



Klinische Kinderpsychologie: Aufgaben- und Berufsfelder

Franz Petermann

In den 90er-Jahren entstand an der Schnittstelle zwischen Entwicklungs- und Klinischer Psychologie die Klinische Kinderpsychologie, die sich seit knapp 10 Jahren schrittweise differenziert und uns neue, meist interdisziplinäre Berufsfelder erschließt. Zwischen Kinderklinik, Frühförderzentrum bis hin zum therapeutischen Kinderheim entstehen für Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen attraktive Aufgaben- und Berufsfelder.

Klinische Kinderpsychologie – was ist gemeint?

Die Klinische Kinderpsychologie sucht nach früh auftretenden Indikatoren für Entwicklungs- und Verhaltensabweichungen, die man global als Risikofaktoren für psychosoziale Belastungen und psychische Störungen bezeichnen kann. Die Anwendungsfelder sind dabei sehr unterschiedlich: So beschäftigen sich Klinische Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen im Kontext der Kinderheilkunde mit den Risiken der Bewältigung einer körperlichen Krankheit und versuchen, diesen vorzubeugen. In keinem anderen Bereich gehört das frühzeitige Erkennen und die frühzeitige Prävention oder Behandlung zu den zentralen Wesensmerkmalen einer Disziplin, wie dies in der Klinischen Kinderpsychologie der Fall ist. Diese Bemühungen ziehen alle alters- und familien(kontext)-angemessenen Strategien und Materialien zur Intervention heran.

Die Inhalte der Klinischen Kinderpsychologie sind nicht neu. Die wissenschaftlich fundierte Beschäftigung mit Kindern lässt sich bis zu den Ursprüngen der Psychologie zurückverfolgen. So legten Binet und Simon vor 100 Jahren ein Verfahren (den Binet-Test) vor, mit dem man geistig behinderte Kinder psychologisch begründet Sonderschulen zuweisen konnte (vgl. Binet & Simon, 1905). Die Grundidee des Binet-Tests war einfach: Die Ergebnisse im Entwicklungstest wurden mit den Intelligenztestleistungen gleichgesetzt. Mit dieser kinderpsychologischen Fundierung der Intelligenzdiagnostik wurde ein Fortschritt in der Psychodiagnostik erzielt. Die praktische Bedeutung des Binet-Tests lag dabei auf der Hand: Ohne solche globale Einschätzungen des Entwicklungsstandes sind Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen eines Kindes nicht diagnostizierbar.

Eine Aussage über den Entwicklungsstand ist zwar wichtig, interessanter für Klinische Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen sind jedoch folgende Fragen:

■ Wann und zu welchem Zeitpunkt ist eine Entwicklungsabweichung in einem bestimmten Bereich zum ersten Mal diagnostizierbar?

■ Mit welchen Frühinterventionen lassen sich Entwicklungsabweichungen vermeiden oder mildern?

Das Motto »Früh-Erkennen und Früh-Intervenieren« setzt eine interdisziplinäre Problemsicht voraus, die ohne den Rückgriff auf Grundlagen der Entwicklungsneurologie/Kinderneurologie genauso wenig auskommt wie auf Interventionsmethoden der Logopädie.

Klinische Kinderpsychologie und ihre Nachbardisziplinen

Es ist naheliegend, dass die Sorge und Vorsorge um den Säugling und das Kleinkind Eltern zunächst mit den »Angeboten« der Kinderheilkunde konfrontiert. Schon Fragen nach der sozial-emotionalen Entwicklung im ersten Lebensjahr (z.B. bei Vorsorgeuntersuchungen, Beratung von Eltern mit »Schreibabys«) legen jedoch die Kooperation mit Klinischen Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen nahe. Die Beratung und Unterstützung von spezifisch belasteten Familien oder von Familien mit körperlich-chronisch kranken Kindern definieren das Aufgabengebiet der

Pädiatrischen Psychologie (s. Roberts, 1995; vgl. Kasten 1). Hierunter fallen so wichtige Berufsfelder wie die Arbeit in einer Kinderklinik oder Kinderrehabilitationsklinik, die Tätigkeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (Kinderzentrum) oder einer Frühförderstelle. Diese Gruppe dürfte mehr als die Hälfte der Klinischen Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen im Angestelltenverhältnis ausmachen (vgl. Pohl & Meier, 2000).

Kasten 1: Aufgabengebiete der Pädiatrischen Psychologie:

Pädiatrisch-psychologische Diagnostik

- Allgemeine Entwicklungsdiagnostik (z.B. zur Einschätzung des Entwicklungsstandes ab dem 6. Lebensmonat; s. ET6-6; vgl. Petermann & Stein, 2000)
- Spezifische Entwicklungsdiagnostik (z.B. Sprachdiagnostik; s. SETK-2; vgl. Grimm, 2000)
- Psychosoziale Schmerzdiagnostik (Kopf- und Bauchschmerz)
- Diagnostik im Rahmen der Stress- und Krankheitsbewältigung (z.B. Compliance, Lebensqualität)

Pädiatrisch-psychologische Interventionen

- Familienberatung bei körperlichen (u.a. lebensbedrohlichen) Krankheiten
- Patientenschulung
- Verhaltenstrainings als Bewältigungshilfe (u.a. Adipositraining)
- Schmerzbehandlung (z.B. bei idiopathischen Kopf- und Bauchschmerzen)
- Vorbereitung auf Operationen oder schmerzhafte Prozeduren

Insgesamt lassen sich fünf wichtige Anwendungs- und Berufsfelder der Klinischen Kinderpsychologie unterscheiden (vgl. Abb. 1). Es handelt sich um

- Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter,
- Pädiatrische Psychologie,
- Klinische Kinderneuropsychologie,
- Kinderpsychotherapie und
- Kinderrehabilitation.

Als zentrale Nachbardisziplinen sind die Kinderheilkunde, die Heil- und Sonderpädagogik, die Entwicklungsneurologie/Kinderneurologie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie anzuführen (vgl. Abb. 1).

Im Weiteren sollen die einzelnen Aufgabengebiete der Klinischen Kinderpsychologie etwas genauer vorgestellt werden.

Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter

Bei der Prävention geht es nicht um die Behandlung, sondern um die Verhinderung von psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten. Präventionsprogramme sollten gezielt auf bestimmte Risikofaktoren (oder Risikogruppen) zugeschnitten sein. Die bisher durchgeführten universellen (wenig spezifischen) Präventionsprogramme fallen weniger in das Tätigkeits-

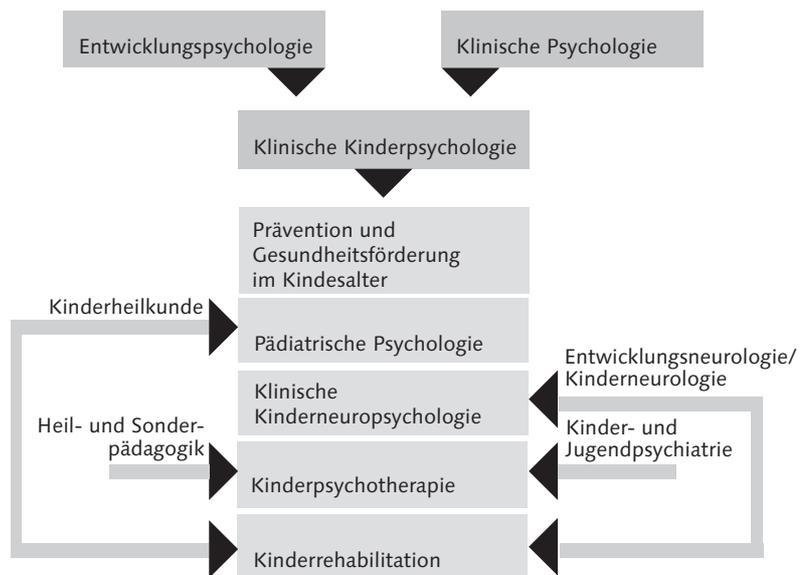


Abbildung 1:
Aufgabengebiete der
Klinischen
Kinderpsychologie
(modifiziert nach
Petermann,
2002, S. 11).

feld der Klinischen Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen, sondern werden meist sehr global im pädagogischen Alltag (Kindergarten oder Schule) umgesetzt. Optimaler, auch bei universellen Präventionsprogrammen, wäre ein entwicklungsorientiertes Vorgehen, wie es zum Beispiel Scheithauer, Mehren und Petermann (2003) kürzlich für den Bereich der Prävention von Verhaltensstörungen diskutiert haben.

Präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung sollten *interdisziplinär orientiert* sein. Ein gutes Beispiel stellt der Bereich »Ernährung und Übergewicht« dar (vgl. zur Übersicht Petermann & Pudel, 2003). Mit einem solchen Vorgehen sollen gesunde Lebensbedingungen entwickelt und dadurch der Gesundheitszustand, die Belastbarkeit und die Mortalitätsrate (aber auch die Kosten im Gesundheitswesen) positiv beeinflusst werden (vgl. Hurrelmann & Settertobulte, 2002). Eine Übersicht von Ramey und Ramey (1998) verdeutlicht, dass Präventionsprogramme für besonders gefährdete Kinder einige kinderpsychologisch fundierte Prinzipien erfüllen müssen, um erfolgreich zu sein:

- Die Maßnahmen müssen sehr früh einsetzen und intensiv gestaltet sein, das heißt zum Beispiel eine höhere Anzahl von Hausbesuchen pro Woche oder pro Monat aufweisen.
- Es muss gelingen, die Eltern und Kinder aktiv einzubeziehen.
- Für einen längerfristigen Nutzen genügt es nicht, nur mit den Eltern zu arbeiten, sondern die Kinder sind direkt zu fördern.
- Maßnahmen, die ein Kind in verschiedenen Bereichen (z.B. bei der Ernährung des Kindes, der emotionalen Kompetenz des Kindes) fördern, weisen die stärksten Effekte auf.
- Unterstützt das soziale Umfeld des Kindes, dann bleiben die erzielten Effekte langfristig stabil.

Die Mitwirkung von Klinischen Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen wäre jedoch dringend erforderlich, um die Vorgaben von Präventionsprogrammen unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung kontinuierlich zu optimieren.

Klinische Kinderneuropsychologie

Ein sehr interessantes neues Anwendungsgebiet bildet die *Klinische Kinderneuropsychologie*, die auf Grundlagen der Entwicklungs- und/oder Kinderneurologie basiert. Dieser Ansatz beschäftigt sich mit den Auswirkungen kindlicher Hirnschädigungen auf die Entwicklung des Kindes. Nach einer Systematik von Heubrock und Petermann (2000) verfolgt dieses Teilgebiet drei Ziele:

- (1) Erfassung von neuropsychologischen Folgen von Hirnschädigungen im Kindesalter;
- (2) Therapie der auftretenden Beeinträchtigungen und Störungen (z.B. mit Hilfe von Gedächtnistrainings) und
- (3) Re(Integration) der Betroffenen in einen altersgerechten Alltag (= neuropsychologische Kinderrehabilitation).

Wie schon erwähnt, beschäftigt sich die Klinische Kinderneuropsychologie damit, das Entwicklungsrisiko, das aus Hirnfunktionsstörungen resultiert, zu reduzieren (vgl. Teeter & Semrud-Clikeman, 1997). Durch die Kinderneuropsychologie können heute einige umschriebene Entwicklungsstörungen (vor allem die Legasthenie und Rechenstörung) neu bewertet werden; mit diesen Ansätzen gelingt es, für manche Störungen

Kasten 2: Ausgewählte Aufgabengebiete der Klinischen Kinderneuropsychologie (modifiziert aus Petermann, 2002, S. 22):

Neuropsychologische Diagnostik

- Erfassung der kognitiven und emotionalen Folgen nachgewiesener Hirnschädigungen (z.B. bei Schädel-Hirn-Traumen oder neurologischen Erkrankungen)
- Differentialdiagnostische Abklärung von Lern-, Leistungs- und Verhaltensstörungen unklarer Genese (z.B. bei umschriebenen Entwicklungsstörungen)
- Abklärung der kognitiven und emotionalen Folgen medizinischer Interventionen bei neurologisch kranken Kindern und Jugendlichen (z.B. bei der Strahlentherapie tumorkranker Kinder)
- Dokumentation des Krankheits- oder Therapieverlaufes bei nachgewiesener Hirnschädigung
- Entwicklungsneuropsychologische Zuordnung angeborener und früh erworbener Hirnfunktionsstörungen (z.B. Beschreibung des kognitiven Phänotyps bei genetischen Syndromen)

Neuropsychologische Intervention

- Behandlung und Training beeinträchtigter Hirnfunktionen nach angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen (z.B. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen)
- Stärken von individuellen Ressourcen, um gestörte Hirnfunktionen zu kompensieren (z.B. Nutzen sprachlicher Codierung bei raumanalytischen Beeinträchtigungen)
- Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hirnschädigungsbedingten Verhaltensstörungen (z.B. bei Frontalhirn-Syndromen)

HOGREFE

Prof. Dr. FRANZ PETERMANN lehrt Klinische Psychologie an der Universität Bremen; seit 1996 ist er Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation

Anschrift

Prof. Dr.
Franz Petermann,
Zentrum für Klinische
Psychologie und
Rehabilitation
der Universität
Bremen,
Grazer Str. 2 und 6,
28359 Bremen
E fpeterm@
uni-bremen.de

(wie die Rechenstörung) erstmals Diagnosestrategien zu fundieren. In einigen Jahren wird sicherlich eine Vielzahl neuropsychologischer Trainingsprogramme vorliegen, die aufgrund neuropsychologischer Erklärungsmodelle gezielter kinderverhaltenstherapeutische Methoden einsetzen werden (vgl. Kasten 2).

Kinderpsychotherapie

In den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden *psychische Störungen* im Kindesalter global als Verhaltensstörungen klassifiziert (Rutter, 1998). Fast alle Kinder erhielten die gleiche Langzeit-Behandlung, eine *Spieltherapie*. Ging man zu dieser Zeit noch davon aus, dass Kinder passiv verschiedenen Umweltbedingungen ausgesetzt sind, weiß man heute aus der Temperaments- und Bindungsforschung, dass Kinder umgekehrt auch durch ihr Verhalten ihre Umwelt (z.B. die Eltern) beeinflussen, die wiederum auf das Verhalten des Kindes reagiert (Rothbart & Bates, 1998). So können Kreisläufe und Verhaltenssequenzen entstehen, die beispielsweise in Erpresserspielen zwischen Kind und Eltern und in Verhaltensstörungen münden können. Kinder sind somit aktiv an der Auswahl der Umweltbedingungen beteiligt, die ihre weitere Entwicklung beeinflussen. Eine Kinderpsychotherapie muss demnach immer auf diese komplexen Wechselwirkungen und die Umweltbedingungen des Kindes bezogen sein.

Der Trend in der Kinderpsychotherapie ist eindeutig: Es setzen sich *multikausale Erklärungskonzepte* für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter durch, und die *Behandlungen erfolgen multimodal*. Unter einer multimodalen Therapie wird ein Vorgehen verstanden, das Angebote zur Kinderpsychotherapie (unter Einbezug der Pharmakotherapie) und die Beratung des sozialen Umfeldes (Elternhaus, Schule) umfasst. Ein so intensives und umfassendes Vorgehen ist erforderlich, da viele psychischen Störungen eine ungünstige Prognose aufweisen und verschiedene Bereiche betreffen. Eine frühzeitige und multimodale Behandlung zeigt aus diesem Grund besonders positive Erfolge.

Zur therapeutischen Behandlung vieler Störungsbilder und auch für die Unterstützung des Managements körperlicher Erkrankungen liegen standardisierte Manuale (Verhaltenstrainings, Patientenschulungsprogramme etc.) vor, die Klinischen Kinderpsychologinnen und Kinderpsychologen genaue Richtlinien an die Hand geben und festlegen, welche Standards bei der Planung und Durchführung einer Intervention beachtet werden müssen. Im Regelfall wird dadurch therapeutisches Handeln planbarer und effizienter.

Erste systematische Zusammenstellungen solcher Kinderpsychotherapiemanuale liegen vor (vgl. Herbert, 1998; Petermann, 2003). Darüber hinaus existieren Übersichten zu spezifischen Interventionsverfahren, zum Beispiel zu Elterntrainings (Briesmeister & Schaefer, 1998). Seit Mitte der neunziger Jahre sind im deutschen Sprachraum pro Jahr gut ein halbes Dutzend psychologisch fundierter und evaluierter Psychotherapiemanuale für die Behandlung von Kindern und deren Familien erschienen. Durch diese Aktivitäten entstand sehr schnell eine umfassende Sammlung von gut

standardisierten Interventionsprogrammen. Diese Materialsammlungen und gut organisierte Fortbildungsangebote bereichern und optimieren die Praxis der Klinischen Kinderpsychologie stetig.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Klinische Kinderpsychologie hat sich in den letzten 10 Jahren zu einem wichtigen Teilgebiet der Klinischen Psychologie entwickelt, wobei in dieser Teildisziplin vor allem Aspekte der Entwicklungspsychologie das Aufgaben- und Berufsfeld bestimmen. Die Ausführungen beschreiben die fünf wichtigsten Bereiche der Klinischen Kinderpsychologie:

- Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter,
- Pädiatrische Psychologie,
- Klinische Kinderneuropsychologie,
- Kinderpsychotherapie und
- Kinderrehabilitation.

Vor allem für die Bereiche der Pädiatrischen Psychologie und der Klinischen Kinderneuropsychologie wird deutlich, wie stark sich die Klinische Kinderpsychologie als interdisziplinäres Fach etabliert hat und durch enge Kooperationen mit den Nachbardisziplinen eine wesentliche Säule für die Versorgung psychisch und körperlich kranker Kinder geworden ist. Im Bereich der Kinderpsychotherapie gelang es zudem, durch manualisierte Interventionsprogramme einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem Bereich zu leisten.

LITERATUR

- BINET, A. & SIMON, T. (1905). Méthods nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, 191-244.
- BRIESMEISTER, J.M. & SCHAEFER, C.E. (Eds.). (1998). *Handbook of parent training* (2nd edition). New York: Wiley.
- GRIMM, H. (2000). *Sprachentwicklungsdiagnostik für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- HERBERT, M. (1998). *Clinical child psychology* (2nd edition). Chichester: Wiley.
- HEUBROCK, D. & PETERMANN, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- HURRELMANN, K. & SETTERBOLTE, W. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5., korr. Aufl.; S. 131-148). Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. (Hrsg.). (2002). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5., korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. (Hrsg.). (2003). *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen, Anwendungen und manualisierte Trainingsprogramme* (2., völlig veränd. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider.
- PETERMANN, F. & PUDEL, V. (Hrsg.). (2003). *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. & STEIN, I.A. (2000). *Der ET 6-6*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- POHL, P. & MEYER, U. (2000). Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Report Psychologie*, 25, 334-342.
- RAMEY, C.T. & RAMEY, S.L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- ROBERTS, M.C. (Ed.). (1995). *Handbook of pediatric psychology* (2nd edition). New York: Guilford.
- ROTHBART, M.K. & BATES, J.E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5th edition; pp. 105-176). New York: Wiley.
- RUTTER, M. (1998). Practitioner review: Routes from research to clinical practice in child psychiatry: Retrospects and prospects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 805-816.
- SCHETHAUER, H., MEHREN, F. & PETERMANN, F. (2003). Entwicklungsorientierte Prävention von aggressiv-dissozialem Verhalten und Substanzmissbrauch. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 84-99.
- TEETER, P.A. & SEMRUD-CLIKEMAN, M. (1997). *Child neuropsychology. Assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. Boston: Allyn & Bacon.