

Teil I: Einführung und störungsübergreifende Informationen

1 Einführung

1.1 Einleitung

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter besitzen aus vielen Gründen eine sehr hohe gesellschaftliche wie auch allgemein gesundheitliche Relevanz. Wissenschaftliche Studien belegen, dass die deutliche Mehrheit der psychischen Erkrankungen des Erwachsenenalters bereits vor dem 18. Lebensjahr beginnt (Kessler et al., 2007). Psychische Erkrankungen haben – wenn sie psychotherapeutisch unbehandelt bleiben – einen enormen negativen und nachhaltigen Einfluss auf sämtliche Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen wie ihre soziale, individuelle und akademische Entwicklung (Dey, Landolt, Mohler & Kuo, 2012). Hierzu gehört auch, dass viele Störungen im Kindes- und Jugendalter bis ins Erwachsenenalter persistieren oder Vorläufer von schwerwiegenden psychischen Störungen im Erwachsenenalter darstellen (Kessler et al., 2007). Während die allgemeine Anerkennung der enormen Relevanz von psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter auch öffentlich stark zugenommen hat, bleiben wichtige assoziierte Aspekte weiterhin vernachlässigt. Für eine Vielzahl von Störungen ist beispielsweise bis heute unzureichend empirisch abgesichert, wie sie sich in Abhängigkeit zum Entwicklungsalter der Betroffenen zeigen. Auch findet dieser wichtige Punkt bisher keine Beachtung in der Erfassung von diagnostischen Kriterien für psychische Erkrankungen. Ebenfalls besteht großer Forschungsbedarf im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, um Kinder und Jugendliche passgenau und evidenzbasiert

ohne Verzögerungen zu behandeln. Gleichsam wie eine entwicklungsabhängige Störungsbeschreibung existieren für die meisten Störungsbilder kaum etablierte entwicklungs-sensitive Störungs- und Behandlungsmodelle. Hierbei zeigt sich weniger die Frage der therapeutischen Schulen relevant, als die Überprüfung empirischer Wirksamkeit von therapeutischen Techniken, Interventionen und Strategien. Das Ziel des vorliegenden Buches ist es daher, vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz eine Einführung in die wichtigsten Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter zu geben. Dabei soll insbesondere das unterschiedliche Erscheinungsbild in den für die Störung relevanten Entwicklungsphasen dargestellt werden. Zudem soll ein Einblick darin gegeben werden, welche therapeutischen Ansätze sich bisher als empirisch gut wirksam erwiesen haben. Auch ein Benennen offener Forschungsaspekte und weiterführender Fragen findet statt.

Das Lehrbuch richtet sich als Grundlagenwerk an Psychologiestudierende im Rahmen des konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie mit Abschluss der Approbationsprüfung. Im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes haben sich verschiedene wichtige Änderungen sowohl in den Studieninhalten als auch der späteren Berufsausübung ergeben, welche die Bedeutung der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie nochmal erheblich stärker betont. So ist über die Approbationsordnung festgelegt, dass die

Kenntnis über Erscheinungsbild, Diagnostik, Psychotherapie, multiprofessionelle Zusammenarbeit und berufsrechtliche Fragen auf dem Feld der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie zwingend erworben werden müssen. Zudem behandeln Studierende im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit bereits im Studium Kinder und Jugendliche unter Anleitung. Ferner ist das Gebiet der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie Prüfungsgegenstand im theoretischen wie fachpraktischen Teil der Approbationsprüfung.

Als Folge der Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung findet an vielen universitären Standorten folglich ein erheblicher Ausbau der Lehre und klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen statt oder dieser Schwerpunkt wird gänzlich neu etabliert. Auch vor diesem Hintergrund soll das Lehrbuch Kolleg*innen an den jeweiligen Studienstandorten dabei helfen, die Klinische Kinder- und Jugendpsychologie empirisch fundiert in Forschung und Lehre zu stärken.

1.2 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Das Kindes- und Jugendalter gilt als Hochrisikozeit für die Entwicklung von psychischen Störungen und damit auch als Schrittmacher für die gesamte psychopathologische Entwicklung, wobei weniger als die Hälfte eine adäquate Behandlung erhalten (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2022). 75 % aller psychischen Störungen beginnen vor dem 24. Lebensjahr (Kessler et al., 2007). Sowohl die Erforschung der Grundlagen von psychischen Störungen in dieser Lebensphase wie auch die Behandlung sind somit zentral für psychisch gesunde Individuen und die Gesellschaft.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt psychische Störungen als eine Kombination nicht normativer Gedanken, Wahrnehmungen, Emotionen, Verhalten und Beziehungen zu anderen (WHO, 2019). Die Begrifflichkeit psychischer Störungen ist dabei keinesfalls eindeutig feststehend und definiert, sondern ein nach dem aktuellen Stand der Forschung sowie für die Praxis sinnvolles Konstrukt (► Kap. 3). Somit kann und soll sich die Definition psychischer Störungen stets verändern, was sich auch in der Historie zeigt. Gerade die Definition von normativem bzw. abnormalem Denken und

Verhalten ist auch stark von der Gesellschaft abhängig. Zentral ist im klinischen Gebrauch in der Regel, dass Betroffene wesentlich unter einer Problematik leiden und von dieser beeinträchtigt sind. So können z. B. Kinder mit einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst (► Kap. 17) nicht an der Klassenfahrt teilnehmen und sind traurig, dieses Erlebnis mit ihren Freund*innen zu verpassen. Eine ausführliche Definition von psychischen Störungen basierend auf dem Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association [APA], 2013) findet sich im Kasten.

Definition: psychische Störung

»Eine psychische Störung ist ein Komplex von Symptomen (= Syndrom), das durch eine klinisch bedeutsame Störung der Gedanken, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet ist. Diese spiegeln eine Funktionsstörung der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozesse wider, die der psychischen Funktion zugrun-

de liegen. Psychische Störungen sind in der Regel mit erheblichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen bei sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Aktivitäten verbunden. Eine erwartbare oder kulturell anerkannte Reaktion auf einen gewöhnlichen Stressor oder Verlust, wie z. B. den Tod eines geliebten Menschen, stellt keine psychische Störung dar. Sozial abweichendes Verhalten (z. B. politisches, religiöses oder sexuelles) und Konflikte, die in erster Linie zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft bestehen, sind keine psychischen Störungen, es sei denn, die Abweichung oder der Konflikt resultieren aus einer Funktionsstörung des Einzelnen, wie oben beschrieben.« (DSM; APA 2013; Übersetzung durch die Autor*innen)

Bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist insbesondere zu berücksichtigen, dass der Leidensdruck und die Beeinträchtigung nicht zwangsweise von diesen selbst erlebt und berichtet werden muss. Familien eines Kindes mit Trennungsangst bauen beispielsweise häufig ein hervorragendes Vermeidungssystem auf, das beinhalten kann, dass das Kind nie alleine ist, die Eltern nichts ohne das Kind machen und es keinen (altersangemessenen) Anforderungen ausgesetzt ist, welche das Kind ängstigen könnten. Dieses Vermeidungssystem nimmt dem Kind somit jede Angst. In der Folge leidet in der Regel insbesondere die Familie und weniger das Kind unter der Erkrankung. In

diesem Falle kann es beispielsweise sein, dass die Eltern weder Zeit für sich als Paar noch alleine haben. Auch unterliegt die Beschreibung der Störung der Problematik, dass sich Kinder und Jugendliche in einer kontinuierlichen Entwicklung befinden. Somit müssen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen beständig die normative Entwicklung im Blick behalten, in der eine Bandbreite von Auffälligkeiten auftreten können. Beispielsweise ist trotziges Verhalten im Vorschulalter ein durchaus normativer Ausdruck des Versuchs, Grenzen auszutesten, während erst ein langes und sehr starkes Anhalten dieses Verhaltens als indikativ für eine Störung des Sozialverhaltens (► Kap. 19) gelten kann.

Zugleich werden psychische Störungen zwar kategorial eingeteilt (Sind die Kriterien für eine psychische Störung erfüllt? Ja/nein), aber können zugleich dimensional beschrieben werden (Wie stark ist [welche] Symptomatik ausgeprägt). Zudem können Symptome fluktuieren bzw. an bestimmte Lebensereignisse gebunden sein. Beispielsweise ist es Teil des normativen Spektrums, nach einem Todesfall traurig und niedergeschlagen zu sein und z. B. auch auf Verhaltenzebene einen Verlust an Appetit und wenig Antrieb (Symptome der Depression) zu zeigen. Aufgabe von Psychotherapeut*innen ist es dann, im Zuge der Diagnostik festzustellen, ob es sich um eine Störung oder eine Phase der Anpassung handelt. In letzterem Fall ist keine Psychotherapie, sondern eher eine Entpathologisierung¹ und Beobachtung des Verlaufs indiziert.

1 Im Gegensatz zur Pathologisierung beschreibt die Entpathologisierung die Deutung von Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken oder zwischenmenschlichen Beziehungen nicht als krankhaft, sondern Teil eines gesunden Spektrums. Beispielsweise sind Stimmungsschwankungen in der Pubertät zunächst kein Anzeichen für eine psychische Störung, sondern normativ zu betrachten.

1.3 Empirische Fundierung und Evaluation

Im Vergleich zur Klinischen Psychologie (und Psychotherapie) des Erwachsenenalters ist die Klinische Kinder und Jugendpsychologie noch ein eher junges Feld. Während mittlerweile deutliche empirische Belege dafür existieren, dass die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen bereits in Kindheit und Jugend beginnen (vgl. Solmi et al., 2022), existieren vergleichsweise deutlich weniger empirische Forschungsarbeiten zu epidemiologischen, ätiologischen und psychotherapeutischen Aspekten von psychischen Symptomen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die teilweise fehlenden empirische Absicherung von altersspezifischen Erscheinungsbildern von psychischen Störungen ist problematisch, da so relevante Belastungen und Störungen nicht erkannt oder fehldiagnostiziert werden können, wie dies beispielsweise im Bereich der Affektiven Störungen im Kindesalter häufig der Fall ist (Wiggins, Briggs-Gowan, Brotman, Leibenluft, & Wakschlag, 2021). Insbesondere für das Kindes- und Jugendalter ist damit eine entwicklungsensitive Beschreibung von psychischen Erkrankungen notwendig und auch eine entsprechende Abbildung von altersbezogenen Unterschieden in den entsprechenden Störungskriterien der Klassifikationssysteme. Im vorliegenden Buch legen wir daher ein besonderes Augenmerk darauf, psychische Störungen nach ihrem unterschiedlichen Erscheinungsbild in den verschiedenen Entwicklungsphasen abzubilden. Für die wenigsten psychi-

schen Störungen existieren empirisch fundierte Störungsmodelle für Kinder und Jugendliche. Ohne entsprechende Modelle ist sowohl das Verständnis der Aufrechterhaltung von Störungen beeinträchtigt aber auch die Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsansätzen, die spezifisch an den Aufrechterhaltungsmechanismen ansetzen sollten, um eine größtmögliche Wirksamkeit zu entfalten. Auch im Bereich der Psychotherapieforschung zeigen sich noch deutliche Bedarfe, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen weiter zu verbessern (z. B. Salzer et al., 2018). Dies umfasst auch eine – im Vergleich zum Erwachsenenalter – deutlich geringere Anzahl an empirischen Forschungsstudien und insbesondere hochwertiger randomisierter klinischer Studien (RCTs), welche die Wirksamkeit von unterschiedlichen Psychotherapieverfahren und -richtungen untersucht haben. Die Fortführung der empirischen Untermauerung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur daher zentral, um die Wirksamkeit für Patient*innen zu verbessern, sondern auch um die sozialrechtliche Stellung der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen weiter zu festigen und auszubauen. Dies betrifft neben der Behandlung von psychischen Störungen im Kindesalter insbesondere die Bereiche der Prävention und Rehabilitation im Kontext von psychischen Belastungen im Kindes- und Jugendalter.

1.4 Grundlagen der Psychotherapie

Psychologische Prävention, Psychotherapie und psychologische Rehabilitation entwickeln sich idealerweise mit Anwendungsbezug aus den Grundlagenwissenschaften der Psycholo-

gie, z. B. der Allgemeinen Psychologie, Wahrnehmungspsychologie, biologischen Psychologie, pädagogischen Psychologie etc. In diesen finden sich empirisch geprüfte Modelle

zur Entstehung und Verarbeitung von Gedanken, Emotionen, körperlicher Aktivierung und Verhalten, zur Relevanz psychologischer Prozesse, aber auch zur Veränderbarkeit von menschlichem Verhalten. Somit versteht sich klinisch-psychologische Intervention immer im Diskurs mit den stärker grundlagenorientierten Bereichen der Psychologie.

Es gilt, Veränderungen von Gedanken, Verhalten und Beziehungen zu evozieren. Im deutschsprachigen Raum sind Verhaltenstherapie, Psychodynamische Verfahren und Systemische Therapie (► Kap. 5, ► Kap. 6, ► Kap. 7) stark vertreten, die jeweils unterschiedliche Annahmen zur Umsetzung dieser Veränderungen beinhalten. Gemein ist den Schulen, dass es eine aktive Beteiligung der Patient*innen und Bezugspersonen braucht und somit eine Compliance gegenüber dem Therapieprozess.

Begriffsklärung: Compliance

Gilt als Oberbegriff für das kooperative Verhalten von Patient*innen im Rahmen einer Psychotherapie. Ein Beispiel wäre, inwiefern ein Kind mit einer Angststörung im Alltag das Aufsuchen angstbesetzter Situationen zwischen den Therapiesitzungen übt. Der Begriff Compliance wird zunehmend vom Begriff der Adhärenz ersetzt, da diese betont, dass Patient*innen und Behandler*innen gemeinsam zu einer Entscheidung in der Behandlung finden. Die Definition entwickelt sich somit weg von einer hierarchischen Beziehung zwischen Patient*in und Behandler*in zu einer Beziehung auf Augenhöhe.

1.5 Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Auch Psychotherapie ist kein statischer, sondern ein durchaus dynamischer Begriff, welcher historisch bereits eine große Wandlung durchlaufen hat. Beginnend mit der Psychoanalyse als Standard der Psychotherapie zeichnet sich diese mittlerweile durch eine Vielzahl an sogenannten Psychotherapieschulen und -methoden aus. Auch die Psychotherapie unterliegt damit in ihren Definitionen wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Weiterentwicklungen. Eine allgemeine Definition basieren wir an dieser Stelle auf Wampold, Flückiger, & Imel (2020; siehe Kasten).

Definition: Psychotherapie

»Psychotherapie ist primär eine interpersonelle Behandlung, die a) auf der Grundlage psychologischer Prinzipien aufbaut; b) mindestens einen geschulten Therapeuten

und einen Patienten umfasst; der Letztere sucht Hilfe zur Linderung einer psychischen Störung, eines Problems oder einer Beschwerde; c) einen Behandlungsrahmen mit dem Therapeuten aufweist, mit der Absicht, die Störung, das Problem oder die Beschwerden und den dadurch verursachten Leidensdruck zu lindern, und d) dem jeweiligen Patienten und seiner Störung, seinem Problem oder seiner Beschwerde individualisiert angepasst wird.« (Wampold, Flückiger, & Imel, 2020, S. 68)

Psychotherapie gilt als tiefgreifender Eingriff in das Leben eines Menschen. Sie ist somit nicht frei von Risiken und Nebenwirkungen, wenn sich beispielsweise ein Problem zunächst verstärkt, wenn man diesem mehr Beachtung schenkt. Konflikte zwischen Familienmitgliedern können aufbrechen und Be-

lastung verursachen. In der Regel ist Psychotherapie, welche nach Leitlinien und unter allen ethischen und berufsrechtlichen Vorgaben durchgeführt wird, aber in der Hauptwirkung weitaus stärker als in den Nebenwirkungen. Dennoch gilt es zu Beginn über diese aufzuklären.

In der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen gilt es, einige Besonderheiten in den Blick zu nehmen.

- Im Gegensatz zu Erwachsenen kommen Kinder und Jugendliche in der Regel nicht selbst-, sondern fremdmotiviert in die Therapie. Sie werden »geschickt« durch Eltern, Schule oder andere Auftraggeber*innen.
- Nicht nur in der Psychopathologie, sondern auch in der Behandlung ist zu beach-

ten, dass Kinder und Jugendliche z.B. kognitiv noch nicht alles verstehen oder emotional noch nicht alles umsetzen können, was bei Erwachsenen nach Abschluss der Entwicklung wie z.B. vollständiger kognitiver Reife möglich ist. Die Behandlung ist somit stets individuell anzupassen.

- Psychotherapie mit minderjährigen Patient*innen findet in der Regel nicht mit diesen alleine statt, sondern unter Einbezug von Eltern bzw. Sorgeberechtigten, Lehrkräften/Erzieher*innen, Jugendamt etc. Es ist somit ein systemorientiertes Arbeiten notwendig.

Weitere Besonderheiten inhaltlicher wie auch rechtlicher Art werden im Verlauf der Kapitel näher beleuchtet.

1.6 Begriffsklärungen im Feld der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie

Eine Einführung in das Gebiet der Entwicklungspsychopathologie findet sich im nächsten Kapitel (► Kap. 2). An dieser Stelle sollen einige wenige Begriffe vorab eingeführt werden:

- **Klinisches Erscheinungsbild:** Das klinische Erscheinungsbild beschreibt, wie sich psychische Störungen im Verhalten und Erleben von Kindern und Jugendlichen konkret zeigen können. Insbesondere für diese dynamische Entwicklungsphase ist es wichtig auf altersbedingte Unterschiede im klinischen Erscheinungsbild einzugehen. So kann sich ein und dasselbe Störungsbild sehr unterschiedlich je nach Alter zeigen (z.B. bei Affektiven Störungen). In vielen Bereichen sind die Besonderheiten des klinischen Erscheinungsbildes in unterschiedlichen Altersgruppen noch nicht ausreichend erforscht.

- **Entwicklungspsychopathologie:** Diese beschäftigt sich mit den Ursachen einer Entwicklungsabweichung und versucht, Risiko- und Schutzfaktoren im Entwicklungsprozess zu identifizieren. Es geht somit um einen Vergleich zwischen normativer und auffälliger Entwicklung (► Kap. 2). Hieraus leiten sich Konzepte zur Prävention, Intervention und Rehabilitation ab.
- **Epidemiologie:** Epidemiologische Daten und Studien erfassen wichtige Kennziffern psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. So werden Aussagen darüber gemacht, wie häufig es zu Neuerkrankungen kommt oder wie viele Patient*innen von einer Störung betroffen sind. Auch Aufttrittsraten von Komorbiditäten oder Aussagen über den zeitlichen Verlauf von Störungen sind Bestandteil der Epidemiologie.

- **Diagnostik:** Die psychologische Diagnostik zielt darauf ab, relevante Faktoren zur Beschreibung, Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome zu identifizieren. Sie ermöglicht eine Verifikation von diagnostischen Hypothesen und eine qualitative und quantitative Beschreibung der aktuellen Symptomatik. Zudem ermöglicht sie die Klärung der Indikation einer Psychotherapie, die gegeben ist, wenn die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllt sind. Diagnostische Informationen werden im Kindes- und Jugendalter häufig über verschiedene Beurteiler*innenperspektiven (z. B. Patient*in, Eltern und Lehrkräfte) erhoben sowie in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Familie, Freizeit, Schule oder Kindergarten). Im Verlauf der Therapie wird über eine stetige Verlaufsdagnostik die Intervention angepasst sowie im Rahmen der Abschlussdiagnostik auf ihren Erfolg hin geprüft.
- **Klassifikation:** Die Klassifikation beschreibt einen strukturierten Verbund von Kategorien (Klassen). Sie bildet ein System, in dem Symptome abgrenzt und geordnet werden. Symptome werden somit Kategorien (sprich Störungen) zugeordnet. Die Klassifikation ist dann meist handlungsleitend für die Psychotherapie. Nur mit einer Störung des Klassifikationssystems International Classification of Diseases (ICD, WHO, 1994) kann eine Psychotherapie über die Krankenkasse eingeleitet werden. International gültig ist zudem das DSM, welches insbesondere in der Forschung relevant ist.
- **Ätiologie:** Ätiologie und ätiologische Modelle befassen sich mit den empirisch belegten Ursachen und Entstehungsprozessen von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Genese von psychischen Erkrankungen ist multifaktoriell und umfasst sowohl biologische als auch psychosoziale und individuelle Faktoren (► Kap. 2). Ätiologische Faktoren können auch an der Aufrechterhaltung von Störungen beteiligt sein, dies ist jedoch nicht zwingend.
- **Biopsychosoziales Modell:** Für die Entwicklung psychischer Erkrankungen wird in der Regel nicht von unikausalen Zusammenhängen ausgegangen (z. B. Bullying → Depression), sondern ein komplexes Zusammenspiel und eine Wechselwirkung an biologischen Faktoren (z. B. niedriger Serotoninspiegel), psychischen Faktoren (z. B. Verzerrungen in der Wahrnehmung anderer) und sozialen Faktoren (z. B. Bullying), die zu einer Störung führen, angenommen.
- **Aufrechterhaltung:** Besonders für die Therapieplanung und Ansatzpunkte von psychotherapeutischen Interventionen sind Faktoren und Prozesse wichtig, welche Störungen im Kindes- und Jugendalter aufrechterhalten. Diese Faktoren sorgen dafür, dass eine natürliche Remission (d. h., Nachlassen von Krankheitssymptomen) nicht stattfindet. Je nach Therapieverfahren wird ein anderer Fokus bei der Behandlung auf diese Aufrechterhaltungsfaktoren gelegt. Während in der KVT insbesondere Lernfaktoren eine Rolle spielen, sind es Konfliktmuster bzw. interaktionelle Prozesse in psychodynamischen bzw. systemischen Verfahren.

1.7 Interdisziplinarität des Feldes der Klinischen Kinder- und Jugendlichenpsychologie mit Nachbardisziplinen

Die Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie ist eng verknüpft mit anderen Fachbereichen. Hervorzuheben ist hier die Pädiatrie mit dem Fokus auf die somatische Gesundheit und Entwicklung, die (Heil-)Pädagogik und Entwicklungspsychologie mit Fokus auf die normative Entwicklung wie auch die Neuropädiatrie und Kinderneurologie, die sich mit neuronalen Strukturen der Entwicklung befasst. Im medizinischen Bereich ist die psychische Gesundheit von Kindern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verankert.

Im psychotherapeutischen Kontext ergeben sich somit ganz klare Bezugssysteme, die immer integriert werden müssen: In der Regel ist die Schule oder der Kindergarten der tägliche Bezugsrahmen neben der Familie. Lehrkräfte und andere Bezugspersonen dort können

wichtige Einblicke liefern. Zur Unterstützung von Familien und Wahrung der Sicherheit des Kindeswohls kann bei Bedarf das Jugendamt einbezogen werden (► Kap. 34). Auch der*die Kinderärzt*in gilt als unersetzliche*r Kooperationspartner*in, da diese die Gesundheit des Kindes oft schon von Geburt an im Blick haben. Schließlich bezieht die Psychotherapie auch alle weiteren Lebensbereiche z. B. in der Freizeit des Kindes mit ein. Ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch ist somit Standard. Im Rahmen dieses Buches versuchen wir diesem Umstand Rechnung zu tragen, indem jeweils auf den Einbezug von Kolleg*innen außerhalb der Psychologie hingewiesen wird sowie einige Kapitel explizit interdisziplinär von Kolleg*innen anderer Gebiete verfasst wurden (► Kap. 32, ► Kap. 33, ► Kap. 34).

1.8 Verweis auf die Struktur des Buches

Die folgende Struktur wird übergreifend in das Gebiet der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie und Therapieverfahren einleiten. Im Verlauf finden sich dann jeweils die biopsychosozialen Grundlagen, Klassifikation, Diagnostik und Behandlung von Störungsbildern. Diese beginnen bei den entwicklungspsychologisch frühesten Störungsbildern (z. B. Störungen der Regulation) bis hin zu typischerweise ab dem Jugendalter auftretenden Störungsbildern (z. B. Persönlichkeitsstörungen). Das Buch schließt ab mit angrenzenden Bereichen zu psychisch kranken Eltern, Recht und Jugendhilfe. Im Verlauf des Buches beziehen sich die Autor*innen in der Regel auf die Klassifizierung der noch gültigen ICD 10 (WHO, 1994), da dieses in

der Praxis zum aktuellen Zeitpunkt (Stand Januar 2023) weiterhin angewendet wird. Aus inhaltlichen Gründen werden Bezüge zum DSM-5 (APA, 2013) oder der ICD-11 hergestellt, wenn diese eine Ergänzung aus aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnissen darstellen. Dies gilt beispielsweise für die Autismus-Spektrums-Störung (ASS), welche in den letzten zehn Jahren klassifikatorisch stark geändert wurde bis hin zu einer anderen Benennung der zugehörigen Störungsbilder (► Kap. 12). Da sich Klassifikation trotz des Versuches einer klaren Zuordnung von Symptomen zu Kategorien durch zunehmenden Erkenntnisgewinn im Wandel befindet, möchten wir dieser Dynamik Rechnung tragen.