedienen, die wesentlich aus dem Fokus auf die *Homosexualität* bei Erwachsenen abgeleitet wird. Die Ausdehnung dieses Arguments auf die Geschlechtsinkongruenz im Kindes- oder Jugendalter greift aber in mehrerlei Hinsicht zu kurz und ist auf diese Thematik nicht übertragbar. Zunächst würde der Begriff *Konversion* in der Grundannahme ja postulieren, dass es eine allgemein als gültig anerkannte, verbindlich festgelegte und unveränderbare Geschlechtsidentität bei Kindern und auch Jugendlichen gäbe, die vollständig unabhängig vom biologischen Geschlecht bei allen Kindern wäre. Dies ist aber nicht der Fall bzw. nicht empirisch nachgewiesen. Insofern ist die Unterstellung auch unrichtig, dass im Rahmen der vermeintlichen *Konversion* gegen die einzig wahre *Identität* eines Individuums behandelt werden würde. Ferner spricht die geringe *Persistenz* der Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter im Verlauf der Entwicklung ebenfalls deutlich gegen diese Annahme.

Auch mit Blick auf die oftmals diskutierte *Pharmakotherapie* bei Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter (s. u.) ist der Vergleich einer Geschlechtsinkongruenz mit der Thematik der Homosexualität irreführend. Denn bei der Homosexualität geht es im Gegensatz zur Geschlechtsinkongruenz nicht um die Einleitung potentiell irreversibler medizinischer Maßnahmen mit derzeit unklarer Evidenz für deren langfristigen und substantiellen Nutzen bei Kindern und Jugendlichen. Insofern ist es für die Praxis wichtig, den hier fälschlich verwendeten Begriff der *Konversion* mit den Betroffenen und ihren Familien vorab genau zu besprechen, um Missverständnisse zu vermeiden und um ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zu ermöglichen.

Während zumindest für relativ kurze Verlaufszeiträume die **Effizienz** verhaltenstherapeutischer Interventionen gut belegt ist, lassen sich die wenigen vorliegenden Berichte theoretisch anders orientierter **Psychotherapien** in dieser Hinsicht nicht nur durchgängig positiv bewerten. In einigen Fällen erscheint aber auch eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie zu einer Verhaltensänderung bei gegengeschlechtlich orientierten Kindern zu führen.

Eine zweite Richtung verfolgt einen **affirmativen Ansatz**, der dem Kind den sozialen Übergang mit z. B. Namensänderung, sprachlicher Umstellung beim Einsatz von Pronomina, Kleidung, Frisur etc. ermöglicht. Dieser Ansatz wird von Befürwortern als weniger gefährlich betrachtet, als dem Kind den sozialen Übergang in die andere Geschlechtsrolle zu verweigern. Der international aufmerksam rezipierte unabhängige Abschlussbericht der Expertin *Hilary Cass* für den britischen Nationalen Gesundheitsdienst NHS aus dem Jahr 2024 kommt allerdings zu der Feststellung, dass es hinsichtlich der psychischen Gesundheit keine Evidenz für positive oder negative Folgen der sozialen Transition in der Kindheit gebe und die Evidenz im Jugendalter relativ schwach sei.

Schließlich plädiert eine dritte, eher intermediäre Richtung für ein **sorgfältiges Beobachten** (sog. *Watchful waiting-Ansatz*) bis zur Pubertät, bevor ein möglicher sozialer Übergang in Betracht gezogen wird. Dabei wird eine therapeutische Grundhaltung der interessierten Zuwendung und des Abwartens praktiziert, die vermeidet, das Kind in eine bestimmte Richtung zu drängen. Für dieses Modell existiert bislang jedoch keine hinlänglich breite Basis dokumentierter Beobachtungen an Menschen mit Geschlechtsinkongruenz. Aus einer holländischen Verlaufsstudie in der adoleszenten Bevölkerung kann jedoch abgeleitet werden, dass eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht in der frühen Adoleszenz zwar bei 11 % der Untersuchten vorlag, jedoch bis zum jungen Erwachsenenalter auf 4 % abnahm. Insofern könnte sich auch bei der Geschlechtsinkongruenz ein abwartendes und nicht-interventives Vorgehen rechtfertigen lassen.

Während die beschriebenen Interventionen sich in den Bereichen der genuinen Therapieverfahren der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegen, wird mit einer **spezifischen Pharmakotherapie** medizinisches Neuland beschritten. Hier handelt es sich um die Gabe der von Betroffenen oft gewünschten **pubertätsblockierenden Präparate (PB)** und **gegengeschlechtlichen Hormone** (sog. **Cross-Sex-Hormone [CSH]**). Diese Optionen werden außerordentlich kontrovers diskutiert. Es wird dabei einerseits erhofft, durch eine frühzeitige Gabe von PB und/oder CSH den Betroffenen die Identitätsentwicklung im Wunschgeschlecht zu erleichtern und ungewollten, nicht mehr korrigierbaren körperlichen Veränderungen (bei Männlich-zu-weiblich -Transition z. B. Stimmbruch) und damit einer anhaltenden emotionalen Belastung der Betroffenen durch die persistierende Geschlechtsinkongruenz entgegenzuwirken.

Andererseits ist zu bedenken, dass eine möglicherweise zu schnell begonnene oder nicht ausreichend sicher zu einem nachweisbaren Nutzen führende Hormonbehandlung z. B. zu einer Unterdrückung von homo-, bi- oder heterosexuellen Entwicklungen führen oder Veränderungen bewirken könnte, die später dann doch von den Betroffenen bereut werden könnten. Ferner könnten bekannte, aber noch nicht hinlänglich erforschte Effekte, z. B. ein ungenügend erreichtes Wohlbefinden durch die einsetzenden körperlichen Veränderungen, eine

reduzierte sexuelle Appetenz und unbefriedigende Sexualität oder ein nicht (mehr) erfüllbarer Kinderwunsch, auftreten und die Betroffenen ihre frühere Entscheidung ebenfalls bereuen lassen und damit ggf. auch das Auftreten von psychischen Belastungen oder Störungen begünstigen.

In dieser Konfliktlage können nur **evidenzbasierte Schlussfolgerungen** zum aktuellen Wissensstand auf der Basis der Forschungslage gezogen werden. Aus einer aktualisierten systematischen Übersicht zu dieser Thematik mit einer sorgfältigen Prüfung dieses Sachverhaltes lassen sich die folgenden Feststellungen ableiten.

- Angesichts einer quantitativ und qualitativ sehr begrenzten Studienlage kann nicht hinreichend sichergestellt werden, dass sich die Geschlechtsinkongruenz und die psychische Gesundheit allgemein durch PB- und/oder CSH-Gabe im Verlauf bei Minderjährigen bedeutsam verbessern.
- Es gibt auch keine Evidenz, dass im Sinne einer eventuellen Kosteneffektivität diese Hormonbehandlung im Vergleich zu einer oder mehreren psychosozialen Unterstützungen der sozialen Transition zum präferierten Geschlecht oder zu keiner Intervention günstigere Resultate erbringt.
- Sollte nach sorgfältiger Untersuchung und Abwägung von möglichen Nutzen und Schäden des Abwartens, verschiedener Interventionen bezüglich der Geschlechtsinkongruenz und ggf. komorbider psychischer Störungen oder Probleme die Hormonbehandlung im Einzelfall eingesetzt werden, so könnte ein solches Vorgehen im Rahmen von Forschungsprojekten bzw. klinischen Studien zum weiteren Erkenntnisgewinn beitragen.
- Diese Schlussfolgerungen einer deutschen Gruppe von Fachleuten stehen im Einklang mit den Richtlinien und der Praxis der Behandlung in mehreren europäischen Ländern und zahlreichen Bundesstaaten der USA.

Verlauf

Der Verlauf der Geschlechtsinkongruenz bei Kindern ist zunächst eher bei Jungen als bei Mädchen durch eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Umorientierung in der Adoleszenz bestimmt. Bei beiden Geschlechtern verläuft die psychosexuelle Entwicklung aber häufig atypisch, und die Prävalenzrate für persistierende Geschlechtsinkongruenzen in der Adoleszenz ist hoch.

Prototypisch sind klinisch verschiedene Verläufe beobachtet worden. Neben erneuten Veränderungen des Erlebens der eigenen Geschlechtsidentität im weiteren Verlauf, mit vielen nichtpersistenten Variationen und einer abnehmenden erlebten Geschlechtsinkongruenz, gibt es die Entwicklung in eine homosexuelle Orientierung im Jugendalter bei Reduktion und ggf. sogar Sistieren der erlebten Geschlechtsinkongruenz sowie eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz mit folgender Transsexualität im Erwachsenenalter und evtl. auch komor-

biden psychischen Störungen oder Belastungen bei einigen Betroffenen.

Die Variabilität der Verläufe in verschiedenen Beobachtungsstudien sowie das Fehlen gesicherter und praktikabler Prädiktoren des Verlaufs schaffen für die klinische Begleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen spezielle Probleme. Insgesamt zeigen die wenigen Verlaufsstudien andererseits aber auch, dass bei der Mehrheit der Kinder die Geschlechtsinkongruenz nach der Pubertät nicht weiter persistiert. Im Falle einer persistierenden Inkongruenz war die Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit in der Regel besonders stark ausgeprägt.

23.3 Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen

23.3.1 Definition und Häufigkeit

Die Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen ist durch die Diskrepanz zwischen körperlich-anatomischem Geschlecht und erlebtem bzw. gelebtem Geschlecht gekennzeichnet. Der Mensch mit einer Geschlechtsinkongruenz denkt und fühlt gegengeschlechtlich, möchte in dieser Rolle anerkannt werden und liebt gleichgeschlechtlich, wobei er sich in seiner gegengeschlechtlichen Orientierung nicht als homosexuell erlebt. In der **ICD-10** war bei der Inkraftsetzung in den frühen 1990er-Jahren zunächst noch mit dem Code F64.0 die **Transsexualität** erfasst worden. Zu beachten ist allerdings, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Transsexualität im Mai 2019 von der Liste psychischer Krankheiten gestrichen hat. In der **ICD-11** wird eine terminologische Umbenennung in **Geschlechtsinkongruenz des Jugend- und Erwachsenenalters** vorgenommen, deren Definition in ➤ Tab. 23.3 wiedergegeben ist.

Genauere Angaben zur **Prävalenz** der Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter fehlen. Die bereits erwähnte Meta-Analyse von Prävalenzstudien aus dem Jahre 2015 kam für den

Tab. 23.3 Definition der Geschlechtsinkongruenz des Jugend- und Erwachsenenalters (HA60) gemäß ICD-11

Die Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem Wunsch nach einer „Transition“ führt, um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen. Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

gesamten erfassten Bereich von Kindheit bis Erwachsenenalter auf eine Rate von etwa 7 Betroffenen auf 100 000 Personen. Diese Untersuchung reflektierte aber noch nicht den seitdem international und auch in Deutschland beobachteten deutlichen Anstieg der Inzidenzen in klinischen Versorgungseinrichtungen, insbesondere mit spezieller Ausrichtung auf die betroffenen Jugendlichen.

23.3.2 Klinik und Diagnostik

Die Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter entwickelt sich häufig aus einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter. Die betroffenen Jugendlichen bemühen sich, ihre äußeren Geschlechtsmerkmale durch gegengeschlechtliche **Kleidung** weitgehend zu verbergen. Männliche Jugendliche versuchen durch Haartracht und Kosmetika diesen Effekt der Kleidung zu verstärken, während Mädchen durch Korsetts Brüste und Hüften zu verbergen und durch Attrappen ein männliches Genitale zu imitieren versuchen.

Diese Jugendlichen sinnen oft auf **operative Geschlechts-umwandlung** bzw. -veränderung durch chirurgische oder hormonale Eingriffe, die sie mit Erreichen der Volljährigkeit umzusetzen planen, zumal sich Eltern vorher oft derartig eingreifenden Maßnahmen verschließen und derartige Operationen vorher verboten sind. Sofern die Jugendlichen die Schule bereits verlassen haben, suchen sie sich typischerweise **Berufe**, die gemäß kultureller Tradition mit dem von ihnen erlebten Geschlecht verbunden sind.

Angesichts ihres Verhaltens geraten geschlechtsinkongruente Jugendliche innerhalb und außerhalb der Familie in erhebliche Spannungen, die vielfach dazu führen, dass ein **Doppelleben** geführt werden muss. Depressive Entwicklungen mit suizidaler Gefährdung, erhebliche soziale Isolation sowie fehlende sexuelle Befriedigung und instabile Partnerschaften sind gelegentlich die Folge. Die Not des Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz wird aus dem Umstand ersichtlich, dass es vereinzelt auch zu bedrohlichen **Selbstverletzungen** und -verstümmelungen kommt. In dieser Altersgruppe ist die Geschlechtsinkongruenz ein heterogenes Phänomen, das viele verschiedene Ursachen haben kann, wobei weitere psychische Störungen, ggf. auch bestimmte Persönlichkeitszüge und der soziale Druck, bedeutsam sein können. Die **Diagnostik** kann sich auf die im Anhang abgedruckten Fragebögen stützen. In der **Differenzialdiagnose** müssen Homosexualität, Transvestitismus und Schizophrenien ausgeschlossen werden.

Hilfreiche Materialien

- Utrechter Fragebogen zur Geschlechtsdysphorie (> Anhang 23.3 und > Anhang 23.4)

23.3.3 Ätiologie

Die Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter ist sicher nicht das Ergebnis chromosomaler, hormonaler oder hirnlökaler Störungen. Inwieweit körperlich-biologische und umwelt-abhängige, lebensgeschichtliche Faktoren zusammenwirken, ist weitgehend unklar. Die bei der Geschlechtsinkongruenz von Kindern erörterten Zusammenhänge von denkbaren **biologischen Dispositionen** und **Lerngeschichte** haben auch für die Geschlechtsinkongruenz Jugendlicher ihre Bedeutung, zumal sie häufig die Fortsetzung einer in der Kindheit begonnenen Entwicklung ist.

Die beträchtlichen Erkenntnislücken über die Entstehung der Geschlechtsinkongruenz sind über lange Zeiträume durch stärker theoriegeleitete Konzepte ausgefüllt worden. Hierzu gehören etwa Annahmen der Psychoanalyse über einen exzessiven physischen und emotionalen Kontakt männlicher Transsexueller als Kinder zur Mutter, die als unsicher in ihrer weiblichen Rolle, tendenziell bisexuell und überprotektiv gegenüber dem Kind bei einem gleichzeitig passiven Vater beschrieben wurde. Diese ungenügend spezifische Konstellation wird für eine Vielzahl von psychischen Störungen bei Kindern angenommen und hat von daher nur einen geringen ätiopathogenetischen Erklärungswert.

Möglicherweise werden die vereinzelt begonnenen prospektiven Studien über die Langzeitentwicklung von Kindern mit einer Geschlechtsinkongruenz neue Erkenntnisse über die Entstehungsbedingungen erbringen.

23.3.4 Therapie und Verlauf

Empfehlungen für den therapeutischen Umgang mit Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz stammten noch in der jüngeren Vergangenheit nahezu ausschließlich aus der klinischen Arbeit mit **Erwachsenen**. Hier hatte sich international die Überzeugung durchgesetzt, dem Wunsch nach einer **Geschlechts-umwandlung** angesichts der unverrückbar fixierten Geschlechtsidentität nachzukommen.

Dieser affirmative Ansatz hat in jüngster Zeit jedoch an Akzeptanz verloren, wie insbesondere britische Veröffentlichungen und der bereits genannte *Cass-Report* sowie die Praxis in den nationalen Gesundheitsdiensten einiger skandinavischer Länder zeigen, die zu einem vorsichtigen Vorgehen sowohl hinsichtlich der sozialen Transition als auch der medizinischen Geschlechtsumwandlung auffordern. Unabdingbar für die Geschlechtsumwandlung ist die intensive Vorbereitung und psychotherapeutische Begleitung des Jugendlichen mit der Geschlechtsinkongruenz. Insbesondere die begleitenden psychischen Störungen bedürfen einer an den jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien orientierten Behandlung.

Vorbereitungsphase

Unter der Voraussetzung, dass die Diagnose zweifelsfrei gesichert ist, und aufgrund der gesicherten Erkenntnis, dass

der bzw. die Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz keine anderen Therapieangebote akzeptiert und stattdessen bei Verweigerung eher in seiner psychischen Adaptation gefährdet ist, wird zunächst eine Phase des **Real-Life-Tests** durchgeführt.

Dieser kann von einem Jahr bis zu mehrheitlich zwei und selten mehr Jahren reichen, wobei mit Ausnahme des operativen Eingriffs eine **hormonale, soziale, berufliche und juristische Geschlechtsumwandlung** vorgenommen wird. Die Problematik der Gabe von pubertätsblockierenden Hormonen vor der oder zu Beginn der Pubertät ist bei der Darstellung der Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter dargelegt worden. Erfolgt die Behandlung im Jugendalter, so kommt es beim biologisch männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz unter der Gabe von weiblichen Hormonen zu Brustwachstum und zum Erlöschen der männlichen Libido und Potenz. Entsprechend führt die Gabe von Androgenen bei der biologisch weiblichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz zu Ausbleiben der Menses und männlichem Habitus mit Veränderung der Stimme, Bartwachstum und Vergrößerung der Klitoris. Zugleich wird juristisch auf der Basis von Fachgutachten eine Namens- und Personenstandsänderung durchgeführt, wobei das neue Selbstbestimmungsgesetz diese Fachgutachten künftig obsolet machen wird. Die begleitende psychotherapeutische Betreuung soll die Adaptation an die neue Rolle ebenso wie die Orientierung im Beruf erleichtern.

In dieser Phase des Real-Life-Tests muss neben der psychosozialen Adaptation an die neue Geschlechtsrolle die Vorbereitung auf die nicht vor dem Erwachsenenalter (18 Jahre) ausgeführte **Operation** erfolgen. Für diese Entscheidung ist die Prüfung der *Einwilligungsfähigkeit* des bzw. der Jugendlichen eine unabdingbare Voraussetzung, zumal sie angesichts der in der Adoleszenz häufig krisenhaft verlaufenden Entwicklung und besonders bei einer begleitenden psychischen Störung eingeschränkt sein kann. Ferner muss bei den betroffenen Jugendlichen die Einsicht in die Irreversibilität der Ergebnisse der Operation ebenso wie die Notwendigkeit einer ständigen hormonellen **Substitutionsbehandlung** vermittelt werden. Ebenso gehört die **Fertilitätsberatung** durch die Reproduktionsmedizin zu den unabdingbaren Elementen der Vorbereitung, zumal insbesondere nach der Einnahme von Pubertätsblockern und mit der Substitution von gegengeschlechtlichen Hormonen *Unfruchtbarkeit* droht. In diesem Zusammenhang kann auch die Möglichkeit der *Kryokonservierung* von Spermien bzw. Eizellen thematisiert werden.

Bei der operativen Geschlechtsumwandlung werden bei den biologisch männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz die äußeren Genitalien und bei den biologisch weiblichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz sowohl Brüste als auch innere Genitalien entfernt. Die **Ergebnisse** der Operation sind bei den biologisch männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und mit weiblicher Identität insofern günstig, weil aus der Penishaut eine kohabitationsfähige Vagina geschaffen werden kann, die allerdings durch eine Prothese offengehalten werden muss, um ein Verkleben und Verwach-

sen der Häute zu vermeiden. Bei den biologisch weiblichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und mit männlicher Identität können Hodenprothesen implantiert und die Klitoris unter Hormontherapie vergrößert werden.

Zur Vorbereitung auf die Operation gehört auch die Konfrontation mit der Tatsache, dass chirurgisch bei biologisch weiblichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz keine funktionstüchtige, erektive Penisplastik geschaffen werden kann, wohingegen bei biologisch männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz die Anlage einer kohabitationsfähigen Vagina möglich ist. Die Betreuung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz in der Phase des Real-Life-Tests erfolgt kontinuierlich durch Psychiater bzw. Psychotherapeuten, Endokrinologie und schließlich Chirurgie, Urologie und Gynäkologie.

Kontraindikationen gegen eine Geschlechtsumwandlung werden in hysterischen und exhibitionistischen Persönlichkeiten, Substanzmissbrauchsstörungen, Delinquenz, fehlender Unterstützung durch die Familie und die unmittelbare bedeutsame soziale Umwelt, hohem Alter, sehr kontrovers auch hinsichtlich einer Intelligenzminderung sowie schließlich in einer körperlichen Erscheinung gesehen, die mit der neuen Geschlechtsrolle unvereinbar ist. Ebenso wird eine Kontraindikation in ausgeprägten psychischen Störungen einschließlich Psychosen gesehen. Zurückhaltung ist auch gegenüber Transvestiten und effeminierten Homosexuellen geboten, die nicht nur eine schlechtere Prognose bei Geschlechtsumwandlung haben, sondern sich auch bei Verweigerung dieser Maßnahme besser entwickeln als die Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz.

Diese aus der Erfahrung mit Erwachsenen mit Geschlechtsinkongruenz gewonnenen Grundsätze lassen sich nicht mit absoluter Gültigkeit auf **Jugendliche** übertragen. Zum einen sind diesem Vorgehen schon deswegen Grenzen gesetzt, weil grundsätzlich vor dem Erreichen der **Volljährigkeit** mit 18 Jahren keine operative Geschlechtsumwandlung vorgenommen werden darf. Dies kann aber dennoch bedeuten, dass der Real-Life-Test bereits vorher durchgeführt wird. Andererseits impliziert die noch nicht abgeschlossene psychosexuelle Entwicklung Jugendlicher, dass zumindest bei einigen von ihnen eine psychotherapeutische Reorientierung auf das biologische Geschlecht möglich sein sollte. Dies gelingt gemäß praktischen Erfahrungen tatsächlich in einigen Fällen, wenngleich die Therapiemotivation in der Regel kaum gegeben ist. Der Entwicklung einer auf einen Partner bezogenen Liebesfähigkeit und reifen genitalen Sexualität sind jedoch angesichts der schwachen Libido des Menschen mit Geschlechtsinkongruenz oft gewisse Grenzen gesetzt.

Therapieergebnisse und Verlauf

Der Verlauf der Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter wird sehr wesentlich von der Effizienz der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen bestimmt. Angesichts des in der

Regel unkorrigierbaren Drängens auf Geschlechtsumwandlung wird in Fachkreisen diskutiert, dass bei Verweigerung dieser Maßnahmen eine beträchtliche **Gefahr** für psychische Störungen mit Lebensgefährdung sowohl durch *Suizid* als auch *automutilative Handlungen* besteht. Eine neuere finnische nationale Kohortenstudie kam allerdings zu dem Ergebnis, dass die Suizidquote bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit Kontakt zu spezialisierten Geschlechtsidentitätsdiensten zwar höher als bei den Kontrollen war, Suizide aber durch die psychiatrische Morbidität und nicht durch die Geschlechtsumwandlung prädiagnostiziert wurden.

Die Frage der **Wirksamkeit** psycho- und verhaltenstherapeutischer Interventionen gerade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz ist angesichts praktisch noch fehlender kontrollierter Langzeitstudien völlig offen. Damit wird die ohnehin außerordentlich schwierige Aufgabe der Begutachtung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz mit dem Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung noch zusätzlich kompliziert.

Andererseits liegen mittlerweile Erfahrungen an mehreren hundert Erwachsenen beider Geschlechter mit Geschlechtsinkongruenz vor, die sich einer chirurgischen Geschlechtsumwandlung unterzogen haben und bei den meist kurz nach dem Eingriff vorgenommenen Befragungen auch angesichts der Irreversibilität zufrieden mit der Maßnahme äußerten. Inwieweit sich diese Einschätzungen im weiteren Verlauf auch krisenhaft wieder ändern könnten, ist angesichts fehlender Langzeituntersuchungen ebenfalls unklar.

Eine systematische Analyse der **Verläufe** von Geschlechtsinkongruenz nach früher Geschlechtsumwandlung bei Adoleszenten ergab in den Niederlanden günstige Befunde bei der Nachuntersuchung. Postoperativ war die dysphorische Verstimmung über das biologische Geschlecht nicht mehr vorhanden, und in keinem Fall konnte Bedauern über die Geschlechtsumwandlung festgestellt werden. Diese positiven psychosozialen Entwicklungen gelten für die sorgfältig diagnostizierten Fälle, die von einem Expertenteam begleitet werden und aufgrund ihres jugendlichen Alters eine günstigere Prognose als nachuntersuchte Erwachsene in der Folge einer Geschlechtsumwandlung haben.

Kindern und Jugendlichen besondere Zurückhaltung geboten. Gerade angesichts der Tatsache, dass sexuelles Verhalten erprobt und erlernt wird und die sexuelle Entwicklung mit dem Jugendalter eher ein offenes als ein abgeschlossenes Stadium erreicht, ist die Trennung zwischen abnormem und noch entwicklungsgebundenem Verhalten nicht immer leicht.

Somit verbleiben im Kindes- und Jugendalter – und dabei eher in der Adoleszenz – nur sehr seltene Manifestationen eindeutig gestörten sexuellen Verhaltens, die mit dem Begriff der **Paraphilien** bzw. der **Störungen der Sexualpräferenz** im Sinne des ICD-10 (F65) bezeichnet werden. Ihr gemeinsames **Kennzeichen** ist, dass zur sexuellen Erregung ungewöhnliche, bizarre Vorstellungen oder Handlungen erforderlich sind sowie

- die Bevorzugung eines nichtmenschlichen Objekts zur sexuellen Erregung oder
- wiederholte sexuelle Handlungen mit Menschen, denen reale oder simulierte Leiden oder Demütigungen zugefügt werden, oder
- wiederholte sexuelle Aktivitäten mit Partnern ohne deren Einverständnis.

Der Begriff der **Paraphilie** betont die Abweichung im Objekt, von dem der Betroffene sich angezogen fühlt. Die paraphile Vorstellung oder Handlung ist für die sexuelle Erregung bzw. den Orgasmus erforderlich. In der Regel haben die Betroffenen kein Krankheitsbewusstsein und werden eher im Rahmen strafrechtlicher Maßnahmen begutachtet. In der **ICD-10** wird die in > Tab. 23.4 dargestellte **Einteilung** der Paraphilien vorgenommen. Die **ICD-11** hat diese Klassifikation weitgehend übernommen, wie > Tab. 23.5 entnommen werden kann. Nicht mehr enthalten sind Fetischismus und Transvestitismus,

Tab. 23.4 Klassifikation der Paraphilien gemäß ICD-10

- Fetischismus (F65.0)
- Fetischistischer Transvestitismus (F65.1)
- Exhibitionismus (F65.2)
- Voyeurismus (F65.3)
- Pädophilie (F65.4)
- Sadomasochismus (F65.5)
- Multiple Störungen der Sexualpräferenz (F65.6)
- Andere Störungen der Sexualpräferenz (F65.8)
- Nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz (F65.9)

23.4 Paraphilien

23.4.1 Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Unter Berücksichtigung der eingangs getroffenen Anmerkungen zur kulturell-historischen Bewertung von Sexualität und der bei der Bestimmung von Störungen des Kindes- und Jugendalters bedeutsamen Entwicklungsdimension ist hinsichtlich der Zuschreibung von abweichendem Sexualverhalten bei

Tab. 23.5 Klassifikation der paraphilen Störungen gemäß ICD-11

6D30	Exhibitionistische Störung
6D31	Voyeuristische Störung
6D32	Pädophile Störung
6D33	Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang
6D34	Frotteuristische Störung
6D35	Sonstige paraphile Störungen mit nicht einwilligenden Personen
6D36	Paraphile Störungen, die Verhaltensweisen als Einzelpersonen oder mit einwilligenden Personen beinhalten
6D3Z	Paraphile Störungen, nicht näher bezeichnet

neu aufgenommen wurde der Frotteurismus und begrifflich verändert wurde der Sadomasochismus, der nunmehr als erzwingende sexuell-sadistische Störung bezeichnet wird.

Die **Häufigkeiten** der Paraphilien variieren für die einzelnen Formen. Insgesamt handelt es sich um seltene Störungen. Fast ausschließlich sind Männer, vereinzelt auch heranwachsende männliche Jugendliche betroffen. Lediglich beim sexuellen Sadismus und Masochismus können auch Frauen betroffen sein, wenngleich auch hier Männer dominieren. Epidemiologisch gewonnene Zahlen zur Prävalenz fehlen.

23.4.2 Klinik und Diagnostik

Im Folgenden werden die verschiedenen Paraphilien kurz in ihrem klinischen Erscheinungsbild gekennzeichnet, das sich vereinzelt bereits im Jugendalter, in der Regel jedoch erst bei Erwachsenen manifestiert.

Fetischismus

Der typischerweise in der Adoleszenz beginnende Fetischismus ist durch den Gebrauch unbelebter Objekte zur Erlangung sexueller Erregung gekennzeichnet. Typische Fetische sind weibliche Kleidungsstücke wie Unterwäsche und Schuhe. Oft steht der Fetisch mit einer intimen Bezugsperson der Kindheit in Beziehung. Der Fetisch ist nicht auf weibliche Kleidungsstücke beschränkt, die zum Verkleiden (wie beim Transvestitismus) oder zur direkten sexuellen Stimulierung (z. B. Vibrator) dienen. Die **ICD-11** erfasst dieses Verhalten nicht mehr als Störung.

Transvestitismus

Beim Transvestitismus besteht das Hauptmerkmal darin, dass heterosexuell orientierte Männer sich wiederholt oder ständig weiblich kleiden. Das Verkleiden dient zumindest zu Beginn der sexuellen Erregung und kann hinsichtlich Ausmaß und Dauer differieren. Bei einer heterosexuellen Grundorientierung und dem Fehlen einer transsexuellen Geschlechtsidentität sind heterosexuelle Erfahrungen gering und gelegentliche homosexuelle Handlungen möglich.

Typischerweise beginnt das Verkleiden in der Kindheit und im frühen Jugendalter. Bevorzugte Kleidungsstücke können sexuell stimulierend wirken und zunächst bei der Masturbation und später beim sexuellen Verkehr gewohnheitsmäßig eingesetzt werden. Das Verkleiden kann zur Gewohnheit werden; Übergänge in eine sekundäre Transsexualität sind möglich. Psychopathologisch sind bei jugendlichen Transvestiten Störungen des Sozialverhaltens, Schulleistungsstörungen und eine relative Minderung der Verbalintelligenz festgestellt worden. Die **ICD-11** erfasst dieses Verhalten nicht mehr als Störung.

Exhibitionismus

Der Exhibitionismus ist eine zwischen Frühadoleszenz und mittlerem Lebensalter einsetzende Störung, bei der die sexuelle Erregung durch das wiederholte Entblößen der Genitalien vor unbekannten Personen ohne Versuch weiterer sexueller Aktivitäten gesucht wird. Selten werden die Opfer körperlich bedroht. Bisweilen masturbiert der Exhibitionist bei der Entblößung. Opfer dieser nur bei Männern vorkommenden Störung sind Mädchen und Frauen. Wenngleich der Exhibitionismus zu den strafrechtlich am häufigsten verfolgten Sexualdelikten gehört, ist er bei Jugendlichen ein seltenes Phänomen. In psychotherapeutischer Hinsicht fallen Hemmungen hinsichtlich gegengeschlechtlicher Kontakte, Schüchternheit und psychosexuelle Retardierung auf. Häufig steht im Hintergrund eine sexualängstliche oder -feindliche Erziehung.

Voyeurismus

Beim Voyeurismus wird die sexuelle Befriedigung über die Beobachtung ahnungsloser fremder Frauen im nackten Zustand oder über die heimliche Beobachtung sexueller Handlungen gesucht. Die Störung setzt meist erst im frühen Erwachsenenalter ein und sollte nicht mit der sexuellen Neugier von Kindern und Jugendlichen gleichgesetzt werden. Voyeure sind ähnlich wie Exhibitionisten häufig gehemmt-schüchterne Persönlichkeiten, denen es an Sozialfertigkeiten zur Aufnahme heterosexueller Kontakte mangelt.

Pädophilie

Mit Pädophilie wird die Handlung oder Vorstellung einer sexuellen Aktivität mit Kindern als wiederholte oder ausschließliche Methode der sexuellen Stimulierung bezeichnet. Es handelt sich um eine Störung von Erwachsenen, vornehmlich Männern, mit überwiegend heterosexueller Orientierung, bei der die Kinder als Opfer dieser sexuellen Misshandlung ggf. einer kinderpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung zugeführt werden müssen (➤ Kap. 21). Die Täter sind mehrheitlich verheiratet, in einer Beziehung mit einem erwachsenen Partner oder auch geschieden bzw. verwitwet. Bei der überwiegenden Zahl aller Täter hat die Pädophilie mit Belästigung von Kindern bereits im Kindes- und Jugendalter begonnen.

Sadomasochismus

Auch der sexuelle Masochismus, bei dem Fesselungen, Schläge und Misshandlungen als bevorzugte oder ausschließliche Methode zur sexuellen Erregung dienen, setzt in der Regel erst im frühen Erwachsenenalter ein, wenngleich masochistische

Vorstellungen bereits in der Kindheit bestanden haben können. Gleiches gilt für den *sexuellen Sadismus*, bei dem der Betroffene einem entweder einverstandenen oder nicht einverstandenen Partner zum Zweck sexueller Erregung psychische oder körperliche, bisweilen auch simulierte Leiden beifügt. Die **ICD-11** hat mit der Diagnose 6D33 *Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang* eine neue inhaltliche Eingrenzung vorgenommen.

Zoophilie

Die Zoophilie ist eine seltene, in der ICD-10 und der ICD-11 nicht als gesonderte Kategorie berücksichtigte Störung, bei der Tiere zum Zweck der sexuellen Erregung eingesetzt werden. In der Regel handelt es sich um Haustiere oder Tiere in der Landwirtschaft, die oft von gehemmten, auch intelligenzgeminderten Männern in abgelegenen ländlichen Gebieten in sexuelle Handlungen einbezogen werden.

Frotteurismus

Beim Frotteurismus wird die sexuelle Erregung durch die Berührung von oder die Reibung an Personen ohne deren Zustimmung in Menschenansammlungen auf öffentlichen Plätzen erzielt.

23.4.3 Ätiologie

Die Ursachen der Paraphilien sind weitgehend unaufgeklärt. Lediglich für den Transvestitismus, der in der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung gelistet ist, wird als Teilelement angenommen, dass die Demütigung von Jungen, sie zum Zweck der Bestrafung wie Mädchen zu kleiden, prädisponierend wirken kann. Tiefenpsychologische Hypothesen wie etwa die der Partialtriebfixierung auf der analen Stufe bei sexuellem Sadismus und Masochismus sind ohne spezifischen ätiopathogenetischen Erklärungswert.

23.4.4 Therapie und Verlauf

Nach Durchführung einer differenzierten Anamnese und psychopathologischen Befunderhebung muss die jugendpsychiatrische Behandlung der Paraphilien an den individuellen **Defiziten** der Persönlichkeitsentwicklung, der sozialen Kompetenz, der psychosexuellen Entwicklung und der jeweiligen Lebensumwelt im Individualfall ansetzen. Behandlungspläne machen eine Integration von psychotherapeutischen, edukativen, verhaltens- und sozialtherapeutischen Maßnahmen erforderlich. Bei Belastungen, die aus einer sexualrepressiven Familienumwelt stammen, kann ein Milieuwechsel indiziert

sein. Bei den bisweilen früh einsetzenden Formen des Transvestitismus und Fetischismus können, sofern überhaupt eine Behandlungsindikation besteht, spiel- und verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgreich sein.

Der **Verlauf** der Paraphilien jenseits des Jugendalters ist bei meist geringer Therapiemotivation in der Regel chronisch. Zusätzlich leiden darunter soziale und sexuelle Beziehungen und können in seltenen Fällen die abweichenden sexuellen Handlungen zum Schwerpunkt aller Aktivitäten werden. Darüber hinaus prägt die strafrechtliche Verfolgung der Paraphilien das Lebensschicksal der Betroffenen.

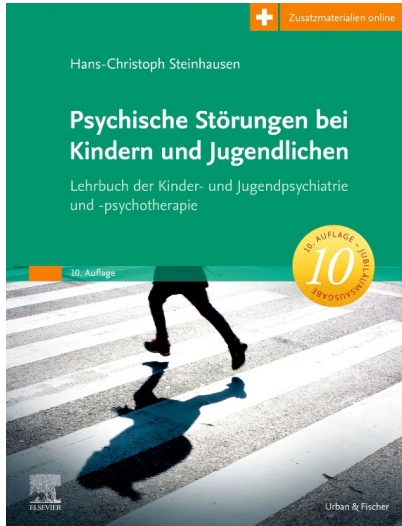
LITERATUR

- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(6):807–15.
- Bachmann CJ, Golub Y, Holstiege J, Hoffmann F. Gender identity disorders among young people in Germany: prevalence and trends, 2013–2022. An analysis of nationwide routine insurance data. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 370–1.
- Cohen-Kettenis P T. Gender identity disorders. Gillberg C. Harrington R. Steinhausen H.-C. A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry. 2006; Cambridge University Press. Cambridge. 695–725.
- Drescher J, Cohen-Kettenis P, Reed G M. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: 297–304.
- Drummond K D, Bradley S J, Peterson-Badali M, Zucker K J. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008; 44: 34–45.
- Lee P A, Houk C P. Evaluation and management of children and adolescents with gender identification and transgender disorders. *Curr Opin Pediatr*. 2013; 25: 521–527.
- Nyquist CB, Torgersen L, David LW, Diseth TH, Magnus P, Biele GPE, Waehre A. Population-adjusted numbers, demographics and mental health among children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence over two decades. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Jul 15. doi: 10.1007/s00787-024-02508-5.
- Meyer-Bahlburg H F L. Psychosexual disorders. In: Steinhausen H-C, Verhulst F. Risks and outcomes in developmental psychopathology. 1999; Oxford University Press. Oxford. 298–313.
- Rawee P, Rosmalen JGM, Kalverdijk L, Burke SM. Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Arch Sex Behav*. 2024; 53(5): 1813–1825.
- Ruuska SM, Tuisku K, Holttinen T, Kaltiala R. All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Ment Health*. 2024; 27(1):e300940.
- Smith Y L S, van Goozen S H M, Cohen-Kettenis P T. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 472–481.
- Turban J L, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(12):1228–1243.
- Wallien M S C, Cohen-Kettenis P T. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47: 1413–1423.
- Wallien M S C, Swaab H, Cohen-Kettenis P T. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 1307–1314.
- Zepf FD, König L, Kaiser A, Ligges C, Ligges M, Roessner V, et al. Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzla-

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Zusatzmaterialien online.

Hans-Christoph Steinhausen



10. Auflage 2026.
726 Seiten, 119 farb. Abb., 140 farb.
Tab., Gebunden
ISBN 9783437212949

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen verstehen und behandeln

Seit vier Jahrzehnten setzt dieses Lehrbuch Standards in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Der mit seiner Forschung hochzitierte Autor verfolgt dabei konsequent auch in der vorliegenden Jubiläumsauflage seine Prinzipien der Darstellung:

Evidenzbasierung aller Inhalte, Übersetzung wissenschaftlicher Befunde der Forschung in die klinische Praxis und Anleitung für die praktische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Er beschreibt verständlich die etablierten sowie jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse, bereitet das Wissen didaktisch übersichtlich und praxisrelevant auf und bietet so ein solides und verlässliches Konzept für das konkrete diagnostische und therapeutische Handeln.

Dieses Standardwerk psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen umfasst:

- Normale und abweichende Entwicklung
- Definition, Klassifikation und Epidemiologie
- Diagnostik
- Ätiologie
- Sämtliche spezielle psychische Störungen
- Grundlagen der Therapie und Rehabilitation

Zahlreiche Abbildungen, Tabellen, Fragebögen, Tests und Therapieanleitungen sorgen für maximale Praxisrelevanz.

Neu in der 10. vollständig überarbeiteten und aktualisierten Auflage:

- Integration wichtiger neuester Forschungsbefunde in sämtlichen Kapiteln
- Einbeziehung der Definition und Klassifikation aller Störungsbilder nach ICD-10 und ICD-11 (Deutsche Version 2025)
- Neu konzipiertes erweitertes Kapitel zur Versorgung

Inklusive 76 aktueller Original-Fragebögen, Skalen und Therapieanleitungen im Anhang – für die Sicherung der Diagnostik und als Basis für Qualitätssicherung und Evaluation.

Stand: Feb.-26. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.



ELSEVIER

elsevier.de