

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/028 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 357 - 378

Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3 Jahre, F98.2 u.a.)

"Evidenz"basierte Grundlage der Leitlinie

Die Leitlinie wurde nach den Grundlagen der "evidenz"basierten Medizin erarbeitet ["Evidenz"grade nach Cook, Sackett 1996]. Für exzessives Schreien, Schlafstörungen und Fütterstörungen liegen mehrere systematische Reviews vor, während zu den übrigen Verhaltensproblemen in den ersten Lebensjahren bis dato systematische Übersichten fehlen, nicht zuletzt mangels kontrollierter Interventionsstudien in diesem Bereich. Die in die Reviews einbezogenen Metaanalysen schließen zahlreiche Studien mangels ausreichender qualitativer Kriterien aus. Deshalb können über etliche, mitunter auch viel versprechende Interventionsformen noch keine gesicherten Aussagen gemacht werden. Der große Forschungsbedarf, gerade was die Wirksamkeit differenzieller therapeutischer Verfahren bei spezifischen Regulationsstörungen angeht, wird damit nur zu evident.

1. Klassifikation

Im Hinblick auf psychische Probleme im Säuglings- und Kleinkindalter (Altersgruppe 0-3 Jahre) sind wegen der Besonderheiten dieser Altersgruppe im Vergleich mit späteren Altersphasen einige grundsätzliche Hinweise sinnvoll:

- Eine isolierte Psychopathologie des Säuglings- und Kleinkindalters ist konzeptionell nicht ausreichend begründbar. Kindliche Verhaltensprobleme in den ersten Lebensjahren sind von der Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehungen, in deren Kontext sie entstehen, aufrechterhalten werden und zu deren Gestaltung sie ihrerseits wesentlich beitragen, nicht zu trennen. Ein Krankheitsverständnis, das eine solche Trennung herbeizuführen versucht, trägt den besonderen Entwicklungsbedingungen der ersten Lebensjahre nicht ausreichend Rechnung. Der diagnostische und therapeutische Prozess sollte gerade komplexe Wechselwirkungen ausreichend berücksichtigen. Dies erfordert eine eher transaktionale Sichtweise von Störungsbedingungen anstelle eines zwar multifaktoriellen, aber immer noch linearen Ursache-Wirkung-Denkens.
- Je jünger Säuglinge und Kleinkinder sind, umso weniger klar sind die einzelnen Verhaltensbereiche voneinander abzugrenzen. Auffälligkeiten umfassen nicht selten mehrere Regulations- und Interaktionskontexte oder greifen auf diese über. Daher dürften die im Folgenden beschriebenen Symptomkonstellationen weniger spezifischen Störungen als vielmehr alters- und entwicklungsphasentypischen Erscheinungsformen frühkindlicher Störungen der Verhaltensregulation entsprechen.
- Wegen der hohen Variabilität und Dynamik der Entwicklungsprozesse in den ersten Lebensjahren ist es oft schwierig, normale von pathologischen Entwicklungsphänomenen eindeutig abzugrenzen. Auffälligkeiten sind nicht selten passagerer Natur; mit dem Störungsbegriff sollte daher zurückhaltend umgegangen werden. Dementsprechend bietet sich auch eher ein dimensionales als ein kategoriales Krankheitsverständnis an. Es handelt sich bei den beschriebenen Symptomkonstellationen weniger um nosologisch abgrenzbare Gruppen als vielmehr um Extremvarianten normaler Entwicklungsphänomene.

1.1 Definition

Unter **Regulationsstörung** wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräch und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung u.a.) angemessen zu regulieren. Regulationsstörungen äußern sich in alters- und entwicklungsphasentypischen kindlichen Symptomen (s. u.) und bestehen typischerweise aus einer Kombination von gestörter Regulation des kindlichen Verhaltens, assoziierten übermäßigen physischen und psychischen Belastungen sowie belasteten oder gestörten Interaktionen zwischen dem Säugling/Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen (Symptomtrias). Regulationsstörungen können in spezifischen Beziehungskonstellationen mit bestimmten Bezugspersonen auftreten, mit anderen Bezugspersonen dagegen nicht. Folgende Kriterien geben allgemeine Hinweise für das Vorliegen einer Regulationsstörung:

- Die kindliche Verhaltensregulation ist in einem oder mehreren Bereichen in einer Weise beeinträchtigt, die im Hinblick auf die jeweilige Entwicklungsphase und/oder den jeweiligen Kontext grob unangemessen ist.
- Dysfunktionale und mangelnd variable (rigide) Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind in unterschiedlichen Interaktionskontexten: deutlich eingeschränkte Fähigkeit der Interaktionspartner, sich flexibel an wechselnde Umwelтанforderungen anzupassen. Entsprechend neigt das kindliche Problemverhalten mit zunehmender Dauer auf weitere interaktive Kontexte überzugreifen (Pervasivität).
- Die Bewältigung alterstypischer kindlicher Entwicklungsaufgaben (z.B. Ein- und Durchschlafen, Affektregulation, Bindungs-Explorations-Balance) ist hierdurch verzögert oder gefährdet.
- Die Dauer der Regulationsstörung beträgt mindestens einen Monat.

1.2 Leitsymptome

Exzessives Schreien im ersten Lebenshalbjahr

Hiervon abzugrenzen ist die später beginnende (in der Regel jenseits des sechsten Lebensmonats) oder über den sechsten Lebensmonat hinaus persistierende Schrei- und Unruheneigung. Diese ist häufig Teilsymptom alters- und entwicklungsphasenspezifischer Störungen der Verhaltensregulation (s.u.), welche entsprechend diagnostiziert und anderweitig klassifiziert werden sollten.

- Anfallsartige, unstillbare Schrei- und Unruheepisoden in den ersten 6 Lebensmonaten (sog. 3-Monatskoliken) ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten gesunden Säugling.
- Fehlendes Ansprechen auf Beruhigungshilfen
- Beginn meist um die zweite Lebenswoche, Zunahme an Intensität und Häufigkeit bis zur ca. sechsten Lebenswoche, in der Regel bis zum Ende des dritten Lebensmonats weitgehender Rückgang, gelegentlich Persistenz bis zum sechsten Lebensmonat.
- Die Schrei- und Unruheneigung ist zeitlich gebunden an eine Phase physiologischer Reifungs- und Anpassungsprozesse und geht mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation einher: kurze Tagschlafphasen (meist < 30 Minuten Dauer) mit ausgeprägten Einschlafproblemen, verminderter Gesamtschlaf.
- Gehäuftes Auftreten in den Abendstunden mit abendlicher kumulativer Überreizung/Übermüdung
- Evtl. geblähtes Abdomen, hochrotes Hautkolorit und Hypertonie der Muskulatur (klinisches Syndrom der sog. 3-Monats-Koliken).

Schlafstörungen

Die im folgenden beschriebenen Erscheinungsbilder frühkindlicher Schlafstörungen beziehen sich auf die ersten 3 Lebensjahre. Für Schlafstörungen bei Vorschul- und Schulkindern sei auf die entsprechende Leitlinie "Nichtorganische Schlafstörungen" (F51) verwiesen. **Wiederholtes, kurzes nächtliches Aufwachen ist im Säuglingsalter physiologisch**, die meisten Säuglinge erwerben allerdings unter entsprechender elterlicher Unterstützung bereits innerhalb der ersten Lebensmonate die Fähigkeit, ohne wesentliche elterliche Hilfe wieder einzuschlafen. Schlafstörungen zeichnen sich dagegen durch die über den sechsten Lebensmonat hinaus persistierende Unfähigkeit des Säuglings aus, ohne elterliche Hilfe (wieder) einzuschlafen. Bei jungen Säuglingen, insbesondere innerhalb der ersten 3-6 Lebensmonate, geht eine Unreife der Schlaf-Wach-Regulation in der Regel mit exzessivem Schreien einher (s.o.). Neben der subjektiven elterlichen Wahrnehmung der Schlafstörung als Problem gibt es folgende objektive Kriterien für frühkindliche Schlafstörungen:

- **Einschlafstörung:**
 - Einschlafen nur mit Einschlafhilfe der Eltern und
 - Einschlafdauer im Durchschnitt mehr als 30 Minuten
- **Durchschlafstörung:**
 - Durchschnittlich mehr als 3-maliges nächtliches Aufwachen in mindestens 4 Nächten der Woche verbunden mit der Unfähigkeit, ohne elterliche Hilfen allein wieder einzuschlafen
 - Nächtliche Aufwachperioden im Durchschnitt länger als 20 Minuten
- Phasenverschiebung in der zirkadianen Verteilung der Schlaf-Wach-Phasen
- Beeinträchtigung der Wachbendlichkeit
- Schlafen im elterlichen Bett (Co-Sleeping) sollte nicht notwendigerweise als Symptom einer Schlafstörung herangezogen werden, da es großen kulturellen und interindividuellen Schwankungen unterliegt und zumindest in den ersten Lebensmonaten weit verbreitet ist. Inwieweit Eltern das Schlafen ihres Kindes im elterlichen Bett als problematisch empfinden, hängt offensichtlich auch davon ab, in welchem Maße dieses Verhalten mit den besonderen Anforderungen und Normen der jeweiligen Kultur kompatibel ist. Das deutlich verlängerte, altersunangemessene Schlafen im elterlichen Bett kann allerdings in unserem Kulturkreis mit persistierenden Schlafproblemen assoziiert sein. Inwieweit hiermit auch kindliche Verhaltensprobleme im weiteren Entwicklungsverlauf verbunden sein können, ist umstritten. Der Zusammenhang scheint hier eher zwischen persistierendem Schlafen im elterlichen Bett und Belastungen der Eltern-Kind-Beziehungen (z.B. kindliche oder elterliche Trennungsängste u.a.) zu bestehen, in deren Folge es zu weiteren Verhaltensproblemen kommen kann, als dass die Tatsache des Schlafens im elterlichen Bett per se nachgewiesenermaßen ein Entwicklungsrisiko wäre.

Schlafstörungen jenseits des Säuglingsalters (zweites/drittes Lebensjahr) sind gekennzeichnet durch:

- Häufige Persistenz von Schlafstörungen des Säuglingsalters
- Einfordern von elterlichen Einschlafhilfen
- Entwicklungsphasenabhängige Veränderungen des thematischen Hintergrunds: Kleinkinder zeigen zu bestimmten Entwicklungsphasen vermehrte nächtliche Trennungsprobleme und das Bedürfnis nach elterlicher Nähe (z.B. im Rahmen nächtlicher Ängste), in anderen Phasen stehen Grenzssetzungsprobleme im Vordergrund.
- Parasomnien wie der Pavor nocturnus und kindliche Alpträume sowie das Schlafwandeln werden nicht als Manifestationsformen frühkindlicher Regulationsstörungen verstanden (s. Leitlinie "Nichtorganische Schlafstörungen").

Fütterstörung im Säuglings- und Kleinkindalter

Um den interaktionellen Aspekt von Ess- und Gedeihstörungen im Säuglingsalter hervorzuheben, wird in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur der Begriff Fütterstörung bevorzugt. Vorübergehende Fütterprobleme sind im Säuglingsalter häufig und nicht als Störung an sich zu bewerten. Es wird daher vorgeschlagen, von einer Fütterstörung zu sprechen, wenn die Fütterinteraktion von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat) als problematisch empfunden wird. Als objektive Hinweise auf eine Fütterstörung können jenseits der ersten 3 Lebensmonate folgende Kriterien herangezogen werden:

- Durchschnittliche Dauer einzelner Fütterungen \geq 45 Minuten und/oder Intervall zwischen den Mahlzeiten < 2 Stunden
- Die Fütterstörung kann, muss aber nicht mit einer Gedeihstörung einhergehen. Kriterien für das zusätzliche Vorliegen einer Gedeihstörung sind:
 - Für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht über der dritten Perzentile: Gewichtsabfall unter die 3. Perzentile und/oder Wechsel von mehr als 2 Gewichtsperzentilen-Kurven (von z.B. der 75. unter die 25. Perzentile) durch Gewichtsverlust oder -stillstand über einen Zeitraum von mindestens 2 Monaten (bei Alter \leq 6. Lebensmonat) bzw. mindestens 3 Monaten (bei Alter > 6. Lebensmonat)
 - Für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter der dritten Perzentile ist jede fehlende Gewichtszunahme, die einen Monat oder mehr anhält, als Gedeihstörung anzusehen.

Darüber hinaus sprechen folgende Symptome für eine frühkindliche Ess- und/oder Fütterstörung:

- Essunlust und Nahrungsverweigerung, die durch organische Ursachen nicht ausreichend erklärbar ist
- Fehlen eindeutiger Hunger- und Sättigungssignale
- Übermäßig wählerisches Essverhalten
- Füttern mit Ablenkung, Druck oder Zwang
- Essverhalten oder Kontext (z.B. im Halbschlaf) grob altersunangemessen, fehlende Akzeptanz altersentsprechender Nahrung
- Rumination/Erbrechen ohne organische Ursache
- Kau-, Saug- und Schluckprobleme
- Orofaziale Überempfindlichkeit, angstvolle Abwehr gegenüber Stimulation im orofacialen Bereich insbesondere gegenüber Nahrungsaufnahme. Widerstand, Nahrung herunterzuschlucken
- Die übermäßige, unkontrollierte frühkindliche Nahrungsaufnahme mit oder ohne Übergewicht ist bislang, was psychische Faktoren angeht, kaum erforscht. Sie findet im gegenwärtigen Entwicklungsstand der vorliegenden Leitlinie noch keine Berücksichtigung.

Spielunlust, chronische Unruhe

Übermäßige Suche des Kindes nach Stimulation bzw. nach neuen Reizen bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich altersentsprechend lange mit einer Sache zu beschäftigen. Misslauligkeit, motorische Umtrieblichkeit, permanentes Einfordern von Aufmerksamkeit und Unterhaltung.

Persistenz und übermäßige Ausprägung von Fremdeln, Klammerverhalten. Ausgeprägte Ängste, im Entwicklungsverlauf evtl. auch soziale Rückzugstendenz, elektiver Mutismus

Exzessives Klammern an die Bindungsperson ohne erkennbare Bedrohung, z.B. in geringen Anforderungssituationen. Einfordern von permanenter Aufmerksamkeit, Schwierigkeit/Unfähigkeit der Bezugsperson, sich in Situationen, in denen dies angemessen ist, ausreichend klar abzugrenzen. Altersunangemessene Hemmung der Spiel- und Explorationsbereitschaft trotz Gegenwart der Bezugsperson mit Anzeichen ängstlicher Gehemtheit.

Exzessives Trotzverhalten

Mangelnde Selbstberuhigung und Selbstregulation in Grenzssetzungssituationen mit protrahierten Wut- und Trotzanfällen. In diesen Kontexten auch auto- oder fremdaggressive Handlungen (z.B. Kopfschlagen, Gewalt gegenüber Gegenständen, Spielzeug etc.). Die sog. Affektkrämpfe entsprechen einer besonders starken Ausprägung solcher Wut- und Trotzanfalle, bei denen es in extremen Erregungszuständen zu kurzzeitigem Bewusstseinsverlust kommen kann.

Aggressiv-oppositionelles Verhalten

Aggressive Verhaltensweisen sich selbst oder anderen gegenüber im Rahmen dysfunktionaler Interaktionsabläufe, z.T. im Kontext der Kontaktsuche zu anderen Personen. Tendenz, sich Aufforderungen, Regeln oder Grenzssetzungsversuchen zu widersetzen. Aggressive Handlungen in der Peer-Gruppe (z.B. Krabbel- oder Spielgruppe).

Freud- und Interesselosigkeit, Kummer, depressive Stimmungslage, Passivität, Apathie

Frühkindliche depressive Symptome wie auch das Konzept einer möglichen frühkindlichen Depression sind gegenwärtig noch wenig untersucht. Ebenso unzureichend geklärt ist, inwieweit bzw. ab wann das kindliche Spiegeln eines elterlichen depressiven Affektes, wie es in der Interaktion zwischen einem depressiven Elternteil und seinem Kind beschrieben wird, mit einem tatsächlichen kindlichen depressiven Affekt einhergeht.

1.3 Schweregradeinteilung

Allgemein

- **Anhand der Dauer**
 - < 1 Monat: passagere regulative Dysfunktion, i.d.R. selbstlimitiert
 - 1-3 Monate: i.d.R. mit erkennbarer Beziehungsbelastung
 - > 3 Monate: häufig assoziiert mit Beziehungsstörung
- **Anhand der Pervasivität**
 - Anzahl der betroffenen Bereiche: Je mehr Verhaltens- und Interaktionsbereiche betroffen sind, um so geringer sind die Möglichkeiten von Eltern und Kind, wechselseitig positive Interaktionserfahrungen zu machen.
- **Ausmaß der Beeinträchtigung in der Bewältigung kindlicher Entwicklungsaufgaben**
 - Keine
 - Einzelne Entwicklungsaufgaben nicht/unvollständig bewältigt, Gesamtentwicklung dadurch gering beeinträchtigt
 - Gesamtentwicklung durch mangelnde Bewältigung von Entwicklungsaufgaben deutlich/erheblich beeinträchtigt.
- **Ausmaß der Beziehungsbelastung**
 - Eine beziehungsbezogene Schweregradeinteilung der Regulationsstörung ist anhand der Parent-Infant-Global-Assessment-Scale (PIR-GAS) möglich, einer 9-stufigen globalen Beurteilungsskala zur Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung, in die Störungsdauer, ■ pervasivität und die Qualität des Interaktionsverhaltens eingehen.

Speziell

- **Exzessives Schreien.** Erfüllen/Nicht-Erfüllen der sog. 3-er Regel: durchschnittliche Schrei-/Unruhedauer von mehr als 3 Stunden pro Tag an durchschnittlich mindestens 3 Tagen der Woche über mindestens 3 Wochen. Intensität und Qualität des Schreiens (z.B. hochfrequent, aversiv)
- **Schlafstörung.** Eine Differenzierung des Schweregrades ist anhand von sog. Schlaf-Scores möglich. In diese gehen je nach Autor Bettgezeit/Einschlafdauer, durchschnittliche nächtliche Gesamtschlafdauer, Anzahl gestörter Nächte pro Woche, Anzahl und Dauer nächtlicher Wachphasen und die Dauer der pro Woche im Elternbett verbrachten Zeit bzw. zusätzlich auch Aufwand und Anzahl elterlicher Einschlafhilfen und die kindliche Wachbfindlichkeit ein. Je nach Höhe des Scores Unterscheidung in mäßig und schwer ausgeprägte Schlafstörungen.
- **Fütter-/Essstörungen:** Vorhandensein oder Fehlen einer Gedeihstörung.

1.4 Untergruppen

In der revidierten Fassung des multiaxialen Klassifikationsschemas für die ersten 3 Lebensjahre (DC:0-3R) werden Regulationsstörungen als "Regulationsstörungen der sensorischen Reizverarbeitung" (Regulation Disorders of Sensory Processing) bezeichnet [ZERO TO THREE 2005]. Die kindlichen regulatorischen Auffälligkeiten müssen kontextübergreifend in zahlreichen Beziehungen nachweisbar sein. Die nach dieser Auffassung konstitutionell bedingten Schwierigkeiten des Säuglings und Kleinkindes, seine Verarbeitung sensorischer Reize ausreichend zu regulieren, gehen zusätzlich mit motorischen und sozial-emotionalen Problemen einher. Als Untergruppen werden neben einem **hypersensitiven Typus (Typ I)** der Regulationsstörung ein **hyposensitiver/unterresponsiver Typus (Typ II)** sowie ein **reizsuchender/impulsiver Typus (Typ III)** beschrieben. Letzterer kann mit den Symptomen einer hyperkinetischen Störung assoziiert sein. Auf eine Koppelung von Regulationsstörungen an den Nachweis von Wahrnehmungs- und/oder zentralen Verarbeitungsstörungen wurde von uns bewusst verzichtet, da die Befunde an kleinen Stichproben erhoben wurden, und valide Instrumente zur Diagnose solcher Beeinträchtigungen gegenwärtig noch fehlen. Zudem gibt es enge und bis dato wenig geklärte Überschneidungen zwischen Temperamentsmerkmalen und kindlichen sensorisch-motorischen Reaktionsmustern im Rahmen von Regulationsstörungen. Die Autoren des DC:0-3R räumen selbst ein, dass es in dieser Störungsgruppe noch erheblichen Dissens bezüglich der Reliabilität der Kategorie an sich wie auch hinsichtlich ihrer Untergruppen gibt.

Da das vorliegende Konzept der Regulationsstörungen auf einem dimensional Krankheitsverständnis beruht, wurde mit Ausnahme der Fütterstörungen generell auf die Bildung von kategorialen Untergruppen verzichtet. Insbesondere wurde im Kleinkindalter auf eine Unterteilung nach den Kategorien "internalisierende" vs. "externalisierende" Störungen verzichtet, da es zwischen beiden Kategorien hohe Überschneidungen gibt.

Fütterstörungen

- Die Dichotomie in organische vs. nichtorganische Gedeihstörung erweist sich wegen des hohen Anteils gemischter Störungen (z.B. nichtorganische mit begleitenden neuromotorischen/mundmotorischen Auffälligkeiten bzw. organische Gedeihstörungen mit interaktionellen Auffälligkeiten) als nicht sinnvoll.
- **Komplette Nahrungsverweigerung mit Sondenernährung** vs. inkomplette Nahrungsverweigerung mit selektiver Akzeptanz einzelner Nahrungsmittel
- **Posttraumatische Fütterstörung (PTFD).** Fütterstörung mit angstbetonter Abwehr ("klassisch konditioniert") nach Zwangsfütterung, aversiver orofazialer Stimulation oder traumatischen Füttererfahrungen, z.B. im Zusammenhang mit Sondenernährung, chirurgischen oder intensivmedizinischen Eingriffen im oberen Mund-Rachen-Magen-Darm-Bereich und/oder bei Fehlbildungen im orofazialen und/oder gastrointestinalen Bereich
- Eine zusätzliche Untergliederung nach entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten ist möglich. Allerdings sind solche weiteren Untergruppen, wie im DC:0-3R vorgeschlagen werden [ZERO TO THREE 2005], bisher empirisch nicht ausreichend validiert.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung/Autismus.

2 Störungsspezifische Diagnostik

Grundsätzlich ist das Ziel der Diagnostik, zu einem hinreichend differenzierten Verständnis des komplexen Wirkungsgefüges frühkindlicher Regulationsstörungen zu kommen. Trotz der Unmöglichkeit, in der Mehrzahl der Fälle zu klären, inwieweit elterliche dysfunktionale Interaktions- und Beziehungsmuster die Ursache oder die Folge von kindlichen Regulationsstörungen sind, ist es aus therapeutischen Gründen doch sinnvoll, soweit wie möglich herauszuarbeiten, in welchem Ausmaß elterliche dysfunktionale Verhaltensmuster an der Entstehung beteiligt sind oder inwieweit sie wesentlich erst in der Folge der kindlichen Regulationsstörung aufgetreten sind.

2.1 Symptomatik

Anamnese

Im Rahmen eines oder mehrerer anamnestischer Gespräche sind folgende Informationen (Eltern/primäre Bezugspersonen, fremdanamnestisch) für das therapeutische Vorgehen von Bedeutung:

- **Kindbezogen:**
 - **Kindliche Symptomatik:** Beginn, Dauer und interaktive Kontexte kindlicher regulatorischer Probleme
 - Kindliche biologische und psychosoziale Belastungen und Ressourcen

- **Interaktions- und beziehungsbezogen**
 - Beschreibung als belastet erlebter wie auch gelungener interaktiver Kontexte
 - Beziehungen des Kindes zu Geschwistern und Gleichaltrigen
 - Elterliche Gefühle, Interpretationen und Erklärungsmodelle des kindlichen Verhaltens, Erwartungen an das Kind
 - Betreuungsmodus in den ersten Lebensjahren
- **Elternbezogen:**
 - Elterliches subjektives Belastungserleben
 - Elterliche biologische, psychische und psychosoziale Belastungen und Ressourcen. Von Bedeutung können insbesondere beziehungsrelevante Kindheitserinnerungen sein, elterliche Trennungs- und Verlusterlebnisse, Traumatisierungen (vor allem bei Schlaf- und Fütterproblemen) sowie mütterliche Essstörungen (vor allem bei kindlichen Fütterstörungen).
- **Paar- und familienbezogen:**
 - Qualität der elterlichen Partnerschaft, Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft
 - Familiäre, auch transgenerationale Beziehungskonflikte
 - Familiäre neuropsychiatrische und sonstige Erkrankungen

Verhaltensbeobachtung

Möglichst Beobachtung mehrerer unterschiedlicher interaktiver Kontexte (z.B. Spiel, Beruhigungssituationen, Trennungssituationen/elterliche Abgrenzung und Wiedersehen/Wiedervereinigung), um das Ausmaß an Störungspervasivität zu beurteilen.

Beobachtung und Beurteilung störungsrelevanter Kontexte:

- Gemeinsame und wechselseitige Regulation von Kind und Bezugsperson
- **Kindliche selbstregulatorische Kompetenzen.** Beurteilung der Alters- und Kontextangemessenheit des kindlichen Verhaltens. Beurteilung der Eindeutigkeit kindlicher Verhaltenssignale
- **Intuitive elterliche Kompetenzen,** emotionale Abstimmung und Angemessenheit elterlichen Verhaltens in Bezug auf kindliche Verhaltensmuster. Verstehbarkeit, Konsistenz und Eindeutigkeit elterlichen Verhaltens
- **Zwiesgespräch/Spiel.** Gemeinsamer Dialog, gemeinsames Spiel, frei und strukturiert, kindliches Alleinspiel (s. auch Leitlinien "Beziehungsstörungen" der Dt. Gesellschaft f. Sozialpädiatrie).
- **Kindliche Compliance und Kooperation** bei elterlichen Aufforderungen und Grenzsetzungsversuchen: Reaktionen der Eltern auf kindliches Ignorieren von Grenzsetzungen
- Evtl. auch Beobachtung des Kindes in einer **strukturierten Anforderungssituation**, z.B. während der Entwicklungstestung, Gesellschaftsspiel o.Ä. (Reaktivität, Aktivitätsniveau, Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation, Frustrationstoleranz, soziale Offenheit)

Verhaltensprotokolle, Tagebücher

- Einsatz von Verhaltensprotokollen zur Aufzeichnung des kindlichen Problemverhaltens sowie anderer, altersrelevanter Verhaltensbereiche (z.B. Schrei- und Schlafprotokolle, Fütter- und Ernährungsprotokolle etc.)

Fremd- und Selbsteinschätzung mit Fragebögen, Skalen

- Die standardisierte Erfassung von kindlichem Temperament, kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Child Behavior Checklist 1½-5), elterlicher Depressivität, partnerschaftlicher Belastung, elterlichen Einstellungen zum Kind, elterlicher psychosozialer Belastung und sozialer Unterstützung kann ergänzend hilfreich sein.
- Eine orientierende Einschätzung des Ausmaßes der Beziehungsbelastung zwischen Eltern und Kind ist mit standardisierten Skalen möglich (z.B. PIR-GAS).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- **Pädiatrisch-entwicklungsneurologische/-psychologische Anamnese.** Besondere Berücksichtigung von kindlichen konstitutionellen und Temperamentsfaktoren sowie selbstregulatorischen Fähigkeiten. Je nach Alter sollte nach früheren regulatorischen Problemen gefragt werden. Erhebung von Schlafgewohnheiten in der Familie, Ernährungs- und Stillanamnese.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Regulationsstörungen sind wegen der Wechselwirkungen zwischen regulatorischer Problematik des Kindes, Belastungen der Eltern-Kind-Beziehungen und elterlichen psychischen Belastungen häufig mit letzteren (z.B. mütterlichen/elterlichen neurotischen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Depressionen, Angststörungen etc.) assoziiert. Gelegentlich gehen sie auch mit eigenständigen elterlichen psychiatrischen Störungen einher, insbesondere wenn die elterlichen Interpretationen kindlicher Verhaltenssignale und -bedürfnisse ausgeprägt verzerrt sind.
- Bei Fütter- oder Gedeihstörungen sind Essstörungen in der Vorgeschichte der Mutter (Kindheit, Schwangerschaft, aktuell) zu erheben. So finden sich bei nahezu jedem dritten reifgeborenen aber untergewichtigen Neugeborenen bei der Mutter Hinweise für eine manifeste Essstörung in den vorausgegangenen 12 Monaten.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Im Sinne eines transaktionalen Entwicklungsmodells bestehen enge Wechselwirkungen zwischen kindlichen und familialen Belastungen sowie weiteren ungünstigen Rahmen- und Entwicklungsbedingungen. Dabei sind folgende Belastungen von besonderer Bedeutung:

- Armut, sonstige belastende sozioökonomische Lebensverhältnisse (z.B. beengte Wohnverhältnisse), mangelnde soziale Unterstützung
- Partnerschaftskonflikte
- Alleinerziehender Elternteil
- Psychische Erkrankung eines Elternteils bzw. beider Eltern
- Elterliche Risikoverhaltensweisen wie Alkohol- und Drogenkonsum
- Individuelle, schichtspezifische und/oder kulturelle Erziehungsvorstellungen und Erziehungsnormen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Pädiatrische und entwicklungsneurologische Untersuchung
- Orientierende Einschätzung des Entwicklungsstands, bei Bedarf entwicklungspsychologische Testung
- Videogestützte Interaktionsaufnahmen, ggf. Homevideo, z.B. bei Schlafstörungen, Fütterstörungen
- Bei ausgeprägteren Beziehungsstörungen evtl. differenzierte Diagnostik der Bindungssicherheit
- Bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom, hirnorganische Störung oder epileptische Anfälle zusätzlich Schlaf-EEG (evtl. mit Videoaufzeichnung)
- Bei **Fütterstörungen, insbesondere wenn eine Gedeihstörung** vorliegt, zusätzlich orientierende Anthropometrie und Labordiagnostik. Die Indikation zu einer invasiveren Diagnostik sollte sorgfältig abgewägt werden.

2.6 Weitergehende Diagnostik

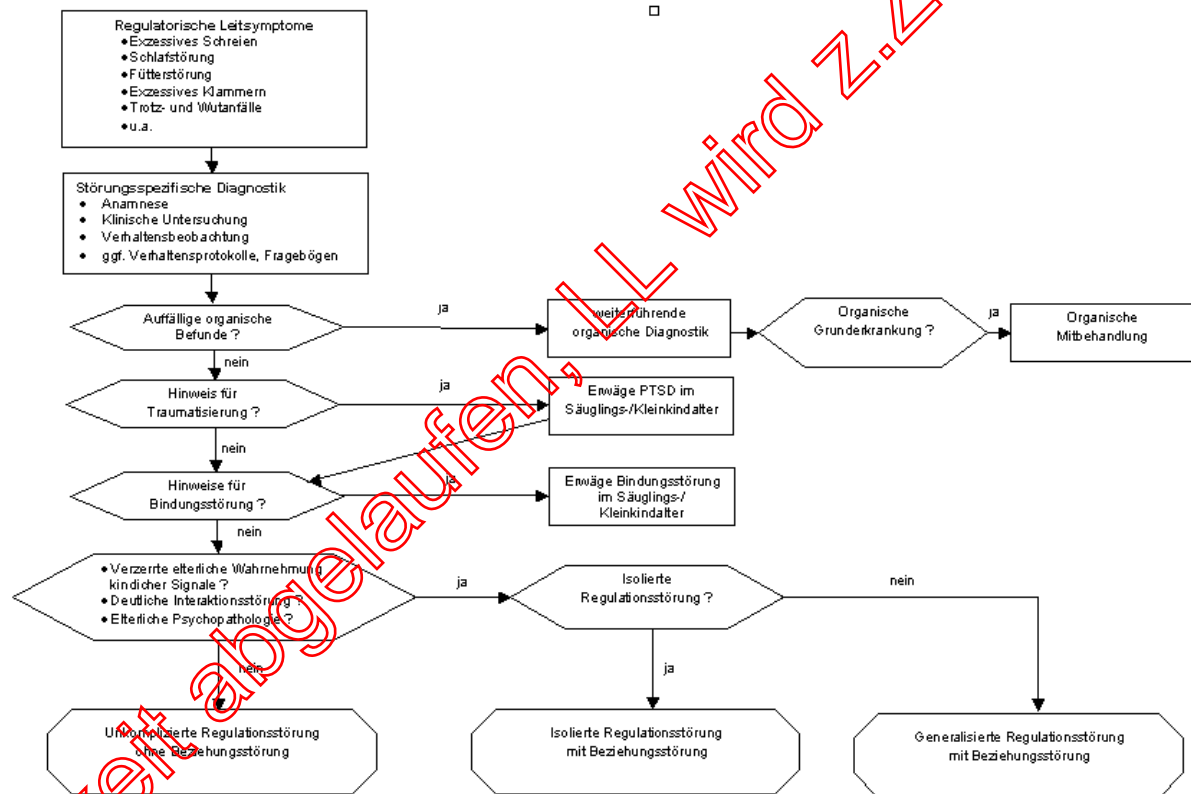
- In jedem Fall sollte das mögliche Vorliegen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung erwogen werden, da regulatorische Störungen in einem solchen Kontext entstehen können, aber auch mit einem erhöhten Risiko hierfür einhergehen (insbesondere expansive Verhaltensprobleme wie chronische Unruhe, aggressive Verhaltensmuster).

- Störung mit sozialer Ängstlichkeit: ausreichende Verlässlichkeit der Diagnose erst jenseits des vollendeten dritten Lebensjahres
- PTSD: Beachten der Anamnese und des im frühen Alter oft unspezifischen Symptompektrums. So können sich posttraumatische Belastungsstörungen in den ersten Lebensjahren gerade in Form von regulatorischen Auffälligkeiten wie z.B. Schlafstörungen, Fütterstörungen, chronischer Unruhe u.a. manifestieren.
- Hyperkinetisches Syndrom/ADHD/ADS: keine gesicherte Diagnose vor dem fünften Lebensjahr (s. auch Leitlinie "Hyperkinetische Störungen")
- Bindungsstörungen (s. Leitlinie "Bindungsstörungen")
- **Ggf. weiterführende Diagnostik, um somatische Erkrankungen, die mit regulatorischen Problemen assoziiert sein können, zu erfassen/mitzubehandeln bzw. auszuschließen:**
 - Neurologische Auffälligkeiten, perinatale Hirnschädigung
 - Genetische Syndrome
 - Rezidivierende Schmerz- und Unruhezustände, z.B. bei Otitis media, atopischem Ekzem, nicht erkannten Frakturen etc.
 - **Bei Schlafstörungen:** Erschwerte Atmung durch Obstruktion der Atemwege (Adenoide, asthmatische Bronchitis), hirngorganische Schädigung mit fehlendem/desorganisiertem Schlaf-Wach-Rhythmus, hirngorganisches Anfallsleiden
 - **Bei Fütterstörungen:** Gastrointestinale und extragastrointestinale Erkrankungen, die mit Appetitlosigkeit, Erbrechen, Nahrungsverweigerung und Gedeihstörungen einhergehen können.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

- **Bei exzessivem Schreien.** Nachweisbare Störungen der Magen-Darm-Funktion sind selten (z.B. Kuh- oder Sojamilchweiß-Unverträglichkeiten bei 5-10% der Säuglinge mit exzessivem Schreien), daher ist primäre Allergiediagnostik nur bei schwerer Symptomatik (Durchfälle, Anämie) und Hinweisen für allergische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades angezeigt, ansonsten aber entbehrlich. Alternativ kann eine 1-2-wöchige milchweißfreie Ernährung der Mutter (bei Stillen) bzw. des Kindes (bei Flaschennahrung) erwogen werden. Zu beachten ist, dass hierfür nur streng hydrolysierte Nahrungen angewendet werden dürfen, die wegen des bitteren Geschmacks aversive Reaktionen des Säuglings zur Folge haben können. Daher strenge Indikationsstellung zur Vermeidung sekundärer Fütterprobleme!
- **Bei Schlafstörungen.** Nächtliche Videoaufnahmen in Schlaflabors oder zu Hause sind, außer zum Ausschluss von Hirngorganischen Anfällen oder von Schlafapnoen, entbehrlich.
- **Bei Fütterstörung.** Invasivere Labor- oder apparative Diagnostik, die über ein orientierendes Screening (s.o.) hinausgeht nur bei konkreten Hinweisen auf eine organische Ätiologie.

Abb. 57: Diagnostischer Entscheidungsbaum für Regulationsstörungen im Säuglings und Kleinkindalter



3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Für exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter ist bisher keine diagnostische Zuordnung nach ICD-10 oder auf Achse I des MAS möglich. Am ehesten kann wegen der ätiologischen Rolle von Anpassungs- und Reifungsprozessen eine Klassifikation als Anpassungsstörung (F43.2) erfolgen. Die nichtorganischen Schlafstörungen gemäß ICD-10 (F51.0-F51.9) enthalten keine Kategorie für die spezifischen Erscheinungsformen von Schlafstörungen im frühen Kindesalter. Eine Klassifizierung kann allenfalls als F51.9 ("Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörung") erfolgen.

Das Ausmaß einer Fütterstörung (F98.2) sollte deutlich außerhalb des für den entsprechenden Altersbereich angemessenen Verhaltens liegen, eine Gedeihstörung kann, muss aber nicht vorliegen. Letztere wäre dann gesondert zu klassifizieren. Die von der ICD-10 eingeführte Definition der Fütterstörung des frühen Kindesalters (F98.2) setzt einerseits voraus, dass die Betreuungsperson einigermaßen kompetent ist und die Fütterstörung damit nicht primär auf Betreuungsfehlern beruht. Andererseits sollte die Diagnose nicht bei primär organisch bedingten Fütterstörungen vergeben werden. Dies steht in Widerspruch zur internationalen Literatur, die zumindest bei Fütterstörungen mit Gedeihstörungen in den allermeisten Fällen von Mischbildern aus kindlichen organischen und elterlich-interaktionellen Faktoren ausgeht. Letztere können dabei sowohl in der Entstehungsgeschichte wie in der Folge der Fütterproblematik eine Rolle spielen. Die in der Leitlinie verwendete Definition schließt daher Fütterstörungen mit dysfunktionalen kindlichen wie elterlichen Interaktionsmustern explizit ein, da sie den weitaus größten Teil der frühkindlichen Fütterstörungen darstellen. Grundsätzlich bietet die ICD 10 wie auch das MAS für die spezifischen Erscheinungsformen psychischer Störungen im frühen Kindesalter unzureichende Klassifikationsmöglichkeiten. Das im amerikanischen Sprachraum inzwischen weit verbreitete multiaxiale Klassifikationsschema für die ersten drei Lebensjahre (Diagnostische Klassifikation 0-3, DC:0-3R) versucht, diese Lücke zu schließen. In der revidierten Fassung wurden kürzlich etliche wichtige Änderungen, gerade was die Klarheit der Kategorien angeht, vorgenommen. Das Klassifikationsschema nimmt auf die

Entwicklungsbedingungen der ersten Lebensjahre durch die Einführung einer eigenen Achse zur Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung (Achse II) besonders Bezug. Einige der auf Achse I aufgeführten kindlichen Störungen sind allerdings nach wie vor noch unzureichend validiert. Darüber hinaus erscheint die kategoriale Trennung einiger Krankheitsbilder vor dem Hintergrund der Überschneidung ethischer Verhaltensprobleme in diesem Alter und der Angemessenheit eines eher dimensional Störungsansatzes fragwürdig. Siehe hierzu auch die Leitlinie "Beziehungsstörungen" der Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie.

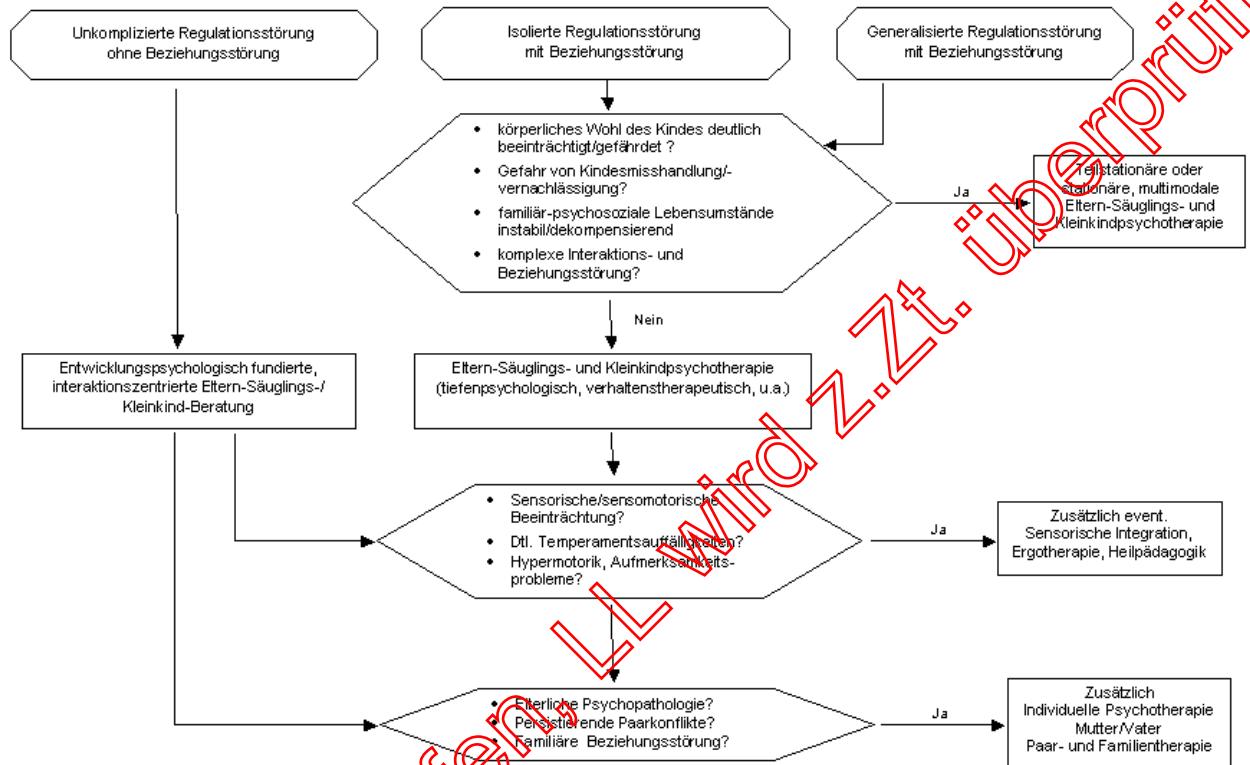
3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von organischen Störungen auf Achse IV (insbesondere bei einer Fütterstörung).

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Zur Differenzialdiagnose siehe Absatz 2.6. Zur Hierarchie des therapeutischen Vorgehens siehe Absatz 4.2.

Abb. 58: Therapeutischer Entscheidungsbaum für Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter



4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Psychotherapeutische Interventionen im Eltern-Kleinkind-Bereich setzen spezielle klinische Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit voraus und zeichnen sich durch eine besondere Auswahl des Settings wie der psychotherapeutischen Techniken aus. Die Behandlung von Eltern und Kind erfolgt entsprechend dem Verständnis der Regulationsstörungen als Interaktions- und Beziehungsstörungen zumindest im Säuglings- und frühen Kleinkindalter grundsätzlich gemeinsam. Eine ausschließliche Behandlung eines Elternteils ohne zumindest begleitende Interaktionssitzungen von Eltern und Kind ist i.d.R. nicht indiziert. Therapeutische Interventionen im Säuglings- und Kleinkindalter sollten ausreichend auf die intensive Dynamik früher Entwicklungsprozesse von Kind und Eltern ausgerichtet sein. Dieser Tatsache tragen zeitlich begrenzte Interventionen Rechnung, die auf eine rasche Veränderung problematischer Interaktions- und Beziehungsbereiche abzielen. Sie können intermitterend wieder aufgenommen werden, wenn im Rahmen weiterer Entwicklungsschritte des Kindes oder im Zuge familiärer Veränderungen eine erneute Dekompensation in alters- und entwicklungsphasenspezifischen Bereichen stattfindet oder droht. Eine von vornherein vereinbarte Wiedervorstellung in regelmäßigen Abständen (in sog. kritischen Entwicklungsphasen) erscheint bei Risikokonstellationen wie frühgeborenen und/oder behinderten Kindern, psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, mütterlichen Müttern, sozial unterstützungsbedürftigen Familien, Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehungen und/oder Familien mit Kindesvernachlässigung/-misshandlung aus sekundärpräventiver Sicht unbedingt sinnvoll.

Folgende grundsätzlichen Aspekte sind zu beachten:

- Ziel der Intervention ist über die Behandlung der Regulationsproblematik hinaus die Entlastung der Eltern und die Unterstützung einer für Eltern und Kind positiven tragfähigen Beziehung.
- Stützendes therapeutisches Umfeld, Ermöglichung des Zulassens und der Artikulation ambivalenter elterlicher Gefühle bis hin zu latenten Vernachlässigungs- und Misshandlungsimpulsen ohne Schuldzuweisung
- Einbeziehung des Vaters des Kindes, des Partners der Mutter oder anderweitiger bedeutsamer Bezugspersonen im Sinne triangulierender Dritter
- Freisetzung der intuitiven elterlichen Kompetenzen und Nutzen von Ressourcen im Umgang mit dem Kind
- Identifikation und Verminderung vorhandener psychosozialer Belastungen, vor allem wenn diese das Einlassen auf einen psychotherapeutischen Prozess erschweren oder unmöglich machen.

Indikationen für eine ambulante Beratung und Therapie

Eine ambulante entwicklungspsychologisch fundierte, interaktionszentrierte Beratung oder Eltern-Säuglings- und Kleinkind-Psychotherapie (s.u.) ist in der Mehrzahl der Fälle die Behandlung der Wahl und ausreichend, vor allem wenn

- das körperliche Wohl des Kindes (z. B. Gedeihen) nicht oder nicht bedrohlich beeinträchtigt ist,
- keine Gefahr von Kindesvernachlässigung oder -misshandlung besteht,
- die familiär-psychosozialen Umstände dies erlauben.

Die Sitzungen können als therapeutisches Gespräch (mit der Mutter, dem Vater, beiden Eltern) in Anwesenheit des Kindes, aber auch als gemeinsames Spiel mit dem Kind im Schutz der therapeutischen Beziehung erfolgen (z.B. bei Blockaden der intuitiven Kompetenzen). Es sollten jeweils 50-90 Minuten zur Verfügung stehen. 1- bis 2-mal pro Woche erfolgende Therapiesitzungen sind in der Regel ausreichend, im Bedarfsfall kann die Therapie aber auch hochfrequent als Krisenintervention oder als niederfrequente stützende Begleitung erfolgen.

Entwicklungspsychologisch fundierte, interaktionszentrierte Beratung

- Bei kurzzeitigen, maximal 3 Monate bestehenden, nicht kontextübergreifenden Regulationsstörungen ohne relevante Beziehungspathologie. Oft nur wenige Sitzungen (1-5) notwendig.

Eltern-Säuglings- und Kleinkind-Psychotherapie

- Bei längerdauernden, mehr als 3 Monate bestehenden Regulationsstörungen, die anfangen, pervasiv auf andere Interaktionskontexte überzugreifen
- Bei offensichtlich dysfunktionalen, maladaptiven Interaktionsmustern
- Bei deutlichen Belastungen oder Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen

Die Eltern-Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie ist eine wissenschaftlich begründete Methode. Sie kann nach unterschiedlichen Konzepten (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, bindungsorientiert, systemisch) erfolgen. Die grundsätzliche Wirksamkeit verschiedener psychodynamischer, interaktionszentrierter und verhaltenstherapeutischer Formen ist gut belegt (II) im Hinblick auf die kindliche Symptombesserung bei Regulationsstörungen, auf eine Besserung von Interaktionsstörungen i.R. mütterlicher Depressionen und im Hinblick auf eine allgemeine Reduktion multipler mütterlicher psychosozialer Belastungen. Die Eltern-Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie sollte entwicklungspsychologisch fundiert erfolgen, in den meisten Fällen wird auch sie stark auf aktuelle dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind fokussieren. Der Zugang hierzu kann je nach Therapieansatz eher über die Repräsentationsebene der Eltern (psychodynamisch), die aktuellen Interaktionen (interaktionszentriert, verhaltenstherapeutisch) oder systemisch gewählt werden. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang der Einsatz von Video-Feedback zur Reflexion und Bearbeitung dysfunktionaler Interaktionsmuster.

Die **Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie** schließt sinnvollerweise auch die Bearbeitung von Gefühlen, Erinnerungen, Phantasien und Konflikten (Gespenster im Kinderzimmer), die in der Interaktion mit dem Kind evoziert werden, ein, soweit diese die Kommunikation mit dem realen Kind stören (ggf. unter Einsatz von Video-Feedback). Insbesondere geht es um die Bearbeitung relevanter innerpsychischer wie interpersoneller Beziehungskonflikte.

Meist führt die **Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie** innerhalb weniger Sitzungen (5-10 Sitzungen) zu relevanten Besserungen, kann aber auch einen größeren Umfang beanspruchen, wenn

- die kindliche Störung bereits seit dem frühen Säuglingsalter andauert, ihr andere Regulationsstörungen vorausgegangen sind, und längere störungsfreie Phasen in der kindlichen Entwicklung fehlen;
- die Regulationsstörung mehrere Interaktions- und Regulationskontexte umfasst und mit persistierenden maladaptiven Interaktionsmustern sowie Vernachlässigungs- und Misshandlungsgefahr einhergeht;
- die mütterlichen/elterlichen Wahrnehmungen und Interpretationen des kindlichen Verhaltens deutlich beeinträchtigt, abwertend oder verzerrt sind und/oder die intuitiven elterlichen Kompetenzen schwerwiegend eingeschränkt sind.

In solchen Fällen sollte in der elterlichen Biographie geachtet werden auf:

- Frühkindliche Vernachlässigung
- Elterliche Trennungs- und Verlusterlebnisse
- Gewalterfahrungen
- Ungelöste transgenerationale Beziehungskonflikte
- Traumatische Erfahrungen (z.B. Gewalt, sexueller Missbrauch)

Elterliche psychische/psychiatrische Störungen oder schwere Paarkonflikte übersteigen nicht selten die Möglichkeiten einer Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie. Hier ist eine zusätzliche Einzel- oder Paartherapie indiziert.

Im Einzelnen sollte bei den unterschiedlichen Regulationsstörungen auf folgende Aspekte geachtet werden:

Exzessives Schreien Als hilfreich hat sich das mit den Eltern gemeinsam erfolgende Üben im Lesen kindlicher Signale, z.B. von Überlastung, erwiesen. Zusätzlich ist das Erproben individuell angepasster Beruhigungsstrategien während akuter Schrei-/Unruhephasen sinnvoll. Folgende Maßnahmen haben sich im Einzelnen bewährt:

- Psychophysische Entlastung der oft chronisch erschöpften Mutter durch Mobilisation des unmittelbaren sozialen Umfeldes, z.B. durch Einbeziehung des Partners, der Mutter und/oder anderer stabilisierender Personen (III)
- Reizreduktion (I)
- Vermeidung von kindlicher Übermüdung (III)
- Strukturierung des Tagesablaufes mit regelmäßigen Schlafphasen am Tag (III)
- Ausnutzen kindlicher Wachphasen für gemeinsame Spiele und Dialoge (III)
- Überbrückung kritischer Schrei- und Unruhephasen (III)
- Time-out-Phasen für die primäre Bezugsperson bei Überlastung (III)
- Chiropraktische Interventionen, in Deutschland auch als kraniosakrale Therapie oder Osteopathie in den letzten Jahren sehr populär geworden, sind bei exzessivem Schreien fraglich wirksam (V), zusätzliches Herumtragen des Säuglings als Intervention ist dagegen wirkungslos (II). Unter den somatischen Interventionen ist die Wirksamkeit einer streng hydrolisierten Ernährung in Bezug auf eine signifikante Besserung der Schrei- und Unruhephasen bei nachgewiesener Kuhmilchintoleranz sehr gut belegt (I), während Sab Simplex wirkungslos ist (I).

Schlafstörungen

Die Interaktionen beim Einschlafen und nächtlichen Erwachen sind der direkten Beobachtung und Therapie im klinisch-ambulanten Setting nicht zugänglich. Dennoch können auch hier gemeinsam mit den Eltern das selbstständige kindliche Einschlafen geübt und Beruhigungsstrategien während kindlicher Wach- und Unruhezustände erprobt werden, die die kindliche Selbstregulation unterstützen. Auf Letztere können die Eltern dann während abendlicher/nächtlicher Unruhephasen zurückgreifen. Qualitative Auffälligkeiten der Eltern-Kind-Interaktionen und -Beziehungen außerhalb der Einschlafsituation sollten nach Möglichkeit in die Therapie einbezogen werden. Bei unkomplizierten Schlafstörungen reichen oft wenige therapeutische Gespräche aus (III).

Modifikationen der Einschlafinteraktion (z.B. nach der Methode des "Checking") sind bei einfachen isolierten Schlafstörungen i.d.R. rasch effektiv (I), während sich unspezifische Beratungsansätze als wirkungslos erwiesen haben (I). Individuelle Modifikationen sind möglich und je nach Konstellation gelegentlich auch notwendig. Schlafinterventionen setzen eine gründliche Vorbereitung und Unterstützung sowie enge Begleitung der Eltern während der Modifikation voraus, um mitunter auftretende elterliche Ängste und Ambivalenzen psychotherapeutisch bearbeiten zu können. Individuelle Schlafgewohnheiten, psychodynamisch relevante Themen wie auch die Funktion von Schlafstörungen im partnerschaftlichen und familiendynamischen Kontext sollten ausreichend berücksichtigt werden. Ziel ist, die selbstregulatorische Kompetenz des Säuglings und Kleinkindes zu verbessern und ihm ein (Wieder-)Einschlafen ohne elterliche Regulationshilfen in einem Alter, in dem die reifungsabhängigen Voraussetzungen dafür erreicht sind, zu ermöglichen.

Folgende Aspekte sind von besonderer Bedeutung:

- Information der Eltern über grundlegende entwicklungspsychologische Aspekte der Schlafentwicklung und der Schlafgewohnheiten
- Strukturierung des Tagesablaufes, rechtzeitiges Erkennen von kindlicher Müdigkeit (III) und Ermöglichen von Ruhephasen im Tagesverlauf
- Besprechung eines individuellen Einschlafrituals (III)
- Besprechung von Ein- und Durchschlafregeln (unter Einbeziehung von Methoden der Verhaltensmodifikation, z.B. Checking)

- Zusätzlich hat sich je nach Alter der Einsatz von Beruhigungshilfen, die der kindlichen Selbstberuhigung dienen (Schnuller, Kuscheltier etc.), als hilfreich erwiesen.
- Unterstützung des selbstständigen Einschlafens, Vermitteln von Sicherheit im Einschlafkontext
- Bei der Beratung und Psychotherapie sollten auch entwicklungspsychologisch relevante Themen wie z.B. kindliche Trennungsängste, sonstige phasenspezifische Ängste, Geschwisterrivalität, kindliche Schwellensituationen (Aufnahme Kindergruppe/Kindergarten, Geburt eines Geschwisterkindes etc.) berücksichtigt werden.

Fütter- und Essstörungen

- Strukturierung des Tagesablaufes mit Nahrungspausen, um Hunger als Motivation, zu essen, zu ermöglichen (III)
- Klare Trennung von Ess-/Fütter- und Spielphasen (III)
- Unbedingtes Vermeiden von Ablenkung, Druck, Forcierung oder Zwang
- Ermöglichen der altersabhängigen, selbstständigen aktiven Beteiligung an der Nahrungsaufnahme, Unterstützung jeglicher kindlicher Bereitschaft zur selbstregulierten Nahrungsaufnahme, d.h., kein Nahrungsangebot ohne kindliches Interesse/Bereitschaft, etwas zu essen
- Besprechung weiterer, differenzierter Essregeln zur Strukturierung der Füttersituation (III)
- Individuell abgestimmte Veränderung dysfunktionaler Interaktionsmuster mit differenzieller Verstärkung erwünschter Verhaltensmuster (I)
- Bei **posttraumatischen Fütterstörungen** systematische Desensibilisierung mit häufigem Anbieten kleiner Mengen Nahrung bis an die Schwelle erster angstgetönter Reaktionen ohne Forcierung der Nahrungsaufnahme. Hierdurch allmählicher Abbau der Abwehr und Steigerung der Nahrungsakzeptanz (III). Ggf. Desensibilisierung im Mundbereich mittels Trainer-Sets, Putztrainer etc. Ggf. spielerische, entspannte Exposition von Nahrung mit unterschiedlichen Geschmäckern und Konsistenzen außerhalb der Füttersituation, solange noch keine nennenswerte Akzeptanz von Nahrung erfolgt. Die Wirksamkeit und Praktikabilität alternativer Verfahren wie das Flooding sind gegenwärtig noch wenig untersucht und abgesichert (V).
- Auffälligkeiten in unterschiedlichen Interaktions- und Regulationskontexten sollten in die jeweilige therapeutische Strategie integriert werden.
- Bearbeitung der elterlichen Wahrnehmung und Interpretation sowie des affektiven Erlebens der Füttersituation aber auch Einbeziehung tiefer liegender Konfliktkonstellationen mittels begleitender psychodynamischer psychotherapeutischer Gespräche
- Im Rahmen eines solchen hochstrukturierten multimodalen Vorgehens ist auch eine erfolgreiche Sondenentwöhnung langzeitsondierter Säuglinge möglich (III).

Randomisierte Studien bei **gedehgestörten** Säuglingen und Kleinkindern, die unterschiedliche Interventionen (Interventionen zu Hause, familienzentriert, elternenzentriert, allgemeine Beratung, multimodale Therapieansätze) miteinander verglichen haben, zeigen keine Überlegenheit einer einzelnen Methode bei insgesamt nur sehr begrenzt positiven Auswirkungen auf den langfristigen Ernährungsstatus sowie die Entwicklungs- und sozial-emotionale Prognose des Kindes (II).

Spielunlust, chronische Unruhe

- Tagesstrukturierung, zyklischer Wechsel von Aktivitäts- und Ruhephasen, Vermeidung kindlicher Übermüdung und Überreizung
- Zyklischer Wechsel von Möglichkeiten ausreichender motorischer Aktivität (z.B. im Freien) und strukturierten, den motorischen Spielraum begrenzenden Angeboten (z.B. in strukturierten Spielsituationen).
- Wechsel zwischen strukturierten gemeinsamen Spielsituationen mit uneingeschränkter Aufmerksamkeit und Verfügbarkeit der Bezugsperson und Alleinspiel
- Strukturierung der Umgebung, insbesondere der Spielsituation, Begrenzung des Spielangebots. Beschäftigung mit wenigen, dem Entwicklungsstand des Kindes angemessenen Spielmaterialien. Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben im Spiel durch entsprechende altersangemessene Spielmaterialien.

Klammerverhalten

- Hintergrund ist hier oft eine der Mutter/den Eltern nicht bewusste Trennungsangst, auf deren Boden dem Kind in an sich harmlosen Trennungssituationen nicht ausreichend Sicherheit und Vertrauen in die kindlichen Kompetenzen vermittelt wird. Daher:
 - Bearbeitung elterlicher Ängste in Zusammenhang mit möglichen Trennungs- und Verlufterlebnissen
 - Elterliche Vermittlung von Sicherheit und Schutz in Trennungs- und Abgrenzungssituationen
- Andererseits sollte für ausreichende Befriedigung von kindlichen Nähebedürfnissen in Belastungssituationen gesorgt werden.
- Unterstützung und Förderung der kindlichen Spiel- und Explorationsbereitschaft durch Abwechseln von Phasen gemeinsamen Spiels mit ungeteilter Aufmerksamkeit und Phasen von Alleinspiel, letztere zunächst in Gegenwart der Bindungsperson. Über der Nähe-Distanz-Regulation durch kurze, schrittweise längere Trennungen (z.B. kurz das Zimmer verlassen) mit Sicherheit vermittelnden Abschieds- und Rückkehrsignalen.

Übermäßige Ängstlichkeit, Schüchternheit

- Bearbeitung elterlicher Ängste, insbesondere Trennungsängste
- Förderung des Kontaktes und der sozialen Beziehungen mit altersgleichen Kindern
- Unterstützung der Eltern in der Vermittlung von Sicherheit und Schutz, auch wenn sich das Kind nicht in unmittelbarer elterlicher Nähe befindet, z.B. in Trennungssituationen. Unterstützung der Eltern in der Klarheit und Konsistenz ihrer Signale an das Kind, gerade was die Vermittlung von Sicherheit und Schutz angeht.

Exzessives Trotzverhalten

- Elterliche Klärung und Einigung, welche Grenzsetzungen unverzichtbar sind, wo Kompromisse angeboten werden können und auf welche Grenzsetzungen u.U. verzichtet werden kann
- Freundliches, klares, konsistentes Setzen von Grenzen. Kein Eingehen auf Macht- und Kontrollkämpfe
- Angebot von Kompromissen, die dem Kind einen Rückzug ohne Gesichtsverlust ermöglichen
- Unterstützung der kindlichen selbstregulatorischen Kompetenzen (z.B. durch Trost spendende Übergangsobjekte etc.)
- Angebot eines Rituals zur Versöhnung nach ausgestandenem Machtkampf
- Ggf. elterliches kurzes Time-out, um elterlichem Aggressionsanstieg entgegenzuwirken, der i.d.R. nur zur weiteren Eskalation der Situation beiträgt
- Ggf. Klärung des psychodynamischen Hintergrundes frustrierender Machtkämpfe zwischen Eltern und Kind.

Oppositionelles und aggressives Verhalten

- Aufbau prosozialer Verhaltensweisen, Einführung sozialer Regeln und Normen mit positiver Rückmeldung beim Auftreten/Erfüllen
- Unterstützung und Förderung kindlicher selbstregulatorischer Fertigkeiten
- Erproben wirkungsvoller Grenzsetzungsstrategien bei Wut-/Trotzanfällen oder Regelverletzungen. Abbau übermäßiger und unangemessener negativer Rückmeldungen an das Kind, insbesondere von harsch verbal oder physisch disziplinierendem elterlichen Verhalten, da solches als relevantes negatives Modell für das kindliche Verhalten dient.

Freud- und Interesselosigkeit, Kummer, Passivität

- Unterstützung und Anleitung der betroffenen Bezugsperson im sensitiven Erkennen und kontingenten Beantworten kindlicher Bedürfnisse und Initiativen. Wecken der intuitiven elterlichen Kompetenzen
- Unterstützung der Interaktionen zwischen dem Kind und gesunden alternativen Bezugspersonen (z.B. Vater)
- Förderung der kindlichen Interaktionsbereitschaft und Spielinitiative durch angemessene, die kindliche Explorationsbereitschaft weckende elterliche Angebote, z.B. auch im Rahmen der Montessori-Spielpädagogik u.a.

- Bei Vorliegen einer manifesten Depression der primären Bezugsperson psychiatrische und psychotherapeutische Begleitung des betroffenen Elternteils.

Zusätzlich können im Sinne eines multimodalen Therapieansatzes folgende adjuvante Therapieformen sinnvoll sein:

- **Sensorische Integration, Ergotherapie** bei ausgeprägten Regulationsstörungen des Kindes mit Hinweisen auf Beeinträchtigungen in der sensorischen, sensomotorischen oder motorischen Wahrnehmungsverarbeitung, ausgeprägten Temperamentsauffälligkeiten
- **Heilpädagogik** bei kontext- und bezugspersonenübergreifenden kindlichen Verhaltenssymptomen, insbesondere bei aggressiven und oppositionellen Regulationsstörungen, bei motorischer Umtriebigkeit und Aufmerksamkeitsproblemen
- **Paar- und Familientherapie** insbesondere bei Wechselwirkungen zwischen Paar- und Familiendynamik und kindlicher Regulationsstörung.

Alternativ- und paramedizinische Interventionen, obwohl weit verbreitet, sind gegenwärtig noch wenig empirisch erforscht und abgesichert. Nicht zu vernachlässigen sind allerdings die z.T. erheblichen nichtmedizinischen Wirkungen solcher Interventionen in Bezug auf die psychische Regulation der primären Bezugspersonen (Entlastung durch somatische Mitbehandlung, Gefühl des Rückgewinns von Kontrolle über die Situation etc.) und auf die Beziehungsregulation zwischen Eltern und Kind.

Gerade automatisierte, eingeschliffene Interaktions- und Beziehungsmuster lassen sich bei entsprechender Störungskomplexität oft nur mit einem multimodalen Mehrebenen-Therapiekonzept erfolgreich bearbeiten.

Indikationen für eine teilstationäre Therapie mit Aufnahme der Bezugsperson

- Probleme/mangelnder Erfolg bei der Umsetzung interaktions- und beziehungszentrierter Interventionen in den Alltag zu Hause.
- Schwere Einschränkung des elterlichen Verhaltensrepertoires, z.B. bei mütterlicher Depression oder sonstiger Psychopathologie. Ziel: Verhaltensanleitung/Unterstützung der Mutter/primären Bezugsperson in basalen Kontexten (Pflege, Beruhigung etc.)
- Ausgeprägte kindliche Belastungen aufgrund individueller organischer/konstitutioneller Gegebenheiten (z.B. Frühgeborenes, organische Erkrankungen, sehr schwierige Temperamentsmerkmale)
- Akute psychophysische Entlastung der Bezugsperson am Tag bei gleichzeitigem Erhalt des familiären Beziehungskontextes am Abend/Nacht
- Ausgeprägt aggressiv-oppositionelles, expansives Verhalten des Kindes, das für die Eltern zu Hause nicht mehr steuerbar ist
- **Bei Schlafstörungen:** Die Einschlafinteraktion kann während kindlicher Erholungsphasen im Tagesverlauf (z.B. Mittagsschlaf) oder am Abend beobachtet, gemeinsam besprochen und therapeutisch mit der Mutter/den Eltern bearbeitet werden.
- **Bei Fütterstörungen:**
 - Eine Modifikation der Fütterinteraktion kann mittels wiederholter (möglichst mehrmals täglicher, videogestützter) Beobachtungen der Fütterungssituation mit begleitenden Gesprächen (je nach Problematik verhaltensorientiert und/oder psychodynamisch) erreicht werden.
 - Die teilstationäre Aufnahme ermöglicht eine engmaschige Überwachung der Kalorienzufuhr sowie des somatischen Zustandes des Kindes. Die Delegation dieser Funktion an den behandelnden Arzt/Ärztin wird von der Mutter/den Eltern häufig als wesentliche Entlastung erlebt.

Indikationen für eine stationäre Therapie

- Unmittelbare Bedrohung des körperlichen oder seelischen Wohls des Kindes (z.B. bei schwerer Psychopathologie der Mutter)
- Kindliche organische Erkrankungen, schwere Interaktions- und Beziehungsstörungen, die eine multimodale Therapie in einem interdisziplinären Team notwendig machen
- Schwere Erschöpfung der Mutter, insbesondere wenn nachts keine Entlastung durch den Partner möglich ist
- Belastende psychosoziale Umstände, die eine erfolgreiche ambulante Intervention verhindern und die eine zeitlich begrenzte, vollständige Herauslösung von Mutter und Kind aus dem familiären Beziehungskontext notwendig erscheinen lassen
- Fütterstörung mit Gedeihstörungen, insbesondere wenn die adäquate Versorgung des Kindes im Rahmen einer teilstationären Therapie nicht gewährleistet ist.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

- Entwicklungspsychologische Beratung und Information der Eltern hinsichtlich der normalen kindlichen Entwicklung, vor allem der Entwicklung der Verhaltensregulation in unterschiedlichen Bereichen sowie der Variationsbreite kindlichen Verhaltens in den ersten Lebensjahren
- Grundsätzlich bietet sich an, nahe Liegendes zuerst zu bearbeiten, immer ansetzend am aktuellen Problem. Oft geht es initial zunächst um die aktuelle psychophysische Entlastung der Bezugsperson, welche i.d.R. Voraussetzung für das Einlassen auf den weiteren psychotherapeutischen Prozess ist.
- Sind mehrere regulative Kontexte beeinträchtigt oder gestört, kann eine Hierarchie der Behandlungsschritte unter Zugrundelegung folgender Kriterien erfolgen:
 - Welches Symptom belastet Eltern und Kind am meisten und welches möchten sie vorrangig bearbeiten?
 - Für **Fütterstörungen** gilt: Geht die Fütterstörung mit sonstigen regulatorischen Problemen, insbesondere einer Störung der Schlaf-Wach-Regulation einher, so sollten diese zuerst behandelt werden, da sich hierdurch nicht selten die Regulation der Nahrungsaufnahme verbessert/entspannt
 - Für **Schlafstörungen** ist folgende Hierarchie sinnvoll: Viele andere kindliche regulatorische Störungen (Fütterstörungen, exzessives Klammern, Trennungsängste, exzessives Trotz/Grenzsatzungskonflikte etc.) wie auch elterlich-familiale Belastungen (elterliche Trennungsängste, Paarprobleme etc.) können mit Schlafstörungen einhergehen. In solchen Fällen sollten die zugrunde liegenden Störungen zuerst bearbeitet werden. Bei ausgeprägten Temperamentsauffälligkeiten ergänzende Ergotherapie.
- Führen die zuvor genannten Behandlungsschritte zu keiner relevanten Besserung der Symptomatik, ist gerade auch bei Vorliegen einer elterlichen, partnerschaftlichen oder familialen Psychopathologie und Beziehungspathologie eine individuelle Psychotherapie der Eltern und/oder eine Paar- und Familientherapie indiziert.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Ausreichende Berücksichtigung und Einbeziehung relevanter Alltagssituationen, gerade wenn sie im Rahmen der Therapiesitzungen nicht der direkten Beobachtung zugänglich sind
- Eventuell Hausbesuche mit der Option des Home treatments.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Teil- oder vollstationäre Behandlungseinheiten für Eltern-Säuglings-Psychotherapie verlangen speziell geschulte, interdisziplinäre Teams mit einem Pflegepersonal, welches die Eltern, in erster Linie die Mutter, in ihren eigenen Kompetenzen stützt. Insbesondere sollte vermieden werden, die Mutter/Eltern durch die Vermittlung des Eindrucks, das Personal verfüge im Gegensatz zu ihnen über einen adäquateren Umgang mit dem Säugling, weiter zu verunsichern. Jegliche Verstärkung ohnehin vorhandener elterlicher Insuffizienz- und Schuldgefühle kann zum Behandlungsmisserfolg und -abbruch führen.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Ist eine primär stationäre Behandlung von Mutter/einem Elternteil und Kind notwendig, so sollte, wenn irgend möglich, die gleichzeitige Aufnahme von Mutter/Elternteil und Kind erfolgen. Isolierte Aufnahmen des Kleinkindes ohne eine primäre Bezugsperson sind nur in Extremsituationen (z.B. bei ausgeprägter elterlicher Erschöpfung oder bei drohender Misshandlung) sinnvoll. Sie sollten nur so lang wie unbedingt nötig, aber so kurz wie möglich sein. Es sollten Bedingungen geschaffen werden, die tägliche Besuche zumindest der Mutter ermöglichen. Der Vater sollte gerade im teil- und

vollstationären Setting ausreichend in die Therapie einbezogen werden.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Insbesondere bei schweren psychosozial belastenden Lebensumständen und Risikokonstellationen (s.o.) ist die Einschaltung familienlastender Dienste (Kinderkrankenpflege, Kinderbetreuung) oder eine sozialpädagogische Familienhilfe indiziert. Ist in Einzelfällen die vorübergehende oder längerfristige Herausnahme des Kindes aus der Familie unumgänglich, sollte die weitere Beziehungsentwicklung zwischen Mutter/Eltern und Kind sowie die Beziehungsentwicklung im Dreieck Leibliche Eltern-Pflegeeltern-Kind unbedingt therapeutisch begleitet werden.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Medikamentöse Behandlungen sind außer in Extremfällen (z.B. auf wenige Tage begrenzte medikamentöse Schlafinduktion bei schweren kindlichen Schlafstörungen mit ausgeprägter Erschöpfung einer Bezugsperson) entbehrlich. Spezifisch ist zu bemerken, dass medikamentöse Therapieversuche (Sedierung) bei exzessivem Schreien und/oder Schlafstörungen keine Längerfristige zeigen, Sedativa im Gegenteil die zyklische Aktivität des Schlafes hemmen und die Aufmerksamkeit des Kindes am Tage beeinträchtigen. Sab Simplex hat sich in zahlreichen Studien als wirkungslos in der Behandlung unstillbarer Schreiphasen erwiesen (1). Nahrungsmittelumstellungen sind ohne klare Indikation kontraindiziert.

Literatur:

1. Barth R, "Baby-Lesestunden" für Eltern exzessiv schreiender Säuglinge - das Konzept angeleiteter "Eltern-Säuglings-Übungssitzungen". Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (2000), 49, 537-549
2. Barton ML, Robins D (2000) Regulatory Disorders. In: Zeanah CH (Hrsg.), Handbook of Infant Mental Health, 311-325. The Guilford Press, New York, London
3. Benoit D, Coolbear J, Posttraumatic Feeding Disorders in Infancy: Behaviors Predicting Treatment Outcome. Infant Mental Health J (1998), 19, 409-421
4. Cookie IE, Sackett DL (eds.) Evidence-based obstetrics and gynecology. Clinical Obstetrics and Gynecology (1996), 10, 551-567
5. Fegert JM, Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (1996), 45, 83-94
6. Hofacker N von et al., Diagnostik von Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Beziehung bei frühkindlichen Störungen der Verhaltensregulation. Kindheit und Entwicklung (1996), 3, 160-167
7. Kerwin ML E, Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Severe Feeding Problems. J Ped Psychol (1999), 24, 193-214
8. Larsson JO, Behavioural outcome of regulatory problems in infancy. Acta Paediatr (2004), 93, 1421-1423
9. Lucassen PL et al., Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. BMJ (1998), 316, 1563-1569
10. Papoušek M, Hofacker N von (2004) Regulationsstörungen des späten Säuglingsalters und Kleinkindalters. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg.), Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Krisen - frühe Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern
11. Patterson GR, A developmental perspective on antisocial behavior. Am Psychol (1989), 44, 329-335
12. Ramchandani P et al., A systematic review of treatments for settling problems and night-waking in young children. BMJ (2000), 320, 209-213
13. Ramsay M, Gisel E, Boutry M, Non-organic failure to thrive: growth failure secondary to feeding skills disorder. Developmental Medicine and Child Neurology (1993), 35, 285-297
14. Sadeh A, Anders TF, Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. Infant Mental Health (1993), 14, 17-34
15. Scheeringa MS, Gaensbauer TJ (2000) Posttraumatic stress disorder. In: Zeanah CH (Hrsg.), Handbook of infant mental health, 2. ed., 369-381. The Guilford Press, New York, London
16. Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J (2000) Aggressive behaviour disorders. In: Zeanah CH (Hrsg.), Handbook of infant mental health, 2. ed., 397-411. The Guilford Press, New York, London
17. Skuse D, Epidemiological and definitional issues in failure to thrive. Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America (1993), 2, 37-59
18. Wessel MA et al., Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". Pediatrics (1954), 14, 421-434
19. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA, Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr (1997), 36, 165-178
20. ZERO TO THREE (2005) Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press (2005)

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

N. von Hofacker, R. Barth, C. Deneke, T. Jacubeit, M. Papoušek, P. Riedesser,

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

N. von Hofacker, U. Lehmkuhl, F. Resch, M. Papoušek, R. Barth, T. Jacubeit

Korrespondenz an:

Dr. med. Nikolaus von Hofacker
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching
Behandlungseinheit Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Redaktionskomitee:

Leitend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Roustka, Frankfurt/Main
Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 14:47:51

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft