

Prüfungsfragen und Antworten zu den Lehrbuchkapiteln

Kapitel 1

(1) Womit befasst sich die Entwicklungspsychopathologie und welcher Forschungsansatz wird dabei verfolgt?

Die Entwicklungspsychopathologie befasst sich mit Entwicklungsprozessen, die zur Entstehung oder Vermeidung von psychischen Störungen beitragen. Es geht dabei sowohl um die Beschreibung, Erklärung und Vorhersage von Entwicklungsstörungen als auch um die Identifikation von Bedingungen, die das Risiko von Fehlentwicklungen reduzieren. Es wird von einem interdisziplinären Forschungsansatz ausgegangen, der klinisch-psychologische, biologisch-medizinische, soziologische und kulturvergleichende Perspektiven integriert und kurz zusammengefasst als biopsychosozialer Forschungsansatz bezeichnet wird.

(2) Welches Basiskriterium lässt sich zur Abgrenzung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter nutzen?

Ein entscheidendes Basiskriterium zur Abgrenzung einer Entwicklungsstörung besteht darin, dass das betroffene Kind bzw. der betroffene Jugendliche darin beeinträchtigt ist, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.

(3) Welche weiteren Kriterien können bei der Abgrenzung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter weiterhin von Bedeutung sein?

Weitere Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung sind die Abweichung von einer Entwicklungsnorm, der subjektive Leistungsdruck sowie die Selbst- und Fremdgefährdung.

Kapitel 2

(1) Benennen Sie potentielle pränatale Risikofaktoren für die spätere Entstehung einer psychischen Störung.

Neben genetischen Risiken (strukturelle oder zahlenmäßige Chromosomenaberrationen) sind in der pränatalen Entwicklungsphase vor allem Teratogene als Entwicklungsrisiko zu sehen. Als wichtige Teratogene, die die weitere Entwicklung beeinträchtigen können, gelten vor allem Alkohol, Drogen, Rauchen, spezifische Medikamente, Umweltgifte, Strahlenschäden und Infektionserkrankungen der Mutter.

(2) Wie muss sich eine Bezugsperson verhalten, damit die Chance erhöht ist, dass eine sichere Bindung bei einem Kind entsteht?

Nach Ainsworth, Bell und Stayton (1974) entsteht dann eine sichere Bindung beim Kind, wenn seine Bezugsperson in konsistenter Weise die Signale ihres Kindes wahrnimmt, richtig interpretiert sowie angemessen und prompt darauf reagiert. Dies schafft für das Kind emotionalen Sicherheit, da es weiß, dass seine Bedürfnisse in entscheidenden Situationen zuverlässig befriedigt werden.

(3) Welche Grunddimensionen werden in dem Erziehungsstil-Modell von Baumrind unterschieden und welche Kombination gilt dabei als Schutzfaktor im Sinne einer Förderung der psychosozialen Anpassung?

Dem Erziehungsstil-Modell von Baumrind liegen zwei Dimensionen des Erziehungsverhaltens zugrunde: Responsivität und Lenkung. Ein responsives Elternverhalten ist dadurch gekennzeichnet, dass die Bezugspersonen verständnisvoll und unterstützend auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren, während ein lenkendes Elternverhalten dadurch gekennzeichnet ist, dass die Bezugspersonen Regeln und Grenzen setzen, auf deren Einhaltung sie achten. Ein autoritatives Erziehungsverhalten lässt sich durch ein gleichermaßen responsives wie lenkendes Verhalten der Bezugspersonen charakterisieren und gilt als ein wichtiger Schutzfaktor, der mit einer verbesserten psychosozialen Anpassung verbunden ist.

(4) Beschreiben Sie das Mediations-Moderations-Modell bei der Entstehung einer psychischen Störung. Welche Rolle kommt dabei Risiko- und Schutzfaktoren sowie Vulnerabilität und Resilienz zu?

Nach dem Mediations-Moderations-Modell sind Risikofaktoren ursächliche Faktoren für die Entstehung einer psychischen Störung, während Schutzfaktoren sowie individuelle Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren eine moderierende Wirkung haben. Diese Moderation äußert sich in Form von verstärkter oder abgeschwächter Wirkung des Risikofaktors und bedeutet gleichzeitig, dass Schutzfaktoren ihre Wirkung erst in Gegenwart eines Entwicklungsrisikos entfalten, also wenn überhaupt ein Entwicklungsrisiko besteht.

(5) Was bedeuten Äquifinalität und Multifinalität bei der Entstehung von Entwicklungspsychopathologien?

Mit Äquifinalität ist gemeint, dass viele Entwicklungswege zu ein und demselben Ergebnis führen können. Beispielsweise können sowohl mütterlicher Alkoholabusus in der Schwangerschaft als auch Genveränderungen zu einer Intelligenzminderung führen. Multifinalität bedeutet dagegen, dass ähnliche Entwicklungswege unterschiedliche Ergebnisse zur Folge haben können. Das Leben mit einer depressiven Mutter könnte bei verschiedenen Kindern unterschiedliche Belastungen mit sich bringen und somit zu jeweils anderen Störungen führen. Das eine Kind neigt dazu, Sorgen und Ängste zu haben, das andere zeigt ähnlich depressive Symptome wie seine Mutter.

(6) Wofür steht das Akronym REAL und wie ist dies in die Landschaft von Modellen zur Entstehung von psychischen Störungen einzuordnen?

Das Akronym REAL steht für »Responsiveness, Emotional Attention and Learning« und beschreibt die drei zentralen Prozesse des Modells von Dadds und Frick (2019), die störungsübergreifend zur Störungsgenese beitragen: Responsivität, Aufmerksamkeit und Lernen. Während Entwicklungspfadmodelle die Entstehung von psychischen Krankheiten globaler erklären, fokussieren sich die Entwicklungsaufgaben- und Stressbewältigungskonzeptionen auf einzelne Erklärungsmechanismen. Das REAL Modell gehört zu den transdiagnostischen Modellen und verbindet störungsübergreifende und störungsspezifische Prozesse, um die hauptsächlichen Störungen des Kindes- und Jugendalters zu erklären. Das Modell soll darlegen, wie individuelle Unterschiede in bestimmten neurobiologischen oder psychosozialen Vulnerabilitäten dazu beitragen, psychische Gesundheit oder Krankheit übergreifend (über verschiedene Störungsbilder hinweg) zu formen.

Kapitel 3

(1) Wie unterscheiden sich ein kategorialer und ein dimensionaler Klassifikationsansatz bei der Definition von Störungsbildern?

Beim kategorialen Klassifikationsansatz wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Störungsbilder mehr oder weniger klar voneinander abgrenzbar sind. Quantitative Abstufungen sind nicht vorgesehen, da eine Zugehörigkeit zu einer Kategorie entweder vorliegt oder nicht vorliegt. Bei einem dimensionalen Klassifikationsansatz werden dagegen bei entwicklungspsychopathologisch relevanten Dimensionen (wie dem Ausmaß der Ängstlichkeit oder der Depressivität) quantitative Abstufungen vorgenommen. Durch den Vergleich mit Normwerten lässt sich erkennen, ob Auffälligkeiten vorliegen.

(2) Welche Nachteile sind mit der Verwendung eines kategorialen Klassifikationsansatzes verbunden?

Die Kategorisierung birgt die Gefahr einer künstlichen Vereinheitlichung, die den individuellen Fall nur unzureichend abbildet. Ein zweiter Nachteil ist darin zu sehen, dass ein Kategoriensystem überwiegend einen Zustand abbildet, während eine Störung Veränderungen über die Zeit aufweist. Ein weiterer Nachteil von Kategoriensystemen ist darin zu sehen, dass eine eindeutige Abgrenzung zwischen einer gestörten und einer nicht-gestörten Entwicklung vorgenommen wird. Dass es auch Grauzonen bzw. Übergänge gibt, ist in diesem System wenig berücksichtigt.

(3) Wie lassen sich Perspektivendivergenzen zwischen den Urteilen von Kindern und ihren Eltern zur psychischen Symptomatik erklären?

Es lassen sich drei Ursachen für unterschiedliche Eltern- und Kinderperspektiven differenzieren. Kontextdivergenzen liegen vor, da Eltern ihre Kinder nur in bestimmten Kontexten erleben und ihr Urteil darauf basiert. Kinder kennen von sich selbst verschiedene Perspektiven (in der Schule, zu Hause, mit Freunden usw.). Die Urteile sind außerdem abhängig von der Sichtbarkeit der Symptome. Bei internalisierenden Auffälligkeiten (z. B. Depressionen) wissen die Eltern weniger über die Störungssymptome und unterschätzen sie, weil sie nicht sichtbar sind. Externalisierende Symptome sind sichtbar und werden von den Eltern oft als störend empfunden und infolgedessen in ihrem Ausmaß überschätzt. Weiterhin können die Urteile von Eltern und Kindern in unterschiedlichem Ausmaß durch Urteilstendenzen beeinflusst sein (wie Urteile im Sinne sozialer Erwünschtheit).

(4) Durch welche Merkmale sollte ein Testverfahren charakterisiert sein?

Während Fragebögen durch einen mehr oder weniger umfangreichen Standardisierungsgrad gekennzeichnet sein können, kann man davon ausgehen, dass bei einem Test durchweg hohe Standardisierungsgrade für die Durchführung, Auswertung und Interpretation vorliegen, um eine möglichst hohe Objektivität beim Einsatz des Tests zu gewährleisten. Weiterhin liegen bei einem Testverfahren in der Regel teststatistische Gütekriterien (wie eine hinreichende Reliabilität und Validität) sowie eine Normierung vor. Anhand der Normen lässt sich ein Vergleich mit Bezugsgruppen herstellen.

Kapitel 4

(1) Was ist mit einer prospektiven Längsschnittmethode gemeint und welchen Vorteil bietet sie im Bereich der Entwicklungspsychopathologie?

Bei einer prospektiven Längsschnittstudie werden zu einem frühen Entwicklungszeitpunkt, bevor eine Störung aufgetreten ist, potentielle Verursachungsfaktoren bei einer großen Stichprobe erfasst. Später werden dann die Kinder und Jugendlichen, bei denen eine Entwicklungsstörung aufgetreten ist, hinsichtlich vorausgegangener Faktoren mit den Kindern und Jugendlichen verglichen, bei denen eine Störung ausgeblieben ist. Prospektive Längsschnittstudien gelten als besonders geeignet zur Aufdeckung von Verursachungsmechanismen für die Entstehung von Psychopathologien.

(2) Welche Untersuchungsmethode verbirgt sich unter einer Zeitwandelmethode und welche Bedeutung hat sie für die Entwicklungspsychopathologie?

Die Zeitwandelmethode ist eine Methode der epidemiologischen Forschung, bei der unterschiedliche Stichproben gleichen Alters zu unterschiedlichen Zeitpunkten miteinander verglichen werden. Dabei lässt sich herausfinden, ob sich die Häufigkeiten von Störungsbildern über die Zeit verändern und welche Faktoren dafür verantwortlich sein können. Beispielsweise könnte die Frage untersucht werden, ob die depressive Störung im Kindes- und Jugendalter zugenommen hat.

(3) Grenzen Sie die Begriffe Punktprävalenz, Periodenprävalenz und Inzidenz voneinander ab.

Bei der Punktprävalenz wird die Rate der Betroffenen zu einem gegebenen Zeitpunkt bestimmt, während die Periodenprävalenz angibt, wieviele Betroffene es in einem bestimmten Zeitintervall (z. B. im Zeitraum eines Jahres) gibt. Die Inzidenzrate wiederum gibt an, wie viele Kinder bzw. Jugendliche mit einer Störung in einem definierten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Jahres) neu hinzukommen.

(4) Wie lässt sich erklären, dass die Angaben zur Epidemiologie psychischer Störungen über verschiedene Studien hinweg teilweise deutlich divergieren?

Erstens besteht das Problem der diagnostischen Abgrenzung von Störungsbildern, wobei nicht alle Studien einheitliche Definitionskriterien nutzen. Zweitens ergibt sich das Problem der Wahl der Informationsquelle, da über die Studien hinweg teilweise unterschiedliche Informationsquellen (wie Eltern, Lehrer, die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst) genutzt werden. Drittens besteht das Problem der Dunkelziffern, da in manchen Problembereichen (wie beispielsweise Essstörungen oder Substanzmittelkonsum) die Bereitschaft möglicherweise gering ist, über ein Problemverhalten Auskunft zu geben. Viertens ist das Problem der mangelnden Repräsentativität zu benennen, da nicht alle Studien auf repräsentativen Stichproben beruhen.

Kapitel 5

(1) Wie lassen sich primäre, sekundäre und tertiäre Prävention voneinander abgrenzen?

Die primäre Prävention bezieht sich auf Maßnahmen, mit denen das Auftreten von Störungen im Vorfeld verhindert werden soll. Liegen dagegen bereits Beeinträchtigungen vor, zielt die sekundäre Prävention darauf ab, Fehlentwicklungen frühzeitig zu korrigieren. Von der primären und sekundären Prävention wird häufig noch die tertiäre Prävention abgegrenzt, bei der es darum geht, zusätzliche Folgen von Störungen zu minimieren, falls der Störungszustand selbst nicht oder nur unvollständig änderbar ist.

(2) Was unterscheidet eine verhaltens- und eine verhältnisorientierte Prävention voneinander?

Während verhaltensorientierte Maßnahmen darauf gerichtet sind, das individuelle Verhalten und Erleben von Personen bzw. Gruppen zu verändern, zielen verhältnisorientierte Maßnahmen darauf ab, die Lebensumstände und Umweltbedingungen zu verändern, in denen Personen bzw. Gruppen leben, um dadurch indirekt Verhaltensänderungen zu erzielen.

(3) Wie unterscheidet sich die graduierte Form der Reizexposition bei der Therapie von Ängsten von der systematischen Desensibilisierung?

In der graduierten Form der Reizexposition erfolgt eine sukzessive Konfrontation mit den angstauslösenden Stimuli einer Angsthierarchie. Der Unterschied zur systematischen Desensibilisierung besteht dabei darin, dass nicht versucht wird, einen entspannten Zustand in der Konfrontation mit den Angstreizen aufrechtzuerhalten. Stattdessen wird ein mittlerer Angstgrad angestrebt, an den das Kind bzw. der Jugendliche jeweils habituieret.

(4) Wie ist eine negative Verstärkung definiert und wie könnte ein Beispiel für eine negative Verstärkung aussehen?

Bei einer negativen Verstärkung fällt aufgrund eines Verhaltens, das gezeigt wird, eine negativ bewertete Konsequenz weg. Wenn ein Kind es schafft, einer unangenehmen Aufgabe zu entgehen, indem es sagt, dass ihm schlecht ist, lernt es, dass es mit diesem Verhalten Erfolg hat. Es wird also häufiger Beschwerden vortäuschen, um unangenehmen Konsequenzen zu entgehen. Die negative Verstärkung ist dabei nicht mit einer Bestrafung zu verwechseln.

(5) Durch welche Kennzeichen lassen sich effektive Therapien charakterisieren?

Eine effektive Therapie sollte sich durch vier Kennzeichen charakterisieren lassen: zeitliche Begrenzung, Bezogenheit auf ein spezifisches Problem, Einbezug kognitiver und emotionaler Verarbeitung und Handlungsorientierung.

(6) Auf welchen Wegen kann man zu transdiagnostischen Therapieansätzen kommen?

Marchette und Weisz (2017) schlagen drei Wege vor, wie man transdiagnostische Strategien ableiten könnte: Bei der Konzentration auf den dysfunktionalen Kern wird nach gemeinsamen zugrundeliegenden Elementen verschiedener Störungen gesucht. Ein zweiter Ansatz beschreibt die Identifikation gemeinsamer Elemente psychotherapeutischer Strategien mehrerer Störungen sowie einen modularen Aufbau von Therapiekomponenten, der eine Individualisierung der Therapie fördert. Als drittes können die Prinzipiengeleitete Ansätze angewandt werden, wobei die Kernprinzipien wirksamer therapeutischer Strategien kombiniert werden. Diese Veränderungsprinzipien sind breiter als der eher Techniken-orientierte zweite Ansatz.

Kapitel 6

(1) Was beschreibt der Begriff der Verhaltenstriade beim Autismus?

Die Verhaltenstriade bezieht sich auf drei Bereiche, in denen autistische Kinder qualitative Beeinträchtigungen haben: die soziale Interaktion (z. B. mangelnde Empathiefähigkeit), die Kommunikation (Sprachstörungen und Echolalien) und stereotype Verhaltensweisen.

(2) Nennen Sie Prädiktoren, die den Verlauf des Autismus begünstigen!

Es gibt eine Reihe von Prädiktoren, die den Verlauf des Autismus begünstigen, darunter fallen beispielsweise ein Spracherwerb vor dem Alter von 5 Jahren, eine kurze Echolaliephase, das Erlernen von Blickkontakt, gezeigtes Imitationsverhalten, die Kontrolle der Ausscheidung, breit gestreute Fähigkeiten und Interessen, keine schwere Störung der Reaktion auf Geräusche, ein Rückgang von Stereotypen vor dem 10. Lebensjahr und eine früh einsetzende Therapie sowie die Bereitstellung von Hilfsangeboten.

(3) Unter welchen Umständen könnte man bei einer funktionellen Harninkontinenz eher von einer Reifeverzögerung als von einer psychischen Störung sprechen?

Es gibt eine Gruppe von Kindern mit funktioneller Harninkontinenz, die keine weiteren Auffälligkeiten aufweisen und hauptsächlich ein nächtliches Einnässen zeigen. Bei diesen Kindern kann man davon ausgehen, dass mit zunehmender Reifung sich auch das nächtliche Einnässen von alleine zurückbildet. Oft sind diese Kinder schwerer erweckbar (zum Beispiel werden sie durch Lärm erst bei viel höheren Lärmintensitäten wach als nicht einnässende Kinder). Die Zusammenarbeit von Blase (die Signale abgibt, wenn sie einen bestimmten Füllstand erreicht hat) und Gehirn (welches das Aufwecken entsprechend einleitet) funktioniert noch nicht.

(4) Welche Formen des Einnässens tagsüber gibt es?

Man kann vier Formen unterscheiden: (1) die funktionelle Harninkontinenz, (2) die ideopathische Dranginkontinenz, (3) die Harninkontinenz bei Miktionsaufschub und (4) die Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination.

(5) Durch welche Merkmale ist eine Bindungsstörung charakterisiert?

Eine Bindungsstörung ist gekennzeichnet durch ein abnormes Beziehungsmuster, das sich vor dem Alter von 5 Jahren manifestiert. Bei manchen Kindern beobachtet man ein eher wahlloses Beziehungsverhalten, bei anderen findet man eher ein widersprüchliches, ambivalentes Muster. Bindungsstörungen treten oft als Folge schwerer Vernachlässigung, Misshandlung oder dauerhafter Trennung von primären Bezugspersonen ohne angemessenen Ersatz auf. Es gibt zwei Formen von Bindungsstörungen (die reaktive Bindungsstörung und die Bindungsstörung mit Enthemmung), die sich insbesondere in dem Zeitpunkt der Manifestation, im konkreten Beziehungsverhalten des Kindes und der Responsivität bei Änderungen der jeweiligen Lebensumstände auszeichnen.

(6) Welche Rolle spielt die elterliche Fürsorge bei den Bindungsstörungen?

Auch wenn kindliche Merkmale mögliche Erklärungen für die Bindungsstörung liefern, scheint die hauptsächliche Ursache die primäre Bezugsperson zu sein, die eine unangemessene Fürsorge für das Kind zeigt. Eine Umwelt, die keine emotionale und sozial-kognitiv anregende Funktion übernimmt, stellt für Kinder eine Deprivation dar. Es werden dabei verschiedene Deprivationszustände unterschieden. Der Verlust der Eltern durch Tod oder durch eine Trennung/Scheidung, Krankenhausaufenthalte, eine Unterbringung in einem Kinderheim sowie Vernachlässigung und Misshandlung können Ursachen einer Deprivation sein. Die mangelnde elterliche Fürsorge (gewollt oder ungewollt) ist ein wichtiger Faktor bei diesen Störungen.

(7) Welche Formen der frühkindlichen Regulationsstörungen lassen sich unterscheiden?

Zu den Regulationsstörungen im Säuglingsalter zählen das exzessive Weinen in den ersten Lebensmonaten, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen. Ebenfalls frühzeitig können Bindungsstörungen auftreten. Ab dem Vor- und Grundschulalter können außerdem Regulationsstörungen in Form von Störungen der Ausscheidungskontrolle eintreten, wie zum Beispiel die Enuresis und die Enkopresis.

(8) Welche Symptomtrias findet man bei den meisten Regulationsstörungen im frühen Kleinkindalter?

Die meisten Regulationsstörungen sind dadurch charakterisiert, dass (a) Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen vorliegen, dass (b) ein Überlastungssyndrom der Bezugsperson(en) beim Umgang mit dem schwierigen Säugling auftritt (möglicherweise verbunden mit weiteren

Problemkonstellationen wie beispielsweise Partnerproblemen) und dass (c) dysfunktionale Interaktionsmuster im Umgang mit den kindlichen Verhaltensproblemen bestehen.

Kapitel 7

(1) Durch welche zentralen Befürchtungen lassen sich die Angststörungen des Kindesalters unterscheiden?

Kinder mit einer emotionalen Störung mit Trennungsangst haben Angst, von der primären Bezugsperson getrennt zu sein und dass ihnen oder der Bezugsperson etwas zustoßen könnte. Liegt eine phobische Störung des Kindesalters vor, ist die Angst vor einem spezifischen Objekt, einer Person bzw. einem Tier oder einer spezifischen Situation vorherrschend. Die zentrale Befürchtung bei der Störung mit sozialer Ängstlichkeit ist die Angst vor neuartigen sozialen Situationen und der Begegnung mit Fremden. Bei der generalisierten Angststörung des Kindesalters sind Ängste in Form von Sorgen zentraler Bestandteil. Die Sorgen scheinen unkontrollierbar und beziehen sich auf mehrere alltägliche Bereiche und/oder zukünftige Ereignisse.

(2) Was weiß man über die Entstehung von Angststörungen? Gibt es gemeinsame Ursachen der verschiedenen Ängste?

Als Ursachen für die Angststörungen kommen überwiegend genetische Aspekte und Lernprozesse zum Tragen. Eine genetische Vulnerabilität prädisponiert ein Kind für die Entstehung einer Angststörung (z. B. Temperamentsmerkmale wie behavioral inhibition). Psychologische Prozesse wie Modelllernen, social referencing und erlernte angstinduzierende Kognitionen (z. B. katastrophisierendes Denken) tragen weiterhin zur Entstehung bei. Zudem sind Menschen evolutionär darauf eingestellt, bestimmte Reiz-Reaktions-Verbindungen zu lernen, was das Erlernen von Ängsten vor speziellen Situationen und Objekten fördert (Preparedness). Nach der 2-Faktoren Theorie von Mowrer läuft die Entstehung und Aufrechterhaltung über zwei wesentliche Lernprozesse ab. Bei der klassischen Konditionierung von Angstreaktionen werden ursprünglich neutrale Reize durch Kopplung mit aversiven Reizen zu konditionierten Angststimuli. Der einsetzende operante Prozess zur Vermeidung der aversiven Stimuli verfestigt schließlich die Angst und verhindert die Veränderung der Angst durch fehlende positive (Bewältigungs-)Erfahrungen. Letztlich beeinflussen sich verschiedene Ursachen interaktionell und führen zu einer multifaktoriellen Verursachung.

(3) Was sind die drei Kardinalsymptome einer hyperkinetischen Störung?

Die drei Kardinalsymptome sind eine Auffälligkeit in der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulsivität.

(4) Worin unterscheidet sich eine reine Aufmerksamkeitsstörung von einer hyperkinetischen Störung?

Eine reine Aufmerksamkeitsstörung zeichnet sich durch unaufmerksames, unkonzentriertes Verhalten aus. Eine hyperkinetische Störung beinhaltet darüber hinaus ein übermäßiges motorisches Aktivitätsniveau und eine ausgeprägte Impulsivität.

(5) Welche Untergruppen der Störung des Sozialverhaltens lassen sich diagnostizieren und worin unterscheiden sie sich?

Nach ICD-10 können fünf Untergruppen der Störung des Sozialverhaltens unterschieden werden: (1) die auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, (2) die Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, (3) die Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, (4) die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und (5) die Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. Das DSM-IV unterscheidet lediglich die Störung des Sozialverhaltens und die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Die Untergruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Vorhandenseins von sozialen Bindungen, komorbider emotionaler Probleme und der Destruktivität des gestörten Sozialverhaltens (destruktiv, antisozial versus oppositionell und trotzig).

(6) Warum geraten Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens schneller in Konflikte mit anderen als andere Gleichaltrige?

Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens finden mit ihren Verhaltensweisen häufig wenig Gegenliebe bei Gleichaltrigen. Insbesondere ihre Defizite im Problemlösen, die mangelnde Impulskontrolle sowie die mangelnden sozialen Kompetenzen bilden Hürden und Ausgangspunkte für Konflikte im Kontakt mit anderen Kindern und Jugendlichen.

(7) Welche beiden Entwicklungspfade lassen sich bei der Störung des Sozialverhaltens unterscheiden und welcher Entwicklungspfad stellt einen schwierigeren Verlauf dar?

Man unterscheidet im Verlauf der Störung des Sozialverhaltens zwischen »Early Starters«, und »Late Starters«. Bei den »Early Starters« beginnt die Störung früh und es scheinen sowohl biologische, psychologische als auch umweltbedingte Ursachen beteiligt zu sein. Über die Zeit weisen diese Kinder eine höhere Persistenz der Symptome auf. Die »Late Starters« dagegen zeigen eine mildere, auf die Jugendzeit begrenzte Störung des Sozialverhaltens, die vermutlich durch ein ungünstiges Umfeld bedingt wird und sehr viel häufiger vorkommt als der »Early Starter«-Entwicklungspfad.

(8) Warum führen Kinder Zwangshandlungen durch?

Zwangshandlungen haben die Funktion, unangenehme, bedrohlich empfundene Zwangsgedanken zu verbannen und werden ausgeführt, um befürchtete Konsequenzen zu vermeiden.

(9) Wie unterscheidet sich das Tourette-Syndrom von der Ticstörung?

Eine Störung, bei der vokale Äußerungen oder motorische Bewegungen stereotyp und unwillkürlich auftreten, bezeichnet man als Ticstörung. Das Tourette-Syndrom ist eine Störung, bei der komplexe vokale und motorische Tics wiederholt auftreten.

(10) Welche Störungen fallen nach der ICD-10 unter die umschriebenen Entwicklungsstörungen?

Man unterscheidet die umschriebenen Entwicklungsstörungen nach vier Kategorien. Die umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache, dazu zählen Artikulationsstörungen, expressive und rezeptive Sprachstörungen. Zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten gehören die Lese- und Rechtschreibstörung, die isolierte Rechtschreibstörung, die Rechenstörung und die kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten. Außerdem gibt es noch die umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen und die kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung.

(11) Was ist mit dem doppelten Diskrepanzkriterium bei der Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung gemeint?

Um von einer umschriebenen Entwicklungsstörung sprechen zu können, müssen die Leistungen in einem spezifischen Leistungsbereich sowohl eine Diskrepanz zu den Leistungen einer Bezugsgruppe als auch zur allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit (Intelligenz) aufweisen.

Kapitel 8

(1) Erläutern Sie, inwiefern das Halten von Diäten zu einer Essstörung führen kann!

Wenn man eine Diät hält, sind Essanfälle eine wahrscheinliche Folge, da der Körper versucht, einen Mangelzustand auszugleichen. Gleiches gilt für das Einsparen von Kohlenhydraten. Ein solcher körperlicher Mangelzustand kann zu einer Sättigungsregulationsstörung führen und so die Manifestation einer Essstörung begünstigen. Diäten führen also wahrscheinlicher zu Essanfällen und damit erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit der Manifestation einer Essstörung.

(2) Worin unterscheidet sich eine Anorexia Nervosa von anderen Essstörungen?

Bei der Anorexia Nervosa weigern sich die Betroffenen, die untere Grenze des für ihr Alter und ihre Körpergröße normalen Gewichts zu halten und haben einen BMI < 17,5. Sie erreichen dies, indem sie hungern. Kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sind ebenfalls üblich, im Gegensatz zur Bulimia Nervosa und zur Binge-Eating-Störung treten bei einer Anorexie keine Essanfälle auf.

(3) Unterscheiden sich depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter von denen im Erwachsenenalter?

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter sind den depressiven Störungen im Erwachsenenalter sehr ähnlich und werden daher gemeinsam unter ICD-10 Kapitel F3 kodiert. Abhängig vom Alter des Kindes oder Jugendlichen können die Symptome sich in unterschiedlichen Ausprägungen äußern. Depressivität im Kleinkindalter kann sich durch ein ausdrucksarmes Gesicht, ein auffälliges Spielverhalten, eine Spielunlust, mangelnde Phantasie, selbststimulierendes Verhalten (wie Kopf-/Körperschaukeln oder Daumenlutschen) und gestörtes Essverhalten zeigen. Im Vorschulalter sind Symptome wie ein trauriger Gesichtsausdruck, eine verminderte Gestik und Mimik, eine mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen, ein vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten sowie Schlafstörungen möglich. Im Schulalter treten auch Schulleistungsstörungen auf und die Kinder sind erstmals fähig, traurige und suizidale Gedanken zu haben und zu beschreiben. Bei depressiven Kindern und Jugendlichen kommen häufig auch körperliche Beschwerden wie Kopf-, Muskel- oder Magenschmerzen, Langeweile und Substanzgebrauch hinzu.

(4) Wie kann man das Zustandekommen einer solchen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen erklären?

Für die Entstehung einer Depression im Kindes- und Jugendalter kommen mehrere Erklärungsansätze in Frage. Ein depressiver Attributionsstil kann die Vulnerabilität für Depressionen erhöhen. Bei diesem Denkmuster werden Ereignisse meistens internalen, stabilen und globalen Faktoren zugeschrieben. Diese Annahme findet sich auch in dem Modell der erlernten Hilflosigkeit wieder. Bei diesem Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird postuliert, dass kritische Lebensereignisse und depressive Attributionsstile die Depression verursachen können. Nach der Theorie der kognitiven Triade von Beck entstehen durch kritische Lebensereignisse Denkfehler, die zu einer negativen Sicht auf die Welt, die Zukunft und das Selbst führen können. Des Weiteren kommen psychologische Faktoren, wie eine Misshandlung, negative Bindungsqualität, niedriger Selbstwert, Verstärkerverlust und interpersonale Konflikte als ursächliche Faktoren in Betracht. Auch verhaltensgenetische und biologische Prozesse sind mitbeteiligt, wie zum Beispiel ein niedriger Serotoninspiegel. Man hat zudem hohe Konkordanzen zwischen den depressiven Störungen von Verwandten, insbesondere Eltern und Geschwistern, gefunden, die sich zudem noch über Erziehung und Modelllernen beeinflussen, was die Auftretenswahrscheinlichkeit einer depressiven Störung zusätzlich erhöht. Andererseits sind auch hormonelle Störungen und Anomalien der Amygdala bei depressiven Kindern und Jugendlichen mögliche Erklärungen für eine Depression. Es gibt folglich viele psychologische und soziale Faktoren, die zu der Entstehung einer Depression beitragen. Zusammen mit einer genetischen Vulnerabilität modulieren sie die Manifestation einer depressiven Störung. Demnach muss auch bei einer depressiven Störung von einer multikausalen Verursachung ausgegangen werden.

(5) Worin unterscheidet sich der schädliche Gebrauch einer Substanz von einer Abhängigkeit laut der ICD-10?

Der schädliche Gebrauch bezeichnet den Konsum von Substanzen, sodass eine feststellbare körperliche oder psychische Schädigung verursacht wird. Eine Abhängigkeit besteht, wenn der Konsum kaum kontrollierbar ist, ein starkes Verlangen besteht und Entzugssymptome auftreten, wenn die Substanz nicht konsumiert wird. Aktivitäten sind dann meist auf die Beschaffung der Substanz und die Erholung eingeschränkt. Eine Toleranzentwicklung entsteht und die Person konsumiert trotz Schädigung die Substanz weiter.

(6) Was sind wichtige Risikofaktoren für die Initiierung eines exzessiven Konsums?

Eine erhöhte Rate von Alkoholabhängigkeiten in Familien spricht für eine genetische Vulnerabilität des exzessiven Konsums von Alkohol. Der familiäre Gebrauch von Alkohol und die Einstellungen zum Konsum, sowie das Ausmaß an Monitoring sind entscheidende familiäre Faktoren, die den Konsum von Jugendlichen beeinflussen können. Eine Störung des Sozialverhaltens und eine positive Wirkungserwartung gelten als individuelle Risikofaktoren für exzessiven Alkoholkonsum. Aber auch negative Einflüsse von alkoholkonsumierenden Peergruppen und gesellschaftliche Faktoren, wie die hohe soziale Akzeptanz legaler Substanzen und der Ausschank von Alkohol an Jugendliche, sind bedeutsam.

(7) Welche Störungen zählen heute zu den psychotischen Erkrankungen und was ist ihnen gemeinsam?

Psychotische Erkrankungen sind in der Symptomatik stark individuell variierend, zeichnen sich aber meistens durch eine Positivsymptomatik, z. B. Wahn oder Halluzinationen, manchmal zusätzlich eine Negativsymptomatik, wie beispielsweise die Affektverflachung, oder eine Kombination aus beidem aus. Man unterscheidet die Schizophrenie, vorübergehende oder anhaltende wahnhaftige Störungen und induzierte oder schizoaffektive Störungen.

(8) Was sind Kardinalsymptome einer sogenannten Plussyptomatik?

Die drei Kardinalsymptome einer Plussyptomatik sind Sinnestäuschungen und Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen und Illusionen), Desorganisationen im Denkprozess (formale Denkstörung, kognitive Auffälligkeiten), Störungen des Ich-Erlebens und Wahn (Inhaltliche Denkstörung).

(9) Wie unterscheiden sich die Frühpsychosen von den juvenilen Psychosen?

Sehr frühe Psychosen zeichnen sich durch eine überwiegende Negativsymptomatik aus, z.B. Apathie, und nur sehr selten zeigen sich produktive Symptome, wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Juvenile Psychosen sind dagegen eher durch eine Positivsymptomatik und seltener durch Negativsymptome charakterisiert.

Kapitel 9

(1) Welcher Befund unterstützt die Annahme, dass eine Erkrankung im Sinne einer Multifinalität mit einer Vielzahl unterschiedlicher psychischer Symptome verknüpft sein kann?

Die Varianz der psychischen Symptome innerhalb einer chronischen Erkrankungsform ist größer als zwischen verschiedenen Erkrankungsformen. Dies spricht dafür, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen spezifischen Erkrankungsformen und spezifischen psychischen Symptomen hergestellt werden kann. Jede Erkrankungsform kann vielmehr mit einer Vielzahl potentieller psychischer Symptome verknüpft sein.

(2) Welche Ressourcenformen, die Kindern und Jugendlichen bei der Krankheitsbewältigung zur Verfügung stehen können, lassen sich unterscheiden?

Grundsätzlich kann man zwischen individuellen und sozialen Ressourcen unterscheiden. Die individuellen Ressourcen beziehen sich auf die Ressourcen des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen (z. B. Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen) Davon abzugrenzen sind die sozialen Ressourcen, die sich vielfach vor allem über die Familie ergeben, z. B. durch aktive und emotionale Unterstützung.

(3) Welche vier grundlegenden Formen einer chronischen Erkrankung lassen sich voneinander abgrenzen?

Unterschieden wird zwischen (a) progredient bzw. lebensbedrohlich verlaufenden Erkrankungen, (b) stabil verlaufenden Erkrankungen und Behinderungen mit persistierenden Funktionseinbußen (c) chronisch-episodisch verlaufenden Erkrankungen sowie (d) funktionellen und potentiell somatoformen Störungen mit persistierendem Charakter.

(4) Welche vier übergeordneten Interventionskonzepte lassen sich unterscheiden, um die psychosoziale Anpassung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern?

Zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung kann unterschieden werden zwischen (a) behavioral-systemischer Familientherapie, (b) psychologischer Rehabilitation, (c) Krankheits- und Selbstmanagement sowie (d) Strategien der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin.

Weiterführende Links

Informationen des Zentralen ADHS-Netzes Deutschland (bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen, ADHS)

<http://www.zentrales-adhs-netz.de/>

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Diagnose und Therapie psychischer Störungen

<https://www.awmf.org/leitlinien.html>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

<http://www.dgkjp.de/>

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation – Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Linksammlung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

<http://www.zpid.de/redact/category.php?cat=192>

ICD-10-Codes (Suche nach ICD-10-Codes)

<http://www.icd-code.de/>

ICD-10-Systematik bereitgestellt durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>

Informationsportal zu Erkrankungen, darunter auch zu psychischen Erkrankungen

http://www.onmeda.de/krankheiten/psychische_erkrankungen/index.html

Informationsportal zu psychiatrischen Erkrankungen für Interessierte, Betroffene und Angehörige

<http://www.psychiatrie-aktuell.de/>

Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V.

<http://www.bvkj.org>

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

<https://www.dgspj.de>

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.

<https://www.dgsf.org>