Die Bedeutung der Diagnostik in der kognitiven Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Susanne Ohmann · Bibiana Schuch · Christian Popow

Online publiziert: 27. Mai 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung Verhaltenstherapeutische Diagnostik zielt darauf ab, störungsspezifische Informationen für die Problem- und Plananalyse sowie das biopscho-soziale Bedingungsmodell zu liefern. Speziell im Kinder- und Jugendbereich muss die Diagnostik auch die Systeme umfassen, in denen sich das Kind bewegt, und die häufig aufrechterhaltend für die Störung sind. Die Bedeutung der unterschiedlichen Formen der verhaltenstherapeutischen Diagnostik (Eingangsdagnostik, therapiebegleitende Verlaufsdagnostik und katamnestic Diagnostik) wird anhand von klinischen Beispielen dargestellt.

Schlüsselwörter Kognitive Verhaltenstherapie · Diagnostik · Kinder und Jugendliche · Prozessevaluation · Behandlungsergebnis

The impact of diagnostics for cognitive behavioral therapy with children and adolescents

Summary Behavioral diagnostics aim at providing disorder specific information needed for establishing a functional analysis of the problem behavior and the individual plans, and for designing an explaining biopsychosocial model of the disorder. Concerning the needs of children and adolescents, diagnostics

especially provide information about the social environment of the child that helps to maintain the disorder. Clinical case reports help to illustrate the various types of clinical diagnostics (initial, concomitant, and catamnestic diagnostics) and their contribution for understanding a specific condition.

Keywords Cognitive behavioral therapy · Diagnostic · Children adolescents · Process evaluation · Clinical outcome

Einleitung

In der Verhaltenstherapie besteht eine enge Verbindung zwischen Diagnostik und Therapie (z. B. Fliegel 2007). Stufenweise klinische und verhaltenstherapeutische Diagnostik stellt die Grundlage für jeden einzelnen Therapieschritt, für die Therapieplanung und -evaluation dar (Parfy et al. 2016).

In einem ersten Schritt wird eine klinische kategoriale bzw. dimensionale Diagnostik nach dem aktuellen Klassifikationssystem (z. B. ICD-10, -11 oder DSM-5) versucht, um das Störungsbild einzugrenzen und einen ersten, störungsspezifischen Therapieplan zu skizzieren. Auch wenn klinisch relevante Probleme vorliegen, die zwar keiner Diagnose zugeordnet werden können, aber Leidensdruck erzeugen bzw. die spätere Entwicklung psychischer und/oder somatischer Störungen fördern, sollten individuelle Fallkonzeptionen das therapeutische Vorgehen anleiten (z. B. Caspar et al. 2018). Zusätzlich sollten psychosoziale Belastungsfaktoren (MAS Achse V) möglichst genau beschrieben werden.

Im nächsten Schritt wird gemeinsam mit der PatientIn ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell (Engel 1977) für die vorliegende Störung erarbeitet, das prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Variablen beinhaltet und aus dem dann relevan-

S. Ohmann (✉) · C. Popow
 Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
susanne.ohmann@meduniwien.ac.at

B. Schuch
 Theresiengasse 36/4, 1180 Wien, Österreich

C. Popow
 Psychiatrische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Landeskrankenhaus Mauer, Hausmehner Str. 221, 3362 Amstetten, Österreich

te Informationen für die therapeutische Zielformulierung und Therapieplanung abgeleitet werden können.

Es folgt die individuelle klinisch psychologische und verhaltenstherapeutische Diagnostik. Die klinisch psychologische Diagnostik, die auch ausgelagert werden kann, dient der genaueren Eingrenzung des klinisch-psychiatrischen Krankheitsbildes, der kognitiven Funktionsfähigkeit und der Persönlichkeitseigenschaften, die verhaltenstherapeutische Diagnostik versucht, anhand von theoriegeleiteten Verhaltensanalysen ein individuelles funktionales Störungsmodell auf der Grundlage von Verhaltens-, Emotions- und Kognitionsanalysen zu erarbeiten. Diese können einerseits situativ in einer „präzisen Analyse der vorhergehenden, begleitenden und nachfolgenden Bedingungen von konkreten Verhaltensepisoden“ bestehen, andererseits kontextuell untersuchen, „inwieweit bestimmte Verhaltensweisen durch übergeordnete Pläne, Ziele und Regeln gesteuert werden und welche systembezogenen Zusammenhänge und Vernetzungen zwischen diversen Problem- und Lebensbereichen bestehen. Auf der Ebene der sozialen Systeme, in denen sich Klienten befinden, wird hier auch deutlich, ob bzw. inwieweit auch andere Personen an der Problematik beteiligt sind. Dies erleichtert vielfach die Entscheidung, mit welchem ‚System‘ (Einzelperson, Paar, Gesamtfamilie, Schule etc.) in der Therapie gearbeitet werden sollte“ (Kanfer et al. 1991, S. 152f., 2013, S. 140).

Ubben (2017) empfiehlt für die Diagnostik in der Verhaltenstherapie die Abklärung folgender fünf diagnostischer Bereiche:

1. Somatische und medizinische Diagnostik (Abklärung körperlicher Faktoren)
2. Psychopathologische Diagnostik (Klassifikation)
3. Biografische Diagnostik (Anamnese, Abklärung von Lebensbedingungen, Verlauf)
4. Eigenschafts- und Statusdiagnostik (Abklärung von Persönlichkeit und Leistungsfähigkeit)
5. Problemanalyse und therapiebezogene Diagnostik (Funktionale Bedingungen)

Das diagnostische Vorgehen in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Um für ein Kind bzw. für eine/n Jugendliche/n eine effiziente Verhaltenstherapie zu planen, bedarf es bereits im Vorfeld einer sorgfältigen Analyse der bestehenden psychischen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten auf verschiedenen Ebenen (kognitive, emotionale, physiologische und Handlungsebene), wobei an die DiagnostikerIn spezifische Anforderungen gestellt werden: „Abgrenzung von entwicklungsphasentypischen Phänomenen; Integration der Berichte von Kind, Eltern oder anderen Bezugspersonen; Situationsspezifität von Problemverhalten“ (Schneider und Adornetto 2018, S. 123).

Die beiden o.g. Autorinnen unterscheiden Interventionen, die für eine erfolgreiche Verhaltensthera-

pie unbedingt erforderlich sind und immer mitberücksichtigt werden sollten, von denen, die je nach Bedarf zur Anwendung kommen können und skizzieren den mehrstufigen diagnostisch-verhaltenstherapeutischen Prozess wie folgt:

1. Erstgespräch
gemeinsames Gespräch mit Eltern und Kind zur Klärung eines allgemeinen Eindrucks, zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und zur Vermittlung eines Überblicks für das weitere Vorgehen (je nach Bedarf: Fragebögen)
2. Diagnostische Einordnung
 - a. Differenzialdiagnostik mit Hilfe reliabler und valider Verfahren (z. B. strukturiertes Interview, Diagnose-Checklisten)
 - b. Medizinische Differenzialdiagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen (je nach Beschwerdebild zusätzliche Intelligenzdiagnostik), (je nach Bedarf Fragebögen)
3. Problem- und Verhaltensanalyse, Therapieplanung
Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (z. B. SORKC-Modell) (je nach Bedarf Verhaltensbeobachtungen, z. B. Tagebuch) (je nach Bedarf Familiendiagnostik)

Am Ende der Diagnostikphase erfolgt eine konkrete Formulierung von Behandlungszielen, die während des Therapieprozesses evaluiert und nach der Behandlung den Therapieerfolg messen.

Borg-Laufs (2016) betont die Wichtigkeit einer hypothesengeleiteten Diagnostik als wesentlichen Bestandteil der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Psychotherapie. Im diagnostischen Prozess sollten nur diese Daten erhoben werden, die für eine fachgerechte Therapieplanung hinreichend sind, und überprüfbare Hypothesen aufgestellt werden, die durch daraus abgeleitete und durchgeführte Interventionen überprüft werden. Für eine umfassende Fallkonzeptionierung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie empfiehlt der Autor in seinem Diagnostik-System neben der funktionalen Problemanalyse weitere fünf therapieplanungsrelevante Bedingungsanalysen, nämlich Ressourcenanalyse, Systemanalyse, Störungsbildanalyse, Beziehungsanalyse und Motivationsanalyse, die allesamt dann alle Informationen für die Auswahl geeigneter Interventionsmethoden liefern. Im Rahmen der Ressourcendiagnostik können sowohl Personen- als auch Umweltressourcen näher analysiert werden. Bei den Personenressourcen werden physische Ressourcen (wie z. B. positive Temperamentsmerkmale oder Attraktivität) und psychische Ressourcen (wie z. B. Leistungsfähigkeit oder Interessen) unterschieden. Umweltressourcen gliedern sich in soziale Ressourcen (wie z. B. vorhandene soziale Netzwerke, Familie etc.), ökonomische Ressourcen (wie etwa Taschengeld oder familiäre ökonomische Ressourcen) und ökologische Ressourcen (wie

z.B. das Wohnumfeld oder die Wohnbedingungen). Im Rahmen einer Systemanalyse können Interaktionsmuster beobachtet werden und daraus implizite Familienregeln zu relevanten Themen, wie z.B. Autonomie, Nähe oder Macht abgeleitet werden. Auch Beziehungsmuster bezüglich Grenzen, Koalitionen oder Parentifizierung sowie Genogrammauswertungen bezüglich Familienstruktur und Mehrgenerationenperspektive können in eine Systemanalyse einfließen. Bei der Störungsbildanalyse werden vorliegende psychische und körperliche Störungsbilder in der Familie betrachtet – dadurch ist es z.B. auch möglich, bei Bedarf therapeutische Indikationen für weitere Familienmitglieder zu stellen. Mittels Beziehungsanalyse werden wichtige interaktionelle Ziele des/der PatientIn für den/die TherapeutIn erkennbar – daraus kann der/die Behandelnde erfassen, welches komplextäre, motivorientierte Interaktionsverhalten das Gegenüber zur Bedürfnisbefriedigung benötigt. Durch die Motivationsanalyse können Therapiemotivation, Änderungsmotivation und Motivationshemmnisse näher beleuchtet werden – es kann erhoben werden, in welcher Motivationsphase (nach Prochaska und DiClemente 2005) sich der/die PatientIn befindet (Stadium 1: Sorglosigkeit/Absichtslosigkeit; Stadium 2: Bewusstwerdung, Stadium des Nachdenkens; Stadium 3: Vorbereitungsstadium; Stadium 4: Handlungsstadium; Stadium 5: Aufrechterhaltungsstadium; Stadium 6: andauernde Aufrechterhaltung).

Die wesentlichen Elemente der schematherapeutischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen lassen sich „aus Anamnese, klinischer Beobachtung und Exploration des Kindes sowie des Umfeldes (Eltern, Großeltern, Erzieher etc.)“ ableiten (Loose et al. 2013, S. 98).

Zentral in der Diagnostik im Rahmen einer Schematherapie ist die Beantwortung der Frage, welche kindlichen Bedürfnisse sich hinter Symptomen unter der Oberfläche verbergen und bei Frustration zur Entwicklung von maladaptiven Schemata führen und somit die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben behindern. Da Auffälligkeiten des Kindes immer vor dem Hintergrund seiner Familie betrachtet werden, werden auch Schemata, Modi, Bedürfnisse, Bindungs- und Erziehungsstile der Bezugspersonen in die schematherapeutische Diagnostik des Kindes mit einbezogen (Loose et al. 2013, 2015).

Praxisbeispiele

Im Folgenden soll die klinische und verhaltenstherapeutische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter anhand von drei Fallvignetten dargestellt werden.

Fallvignette 1 (weiblich, 14 Jahre) Vorstellungsgrund: Verdacht Psychose

Erstgespräch

Rebecca kommt mit ihren Eltern zum Erstgespräch. Diese machen sich große Sorgen, da das Mädchen ständig kontrollieren müsse, ob sie nicht von Aliens in der Nacht geschwängert worden sei, bzw. unangenehme Gefühle abwaschen müsse. Rebecca könne nicht mehr zur Schule gehen, weil sie dort „angesteckt“ werden könnte, von Mitschülerinnen, die sexuelle Kontakte aktuell haben bzw. schon hatten. Ihr Gewand sei „kontaminiert“, sie habe mittlerweile nichts mehr, was sie anziehen könne, und wasche ihre Hände mehrmals täglich mit Seife, sodass diese schon ganz aufgesprungen und teilweise blutig seien. Rebecca befürchtet, dass jede Nacht Aliens in einem Ufo im Garten des Hauses der Familie landen und sie während des Schlafes schwängern. Sobald Rebecca aufwache, müsse sie einen Schwangerschaftstest machen, um zu kontrollieren, nicht schwanger zu sein. Rebecca „hasse“ Kinder, und es wäre das Schlimmste für sie, Mutter zu werden. Sie sei auch sehr froh ein Einzelkind zu sein, und keine „nervigen“ kleinen Geschwister zu haben. Derzeit könne sie das Haus nicht mehr verlassen. Sie habe jeglichen Kontakt nach außen abgebrochen, ziehe sich immer mehr zurück und werde zunehmend depressiver. Sie könne sich nicht mehr konzentrieren, da sie die ganze Zeit Angst habe, schwanger zu sein. Rebecca sei laut ihrer Eltern „hinten nach“, was die Pubertät betrifft – sie möchte sich nicht schminken, nicht fortgehen, nicht wie die Gleichaltrigen Alkohol oder Cannabis ausprobieren, nicht auf Partys gehen, interessiere sich nicht für Burschen, sondern sei am liebsten daheim, und verbringe ihre Zeit lieber gemeinsam mit ihren Eltern. Sie möchte niemals ausziehen, weil es zu Hause am schönsten sei. Rebecca hatte bisher noch keine sexuellen Kontakte und war auch noch nie verliebt. Ihre Mutter findet das „abnormal“. Rebecca ist ein Einzelkind und sehr behütet aufgewachsen. Sowohl die Mutter als auch die Tochter haben immer schon an das Übernatürliche geglaubt und sich mit Büchern und Filmen über Ufos, Engel, Elfen u. a. beschäftigt. Bisher habe es keine Auffälligkeiten in der Entwicklung gegeben. Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung und das Erreichen entwicklungsspezifischer Meilensteine seien unauffällig gewesen. Laut Angaben der Eltern finden sich keine somatischen oder psychischen Erkrankungen in der Familie. Bisher hätte es keine psychodiagnostischen oder therapeutischen Interventionen gegeben. Bisher kontaktierte Fachärzte hätten die Verdachtsdiagnose Psychose gestellt und medikamentöse Therapie empfohlen.

Klinische Eingangs- und Differenzialdiagnostik

Im Rahmen der Initialdiagnostik wird die Patientin von ihren Eltern in der CBCL 6–18R (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen,

Döpfner et al. 2014) auffällig auf der internalisierenden Skala beschrieben, während sich externalisierende Skala und Gesamtskala des Problemverhaltens als klinisch unauffällig erweisen. Im Vergleich zur Altersgruppe liegen die Werte auf den Syndromskalen, „ängstlich/depressiv“, „rückzüglich/depressiv“, „Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme“ über dem Durchschnitt.

In der Leistungsdiagnostik mittels WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition, Petermann 2017) zeigt sich eine durchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit ohne Hinweis auf einen Abbau kognitiver Funktionen – die visuell-räumliche Verarbeitung sowie das fluide Schlussfolgern erweisen sich als überdurchschnittlich gut, das Sprachverständnis, das Arbeitsgedächtnis und die Verarbeitungsgeschwindigkeit als durchschnittlich. Im WCST (Wisconsin Card Sorting Test, Grant und Berg 1993) kann die Patientin alle Strategien finden und weist keine Set-Verluste auf – es finden sich keine Auffälligkeiten bezüglich Konzeptbildung und kognitiver Flexibilität. Die kognitive Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit im ZVT (Zahlenverbindungstest, Oswald 2016), die komplexen Planungsprozesse im TL-D (Turm von London, Tucha und Lange 2004) und die Interferenzneigung bei Farbe-Wort-Interferenz im FWIT (Farbe-Wort-Interferenztest, Bäumler 1985) erweisen sich als klinisch unauffällig.

In der Persönlichkeitsdiagnostik äußert Rebecca im Fragebogen für Jugendliche (YSR 11–18R, Döpfner et al. 2014) erhöhte internalisierende Probleme und schätzt sich im Vergleich zu ihrer Altersgruppe auffällig hinsichtlich depressiver Symptome, Angstsymptome sowie Denk-, Schlaf- und repetitiver Symptome ein, weiteres grenzwertig klinisch auffällig hinsichtlich körperlicher Beschwerden. Im BDI-II (Beck-Depressions-Inventar, Hautzinger et al. 2009) beschreibt sich die Patientin mit einem Gesamtwert von 22 als mäßig depressiv ohne Hinweise auf akute Suizidalität. Im Rahmen der CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Goodman et al. 1986) äußert Rebecca Zwangsgedanken bezüglich Schwangerschaft sowie Zwangshandlungen (Rückversicherungen sowie das Durchführen von Schwangerschaftstests zur Bestätigung einer Nicht-Schwangerschaft). Die Patientin gibt einen sehr hohen Leidensdruck sowie eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität, ihrer Freizeitaktivitäten und ihrer Freundschaften durch die Zwänge an. Das Ausmaß der Zwangssymptomatik liegt über dem kritischen Cut-Off und spricht für eine deutliche klinische Beeinträchtigung.

In der Exploration berichtet Rebecca, dass sie Sorgen habe bezüglich Trennung ihrer Eltern. Ihre Mutter gehe beinahe täglich abends fort, nachdem sie sich stark geschminkt und „hergerichtet“ habe – sie habe wieder zu rauchen begonnen und komme dann entweder spät in der Nacht oder auch manchmal gar nicht nach Hause. Sie sage nicht, wohin sie gehe, und Rebecca vermutet, dass ihre Mutter einen neuen

Freund habe. Rebecca würde im Falle einer Scheidung lieber bei ihrem Vater bleiben, weil sie sich sehr gut mit ihm verstehe, das Haus ihm gehöre, und sie ohnehin niemals von daheim ausziehen möchte.

Diagnostische Einordnung

Diagnostische Klassifikation nach ICD-10 MAS (Remschmidt et al. 2012):

- Achse I: Klinische Störungen: Zwangsstörung (F42.2); mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsrückstände: nicht vorhanden
- Achse III: Intelligenzniveau: Normvariante
- Achse IV: Andere als psychiatrische Erkrankungen: nicht vorhanden
- Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände: Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (Z62.8)
- Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: ernsthafte soziale Beeinträchtigung

Bio-psycho-soziales Erklärungsmodell (Zwangsstörung)

- prädisponierend biologisch: Informationsverarbeitungsstörung in kortiko-striato-thalamo-kortikalen Regelkreisen
- prädisponierend psychosozial: Glaube an das Übernatürliche, Überschätzen von Gefahren, elterliche Überbehütung und Ablöseproblematik
- auslösend psychosozial: Ehekrise der Eltern, „mid-life-crisis“ der Mutter
- aufrechterhaltend biologisch: komorbide Depression der Patientin
- aufrechterhaltend psychosozial: Unsicherheit; Ungewissheitsintoleranz; dysfunktionale Grundannahmen, Schemata und Metakognitionen; fehlende Tagesstruktur, elterliche Paarproblematik sowie verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Die funktionale Analyse des Problemverhaltens („Angst vor Schwangerschaft“) ergibt, dass die Symptomatik ortsunabhängig auftritt. Auf den auslösenden Reiz, Berührung eines sexuell kontaminierten Objekts oder Menschen (Stimulus) reagiert die Patientin mit Zwangsstörung und Depression (Organismus-Variable) mit Anspannung (physiologische Reaktion), Ekel und Panik (emotionale Reaktion), der Kognition „ich bin schwanger“ (kognitive Reaktion) und stundenlangem Waschen bzw. Rückversicherungen bei den Eltern, ob sie nicht doch schwanger sei (motorische Reaktion). Danach fühlt sich Rebecca kurzfristig besser (Sicherheitsgefühl: positive Konsequenz), langfristig hat sie kein Gewand mehr anzuziehen, da irgendwann alles „verseucht“ ist und kann somit das Haus nicht mehr verlassen (negative Konsequenzen).

In der Plananalyse erweisen sich alle psychologischen Grundbedürfnisse (Orientierung und Kontrolle,

Selbstwert, Bindung und Lustgewinn/Unlustvermeidung) verletzt. Zentrale Annäherungspläne sind z. B. „gehe besser immer auf Nummer sicher“, „lass den Papa nicht auch noch allein“ und „handle immer verantwortungsbewusst“. Relevante Vermeidungspläne sind z. B. „vermeide Risiko“, „vermeide es, Mutter zu werden“, „vermeide es, erwachsen zu werden“ und „vermeide Neues“.

Die Schemaanalyse zeigt, dass bei Rebecca die maladaptiven Schemata „Unzulänglichkeit/Scham“, „Anfälligkeit vor Schädigungen oder Krankheiten“, „Verstrickung“, „Selbstaufopferung“ und „überhöhte Standards und übertrieben kritische Haltung“ erhöht sind. Die Zwänge werden als aktive Vermeidungsstrategien zur Vermeidung aktivierter Schemata eingesetzt.

Die Ressourcenanalyse ergibt, dass Rebecca ein attraktives, zielstrebiges und pflichtbewusstes Mädchen ist. Sie weist eine durchschnittliche Intelligenz auf mit besonderen Fähigkeiten in visuell-räumlichen Funktionen sowie im schlussfolgernden Denken. Die Familie ist gut situiert und weist keine finanziellen Probleme auf. Beide Eltern sind Akademiker, haben ein gutes Bildungsniveau und ihr Kind immer gut gefördert. Beide Eltern kommen zu regelmäßigen Familiensitzungen, die Mutter nimmt sogar für sich eine Einzelpsychotherapie in Anspruch, um an ihren eigenen Problemen zu arbeiten.

Die Systemanalyse zeigt v. a. Schwierigkeiten in der Mutter-Tochter-Dyade: die Mutter ist in ihrer Beziehung unglücklich und befindet sich in einer „midlife-crisis“, die Beziehung zur Tochter ist angespannt, da die Mutter die Tochter nicht so akzeptiert, wie sie ist, sondern dafür kritisiert, dass sie nicht wie andere Gleichaltrige forthebt und sexuelle Erfahrungen machen möchte. Die Mutter ist sehr aktiv und geht regelmäßig fort, sie bleibt auch neustens immer wieder unangekündigt über Nacht weg. Dieses Verhalten destabilisiert die Tochter und erzeugt Befürchtungen, dass die Eltern sich scheiden lassen könnten, und dass ihre Mutter fremdgeht. In der Familie ist das Thema Sexualität tabuisiert. Die Eltern-Paar-Beziehung ist unglücklich. Konflikte zwischen den Eltern, unbefriedigte Bedürfnisse sowie damit in Zusammenhang stehende negative Emotionen werden nicht offen kommuniziert. Die Vater-Tochter-Beziehung ist eng und entspricht nicht einer „typisch“ pubertären Beziehung – der Vater ist „der beste Freund“, und Rebecca leistet dem Vater daheim Gesellschaft, während die Mutter unterwegs ist. Im System Schule passt Rebecca wenig zu den Gleichaltrigen – sie interessiert sich nicht für alterstypische Aktivitäten, hat jedoch ein paar Freundinnen, die so wie sie nicht an Burschen interessiert sind, aber mit denen sie z. B. über Serien reden kann. Andere wichtige erwachsene Bezugspersonen existieren nicht.

Behandlungsziele, Therapieplanung und Verlauf

Im Rahmen der Testbesprechung wird den Eltern und der Patientin mitgeteilt, dass die Ergebnisse der Dia-

gnostik vor Therapiebeginn gegen das Vorliegen einer psychotischen Störung sprechen, und dass es sich bei Rebeccas Problem um imaginäre Zwänge handelt. Somit ist es auch möglich, mit der Patientin konfrontativ mittels Expositionstherapie zu arbeiten, da keine Reizüberflutung, Dissoziation, Überforderung o. ä. zu erwarten sind.

Aufgrund der im Hintergrund bestehenden elterlichen Paarproblematik, die sehr wahrscheinlich die zugrundeliegende Zwangsstörung aufrechterhält, werden die Eltern gebeten, parallel eine Paartherapie zu beginnen. Der Vater weigert sich, dies zu tun, da aus seiner Sicht nur seine Frau ein Problem habe, das seiner Meinung nach durch eine „midlife-crisis“ bedingt sei. Nur die Mutter erklärt sich bereit, eine Psychotherapie zu beginnen. Mit dem Vater und der Mutter werden parallel zur Einzeltherapie der Tochter gemeinsame therapeutische Gespräche vereinbart, in denen die Funktionalitäten der Störung und Verhaltensmaßnahmen der Eltern besprochen werden sollen, vorwiegend, um die Zwangssymptomatik nicht zu verstärken.

Nach Psychoedukation und Beziehungsaufbau werden im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2015; Naar-King und Suarez 2012) Vor- und Nachteile des Status-Quo und einer Veränderung abgewogen, und Rebecca entscheidet sich für die Verhaltenstherapie. Vorrangiges Therapieziel für die Patientin ist es, wieder in die Schule gehen zu können, einen Schulabschluss zu machen, ihr Gewand wieder anziehen und das Haus verlassen zu können. Weiteres möchte sie „die Zwänge“ wegbekommen, da sie ihr Leben zu sehr einschränken und ihre Stimmung trüben. Die Behandlung wird sowohl in der Praxis durchgeführt, als auch zu Hause (Home-Treatment), wo die Patientin in Expositionen mit angstbesetzten Reizen inhibitorisches Lernen erfährt, ohne Zwangsverhaltensweisen einzusetzen. Parallel dazu entwickeln wir gemeinsam ein bio-psycho-soziales Bedingungsmodell, um aufrechterhaltende Faktoren der Erkrankung zu identifizieren und verändern zu können. In den gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern ist es möglich, Konflikte zwischen den Eltern bzw. zwischen Mutter und Tochter direkt anzusprechen, negative Gefühle sowie Veränderungswünsche auszusprechen sowie die gegenseitige Wertschätzung in der intrafamiliären Kommunikation zu fördern. Der Mutter wird durch die gemeinsamen therapeutischen Gespräche bewusst, dass sie durch ihr Verhalten und das Nicht-Kommunizieren über die eigene Unzufriedenheit mit der Beziehung zu ihrem Mann die Selbstwertproblematik ihrer Tochter sowie deren sexuelle Ängste und Ablösungsprobleme fördert. Dies motiviert die Mutter, ihr Verhalten zu verändern, sie entscheidet sich für ihren Mann und ihre Tochter, was wiederum Rebecca gefühlsmäßig stabilisiert. In der kognitiven Verhaltenstherapie mit der Tochter werden dysfunktionale Grundeinstellungen identifiziert, reflektiert und kognitiv umstrukturiert.

Katamnestiche Therapieevaluation

In der Katamnese diagnostik (2 Jahre später) gibt die Patientin weder im BDI-II (Beck-Depressions-Inventar, Hautzinger et al. 2009) noch in der CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Goodman et al. 1986) klinisch auffällige Werte an. Sie schafft es wieder, täglich die Schule zu besuchen, sie kann sich mit ihren alten Freundinnen wieder treffen und ihren früheren Hobbies (Shoppen, Lesen und Klavier spielen) nachgehen. Außenanamnestisch werden im DISYPS-III (Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III, Döpfner und Görtz-Dorten 2017) weder von den Kindeseltern noch vom Klassenvorstand klinisch auffällige Werte hinsichtlich depressiver Störungen (FBB-DES), Angststörungen (FBB-ANG) und Zwangs-Spektrum-Störungen (FBB-ZWA) angegeben.

Fallvignette 2 (männlich, 9 Jahre) Vorstellungsgrund: Suizidäußerungen, Impulsdurchbrüche, Schulverweigerung; Verdachtsdiagnose: Reaktive Bindungsstörung

Erstgespräch

Stanislaus kommt mit seinem Großvater (mütterlicherseits) zum Erstgespräch. Dieser sei derzeit der einzige, der noch zu Stanislaus Zugang habe, und auf den er noch am ehesten höre. Sein Vater (25 Jahre älter als seine Mutter) habe seine Mutter in der Schwangerschaft verlassen, da er die Schwangerschaft nicht akzeptieren, die Mutter aber das Kind unbedingt bekommen wollte. Zum Vater gebe es keinen Kontakt – dieser lebe allein in einem anderen Land in einem Wohnwagen, sei arbeitslos, „zocke“ den ganzen Tag und sei „menschen-scheu“. Stanislaus ist per Saugglocke auf die Welt gekommen und hatte Sauerstoffprobleme. Als Baby habe er im ersten Jahr durchgehend geschrien. Die Meilensteine der Entwicklung wurden zeitgerecht erreicht. Bei der Sauberkeitsentwicklung weigerte sich Stanislaus, seinen Stuhl „herzugeben“ und „brauchte“ bis zum 7. Lebensjahr Windeln, da er nicht die Toilette benutzen wollte. Stanislaus ist ein Einzelkind. Er ist oft bei den Großeltern mütterlicherseits, da seine Mutter Alleinerzieherin ist, und es im Hort mit ihm „nicht funktioniere“.

Bereits im Kindergarten sei Stanislaus verhaltensauffällig gewesen – er habe andere Kinder geschlagen, ordinär beschimpft oder von der Schaukel/Rutsche gestoßen, sei frech zu den Kindergartenpädagoginnen gewesen, habe nur das gemacht, was er wollte, und habe als „schwer erziehbar“ gegolten. Schon als kleines Kind habe er sich sehr für Elektronik interessiert und sei nur durch „Handy/Computer spielen dürfen“ zu beruhigen oder zu etwas zu motivieren gewesen. Stanislaus wollte immer schon Sumo-Ringer werden und mindestens 100 kg wiegen, damit ihm niemand etwas tun kann. Er esse deshalb viel und freue sich über jedes Kilo, das ihn „stärker“ macht. Er möchte

gern, dass andere sich vor ihm fürchten, und Respekt vor ihm haben. Eine psychologische Testung sowie eine kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung hätten damals ergeben, dass Stanislaus an einer reaktiven Bindungsstörung leide.

Seit ca. drei Jahren, seit Stanislaus die Schule besuche, seien die Probleme noch größer geworden. Stanislaus habe in der Schule Lernschwierigkeiten und störe den Unterricht, indem er „komische Geräusche“ von sich gebe, die die anderen Kinder „lustig“ finden und vom Unterricht ablenken. Er verweigere die Mitarbeit im Unterricht und Hausübungen zu machen. Stanislaus wird nie zu Geburtstagspartys oder Faschingsfesten eingeladen. Im Hof bei seinen Großeltern hatte er seit Kindergartenzeit einen Freund, mit dem er nachmittags ein paar Mal in der Woche Kontakt hatte – dieser sei jedoch Anfang des Jahres in einen anderen Bezirk weggezogen, sodass er nun gar niemanden mehr zum Spielen habe. Immer häufiger „zucke“ Stanislaus nicht nur zu Hause, z.B., wenn seine Mutter den Computer abends abdrehe, sondern auch in der Schule aus, v.a. dann, wenn die anderen Kinder seine Mutter „Schlampe“ nennen oder ihn selbst „Fettsack“ oder „Missgeburt“. Stanislaus ist wie seine Mutter übergewichtig – am liebsten esse er Schokolade. Da er laut Großeltern „eh ein armes Kind“ sei, bekomme er so viel Süßigkeiten, wie er nur möchte. Vor einem Monat sei Stanislaus in der Schule im Rahmen einer Provokation so ausgerastet, dass er einem Buben die Nase gebrochen habe und von der Schule suspendiert wurde. Das Jugendamt wurde eingeschaltet. Jetzt verweigere er den Schulbesuch und sitze nur noch vor dem Computer. Nichts Anderes interessiere ihn mehr. Er möchte abends nicht schlafen gehen, sondern weiter Computer spielen, um nichts zu versäumen, und es gebe regelmäßige Schreiduelle zwischen ihm und seiner Mutter bis spät in die Nacht, in der Früh könne und wolle er dann nicht aufstehen. Seine Mutter fürchte sich vor seinen „Ausrastern“, sodass sie Stanislaus oft lieber spielen lasse, als sich seiner Wut aussetze. Vor ein paar Tagen habe er seinem Großvater gesagt, dass er nicht mehr leben möchte. Er habe sich überlegt, vom Balkon zu springen. Im Himmel sei es bestimmt besser, dort würde ihm keiner Druck machen, und niemand würde ihn mehr ärgern, und er hätte dort seine Ruhe.

Klinische Eingangs- und Differenzialdiagnostik

Im Rahmen der Prädiagnostik wird Stanislaus von seiner Mutter in der CBCL 6–18R (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, Döpfner et al. 2014) hinsichtlich internalisierender, externalisierender und Gesamtprobleme klinisch auffällig beurteilt – im Vergleich zur Altersgruppe zeigen sich deutlich erhöhte Werte auf den Syndromskalen „ängstlich/depressiv“, „rückzüglich/depressiv“, „körperliche Beschwerden“, „soziale Probleme“, „Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „regelverletzendes“ und „aggressives Ver-

halten“. Im DISYPS-III (Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III, Döpfner und Görtz-Dorten 2017) zeigt sich im Untertest FBB-ADHS eine Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität und Impulsivität, im FBB-SSV erhöhtes aggressives und oppositionelles Verhalten. Im BRIEF (Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen, Drechsler und Steinhausen 2013) beschreibt die Mutter deutliche Auffälligkeiten in allen exekutiven Funktionen – sowohl in den Faktoren, die Verhaltensregulation messen, als auch im kognitiven Regulationsindex. Im JTCI 7–11 R (Das Junior Temperament- und Charakterinventar, Goth und Schmeck 2009) gibt die Mutter ein hohes Neugierverhalten, geringe Belohnungsabhängigkeit, geringes Beharrungsvermögen, geringe Selbstlenkungsfähigkeit und geringe Kooperativität ihres Sohnes an. Im FSK (Fragebogen zur sozialen Kommunikation, Bölte und Poustka 2006) liegt der Gesamtwert von 17 über dem kritischen Cut-off für Autismus-Spektrum Störung, wobei die Mutter Auffälligkeiten hinsichtlich der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie stereotype Verhaltensweisen angibt. Aus der SRS (Soziale Reziprozitätsskala, Bölte und Poustka 2007) ergibt sich eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen Reaktivität. Im ADI-R (Diagnostisches Interview für Autismus – revidiert, Bölte et al. 2006) liegen die Bewertungen der Mutter in allen für die Diagnose erforderlichen Bereichen über den Cut-offs. In der Lehrerbeurteilung mittels TRF 6–18R (Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, Döpfner et al. 2014) berichtet der Klassenvorstand über erhöhte internalisierende, externalisierende und Gesamtprobleme. Im Vergleich zur Altersgruppe lassen sich deutlich erhöhte Werte auf den Syndromskalen „rückzüglich/depressiv“, „soziale Probleme“, „Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „regulverletzendes“ und „aggressives Verhalten“ erkennen. Im DISYPS-III (Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III, Döpfner und Görtz-Dorten 2017) berichtet der Klassenvorstand im FBB-ADHS über eine deutlich auffällige Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität und Impulsivität, im FBB-SSV zeigt sich erhöhtes aggressives und oppositionelles Verhalten, im FBB-ASKS erhöhte autistische Symptome. Was exekutive Probleme betrifft, gibt der Klassenvorstand im BRIEF (Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen, Drechsler und Steinhausen 2013) besondere Auffälligkeiten in den Bereichen Hemmen, Umstellen, Emotionskontrolle, Arbeitsgedächtnis und Planen an.

In der Leistungsdiagnostik mittels WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition, Petermann 2017) zeigt sich eine durchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit – die visuell-räumliche Verarbeitung, das fluide Schlussfolgern und das Sprachverständnis erweisen sich als durchschnittlich gut, das Arbeitsgedächtnis und die

Verarbeitungsgeschwindigkeit als unterdurchschnittlich. Im Rahmen der Computerdiagnostik mittels TAP (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, Zimmermann und Fimm 2017) zeigen sich in allen überprüften Aufmerksamkeitsfunktionen deutlich unterdurchschnittliche Ergebnisse. In der T.O.V.A. (Test of Visual Attention, The Tova Company 2019) finden sich neben einer erhöhten Reaktionszeitvariabilität vermehrte Fehler und Auslassungen sowie ein impulsiver Arbeitsstil.

In der Persönlichkeitsdiagnostik bewertet sich Stanislaus im DTK-II (Depressionstest für Kinder – II, Rossmann 2014) in allen drei depressionsrelevanten Dimensionen als klinisch auffällig, er gibt erhöhte Dysphorie und Selbstwertprobleme, erhöhtes agitiertes Verhalten sowie erhöhte Müdigkeit und psychosomatische Beschwerden an. Im SASC-R-D (Social Anxiety Scale for Children – Revised, Melfsen 1998) zeigen sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Sozialphobie. Im SSKJ 3–8 (Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Lohaus et al. 2006) berichtet Stanislaus über eine erhöhte Stressvulnerabilität sowohl im sozialen als auch im Leistungsbereich mit Defiziten in der Stressbewältigung: im Vergleich zu seiner Altersgruppe sucht er deutlich weniger nach sozialer Unterstützung, sondern wendet bevorzugt destruktiv-ärgerbezogene sowie problemausweichende Bewältigungsstrategien an. Im ADOS-2 (Autism-Diagnostic Observation-Schedule 2, Poustka et al. 2015) liegt Stanislaus über dem Cut-off für Autismus. Der Vergleichswert von 7 (auf einer Skala von 1–10) entspricht einem mäßigen Niveau von Autismus-Spektrum-Störung ähnlichen Symptomen im Vergleich zu Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung bei gleichem chronologischen Alter und Sprachniveau.

Diagnostische Einordnung

Diagnostische Klassifikation nach ICD-10 MAS (Remschmidt et al. 2012):

- Achse I: Klinische Störungen: Autismus-Spektrum-Störung (ASS) (Asperger Syndrom, F84.5), einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) (F90.0), Computerspielabhängigkeit (F63.8)
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsrückstände: nicht vorhanden
- Achse III: Intelligenzniveau: Normvariante
- Achse IV: Andere als psychiatrische Erkrankungen: Adipositas (E66)
- Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände: Abweichende Elternsituation (Z60.1), Verlust einer liebevollen Beziehung (Z61.0)
- Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: ernsthafte soziale Beeinträchtigung

Bio-psycho-soziales Erklärungsmodell (Computerspielabhängigkeit)

- prädisponierend biologisch: strukturelle und funktionelle biologische Auffälligkeiten, exekutive Funktionsstörungen, komorbide ADHS und ASS, männliches Geschlecht, Temperament; Verdacht: genetische Prädisposition (Vater)
- prädisponierend psychosozial: Selbstwertproblematik, Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsprobleme
- auslösend psychosozial: schulische und soziale Überforderung
- aufrechterhaltend biologisch: Komorbiditäten
- aufrechterhaltend psychosozial: fehlende soziale Kontakte, dysfunktionale Grundannahmen und Schemata sowie kognitive Fehler, mangelnde Stress- und Coping Strategien, fehlende Tagesstruktur, unzureichende Grenzsetzungen seitens der Bezugspersonen

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Die funktionale Analyse des Problemverhaltens („Wutanfall“) ergibt, dass die Symptomatik sowohl zu Hause als auch in der Schule auftritt. Auf die auslösenden Reize z. B. Grenzsetzung seitens der Mutter beim Abdrehen des Computers oder Hänseleien seitens der Schulkollegen, Stimuli reagiert der Patient (mit ADHS und Autismus-Spektrum-Störung, Organismus-Variablen) mit großer Anspannung (physiologische Reaktion), Ärger und Wut (emotionale Reaktionen), der Kognition „ich muss mir das nicht gefallen lassen“ (kognitive Reaktion) und Schlagen, Schreien, Schimpfen, Spucken, Treten sowie das Gegenüber körperlich zu attackieren (motorische Reaktionen). Danach fühlt sich Stanislaus kurzfristig entspannter (Spannungsreduktion: Wegfall einer negativen Konsequenz), langfristig ergeben sich jedoch Beziehungs- und Interaktionsstörungen mit seiner Mutter bzw. den Gleichaltrigen (Hinzukommen negativer Konsequenzen). Eine weitere negative Konsequenz ist u. a. auch, dass seine Mutter sich zunehmend mehr vor ihm fürchtet.

In der Plananalyse erweisen sich alle psychologischen Grundbedürfnisse (Orientierung und Kontrolle, Selbstwert, Bindung und Lustgewinn/Unlustvermeidung) verletzt. Annäherungspläne wie z. B. „setze immer dein Recht durch, weil du bist der Boss“ und „mache nur das, was dir gefällt“ sowie Vermeidungspläne wie z. B. „vermeide Anstrengung“ bzw. „vermeide unangenehme Gefühle“ steuern das Verhalten.

Die Schemaanalyse zeigt, dass bei Stanislaus die maladaptiven Schemata „Unzulänglichkeit/Scham“, „Soziale Isolierung und Entfremdung“, „Anspruchshaltung und Grandiosität“, „unzureichende Selbstkontrolle und Selbstdisziplin“ und „überhöhte Standards und übertrieben kritische Haltung“ erhöht vorhanden sind. Derzeit befindet sich Stanislaus vorwiegend in einem „ärgerlichen“ oder „undisziplinierten“ Kind-Modus, wenn nicht das passiert, was er gerne

möchte, oder in einem „distanzierten Beschützermodus“.

Die Ressourcenanalyse ergibt, dass Stanislaus eine durchschnittliche Intelligenz aufweist. Er hat einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn, und ist, wenn er einen Freund hat, diesem gegenüber immer loyal und treu. Stanislaus ist musikalisch. Soziale Ressourcen sind die Großeltern, v. a. der Großvater, der bestrebt ist, eine Art Vater-Ersatz für den Buben zu sein sowie ein „gutes männliches Rollenbild“. Beide Großeltern unterstützen finanziell die Mutter und entlasten sie insofern, als sie den Buben regelmäßig zu sich nehmen.

Die Systemanalyse zeigt Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Dyade: die Mutter ist Alleinerzieherin und oft mit Stanislaus überfordert. Sie kann sich schlecht durchsetzen und gibt oft nach, d. h. verhält sich inkonsequent, wenn Stanislaus „schwierig“ ist – dies verstärkt die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Mit zunehmendem Alter wird Stanislaus körperlich stärker und bedrohlicher, wodurch er die Mutter immer mehr einschüchtern kann. Es gibt keine klaren Regeln, keine strikten Konsequenzen und keine klaren Grenzsetzungen. Von seinen Großeltern wird Stanislaus sehr verwöhnt – er bekommt dort alles, was er möchte, was seiner Entwicklung nicht guttut. Durch die vielen Süßigkeiten, die Stanislaus von seinen Großeltern fordert und auch bekommt, wird seine Adipositas verstärkt, die wiederum seine soziale Akzeptanz reduziert und diesbezügliche Hänseleien begünstigt. Das System Nachbarschaft ist wenig präsent – seit der Kindergartenfreund weggezogen ist, gibt es keine positiven sozialen außerschulischen Gleichaltrigen-Kontakte, sodass die sozialen Fertigkeiten auch nicht außerschulisch gefördert werden können. Aufgrund der ADHS-Symptomatik sind Schulleistungen unterdurchschnittlich – die Schule ist „anstrengend“ und wird auch deshalb derzeit von Stanislaus vermieden. Das System Schule ist mit Stanislaus überfordert und verstärkt durch Kritik und Strafe die Selbstwertprobleme und Anstrengungsvermeidung des Patienten. Innerschulische soziale Beziehungen sind unbefriedigend – Stanislaus wird von anderen aufgrund seiner Adipositas gemobbt bzw. so provoziert, dass er suspendiert werden muss. Bezüglich Gleichaltrigen Kontakte ist Stanislaus enttäuscht und zieht sich aus der Realität in die Phantasiewelt des Computerspiels zurück, wo er Spaß und Kontrolle hat. Sein Rückzug verstärkt seine sozialen Defizite.

Behandlungsziele, Therapieplanung und Therapieverlauf

Nachdem die Testergebnisse und die daraus resultierenden Diagnosen der Familie und der Schule (Klassenvorstand und Direktor) erklärt worden sind, wird eine multimodale Verhaltenstherapie vorgeschlagen. In dieser sollen sowohl die häusliche Umgebung des Patienten (Mutter & Großeltern) als auch das System Schule integriert sein und die Veränderung kogniti-

ver, psychischer und sozialer Probleme des Patienten Therapieziel sein. Im Rahmen des THOP Elterntrainings (Kinnen et al. 2016) und des FETASS Elterntrainings (Brehm et al. 2015) lernen die Familienangehörigen die Wichtigkeit von Lob, klaren Regeln und konsequentem eigenem Verhalten, verhaltenstherapeutische Lernprinzipien und konkrete Hilfestellungen im Umgang mit „schwierigem“ Verhalten. Von der Schule wird ein zusätzlich ausgebildeter pädagogischer Mentor über das Kompetenzzentrum des Stadtschulrates kontaktiert, der Stanislaus täglich schulisch vor Ort unterstützen soll. Aufgrund der regelmäßigen Wutanfälle, Suiziddrohungen, Schlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten und den dadurch bedingten immer größer werdenden Schul- und Selbstwertproblemen wird, zusätzlich zur Verhaltenstherapie, parallel mit einer medikamentösen Therapie nach Vorstellung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen.

Was Therapieziele betrifft, ist Stanislaus zunächst „wenig begeistert“, seine Problemverhaltensweisen zu ändern und sagt wiederholt, dass er dazu „eigentlich keine Lust“ habe. Das einzige, was er sich wünsche, sei, dass er nicht mehr von anderen ausgespottet werde und wieder Kontakt mit seinem „alten Freund“ vom Kindergarten hätte, dann wäre ihm nicht so langweilig und er hätte wieder mehr Freude am Leben. Im Rahmen eines schematherapeutischen Vorgehens wird ein störungsspezifisches Modus-Konzept entwickelt. Wir überlegen gemeinsam, welche Möglichkeiten es gäbe, „den alten Freund“, der nun woanders wohnt zu kontaktieren, und im Rahmen einer Therapiestunde zu besuchen. Der Großvater erklärt sich im Anschluss daran bereit, Stanislaus einmal pro Woche nachmittags zum ehemaligen Nachbarn zu bringen sowie manchmal zusätzlich auch am Samstag. Mittels Verstärkerplänen kann sich Stanislaus Skype-Zeiten „erwerben“, wo er sich mit seinem Freund per Skype austauscht. Im Rahmen von Verhaltensanalysen erkennt Stanislaus, dass er häufig aus Langeweile isst bzw. zur Beruhigung und zum Trost. Wir überlegen, welche anderen Emotionsregulationsstrategien „gesünder“ wären. Weiteres findet eine Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen statt (z. B. Übergewicht ist keine Voraussetzung, um von anderen respektiert zu werden). Zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen wird im Anschluss ein soziales Kompetenztraining in der Gruppe empfohlen, in dem sich Stanislaus laufend noch befindet.

Katamnestiche Therapieevaluation

Die Therapien (weder medikamentöse noch Gruppentherapie) sind noch nicht abgeschlossen, sodass zum momentanen Zeitpunkt noch keine Katamnese-diagnostik durchgeführt werden konnte.

Fallvignette 3 (weiblich, 5 Jahre) Vorstellungsgrund: Haarausfall

Erstgespräch

Amelie kommt mit ihrer Mutter und ihren drei älteren Brüdern zum Erstgespräch. Der Vater ist in der Arbeit viel beschäftigt und kann deshalb nicht mitkommen. Amelie trägt trotz der Sommerzeit ein Kopftuch, das sie nicht abnehmen möchte. Auf die Frage, warum sie heute mit ihrer Mutter zu mir komme, zuckt Amelie mit ihren Schultern und blickt zu Boden. Sie wirkt dabei verlegen und beschämt. Auf das Angebot, ob sie einstweilen mit ihren Brüdern in einem anderen Raum etwas spielen möchte, reagiert sie mit Kopfnicken. Ohne Beisein der Tochter berichtet die Mutter, dass Amelie immer weniger Haare am Kopf habe. Ihr sei dies erst vor kurzem aufgefallen, als sie im Bett ganze Haarbüschel gefunden habe und weil Amelie Tag und Nacht ihr Kopftuch tragen möchte. Als sie Amelie darauf angesprochen habe, habe ihr diese gesagt, dass sie keine Ahnung habe, woher die Haarbüschel im Bett kommen. Die Mutter habe Amelie einmal in der Nacht, als sie schlief, das Kopftuch abgenommen und kreisrunde kahle Flecken über den Kopf verteilt bemerkt. Sie habe Amelie am nächsten Tag darauf angesprochen und diese habe sehr zu weinen begonnen. Daraufhin habe die Mutter Amelies verbliebene schöne lange blonde Locken abgeschnitten. Amelie wollte das nicht, konnte das aber nicht verhindern. Die Mutter berichtet, dass sie keine Ahnung habe, warum ihre Tochter die Haare verliere. Sie sei beim Kinderarzt gewesen, der ihnen sagte, dass es sich um Trichotillomanie handle – die Mutter habe Amelie dabei nie „erwischt“, und diese habe dies vor ihr und dem Arzt verleugnet, als sie darauf angesprochen wurde. Die Patientin habe bis zum jetzigen Zeitpunkt keinerlei Auffälligkeiten gezeigt – Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung und Meilensteine der Entwicklung sind unauffällig. Laut Angaben der Mutter existieren keine somatischen oder psychischen Erkrankungen in der Familie, außer dass sie selbst manchmal Heißhungeranfälle habe und schon immer mit dem Gewicht zu kämpfen gehabt habe. Bisher haben keine diagnostischen oder therapeutischen Interventionen stattgefunden.

Klinische Eingangs- und Differentialdiagnostik

Im Rahmen der Erstuntersuchung vor Therapiebeginn gibt die Mutter in der Child Behavior Checklist 2 ½–5 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 2002) neben Haare Ausreißen folgende Auffälligkeiten ihrer Tochter an: Abhängigkeit von Erwachsenen (Item 10), Trotz (Item 15), Nervosität (Item 47), Albträume (Item 48), erhöhte Reizbarkeit (Item 81), Ängstlichkeit (Item 87), Traurigkeit (Item 90) und nächtliches Erwachen (Item 94) ihrer Tochter an. Nach Dehon und Scheeringa (2006) spricht ein Cut-Off von 9 in diesem Screening Instrument (bei den Items 5, 10, 15, 32, 45, 47, 48, 78, 81, 82, 87, 90, 93,

94 und 98) mit hoher Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer PTBS. In den genannten Items zeigt die Patientin einen Gesamtwert von 11. Die Fragebögen aus dem Kindergarten wurden nicht retourniert und somit auch nicht ausgewertet.

In der Leistungsuntersuchung mittels WPPSI-IV (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition) (Petermann und Daseking 2018) zeigt sich eine überdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Begabung ohne Hinweise auf Teilleistungsschwächen. Besondere Stärken finden sich im Sprachverständnis, leicht überdurchschnittlich sind die anderen Indizes (visuell-räumliche Verarbeitung, fluides Schlussfolgern, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit).

Innerhalb der projektiven Verfahren äußert Amelie Traurigkeit, multiple Ängste, Alpträume sowie Paar-Konflikte der Eltern und aggressives Verhalten ihrer Brüder. Was „ihr Problem“ betrifft, schäme sie sich sehr dafür und möchte darüber nicht sprechen.

Diagnostische Einordnung

Diagnostische Klassifikation nach DC:0–5 (ZERO TO THREE 2019):

- Achse I: Klinische Störungen: Trichotillomanie (F63.3), PTSD (F43.10)
- Achse II: Beziehungskontext: Mutter: eingeschränkte Beziehung; Vater: gefährdende Beziehung; sonstige familiäre Versorgung: nicht vorhanden
- Achse III: Körperliche Gesundheit und Krankheiten: keine
- Achse IV: Psychosoziale Stressoren: häusliche Gewalt, emotionaler Missbrauch, soziale Isolation der Familie, psychische Erkrankung Eltern (KM: Depression, Binge-eating Disorder; KV: Substanzmissbrauch, Impulskontrollstörung); Scheidung der Eltern (im Therapieverlauf); unberechenbare häusliche Umgebung; Einbindung von Kinderschutz & Jugendhilfe
- Achse V: Entwicklungskompetenzen: altersentsprechend bzw. überdurchschnittlich in allen Kompetenzbereichen (emotional, sozial-beziehungsbezogen, Sprache-soziale Kommunikation, kognitiv, motorisch und körperlich)

Bio-psycho-soziales Erklärungsmodell (Trichotillomanie)

- prädisponierend biologisch: neurobiologische Auffälligkeiten; genetische Prädisposition: Impulskontrollstörungen beider Eltern
- prädisponierend psychosozial: chronische Traumatisierung, emotionale Deprivation und Invalidierung
- auslösend psychosozial: Zunahme häuslicher Gewalt-Eskalationen (Frequenz und Intensität)
- aufrechterhaltend biologisch: chronischer Stress
- aufrechterhaltend psychosozial: häusliche Gewalt, fehlende Emotionsregulationsstrategien, dysfunk-

tionale Grundannahmen und Schemata, PTSD, fehlendes soziales Netz, Verleugnung

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Die funktionale Analyse des Problemverhaltens (Haare ausreißen) ergibt, dass die Symptomatik größtenteils am Abend auftritt, wenn Amelie allein im Bett liegt und ihre Eltern im angrenzenden Schlafzimmer „mitsammen streiten“ hört. Die Tür ist von außen zugesperrt, damit Amelie nicht herauskommt und die Erwachsenen „stört“. Auf diesen auslösenden Reiz (Stimulus) reagiert die chronisch traumatisierte Patientin (Organismus-Variable) mit großer Anspannung (physiologische Reaktion), Angst (emotionale Reaktion), der Kognition „der Papa ist schon wieder böse, ich kann der Mama nicht helfen“ (kognitive Reaktion) und Haare ausreißen (motorische Reaktion). Danach fühle sie sich kurzfristig erleichtert (Stressreduktion: Wegfall einer negativen Konsequenz), langfristig schäme sie sich aber wegen der kahlen Stellen am Kopf (Hinzukommen einer negativen Konsequenz).

In der Plananalyse erweisen sich alle psychologischen Grundbedürfnisse (Orientierung und Kontrolle, Selbstwert, Bindung und Lustgewinn/Unlustvermeidung) durch die langjährige chronische Traumatisierung als verletzt. Vermeidungspläne dominieren das Verhalten.

Die Schemaanalyse weist auf eine begünstigende Entwicklung der maladaptiven Schemata „Verlassenheit/Instabilität“, „Misstrauen/emotionaler Missbrauch“, „Emotionale Entbehrung“, „Unzulänglichkeit/Scham“, „Verstrickung“, „Unterwerfung“, „Selbstaufopferung“ und „Bestrafen“ hin. Zu Hause befindet sich Amelie meist in einem „distanzierten Beschützermodus“, wo sie unangenehme Emotionen und dahinterliegende Bedürfnisse ausblendet.

Die Ressourcenanalyse ergibt, dass Amelie eine überdurchschnittliche Intelligenz mit besonders guter Sprachbegabung aufweist. Sie ist ein kreatives und hübsches Mädchen, das in der Kindergartengruppe gut sozial integriert ist.

Die Systemanalyse zeigt ausgeprägte Auffälligkeiten durch die regelmäßige häusliche Gewalt, die die Symptomatik der Patientin aufrechterhalten. Die Eltern weisen beide eine Impulskontrollstörung auf und sind beide als Kinder von ihren Eltern misshandelt und emotional invalidiert worden. Es besteht eine langjährige Suchtproblematik des Vaters, die seine aggressiven Verhaltensweisen sowie seine Unberechenbarkeit verstärken. Die Mutter hat binge-eating-Attacken. Beide Eltern sind negative Modelle hinsichtlich Emotionsregulation und konstruktiver Konfliktlösung. Die elterliche Beziehung ist unglücklich, Bedürfnisse beider Eltern sind unbefriedigt. Der Vater zeigt einen autoritären, die Mutter einen laissez-faire Erziehungsstil. Der Tochter wird für ihr Alter zu viel Verantwortung zugeschoben. Es besteht eine Parentifizierung. Kindliche Bedürfnisse und Gefühle haben keinen Platz und werden frustriert. Es gibt kein gemeinsames Spielen

mit ihren Eltern, dazu ist keine Zeit. Die meiste Zeit beschäftigt sich Amelie zu Hause allein, ab und zu spielt sie mit ihren Brüdern, die sie aber auch oft als aggressiv erlebt. Die Familie lebt isoliert – beide Eltern haben keine Freunde oder Bezugspersonen, von denen sie unterstützt werden. Die Familie ist finanziell auf das Gehalt des Vaters angewiesen. Im Kindergarten ist Amelie gerne – sie mag ihre Kindergartenpädagogin, die eine wichtige Bezugsperson für sie darstellt, sie hat dort auch zwei Freundinnen, die sie jedoch nicht nach Hause einladen darf, weil die Eltern das nicht mögen.

Behandlungsziele, Therapieplanung und Therapieverlauf

Im Anschluss an die Initialdiagnostik werden die Ergebnisse mit der Mutter besprochen und diese erklärt sich bereit, ihre Tochter regelmäßig zur Verhaltenstherapie zu bringen. Auf die Paarkonflikte angesprochen leugnet die Mutter diese. Die Beziehung zu ihrem Ehemann sei „normal“, in jeder Beziehung gäbe es ab und zu Streitereien. Was das Verhalten ihrer Söhne betrifft, äußert sie, dass es „normal“ sei, als Bub „aggressiv“ zu sein.

In der Verhaltenstherapie äußert Amelie den Wunsch gemeinsam „Puppenhaus“ zu spielen. Sie möchte immer bestimmen, wer welche Rollen übernimmt, und was gespielt wird. Es kommt wiederholt zu „Gewaltspielen“, wobei die Mutterfigur von der Vaterfigur beschimpft, geschlagen, gewürgt, mit dem Fuß in den Bauch getreten, an den Haaren gerissen bzw. an die Wände geschleudert wird und verletzt regungslos liegen bleibt. Die Tochterfigur versucht die Mutterfigur vor der Gewalt der Vaterfigur zu beschützen, stellt sich dazwischen und verhindert weitere Verletzungen. Im Anschluss daran kümmert sich die Tochterfigur um die Mutterfigur und „passt“ auf, „dass der Mama nicht mehr weh getan wird“. Danach sei Amelie immer sehr aufgewühlt und angespannt. Die Vaterfigur schimpft mit der Tochterfigur, dass sie sich nicht einmischen soll und sperrt die Tochterfigur in ihr Zimmer ein, sodass sie nicht raus kann. Die Tochterfigur weiß nicht, was sie machen soll. In der Therapie wird der „Tochterpuppe“ geraten, das Problem nicht alleine mit sich auszumachen, sondern sich Hilfe „von ihren Freunden“ zu holen. Amelie inkludiert verschiedene Plüschtiere in ihr Spiel, die sie in das Problem einweiht, und mit denen sie gemeinsam Lösungsstrategien überlegt.

Amelie berichtet auf Nachfrage, dass sie solche Gewaltszenen persönlich kenne, und dass sie jedes Mal große Angst habe, wenn ihr Vater abends nach Hause kommt. Oft wache sie in der Nacht aufgrund der Streitereien ihrer Eltern auf, laufe dann entweder ins Elternschlafzimmer, um ihrer Mutter zu helfen und den Streit zu beenden, oder aber könne nicht aus dem Zimmer, weil die Tür abgesperrt sei. Sie erzählt auch, dass sie sich dann die Haare ausreißen müsse, obwohl sie das gar nicht wolle, aber dass es ihr kurzfris-

tig helfe, unangenehme Gefühle wegzubekommen. Sie sei aber sehr traurig, dass ihre schönen Haare immer mehr kaputt werden. Sie schäme sich für die Löcher am Kopf, und es nerve sie, wenn die anderen Kinder sie ständig fragen, warum sie immer ein Kopftuch trage. Mit Amelie wird vereinbart, das elterliche Gewaltproblem und die dadurch bestehende Überforderung für die Patientin mit der Mutter zu besprechen.

Die Mutter wird mit den von der Tochter berichteten traumatischen Inhalten konfrontiert und reagiert mit Tränen, Scham und Hilflosigkeit. Sie gibt die regelmäßigen Gewaltexzesse zwischen ihr und ihrem Mann zu und versteht die daraus resultierende Belastung/Überforderung ihrer Tochter. Sie berichtet, dass die Polizei bereits mehrfach von den Nachbarn gerufen wurde, und dass das Amt für Jugend und Familie Bescheid wisse, und sie dort auch schon seit längerem in Betreuung sei. Sie möchte sich auf keinen Fall von ihrem Mann trennen, erklärt sich jedoch bereit, mit ihrem Mann gemeinsam zu einem Elterngespräch zu kommen. In den zum jetzigen Zeitpunkt von ihr ausgefüllten Fragebögen (CATS Fremdurteil 3–6 Jahre, Berliner und Goldbeck 2014a) berichtet sie, dass ihre Kinder schon oftmals Zeugen waren, wenn sie von ihrem Mann mit Gewalt bedroht bzw. gestoßen, geschlagen, geohrfeigt, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt wurde. Das A-Kriterium ist somit erfüllt. Der Gesamtsymptomscore von 25 (Cut-off Wert ≥ 16) ergibt Hinweise auf eine klinisch auffällige Symptomatik einer PTBS im Vorschulalter.

Im Elterngespräch berichtet der Vater, dass er v. a. unter Alkoholeinfluss Probleme habe, negative Emotionen zu kontrollieren, dass ihn seine Frau häufig bis aufs äußerste provoziere, und er ihre Provokationen nur durch Gewaltanwendung stoppen könne. Beide Elternteile erklären sich bereit, eine Paartherapie zu beginnen, um bestehende Probleme zu klären. Die Eltern erklären sich auch bereit, regelmäßig (d. h. im Durchschnitt ca. 1×/Monat) zu Elterngesprächen zu kommen, um „ihren aufrechterhaltenden Anteil“ der Symptomatik des Kindes zu reflektieren. Weiteres wird besprochen, dass bei nicht Veränderung der Eskalationen eine Fremdunterbringung der Kinder angedacht werden müsse.

In der Therapie mit der Patientin werden alternative „Entspannungs- und Stressregulationsstrategien“ statt Haare ausreißen und adäquate Ausdrucksmöglichkeiten für negative Emotionen erlernt. Zusätzlich wird mit der Patientin symbolisch „ein Krisenplan“ entworfen, was sie konkret bei elterlichen Eskalationen machen könne. Traumatische Erlebnisse wurden mittels Trauma fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (TF-CBT, Cohen et al. 2009) behandelt.

Katamnestiche Therapieevaluation

In der Katamnestiche Diagnostik (3 Jahre später) zeigt sich im CATS 7–17 (CATS Trauma Fragebogen Selbstbeur-

teilung, Berliner und Goldbeck 2014b) eine deutliche Reduktion posttraumatischer Symptome (Gesamtwert 9 Punkte). Weiteres berichtet die Patientin über kein Vorliegen depressiver Symptome (T-Wert 42) im DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, Stiensmeier-Pelster et al. 2014) sowie über keine erhöhten Angstsymptome auf den Skalen des PHOKI (Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche, Döpfner et al. 2006). Die Patientin trägt kein Kopftuch mehr, die Haare sind nachgewachsen und müssen nicht mehr ausgerissen werden. Im FEEL-KJ (Grob und Smolenski 2005), der aufgrund der überdurchschnittlich guten Sprachbegabung angewandt wird, obwohl die Patientin erst 8 Jahre alt ist, und Normen erst ab dem 10. Lebensjahr vorliegen, zeigt die Patientin durchschnittliche T-Werte hinsichtlich aller adaptiver Emotionsregulationsstrategien (problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, Stimmung anheben, Akzeptieren, Vergessen, kognitives Problemlösen, Umbewerten) sowie sonstiger Strategien (Ausdruck, soziale Unterstützung, Emotionskontrolle), bezüglich maladaptiver Strategien findet sich eine erhöhte Selbstabwertung, hinsichtlich aller anderen maladaptiven Strategien (Aufgeben, aggressives Verhalten, Rückzug und Perseveration) zeigen sich keine Auffälligkeiten im Vergleich zur Normstichprobe.

Was die Familienbeziehungen betrifft, haben sich die Eltern vor ca. 2 Jahren scheiden lassen, wobei alle Kinder bei der Mutter leben, und die Patientin im Moment keinen Kontakt zu ihrem Vater hat. Dieser habe nur Kontakt zu zwei älteren Brüdern, der jüngste Bruder und sie möchten keinen Kontakt. Die Patientin berichtet über gute Schulleistungen und ist in ihre peer-group integriert.

Außenanamnestisch werden zum Katamnesezeitpunkt weder aus Sicht der Kindesmutter in der Child Behavior Checklist 6–18R (Döpfner et al. 2014) noch aus Sicht der Klassenlehrerin im Lehrerfragebogen für Kinder und Jugendliche 6–18R (Döpfner et al. 2014) klinisch relevante Auffälligkeiten berichtet.

Zusammenfassung

Diagnostik in der Verhaltenstherapie hat bei Kindern und Jugendlichen einen sehr hohen Stellenwert. Die Dauer und Anzahl der diagnostischen Sitzungen ist individuell unterschiedlich, abhängig vom Ausmaß der Störung sowie von der Anzahl der Komorbiditäten. In der Regel ergibt sich die Auswahl der diagnostischen Verfahren bereits nach dem Erstgespräch, bei manchen PatientInnen tauchen auch während des Therapieprozesses neue diagnostische Fragestellungen auf, deren Beantwortung dann flexibel zu erfolgen hat. Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie müssen auch Bezugspersonen des häuslichen und schulischen Umfeldes in die Diagnostik eingebunden werden, da sie durch ihre Informationen für das bio-psycho-soziale Störungsmodell und die Problem- und Plananalysen einen wesentlichen Bei-

trag zum ganzheitlichen Verständnis des Fallkonzepts leisten. Anhand von drei Fallvignetten wurde in dieser Arbeit versucht, die Wichtigkeit einer möglichst umfassenden diagnostischen Abklärung vor Therapiebeginn, der multiaxialen Diagnoseerstellung und der störungsspezifischen Therapie herauszuarbeiten. Dadurch kann Problemverhalten gezielt verändert, aufrechterhaltende Faktoren erkannt und der verhaltenstherapeutische Psychotherapieprozess evaluiert werden.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt S. Ohmann, B. Schuch und C. Popow geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/ 1 ½–5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Bäumler, G. (1985). *FWIT. Farbe-Wort-Interferenztest*. Göttingen: Hogrefe.
- Berliner, L., & Goldbeck, L. (2014a). *Fragebogen zu belastenden Ereignissen-Bezugsperson (Child and Adolescent Trauma Screen; CATS-C-D 3-6 Jahre)*. https://ulmer-onlineklinik.de/pluginfile.php/28171/mod_resource/content/2/CATS%20Caregiver%203-6_German.pdf.
- Berliner, L., & Goldbeck, L. (2014b). *Fragebogen zu belastenden Ereignissen für Kinder und Jugendliche von 7-17 Jahren – (Child and Adolescent Trauma Screen; CATS-D 7-17 Jahre)*. <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701>.
- Bölte, S., & Poustka, F. (2006). *FSK. Fragebogen zur sozialen Kommunikation. Deutsche Fassung des Social Communication Questionnaire (SCQ) von M. Rutter et al.* Göttingen: Hogrefe.
- Bölte, S., & Poustka, F. (2007). *SRS. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Deutsche Fassung der Social Responsiveness Scale (SRS) von J.N. Constantino & C.P. Gruber*. Göttingen: Hogrefe.

- Bölte, S., Rühl, D., Schmötzer, G., & Poustka, F. (2006). *ADI-R. Diagnostisches Interview für Autismus – revidiert. Deutsche Fassung des Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) von M. Rutter et al.* Göttingen: Hogrefe.
- Borg-Laufs, M. (2016). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Manual für die Therapieplanung* (3. Aufl.). Tübingen: DGVt.
- Brehm, B., Schill, J.E., Biscaldi, M., & Fleischhaker, Ch. (2015). *FETASS. Freiburger Elterntraining für Autismus-Spektrum-Störungen.* Berlin: Springer.
- Caspar, E., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie. Basiswissen Psychologie.* Wiesbaden: Springer.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Übersetzung von L. Goldbeck.* Berlin: Springer.
- Dehon, C., & Scheeringa, M. S. (2006). *Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist.* Journal of Pediatric Psychology, 31(4), 431–435.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *DISYPS-III. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III.* Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H., & Ollendick, T.H. (2006). *PHOKI. Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche.* Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach.* Göttingen: Hogrefe.
- Drechsler, R., & Steinhausen, H.-C. (2013). *BRIEF Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen.* Deutschsprachige Adaptation des Behavior Rating Inventory of Executive Function von G.A. Gioia et al. Göttingen: Hogrefe.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Fliegel, S. (2007). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Thieme.
- Goodman, W.K., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Mazure, C., Rapoport, J.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1986). *Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS).* Unpublished Scale.
- Goth, K., & Schmeck, K. (2009). *JTCL. Das Junior Temperament und Charakter Inventar. Eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten- bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell.* Göttingen: Hogrefe.
- Grant, D.A., & Berg, E.A. (1993). *WCST. Wisconsin Card Sorting Test.* Göttingen: Hogrefe.
- Grob, A., & Smolenski, C. (2005). *FEEL-KJ. Fragebogen zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen.* Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision. 2. Auflage.* Frankfurt a. M.: Pearson Assessment.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1991, 2013). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis.* Berlin: Springer.
- Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). *THOP-Elternprogramm – Arbeitsbuch für Eltern: Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten.* Weinheim: Beltz.
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.W., & Klein-Heßling, J. (2006). *SSKJ 3-8. Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter.* Göttingen: Hogrefe.
- Loose, C., Graf, P., & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen.* Weinheim: Beltz.
- Loose, C., Graf, P., & Zarbock, G. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen.* Weinheim: Beltz.
- Melfsen, S. (1998). *Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R-D).* Psychometrische Eigenschaften und Normierung. Diagnostica, 44, 153–163.
- Miller, R.W., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing* (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen.* Weinheim: Beltz.
- Oswald, W.D. (2016). *ZVT. Zahlen-Verbindungs-Test.* Göttingen: Hogrefe.
- Parfy, E., Schuch, B., & Lenz, G. (2016). *Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis* (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- Petermann, F. (2017). *WISC-V. Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition.* Deutschsprachige Adaptation der WISC-V von David Wechsler. Frankfurt a.M.: Pearson Assessment.
- Petermann, F., & Daseking, M. (2018). *WPPSI-IV. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition.* Deutschsprachige Adaption nach D. Wechsler (4. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Frankfurt a. M.: Pearson Assessment.
- Poustka, L., Rühl, D., Feineis-Matthews, S., Bölte, S., Poustka, F., & Hartung, M. (2015). *ADOS-2. Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen - 2.* Deutschsprachige Fassung der Autism Diagnostic Observation Schedule – 2 von C. Lord et al. Göttingen: Hogrefe.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). Stages of change. The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (S. 147–171). New York, NY: Oxford University Press.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV.* Bern: Huber.
- Rossmann, P. (2014). *DTK – II. Depressionstest für Kinder – II.* Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S., & Adornetto, C. (2018). Diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* 2. Aufl. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 3. Heidelberg: Springer.
- Tucha, O., & Lange, K.W. (2004). *TL-D. Turm von London – Deutsche Version.* Göttingen: Hogrefe.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., & Duda, K. (2014). *DIKJ. Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche.* 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- The Tova Company. (2019). The Test of Variables of Attention (T.O.V.A.®). <https://www.tovatest.com/>
- Ubben, B. (2017). *Problemanalyse und Therapieplanung.* Göttingen: Hogrefe.

ZERO TO THREE (2019). *DC:0–5. Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit. Deutschsprachige Übersetzung von A. von Gontard*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zimmermann, P., & Fimm, B. (2017). *TAP. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung*. Psytest.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.