



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Tanja Götken, Kai von Klitzing

# **Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern (PaKT)**

**Ein Behandlungsmanual**

Klett-Cotta



Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © Köpenicker / fotolia.com

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

978-3-608-94882-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	<b>11</b>
<b>I. THEORETISCHER TEIL</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen – theoretischer Hintergrund des Behandlungsmanuals</b> .....	<b>177</b>
1.1 Diagnostik, Prävalenz und Verlauf von Angst- und Depressionsstörungen im Kindesalter.....	17
1.1.1 Diagnostik von Depression und Angst im Kindesalter .....	17
1.1.1.1 Depression im Kindesalter .....	18
1.1.1.2 Angststörungen im Kindesalter .....	21
1.1.1.3 Begriffsbestimmungen.....	22
1.1.2 Prävalenz .....	25
1.1.3 Komorbidität .....	26
1.1.4 Verlauf .....	26
1.1.5 Geschlechtsunterschiede.....	27
1.2 Risiko- und Schutzfaktoren .....	28
1.2.1 Psychosoziale Faktoren .....	28
1.2.2 Biologische Faktoren .....	29
1.2.3 Genetische Faktoren .....	31
1.2.3.1 Gen-Umwelt-Interaktion .....	31
1.2.3.2 Epigenetik .....	32
1.3 Die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Kindern mit Angst- und Depressionsstörungen .....	34
1.3.1 Kognitiv-behaviorale Psychotherapie .....	35
1.3.2 Psychodynamische Psychotherapie .....	36

<b>2. Ätiologische Modelle der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie.....</b>	<b>38</b>
2.1 Klassische psychoanalytische Störungsmodelle.....	38
2.1.1 Die Triebpsychologie Sigmund Freuds .....	38
2.1.1.1 Die psychosexuelle Entwicklung .....	39
2.1.1.2 Die psychoanalytische Neurosenlehre .....	43
2.1.1.3 Die Regression .....	44
<i>Fallbeispiel: Pete, 8 Jahre</i> .....	45
2.1.2 Anna Freud zur Frage der Indikationsstellung und zur Bedeutung der Neurose in der Kindheit .....	46
2.1.2.1 Die Libidoentwicklung und ihre Störungen .....	47
2.1.3 Die Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins .....	50
2.1.4 Die Objektbeziehungstheorie von Donald W. Winnicott .....	54
2.1.5 Das Modell »Container-Contained« von Wilfred R. Bion .....	60
2.2 Neuere psychoanalytische und entwicklungspsychologische Konzepte...	65
2.2.1 Das Konzept der Mentalisierung und seine Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis mit Kindern .....	66
2.2.1.1 Das Konzept der Mentalisierung .....	67
2.2.1.2 Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit .....	72
2.2.1.3 Störungen in der Entwicklung der Mentalisierung – das fremde Selbst .....	74
2.2.1.4 Entwicklungsschritte der Mentalisierungsfähigkeit .....	77
2.2.1.5 Zum Verhältnis zwischen Mentalisierungsfähigkeit und strukturellen Störungen .....	78
2.2.2 Die Bedeutung der Triade .....	81
2.2.3 Die Folgen einer Depression der Mutter für die psychische Entwicklung des Kindes .....	86
2.3 Störungsspezifische psychoanalytische Modelle der Genese von Angst- und Depressionsstörungen .....	92
2.3.1 Psychoanalytische Konzeptionen depressiver Störungen .....	93
<i>Fallbeispiel einer introjektiven Depression: Benjamin, 8 Jahre</i> .....	97
2.3.2 Psychoanalytische Konzeptionen der Angststörungen .....	99
2.4 Übertragung und Gegenübertragung .....	105
2.4.1 Übertragung und Gegenübertragung in der Erwachsenenanalyse ...	105
2.4.2 Übertragung und Gegenübertragung in der Kinderanalyse.....	110

2.5 Die Bedeutung der strukturellen Integration .....	112
2.6 Der therapeutische Fokus – theoretische Einführung.....	116
<b>II. BEHANDLUNGSPRAKTISCHER TEIL.....</b>	<b>121</b>
<b>3. Das psychotherapeutische Konzept .....</b>	<b>123</b>
3.1 Übersicht .....	123
3.1.1 Wirkfaktoren von PaKT.....	124
3.1.2 Fokalkonferenz .....	124
3.2 Überlegungen zur Indikation .....	125
3.2.1 Behandlungsvoraussetzungen .....	126
3.2.1.1 »Äußere« Voraussetzungen.....	126
3.2.1.2 »Innere« Voraussetzungen .....	127
<i>Fallbeispiel: Kristin, 7 Jahre – Bearbeitung triadischer</i>	
<i>Problemstellungen im Laufe einer gelungenen PaKT-Therapie .....</i>	<i>131</i>
3.2.2 Kontraindikationen .....	134
3.2.2.1 Risiken aufseiten des Kindes .....	134
3.2.2.2 Risiken aufseiten der Eltern .....	135
3.2.2.3 Risiken aufseiten der Therapeutin .....	136
3.3 Bevor die Therapie beginnt ... ..	136
3.3.1 Therapeutisches Equipment .....	136
3.3.2 Behandlungsvereinbarung.....	138
3.3.3 Konsequenzen des Strukturniveaus des Kindes für die	
therapeutische Technik .....	138
3.3.3.1 Gute strukturelle Integration .....	139
3.3.3.2 Mäßige strukturelle Integration .....	140
3.3.3.3 Geringe strukturelle Integration .....	141
3.4 Die Bedeutung des Settings .....	141
<b>4. Die Behandlungstechnik .....</b>	<b>147</b>
4.1 Der Fokus: »Triangle of Psychodynamic Constellations« (ToP) .....	147
<i>Fallbeispiel: Emmi, 6 Jahre .....</i>	<i>151</i>
<i>Fallbeispiel: Max, 5 Jahre .....</i>	<i>155</i>
4.2 Deutung, Übertragung und Gegenübertragung in der PaKT.....	161

4.2.1 Spezifische Übertragungskonstellationen in der Behandlung von Kindern mit Depression und Angststörungen .....	163
4.3 Die Bedeutung der infantilen Sexualität im therapeutischen Prozess .....	165
4.3.1 Oralität.....	167
4.3.2 Analität .....	168
4.3.3 Schau- und Zeigelust .....	169
4.3.4 Phallizität .....	170
4.4 Die Elternarbeit .....	170
<i>Fallbeispiel: Jonas, 8 Jahre – unbewusster Neid der Eltern         auf die Therapeutin .....</i>	172
<i>Fallbeispiel: Lucas, 9 Jahre .....</i>	173
<i>Fallbeispiel: Lisa, 8 Jahre .....</i>	176
4.4.1 Die Einbeziehung der Väter.....	180
<i>Fallbeispiel: Linus, 9 Jahre .....</i>	183
4.4.2 Der Umgang mit gegen die Therapeutin gerichteten feindseligen Vorwürfen und Entwertungen.....	183
<i>Fallbeispiel: Jenny, 9 Jahre.....</i>	185
4.5 Die therapeutischen Phasen der PaKT .....	187
4.5.1 Die Anfangsphase .....	187
<i>Fallbeispiel: Erstgespräch mit Vivien, 8 Jahre, und ihrer Mutter .....</i>	188
4.5.1.1 Die Gestaltung der Anfangsphase – Sitzungen 4–5 mit dem Kind .....	190
<i>Erläuterung anhand eines Fallbeispiels: Ferdinand, 6 Jahre .....</i>	191
4.5.2 Die mittlere Phase .....	196
4.5.3 Die Abschlussphase .....	198
4.5.3.1 Die Abschlussphase der Therapie mit den Eltern .....	198
4.5.3.2 Abschlusssitzung im Therapeut-Kind-Setting.....	198
<i>Erläuterung des Abschieds anhand eines Fallbeispiels:                 Lena, 8 Jahre.....</i>	199
4.5.3.3 Unterschiedliche »Abschiedstypen«.....	201
4.6 Zusammenfassende Betrachtungen zum therapeutischen Handeln nach PaKT .....	202
4.7 Voraussetzungen aufseiten der behandelnden Therapeutin .....	205
4.8 Limitationen eines kurzzeittherapeutischen Ansatzes .....	207
4.9 Risiken und Nebenwirkungen von PaKT.....	209

4.9.1 Externalisierendes Verhalten des Kindes .....	209
4.9.2 Gefahr einer regressiven Desintegration des Kindes .....	210
4.9.3 Verschlechterung einer bisher unerkannten Psychopathologie eines Elternteils .....	210
4.9.4 Suizidalität .....	210
4.9.5 Gefahr einer Grenzverletzung .....	211
<b>5. Fallbeispiele .....</b>	<b>213</b>
5.1 Fallbeispiel: Julian, 6 Jahre .....	213
5.2 Fallbeispiel: Sophie, 5 Jahre .....	228
5.3 Fallbeispiel: Elisabeth, 6 Jahre .....	239
<b>Anhang: Wirksamkeitsstudie PaKT .....</b>	<b>261</b>
<b>Überblick über das Studiendesign .....</b>	<b>262</b>
Methode .....	263
Ablauf und Datenerhebung .....	263
<b>Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der PaKT .....</b>	<b>265</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>267</b>
<b>Die Autoren .....</b>	<b>287</b>



# Einleitung

*»In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktum zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht heilen, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. (...) Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit«*

*(Freud, 1927, S.293f).*

Depression und Angst im Kindesalter stehen für Störungsbilder, welche die Entwicklung der betroffenen Kinder hemmen. Zur Behandlung dieser Störungsbilder im Vorschul- und jungen Schulalter finden in der kinderpsychiatrischen Versorgung besonders psychodynamische Behandlungsansätze breite Anwendung; dabei gibt es einen ausgeprägten Mangel an gut systematisierten entwicklungspsychologisch adaptierten störungsspezifischen Behandlungsleitfäden für das Kindesalter. Zudem liegen nur wenige kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Interventionen bei depressiven und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter belegen (Midgley & Kennedy, 2011). In einschlägigen Übersichtsarbeiten werden diese Studien wegen methodischer Limitationen jedoch nicht einmal erwähnt (vgl. Bachmann et al., 2008).

Vor dem Hintergrund der vielversprechenden existierenden Studien, die auf Angst- und Depressionsstörungen im Schul- und Jugendalter fokussieren (Mura-tori et al., 2002, 2003; Trowell et al., 2007), und angesichts der Notwendigkeit, die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie im Vorschul- und jungen Schulalter zu überprüfen, wurde von den Autoren ein Behandlungsmanual mit dem Titel *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern* (englisch: *Manual for Short-Term Psychoanalytic Child Therapy*, PaCT) entwickelt – ein emotions-

fokussierter Behandlungsleitfaden für Vorschulkinder und junge Schulkinder (Göttken & von Klitzing, 2014). PaKT ist ein altersadäquates manualisiertes psychodynamisches Interventionsprogramm für Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen, die in die kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Ambulanzen überwiesen werden. Mit PaKT können Kinder mit verschiedensten Symptomen (Verhaltensprobleme, »Hyperaktivität«, neurotische Beziehungs- und Leistungsstörungen etc.) behandelt werden, sofern Angst und/oder depressive Verstimmungen an der Symptomentstehung wesentlich beteiligt sind. Da Depression und Angst im Vorschul- und jungen Schulalter häufig gemeinsam auftreten und auch Verhaltensprobleme wie oppositionelles Verhalten oder Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) oft bei genauerer psychoanalytischer Diagnostik mit emotionalen Symptomen einhergehen, widmet sich dieses PaKT-Manual ebenfalls Kindern, deren emotionale Probleme latent – hinter externalisierenden Symptomen verborgen – in Erscheinung treten.

PaKT richtet sich als Behandlungsleitfaden besonders an Psychotherapeutinnen sowie Psychotherapeuten in Ausbildung für Kinder und Jugendliche. Studienabgänger befinden sich häufig in der Situation, dass sie als Assistenzärzte oder Psychotherapeuten im Praktikum im klinischen Versorgungsalltag Kinder mit emotionalen Symptomen behandeln sollen, ohne theoretisch oder praktisch ausreichend darauf vorbereitet zu sein. Mit diesem Manual sollte daher ein Behandlungsleitfaden entwickelt werden, der von klaren psychoanalytischen Definitionen ausgeht und doch der Komplexität psychoanalytischer Konzepte in der praktischen Arbeit mit Kindern und ihren Eltern Rechnung trägt. Durch Ausrichtung auch auf die Bedürfnisse von unerfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten kommt es an manchen Stellen zu unvermeidlichen Verkürzungen psychoanalytischer Konzepte, die jedoch aus Sicht der Autoren unter behandlungspraktischen Gesichtspunkten angemessen sind. Der Erfahrungsgehalt, der sich in den psychoanalytischen Konzepten verdichtet, sowie die Komplexität des Zugangs der Psychoanalyse zu individuellen psychischen Problemen sollen durch dieses Manual auch für Therapeuten in Ausbildung nutzbar gemacht werden. Das PaKT-Manual stellt eine erste Orientierung dar, die auch als Ausgangspunkt für Vertiefungen der theoretischen Ansätze genutzt werden kann.

Bisher gibt es nur wenige prospektive empirische Studien zu den Wirkfaktoren, Behandlungsprozessen und Indikationskriterien im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie für Vorschul- und junge Schulkinder (Abbass et al., 2013; Midgley & Kennedy, 2011). Das Wissen um Indikationskriterien und Behand-

lungsprozesse, das in diesem Manual dargestellt wird, leitet sich – im Sinne des Freudschen Junktims zwischen »Forschen und Heilen« (S. Freud, 1927) – aus intensivem Studium wissenschaftlicher Literatur und jahrelanger klinischer Erfahrung in der Behandlung von Kindern ab; diese erfolgte in der Kinderpsychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig, begleitet von kontinuierlicher Supervision durch erfahrene Kinderanalytiker. Daneben dienten uns sowohl eine langjährige Ausbildung zur Psychoanalytikerin bzw. zum Psychoanalytiker nach den Bestimmungen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) als auch mehrjährige Erfahrungen in der stationären psychodynamischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen als solides Fundament, um ein Konzept zur Behandlung von Vorschul- und jungen Schulkindern mit emotionalen Störungen zu entwickeln.

Eine störungsspezifische Systematisierung psychodynamischer Behandlungsansätze fand erst in den letzten Jahren auch vonseiten anderer Forschungsgruppen statt (Baumeister-Duru et al., 2013; Staufenberg, 2011). Zu der Zeit, als mit der Erarbeitung dieses Manuals begonnen wurde, lag den ersten Wirksamkeitsstudien für internalisierende Störungen beispielsweise noch kein Behandlungsmニュアル zugrunde (Muratori et al., 2003). In diesem Sinne stellte die vorliegende Arbeit auch eine gewisse »Pionierarbeit« dar, da wir auf nur wenig systematisiertes Wissen zum kurzzeittherapeutischen Arbeiten mit Kindern im Vorschul- und jungen Schulalter zurückgreifen konnten.

Dieses psychoanalytische Behandlungsmanual wurde für die Patientenpopulation der Vorschul- und jungen Schulkinder mit Angst- und Depressionsstörungen entwickelt, die häufig in der kinderpsychiatrischen Ambulanz anzutreffen ist. Der Behandlungsansatz wurde systematisch wissenschaftlich evaluiert, und zwar zunächst im Rahmen einer Pilotstudie (vgl. Göttken & von Klitzing, 2011). Danach konnte durch eine großzügige Förderung durch die Heidehofstiftung e.V. ein erstes Forschungsprojekt zur systematischen Evaluation unseres Behandlungsansatzes realisiert werden. Die Ergebnisse dieser Studie wurden bisher in den Zeitschriften *Psychotherapy* und *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* veröffentlicht (siehe Göttken et al., 2014; Müller-Göttken et al., 2014). Eine erste Fassung unseres Manuals wurde in englischer Sprache der internationalen Leserschaft vorgestellt (Göttken & von Klitzing, 2014). Das vorliegende deutschsprachige Buch ist von uns gründlich überarbeitet worden; die Ergebnisse der Evaluationsstudie sind darin eingeflossen.

Im ersten Teil des Buches sollen zunächst die theoretischen Grundlagen des Behandlungsmanuals und die aus diesen abgeleiteten praktischen Konsequenzen

dargestellt werden. Dabei wird die entsprechende psychoanalytische Theorie im Anschluss an jedes Theoriekapitel jeweils in ihrer Bedeutung für die kinderanalytische Praxis in einem »Fazit für PaKT« zusammengefasst. Das Behandlungskonzept soll im zweiten Teil beschrieben und anhand von kurzen Fallbeispielen illustriert werden. Der zweite Teil widmet sich dann abschließend auch einer ausführlichen Darstellung des psychotherapeutischen Arbeitens mittels PaKT anhand von drei Fallbeispielen, die den Verlauf der 25 Stunden, welche für eine Behandlung mittels PaKT eingeplant sind, exemplarisch wiedergeben. Im Anschluss werden im Anhang erste Ergebnisse der oben erwähnten Wirksamkeitsstudie dargestellt.

Um im Text beide Geschlechter gleichberechtigt zu benennen und eine gute Lesbarkeit zu ermöglichen, wird im vorliegenden Buch per Zufall entweder die männliche oder weibliche Form gewählt.

I.

# Theoretischer Teil

## KAPITEL 1

# Psychoanalytische Kurzzeit- therapie mit Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angst- und Depressionsstörungen – theoretischer Hintergrund des Behandlungsmanuals

## 1.1 Diagnostik, Prävalenz und Verlauf von Angst- und Depressionsstörungen im Kindesalter

Im ersten Teil dieses Behandlungsmanuals soll zunächst die aktuelle empirische Befundlage bezüglich der Diagnostik, der Prävalenz und des Verlaufs von Angst- und Depressionsstörungen im Vorschul- und jungen Schulalter dargestellt werden. Häufig fanden in psychodynamisch orientierten Ansätzen epidemiologische Daten kaum oder keine Berücksichtigung, was unserer Ansicht nach immer noch zu einer Unschärfe der Begriffe und Definitionen im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie beiträgt.

### 1.1.1 Diagnostik von Depression und Angst im Kindesalter

Die depressive Erkrankung wurde von Seligman als die »gemeine Erkältung« (»common cold«; Seligman, 1975) der westlichen Welt bezeichnet und ist die häufigste psychische Störung im Erwachsenenalter (vgl. Bramesfeld & Stoppe, 2006). Im Kindesalter sind Angststörungen mit 10,4 % sowie aggressive Verhaltensstörungen mit 7,5 % die häufigsten psychischen Störungen (Ihle & Esser, 2002). Laut Sara Bufferd und Kollegen (2011) stellen Störungen des Sozialverhaltens mit 9,4 % und Angststörungen wie spezifische Phobien mit 9,1 % sowie Trennungsangst mit 5,4 % die häufigsten Diagnosen bei Vorschulkindern dar. Eine Depression konnte bei 1,8 % diagnostiziert werden. Aktuelle Studien haben gezeigt, dass es eine große

Überschneidung von Angst und Depression im Kindesalter gibt (von Klitzing et al., 2014), da sich verschiedene Symptombereiche stark überlappen. Vielfach wird auch der Terminus »emotionale Störung« als übergeordneter Begriff für Störungen benutzt, in welchen bei genauerer Analyse Angst- und Depressionssymptome eine wichtige Rolle spielen, auch wenn nach außen unter Umständen mehr die aggressiven Verhaltensprobleme und/oder die Hyperaktivität (»Externalisierungssymptome«) sichtbar werden.

#### 1.1.1.1 Depression im Kindesalter

Besonders die Diagnose einer Depression im Kindesalter stellt eine fachliche Herausforderung dar (Luby et al., 2002; Wiefel et al., 2007). In den diagnostischen Manualen der ICD-10 und des DSM-5 gibt es keine eigene Klassifikation bzw. entwicklungsensitive Beschreibungen depressiver Störungen im Kindesalter. Die ICD-10 klassifiziert depressive Störungen auf der Grundlage von Symptomatologie, Schweregrad, Dauer, Verlauf und Frequenz wiederkehrender Erkrankungsphasen (Dilling et al., 1993). Eine spezifische depressive Symptomatik im Kindesalter wird lediglich in Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens – als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen – unter F92 beschrieben. Im Erwachsenenalter klassifiziert die ICD-10 die affektiven Störungen als F30 »Manische Episode«, F31 »Bipolare Störung«, die depressive Episode unter F32, die rezidivierende depressive Störung unter F33. Bei diesen Störungen wird zwischen leicht, mittelgradig und schwer unterschieden. Unter F34 wird die anhaltende affektive Störung klassifiziert.

Die in den diagnostischen Manualen (ICD-10 und DSM-5) aufgeführten Diagnosekriterien können für das Kindesalter nur eingeschränkt angewendet werden, da die depressive Symptomatik im Kindesalter vielfältiger und weniger eindeutig erkennbar ist. Besonders für die Altersgruppe der unter 6-Jährigen ergeben sich aus der begrenzten Anwendbarkeit der DSM-5- bzw. ICD-10-Kriterien diagnostische Unsicherheiten. Neben den klassischen Kernsymptomen der Depression wie gedrückter Stimmungslage, Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit drückt sich die Depression im Kindesalter auch durch Symptome aus, die man zunächst nicht damit in Zusammenhang bringen würde. Dazu gehören etwa Reizbarkeit, sozialer Rückzug, erhöhte Sensibilität, verminderter oder erhöhter Appetit, Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen oder exzessiver Schlaf), Wutanfälle oder exzessives Weinen, Spielhemmung, reduzierte Kreativität, Beeinträchtigung der Konzentration und sogar Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod. Dabei erweist sich besonders die Spielhemmung als Kardinalsymptom der Depression

im Kindesalter (von Klitzing, 2008). Erst im Jugendalter zeigt sich eine depressive Episode bereits anhand der gängigen Diagnosekriterien des DSM-5 oder der ICD-10 des Erwachsenenalters.

Hinsichtlich der diagnostischen Kriterien von emotionalen Störungen im Vorschulalter fehlt ein fachlicher Konsens. Die Kriterien aus DSM-5 und ICD-10 sind für dieses Alter nicht angemessen operationalisiert, wodurch die Vergleichbarkeit bislang vorliegender epidemiologischer Daten erschwert wird. Um eine solche Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssten diagnostische Kriterien bezüglich Dauer, Beginn und Intensität von Symptomen einheitlich operationalisiert werden. Insbesondere bei der Major Depressive Disorder (MDD) oder Major Depression gibt es zwischen den USA und Europa große Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Diagnose schwerer depressiver Episoden (vgl. McArdle et al., 2004; McDonnell & Glod, 2003). Diese spiegeln sich in den für die USA und Europa jeweils unterschiedlichen Prävalenzangaben wider. Seit 2003 stellen die Forschungskriterien der American Association for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) eine Orientierung bei der kategorialen Einschätzung von Störungen im Vorschulalter zur Verfügung (vgl. Research Diagnostic Criteria – Preschool Age = RDC-PA; Emde, 2003; Scheeringa et al., 2003).

An dieser Stelle soll exemplarisch die Anpassung von Störungskriterien an die Gegebenheiten in der frühen und mittleren Kindheit anhand der Major Depression (MDD) nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) dargestellt werden, wie sie von Luby und Kollegen vorgenommen wurde. Luby et al. (2002) nahmen an den gängigen diagnostischen Kriterien des DSM-IV für die Major Depression Modifikationen vor, um die Kriterien den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Vorschulalters anzupassen. Dazu gehörte auch, die in diesem Alter typischen Fluktuationen der Affektzustände zu berücksichtigen, indem sie das Zeitkriterium von zwei Wochen herabsetzten. Auch reduzierten sie die Anzahl der geforderten Symptome von fünf von neun auf vier von neun. Luby et al. (2002) rekrutierten eine klinische Stichprobe aus  $N = 136$  Kindern im Alter zwischen 3,0 und 5,6 Jahren. Dabei wurden  $n = 101$  Kinder aus einer Community-Stichprobe und  $n = 35$  Kinder aus einer klinischen Stichprobe rekrutiert. Ohne Berücksichtigung dieser Modifikationen erfüllten nur 12 von 136 Vorschulkindern die Kriterien einer Major Depression. Mit den Veränderungen konnten Luby und Kollegen 49 Fälle klassifizieren. Die von den Autoren vorgenommenen Veränderungen der Klassifikation nach DSM-IV für MDD sollen im Folgenden (kursiv gedruckt) dargestellt werden.

Als diagnostische Klassifikation nach den »Diagnostic Criteria for Preschool



Major Depressive Disorder«, P-DC-MDD (Luby et al., 2002), wird für die Major Depression in einem Punkt A angeführt:

»Fünf (oder mehr) der folgenden Symptome bestanden *nicht notwendigerweise ständig* über einen Zeitraum von zwei Wochen und stellen eine Veränderung hinsichtlich des vorherigen Funktionsniveaus dar. Mindestens eines dieser Symptome ist: (1) depressive Verstimmung, (2) Interessenverlust oder Verlust an Freude an Aktivitäten *oder am Spiel*. Wenn beide Symptome (1) und (2) vorhanden sind, werden nur insgesamt vier der folgenden Symptome benötigt.

1. Depressive Verstimmung *während eines Teils des Tages über mehrere Tage, anhand des Verhaltens beobachtet (oder berichtet)*. Beachte: Diese kann sich auch in Reizbarkeit äußern.
2. Ausgeprägter Interessenverlust oder Verlust von Freude an allen oder fast allen Aktivitäten *oder am Spiel während eines Teils des Tages über mehrere Tage (bemerkt entweder anhand des subjektiven Berichtes oder der Beobachtung durch andere)*.
3. Bedeutsamer Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder Abnahme oder Zunahme des Appetits fast täglich.
4. Schlaflosigkeit oder erhöhtes Schlafbedürfnis fast täglich.
5. Psychomotorische Überaktivität oder Hemmung fast täglich (ist für andere zu beobachten, nicht bloß das subjektive Gefühl der Ruhelosigkeit oder der Trägheit).
6. Müdigkeit oder Verlust an Energie fast täglich.
7. Gefühle der Wertlosigkeit und unangemessene Schuldgefühle (die wahnhaften Charakter haben können), *welche fast täglich in Spielinhalten auftreten können (und sich nicht bloß auf Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe darüber beziehen, krank zu sein)*.
8. Verminderte Konzentrations- und Denkfähigkeit oder Unentschlossenheit an mehreren Tagen (entweder subjektiv berichtet oder durch andere zu beobachten).
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht bloß die Angst vor dem Tod), wiederkehrende suizidale Gedanken ohne einen spezifischen Plan, oder Suizidversuch. *Suizidale oder selbstdestruktive Themen sind in Spielinhalten ständig evident*« (Luby et al., 2002, S. 93; Übersetzung durch die Autoren).

Zum einen wird durch die vorgenommenen Modifikationen die Forderung A nach durchgängiger Symptombelastung in den letzten zwei Wochen einge-

schränkt. Dabei wird auch die Forderung der Symptome von fünf auf vier herabgesetzt, wenn aufseiten des Kindes sowohl depressive Stimmung als auch Interessenverlust (am Spiel, an Aktivitäten) vorliegen. Insbesondere das Auftreten der Symptome im Spielverhalten des Kindes wird nach der Anpassung durch die Autoren bei Symptomen wie Interessenverlust, Gefühlen der Wertlosigkeit oder suizidalen Themen berücksichtigt, wodurch den entwicklungspsychologischen Besonderheiten der mangelnden Elaboriertheit der Sprache und der Dominanz des Handelns (Spielens) gegenüber der Sprache Rechnung getragen wird.

#### 1.1.1.2 Angststörungen im Kindesalter

Die in Deutschland gebräuchliche *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling et al., 1993) klassifiziert folgende Angststörungen des Kindesalters:

- F93.0: emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter,
- F93.1: phobische Störung des Kindesalters,
- F93.2: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters,
- F93.8: sonstige emotionale Störungen des Kindesalters.

Erst aufs Jugendalter können folgende Klassifikationen von Angststörungen des Erwachsenenalters aus der ICD-10, Kapitel F40.0 bis F41.9, angewandt werden:

- F40: phobische Störungen,
- F40.0: Agoraphobie,
- F40.1: soziale Phobie,
- F40.2: spezifische Phobie,
- F40.8: sonstige phobische Störungen,
- F40.9: nicht näher bezeichnete phobische Störungen,
- F41: andere Angststörungen,
- F41.0: Panikstörung – episodisch paroxysmale Angst,
- F41.1: generalisierte Angststörung,
- F41.2: Angst und depressive Störung gemischt,
- F41.3: andere gemischte Angststörungen,
- F41.8: sonstige spezifische Angststörungen,
- F41.9: nicht näher bezeichnete Angststörungen.

Die Kriterien für Dauer, Intensität und erstmaliges Auftreten der Symptomatik entsprechen dabei den Kriterien, die für Erwachsene angewandt werden, und richten sich nicht nach den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des

Kindes- und Jugendalters (Dilling et al., 1993). Daher können die Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV für das Erwachsenenalter nur eingeschränkt im Kindes- und Jugendalter angewendet werden.

Die diagnostischen Kriterien zur Klassifikation emotionaler Störungen des Kindesalters sind insgesamt sehr uneindeutig und unscharf. Es empfiehlt sich daher, sich auch im klinischen Kontext zur Diagnostik von psychischen Störungen wie Angststörungen und Depression im Kindesalter an den Kriterien des *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA; Egger & Angold, 2004) sowie des *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA; Angold & Costello, 2000) zu orientieren. Das PAPA ist ein diagnostisches Instrument, das für die Altersspanne von zwei bis fünf Jahren konzipiert wurde, auf dem *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) aufbaut und inhaltlich und strukturell auf die speziellen Symptome und Verhaltensweisen sehr junger Kinder zugeschnitten ist. Das PAPA lässt sich nach Auskunft seiner Autoren auch für Kinder im Alter von vier bis acht Jahren anwenden. Es fand als strukturiertes klinisches Interview im Rahmen der empirischen Evaluation dieses Manuals Anwendung.

### 1.1.1.3 Begriffsbestimmungen

Da in dem durch das PaKT-Manual erfassten Altersbereich von vier bis zehn Jahren die Variationsbreite kindlicher Entwicklung sehr ausgeprägt ist, stellt die diagnostische Klassifikation eine besondere Herausforderung dar.

Grundsätzlich gilt es, bei der Erfassung von Störungen die dimensionale von der kategorialen Herangehensweise zu unterscheiden. So kann im dimensional Sinn von *emotionalen Symptomen* gesprochen werden, wenn die Anzahl und der Schweregrad von beobachtbaren oder erfragbaren Phänomenen wie Ängsten oder Verstimmungen ein bestimmtes Ausmaß überschreiten, so dass die Phänomene Symptomcharakter erhalten. Ängste und Verstimmungen spielen in jeder Entwicklung eine Rolle und werden erst ab einer bestimmten Intensität pathologisch. Typische Erhebungsverfahren zur Erfassung von Symptomen stellen Fragebögen oder Rating-Skalen wie z. B. der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) oder die *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) dar, deren Normierung ein Verteilungsmuster dieser Phänomene in der Population zu Tage gefördert hat. Auf dieser Grundlage wird dann definiert, ab welchem Grenzwert (Cut off) wir von »Abnormalität« oder »grenzwertiger Abnormalität« sprechen.

Im Gegensatz dazu wird im PaKT-Manual im kategorialen Sinne ein Symptom als eine Angst- und/oder Depressionsstörung klassifiziert, wenn neben

dem quantitativen Ausmaß von Symptomen auch deren qualitative Charakteristika dafür sprechen, dass eine krankheitswertige Störung vorliegt. Typische Kriterien für die Beurteilung stellen das subjektive Gefühl des Belastetseins aufseiten der Kinder und Eltern dar oder die Frage, ob die Symptome die Entwicklung und soziale Integration erheblich beeinträchtigen (z. B. Beeinträchtigung des Lernens in der Schule, des Familienlebens, der Beziehung zur Peer-Gruppe oder der Freizeitmöglichkeiten). Typische Erhebungsverfahren zur Erfassung von emotionalen Störungen stellen (standardisierte) diagnostische Interviews dar, in welchen – neben der genauen Zuordnung der Symptome zu umschriebenen Störungsklassifikationen – auch die Schwere und die Auswirkungen der Krankheitserscheinungen erfasst werden.

Bei der dimensionalen Erfassung kommt als Ergebnis immer ein Mehr oder Weniger von Problemen/Symptomen heraus. Das Ergebnis der kategorialen Erfassung führt dagegen zu einem Entweder-oder: dass nämlich die pathologische Störung entweder vorhanden ist oder nicht. Wenn zwar Symptome vorhanden sind, diese aber wegen des zu geringen Ausmaßes der Beeinträchtigung nicht die kategoriale Diagnosestellung einer Störung rechtfertigen, wird von einer *subklinischen Störung* gesprochen. Da die Frage, ob bestimmte Probleme oder Symptome die Entwicklung in relevantem Ausmaß beeinträchtigen, bei Kindern oft erst im Nachhinein valide zu beantworten ist, sollten im Forschungskontext kindliche Probleme möglichst immer dimensional *und* kategorial erfasst werden.

Da die mit emotionalen Störungen assoziierten Begrifflichkeiten in den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (vgl. DSM-V, Multiaxiales Klassifikationssystem für das Kindes- und Jugendalter nach ICD-10) sowie in der Referenzliteratur sehr uneinheitlich verwendet werden, legen wir uns auf folgende Begriffsbestimmungen fest:

- *Emotionale Symptome*: Als emotionale Symptome werden Depressivität, Ängstlichkeit, Sorgen, dysphorische Stimmung, Gehemmtheit und Somatisierungsneigung erfasst. Diese Symptome treten entweder isoliert oder zusammen mit oppositionellen, aggressiven, disruptiven Verhaltenssymptomen oder Hyperaktivität (»Komorbidität«) auf.
- *Emotionale Störungen*: Im PaKT-Manual wird dieser Begriff als ein Sammelbegriff für eine Reihe von kategorialen Störungen benutzt. Diesen ist gemeinsam, dass eine affektive Dysregulation maßgeblich am Störungsbild beteiligt ist: Angststörungen, affektive Störungen, Somatisierungsstörungen und Posttraumatische Stressstörungen, wenn diese eine deutliche affektiv depressive Be-

gleitsymptomatik aufweisen, sowie die in der ICD-10 speziell aufgeführten emotionalen Störungen des Kindesalters inklusive den Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92; F92.0: Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung). Da die Diagnose einer manischen Störung bei Kindern vor der Pubertät zumindest in Europa nur mit größter Zurückhaltung gestellt wird, sind wir auf diese diagnostische Gruppe in diesem Behandlungsmanual nicht eingegangen. Als Referenzsystem werden die Forschungskriterien des *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA; Egger & Angold, 2004) herangezogen.

- *Klinische Relevanz*: Emotionale Störungen sind umschriebene Störungsbilder und haben Krankheitswert. Emotionale Symptome treten in unterschiedlichen Ausprägungsgraden auf. Nach den dimensional diagnostischen Kriterien des *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 2001) oder der *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) werden sie anhand der Cut-off-Werte graduell in »auffällig«, »grenzwertig« und »normal« eingestuft.
- *Internalisierung versus Externalisierung*: Die oben beschriebenen emotionalen Störungen und emotionalen Symptome werden in der wissenschaftlichen Literatur (insbesondere in Arbeiten, die von der *Child Behavior Checklist* ausgehen; vgl. Muratori et al., 2003) häufig auch als Internalisierungsstörungen (englisch: »internalizing disorders«) bezeichnet, weil sich die Symptome mehr nach innen und – anders als bei »Externalisierungsstörungen« bzw. Störungen mit Verhaltensauffälligkeiten – weniger nach außen richten.

Zu betonen ist an dieser Stelle, dass es sich bei den dargelegten Symptombeschreibungen und Diagnosen um rein phänomenologische, deskriptive Kategorien oder Beschreibungen handelt. In DSM und ICD sind die Störungsbilder nicht als Entitäten mit einheitlicher Ätiologie klassifiziert. Für unseren Behandlungsansatz sind zusätzliche psychodynamisch orientierte Formulierungen wichtig, die man aber begrifflich von den deskriptiven Diagnosekategorien des DSM-5 und der ICD-10 unterscheiden muss. Auf die psychodynamischen Aspekte emotionaler Störungen gehen wir weiter unten ein (siehe Kapitel 2.3).

- *Klinische Diagnostik*: Neben standardisierten diagnostischen Interviews sollten auch Geschichtenstammverfahren wie die *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB; Bretherton & Oppenheim, 2003) zur Anwendung kommen. Die durch sie erfassten kindlichen Narrative geben Aufschluss über die Abwehrmechanismen und den Umgang des Kindes mit interpersonellen Konflikten (z. B. können hierbei interpersonelle Lösungen, Vermeidung oder rohe Aggression kate-

gorisiert werden). Anhand performativer und inhaltlicher Elemente dieser Narrative können mentale Repräsentationen des Kindes sowie Hinweise auf das Vorliegen von Mentalisierungsstörungen erfasst werden. Ein hilfreiches Instrument für die Beurteilung des psychodynamischen Hintergrundes der zu behandelnden Störungen stellt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ-2, 2013) dar. Im Rahmen der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) beschränken wir uns bezüglich der Einschätzung geeigneter Interventionsstrategien auf die Achse »Struktur« der OPD-KJ-2 (2013) (siehe Kapitel 2.5).

### 1.1.2 Prävalenz

Im Rahmen der durch das Robert-Koch-Institut durchgeführten BELLA-Studie wurden von 2003 bis 2006 in Deutschland repräsentative epidemiologische Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben. Dabei erwiesen sich 10 % der Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren als psychisch auffällig. Nimmt man die Kinder hinzu, bei denen die Symptomausprägungen grenzwertig waren, zeigten sogar 22 % Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit (Ravens-Sieberer et al., 2006). Eine repräsentative Studie aus den USA konnte zeigen, dass Kinder im Vorschulalter ungefähr genauso häufig psychische Auffälligkeiten zeigen wie ältere Kinder (Cartwright-Hatton et al., 2006; Egger & Angold, 2006).

Angststörungen stellen die häufigsten psychischen Störungen des Kindesalters dar. Allerdings variieren die Prävalenzangaben der verschiedenen Studien erheblich, wie in einer Metaanalyse aus jüngerer Zeit gezeigt wurde (Cartwright-Hatton et al., 2006). Studien berichten bereits für das Vorschulalter von hohen Prävalenzraten für Angststörungen, die mit denen im späteren Kindesalter vergleichbar sind (Egger & Angold, 2006; Lavigne et al., 1998). Eine aktuelle Studie berichtet von einer Punktprävalenz für Angststörungen im Vorschulalter von 19,6 % (spezifische Phobien 9,1 %, Trennungsangst 5,4 %, soziale Phobie 4,4 %, generalisierte Angst 3,9 %, Agoraphobie 3,5 %, selektiver Mutismus 1,5 % und Panikstörung 0,2 %; Bufferd et al., 2011). Eine andere Studie aus Norwegen nennt hingegen für Angststörungen bei 4-Jährigen eine Punktprävalenz von 1,5 % und für depressiven Störungen eine Punktprävalenz von 2,0 % (Wichstrøm et al., 2012).

Bezüglich des depressiven Störungsbildes finden sich folgende Prävalenzangaben: Für das Erwachsenenalter wird die Punktprävalenz unipolarer depressiver Störungen mit 5–7 % (Wittchen & Jacobi, 2005) angegeben, die Lebenszeitprävalenz hingegen mit 14–20 % (Kessler et al., 2005). Für das Kindes- und Jugendalter

ergaben epidemiologische Studien in den USA und Norwegen für die verschiedenen Altersgruppen folgende Prävalenzraten: Vorschulkinder 1,8% (Bufferd et al., 2011) oder 2% (Wichstrøm et al., 2012), Schulkinder 3,3% (Brotman et al., 2006), Jugendliche zwischen 2% und 8% (Roberts et al., 1991). Laut der oben bereits erwähnten BELLA-Studie aus Deutschland weisen ca. 5% der 7- bis 17-Jährigen eine hohe depressive Symptomatik mit Beeinträchtigung auf (Bettge et al., 2008; Fuchs et al., 2013; A. M. Klein et al., im Druck; A. M. Klein et al., 2013).

### 1.1.3 Komorbidität

Vom Vorschulalter bis zur Adoleszenz treten Angststörungen oft mit komorbiden depressiven Störungen auf (Sterba et al., 2007). Im Vorschulalter zeigt sich in der aktuellen Forschungsliteratur bereits eine hohe Komorbidität von Angststörungen mit Depression, ADHS und oppositioneller Verhaltensstörung (Angold et al., 1999; Bufferd et al., 2011; Kashani et al., 1997; Luby et al., 2003). In einer aktuellen Studie aus unserer Arbeitsgruppe wurden 1738 Kinder eines Kindergartenjahrgangs untersucht (von Klitzing et al., 2014). 236 Kinder (12%) der 5-Jährigen zeigten erhöhte Angstsymptome sowie depressive Verstimmtheit. Dabei konnte besonders die Komorbidität von Angststörungen und depressiven Symptomen als bedeutsamer Risikofaktor für emotionale Entwicklungsstörungen identifiziert werden.

### 1.1.4 Verlauf

Angststörungen persistieren ohne frühe Interventionen oftmals oder werden im weiteren Verlauf durch depressive Störungen ersetzt (Kovacs & Devlin, 1998; Pine et al., 1998). Häufig gehen Angststörungen ebenso wie depressive Störungen im Kindesalter mit schwerwiegenden sozialen und schulischen Leistungsminderungen einher (Essau et al., 2000). Die Persistenzrate für emotionale Störungen wird mit 23% angegeben und nimmt mit zunehmendem Alter sogar zu (Ihle & Esser, 2002). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die Selbstaussagen 5- bis 6-jähriger Kinder zu depressiven sowie Angstsymptomen Vorhersagekraft für spätere psychopathologische Entwicklungen haben (Ialongo et al., 1995, 2001).

Längsschnittdaten zeigen, dass eine Depression im Schulalter eine ernst zu nehmende chronische psychische Erkrankung darstellt (McCauley et al., 1993; Rao et al., 1993). Ein erhöhtes Risiko für einen chronischen Verlauf zeigen bereits Kinder, die im Vorschulalter an einer Depression erkranken (Luby et al., 2009).

### 1.1.5 Geschlechtsunterschiede

Bisherige Forschungsbefunde zeigen, dass es hinsichtlich der Prävalenzraten von internalisierenden und externalisierenden Symptomen Geschlechtsunterschiede gibt (Ihle et al., 2000; Lahey et al., 2000). Sowohl im Vorschul- als auch im Grundschulalter gelten Jungen als besonders vulnerabel (Beyer & Furniss, 2007), ihre Entwicklungspfade sind komplexer und haben höhere Vorhersagekraft (Mesman et al., 2001). Bezüglich der Risikofaktoren zeigen Jungen und Mädchen im Schulalter und in der Adoleszenz keine Unterschiede, wohl aber finden sich bei Mädchen in der Adoleszenz mehr und stabilere Angstsymptome (Bosquet & Egeland, 2006).

Jungen zeigen mehr externalisierende Symptome wie ADHS oder oppositionelles Verhalten im Vorschul- (Elberling et al., 2010; Sourander, 2001; van Leeuwen et al., 2006) und Grundschulalter (Muris et al., 2003; Woerner et al., 2004). Danach gleichen sich die Prävalenzraten psychischer Störungen zunächst an, wobei ab dem Jugendalter Mädchen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Jungen (Ihle & Esser, 2002). Das Ausmaß emotionaler Symptome im Vorschul- und Grundschulalter unterscheidet sich bei beiden Geschlechtern nicht (Beyer et al., 2012; Elberling et al., 2010; Furniss et al., 2006; Keiley et al., 2000; Sourander, 2001; van Leeuwen et al., 2006; Woerner et al., 2002, 2004). Die für das Erwachsenenalter typische geschlechtsspezifische 2:1-Verteilung für depressive Erkrankungen zeigt sich bereits im Jugendalter (Angold & Costello, 2006). Im Jugendalter zeigen Mädchen mehr und stabilere Angstsymptome (Bosquet & Egeland, 2006). Der Erkrankungsgipfel für Angststörungen liegt zwischen sechs und 12 Jahren (Blanz, 2003).

**Fazit für PaKT:** Die epidemiologischen Daten zeigen, dass viele Kinder im Vorschul- und jungen Schulalter an krankheitswertigen Angst- und Depressionssymptomen leiden. Von daher gibt es einen nicht unerheblichen Bedarf an entwicklungs sensitiven Therapien, die das Leiden der Kinder und ihrer Familien angemessen behandeln und/oder lindern. Solche Therapien sollten für die betroffenen Kinder und ihre Familien eine anhaltende Diagnosefreiheit bewirken und darüber hinaus die weitere psychische, soziale und kognitive Entwicklung befördern.