



AWMF-Register Nr.	028/041	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)

Schlüsselempfehlungen und Text

Version 26.9.2015

Alexander von Gontard, Eva Möhler, Carola Bindt (Herausgeber und Steuergruppe)

Unter Mitarbeit von:

Michael Borg-Laufs (DGVT)

Elfi Freiberger (VAKJP)

Jörg Hermann (DPtV)

Andrea Herpolsheimer (VIFF)

Nicolaus von Hofacker (BAG)

Barbara von Kalkreuth (VAKJP)

Johannes Klein-Heßling (BPtK)

Kai von Klitzing

Ina Kopp (AWMF)

Ulrike Lehmkuhl (DGKJP)

Peter Lehndorfer (BPtK)

Susanne Lohmann (DHV)

Cathleen Muche-Borowski (AWMF)

Matthias Ochs (DGSP)

Heike Philippi (DGKJ)

Gisela Schimansky (BKJPP)

Silke Scholz (DVE)

Birgit Schulze (DHV)

Hans-Michael Straßburg (DGSPJ)

Michael Schroiff (BKJ)

Harald Tegtmeyer-Metzdorf (bvkj)

Annekatri Thies (DGSPJ)

Edelhard Thoms (BAG)

Regina Trollmann (GNP)

Andreas Wiefel

Ute Ziegenhain

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der Bundesgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj), der Deutschen Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSP), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF), der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP), dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE), dem Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)

Korrespondierender Autor für die Steuergruppe:

Prof. Dr. Alexander von Gontard,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes, 66421 Homburg
Tel. 06841/16-24395
Fax: 06841/16-24397
Email: alexander.von.gontard@uks.eu

Inhaltsverzeichnis

Präambel

1. Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein
2. Beziehungsstörungen
3. Fütterstörungen
4. Schlafstörungen
5. Persistierendes exzessives Schreien
6. Regulationsstörungen
7. Ausscheidungsstörungen
8. Depressive Störungen
9. Angststörungen
10. Anpassungsstörungen
11. Posttraumatische Belastungsstörungen
12. Bindungsstörungen
13. Hyperkinetische Störungen (HKS)/ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
14. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD)
15. Weitere Störungen

Ausblick

Literatur

Präambel

Das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, d.h. das Alter von der Geburt bis zur Einschulung, ist durch eine rasche Entwicklungsdynamik gekennzeichnet. Im deutschen Sprachbereich wird traditionell unterschieden zwischen dem Neugeborenenalter (1-4 Wochen), dem Säuglingsalter (1-12 Monaten) und der entwicklungspsychologisch langen Altersspanne des Kleinkindalters (1-5 Jahre). Frühgeborene sind Kinder mit einem Gestationsalter von <37 Schwangerschaftswochen, sehr Frühgeborene sind Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 und extrem Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000g.

Im angelsächsischen Bereich wird eine andere Einteilung vorgenommen: „Infancy“ bezeichnet das Alter von Geburt bis zu 18 Monaten; „Toddlers“ sind Kinder im Alter von 18 Monaten bis 3 Jahren und „Preschoolers“ ältere Kleinkinder im Alter von ca. 4-5 Jahren. Dabei muss beachtet werden, dass die Einschulung in manchen Ländern mit 5, in anderen mit 6 Jahren erfolgt.

In diesen Leitlinien werden psychische Störungen des gesamten frühen Kindesalters, d.h. der Altersspanne von 0 bis einschließlich 5;11 Jahren behandelt. Wegen der enormen entwicklungspsychopathologischen Veränderungen wird differenziert und gesondert zu dem Alterbereich 0-3;11 Jahren und 4;0-5;11 Jahren Stellung genommen.

Mehrere epidemiologische Studien konnten zeigen, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter häufig sind. Wie von Egger und Angold (2006a) zusammengefasst, zeigen ca. 14-25 % aller Kleinkinder in den USA klinisch relevante psychische Störungen – 9-12% sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag. Die wichtigste deutsche Studie zur Feststellung von Gesundheitsstörungen im Kindesalter in Deutschland ist der Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt, 2007). Hierin wurde bei 84,2 % der Jungen und bei 89,4 % der Mädchen zwischen 3 und 6 Jahren keine Verhaltensauffälligkeiten gefunden, 8,9 % bzw. 6,9 % waren grenzwertig und 6,9 % bzw. 3,7% psychisch auffällig. Allerdings beruht diese Studie auf Fragebogenangaben und nicht auf diagnostische Interviews, d.h. es werden Verhaltenssymptome aber keine Diagnosen erfasst.

In einer neuen norwegischen Studie wurde mit strukturierten Interviews (PAPA) eine Prävalenz von 7,1 % für psychische Störungen (12,5% mit Enkopresis) bei 4jährigen Kindern erhoben (Wichstroem et al., 2012). In einer isländischen Studie lag die Rate von psychischen

Störungen bei 4 bis 6jährigen Kindern, ebenfalls mit einem strukturierten Interview erhoben, bei 10,1% (18% mit Ausscheidungsstörungen) (Gudmundsson et al., 2012). Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).

Zusammenfassend werden Verhaltensauffälligkeiten dieses Lebensalters häufig nicht adäquat diagnostiziert und als nicht behandlungsbedürftig angesehen. Dies liegt zum einen daran, dass die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischen Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkinder noch relativ jung ist. Gerade in den letzten Jahren sind viele wichtige Arbeiten publiziert worden. Dabei sind drei Trends besonders begrüßenswert: Während früher Fallberichte oder Arbeiten über selektierte Patientengruppen publiziert wurden, liegen nun für viele Störungen repräsentative, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studien vor. Gerade durch den Bezug auf nicht selektierte Gruppen von Kindern konnten viele Annahmen zu Häufigkeit, Schweregrad, Symptomatik und Ätiologie revidiert werden. Der Verlauf der Störungen, sowie die intervenierenden Variablen konnten zunehmend erfasst werden, weil manche dieser bevölkerungsbezogenen Studien nicht nur einen Querschnitt, sondern ein Langzeitverlauf beinhalteten. Ein weiterer positiver Trend zeigt sich in der Zunahme von qualitativ hochwertigen Therapiestudien, z.B. mit einem randomisiert kontrollierten Design. Dadurch ist es möglich, Therapieempfehlungen mit zunehmend höherer Evidenz auszusprechen.

Dabei werden manche Störungen mehr, manche weniger beforscht. Zu den Störungen mit hoher Forschungsaktivität gehören die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD - Oppositional Defiant Disorder), die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die Schlafstörungen. Die intensive Beschäftigung mit den externalisierenden Störungen (ADHS und ODD) ist wegen der Tendenz zur Chronifizierung und Persistenz vom Kleinkind-, über das Schul-, Jugend- und sogar in das Erwachsenenalter von besonderer praktischer Bedeutung. Über andere genauso wichtige Problembereiche wie die depressiven Störungen, Angst-, Ess- und Fütterstörungen liegen sehr viel weniger Publikationen vor. Über die Anpassungsstörungen fand sich keine einzig spezifische Arbeit.

Trotz der unausgewogenen Datenlage hat sich für alle Störungen eine kategoriale Ausrichtung bewährt. Natürlich sind Verhaltenssymptome dimensional verteilt und eine scharfe Abgrenzung zwischen Störung und Normalverhalten ist nicht für alle Problembereiche möglich. Dennoch betonen Angold und Costello (2009), dass die bisherigen traditionellen Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-IV auch für das Kindesalter

in Praxis und Forschung ausgesprochen erfolgreich waren. Mit entsprechenden Modifikationen können sie sinnvoll ab dem Alter von 2 Jahren eingesetzt werden. Für jüngere Kinder unter zwei Jahren sind alternative Klassifikationen, wie z.B. die DC:0-3R (Zero to Three, 2005) notwendig, die jedoch empirisch validiert werden müssen.

In dieser Leitlinie wird das Plädoyer für eine kategoriale Einteilung von psychischen Störungen bei Vorschulkindern aufgegriffen. Eine klinische Relevanz können subklinische Symptome haben, die nicht vollständig den Kriterien für eine Störung entsprechen. In solchen Fällen kann eine Beratung, aber keine Therapie indiziert sein.

Wegen der Entwicklungsdynamik des Vorschulalters müssen einzelne Kriterien, wie Dauer einer Störung oder einzelne Symptome für das junge Alter modifiziert werden. Das Thema der Klassifikation ist von daher eine zentrale Thematik bei psychischen Störungen in diesem Alter (Postert et al., 2009). Dabei stehen mehrere Klassifikationssysteme zur Verfügung:

1. Die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation.
2. Das darauf beruhende multiaxiale Klassifikationssystem für Kinder- und Jugendliche mit 6 Achsen (WHO, 1993; Remschmidt et al., 2001).
3. In der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere den Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt die Diagnostik von Kindern in der Regel nach der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS), die in den Altöttinger Papieren publiziert ist. Hierbei wird neben der Entwicklung, den körperlich-neuropädiatrischen Befunden sowie der psychischen und psychosozialen Situation des Kindes entsprechend den ICD-10 Diagnosen auch die Ätiologie berücksichtigt (z.B. genetisch, Anlage, hypoxisch-ischämisch). Der 6. Bereich ist die Partizipation des Kindes entsprechend den Kriterien der ICF(CY) (Bode et al. 2009, Hollmann et al. 2009).
4. Die DSM-IV der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA, 1994): Während die ICD-10 und DSM-IV für viele Störungen weitgehend übereinstimmen, divergieren sie z .B. erheblich bei der Definition von Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS nach DSM-IV) und hyperkinetischen Störungen (HKS nach ICD-10).
5. Eine Revision und Modifikation der DSM-IV-Kriterien für das Vorschulalter wurde von der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung vorgenommen (AACAP, 2003). Diese wurden als „Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA, 2002) bezeichnet und können sogar für manche Kinder bis zum Alter von sieben Jahren sinnvoll sein.
6. Neue Vorschläge der DSM-5 wurden nicht berücksichtigt, da dieses Klassifikationssystem erst 2013 veröffentlicht wird (APA, 2013). Auch liegt bisher keine

Adaptation der DSM-5 Kriterien für das Vorschulalter vor. Von daher behalten die RDC-PA Kriterien (die auf der DSM-IV beruhen) weiterhin ihre Gültigkeit.

7. Das neue Klassifikationssystem für junge Kinder im Alter von 0-3 Jahren wurde seit den achtziger Jahren entwickelt. Die neueste Auflage dieser Zero-to-Three Klassifikation (DC:0-3R; 2005) liegt bisher nur in englischer Sprache vor. Die Kriterien sind für manche Kinder sogar bis zum Alter von fünf Jahren verwendbar.
8. In der psychodynamischen Psychotherapie ist die Beziehungsdynamik zwischen dem Kind und seinen Eltern von zentraler Bedeutung. Diese wird u.a. gestaltet durch die Psychodynamik bei Mutter und Vater und auch durch die Beziehungsdynamik innerhalb der Familie. Die erste Achse der OPD-KJ (Beziehung) kann diesen Bereich abbilden. Diese Dynamik beginnt nicht erst nach der Geburt, sondern mit der Konzeption. Eltern haben Phantasien über das Kind, die das Werden und die Entwicklung beeinflussen (Arbeitsgruppe OPD-KJ, 2004).

Wegen der besonderen Bedeutung der Beziehung zu der versorgenden Bezugsperson wird neben der Diagnose einer kindlichen Störung in jedem Fall eine Beziehungsstörung (nach der 2. Achse der DC: 0-3R, 2005) erfasst oder ausgeschlossen. Wegen ihrer großen Bedeutung werden Beziehungsstörungen als erstes referiert.

Diese Leitlinie behandelt nach einer allgemeinen Einleitung 12 der wichtigsten psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Es handelt sich dabei ausschließlich um Störungen der ersten Achse (MAS, ICD-10; DC. 0-3R), bzw. dem 3. Bereich der MBS, d.h. um beim Kind diagnostizierbare psychische Störungen. Speziell werden behandelt: Fütterstörungen, Schlafstörungen, persistierendes exzessives Schreien, Regulationsstörungen, Ausscheidungsstörungen, Depressive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen Posttraumatische Belastungsstörungen, Bindungsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) und ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten). In Flussdiagrammen werden Entscheidungsbäume aufgezeigt. Es wird dabei ausdrücklich Bezug genommen auf die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Schmidt und Poustka, 2007), die Leitlinie über Störungen der frühen Eltern-Kind-Interaktion der DGSPJ, sowie Empfehlungen der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung (AACAP, 2005, 2007a-d) für ältere Kinder und Jugendliche. Auch werden neue S3-Leitlinien (wie zu ADHS/HKS und autistischen Störungen) berücksichtigt. Abweichende und spezifische Empfehlungen für das junge Kindesalter werden speziell formuliert.

Da es sich um eine S2k-Leitlinie (und nicht um eine S2e oder eine S3 Leitlinie) handelt, wurde der Grad der Evidenz für diese Leitlinien nicht bestimmt und deshalb nicht angegeben. Die Empfehlungen beruhen auf einem formalen Konsensusfindungsprozess, der sich auf die bisherige Forschungslage (und damit indirekt auf der Grad der Evidenz) stützt.

Neben den 12 ausführlich behandelten psychischen Störungen gibt es im Vorschulalter weitere Störungen, die nicht ausführlich behandelt werden. Im Vordergrund stehen dabei Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit Intelligenzminderung und vor allem die Autismus-Spektrum-Störungen, die als tiefgreifende Entwicklungsstörungen per se in der frühen Kindheit beginnen und in der Regel lebenslang persistieren. Diese werden in einer eigenen S3-Leitlinie behandelt.

Wichtige Aspekte des Vorschulalters werden in diesem Rahmen ausgespart. Die Leitlinien behandeln nicht körperliche Erkrankungen und Behinderungen, die primär Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere der Neuropädiatrie, sind. Eine genaue körperliche Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen ist Grundlage der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Vorschulalter. Primärer Ansprechpartner sind deshalb der betreuende Kinder- und Jugendarzt, z.B. im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen, und der Neuropädiater. Bei allen Kindern mit psychischen Problemen ist in der Regel eine Betreuung in einem multi- und interdisziplinären Netzwerk notwendig, bei dem die professionellen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen nach störungsspezifischer, differentieller Indikationsstellung sinnvoll kombiniert und ergänzt werden.

Auch wird nicht speziell auf die Bedürfnisse von Kindern mit globaler Entwicklungsstörung (EQ <70) und mit Intelligenzminderung, d.h. geistiger Behinderung mit einem IQ < 70 eingegangen. Ferner werden Teilleistungsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen, die traditionell Aufgabe der Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderung sind, nicht thematisiert. Zu diesen zählen z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, des Sprechens, der Sprache und anderer spezifischer kognitiver Funktionen. Für alle diese drei Gruppen (körperliche Erkrankungen, geistige Behinderung, Teilleistungsstörungen) gilt, dass die Rate von komorbiden psychischen Störungen eindeutig erhöht ist. Diese Risikogruppen benötigen deshalb eine besonders intensive Diagnostik und Therapie möglicher psychischer Störungen – im Vergleich zu anderen Kindern mit regelrechter Entwicklung.

Geschichte der formalen Abläufe der Leitlinienentwicklung zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter:

Leitlinien für das Vorschulalter wurden von der „Arbeitsgruppe Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) als Leitlinien höchster Relevanz für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie angesehen. Dies wurde dem Vorstand der DGKJP vermittelt. Ein erstes Treffen der Steuergruppe (von Gontard, Bindt, von Hofacker) fand Juni 2007 in München statt. Nach einem Vorstandsbeschluss vom April 2009 der DGKJP wurde Herr von Gontard beauftragt, Leitlinien auf S1 Niveau zu koordinieren. Nachdem S1 Leitlinien in Zukunft nur noch Empfehlungscharakter haben werden, wurde der Beschluss bei der Vorstandssitzung der DGKJP im September 2009 revidiert und entschieden, dass stattdessen ein S2k Niveau angestrebt werden sollte. Herr von Gontard sichtete und fasste die relevante Literatur der letzten fünf Jahre zur Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie in einem ersten Entwurf zusammen (von Gontard, 2010).

Das nächste Treffen der Steuergruppe (von Gontard, Möhler, Bindt) fand im Dezember 2009 in Homburg (Saar) statt. Die geplanten Leitlinien wurden im Dezember 2009 bei der AWMF angemeldet. Ein Textentwurf wurde von der Steuergruppe zusammengestellt und an alle eingeladenen Mitarbeiter/innen verschickt.

Im Jahr 2010 haben 2 Konsensustreffen stattgefunden. Bei dem ersten Treffen am 22.3.10 in Homburg (Saar) waren überwiegend Mitglieder der DGKJP anwesend. Beim zweiten Treffen am 25. Oktober 2010 in Hamburg waren alle drei kinderpsychiatrischen Fach- und Berufsverbände (DGKJP, BAG, BKJPP), sowie die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) vertreten. Die Diskussion fand unter neutraler Moderation von Frau Prof. Dr. I. Kopp (AWMF) statt. Dabei wurden die Vorgaben der AWMF zur formellen Konsensfindung vermittelt und der Verlauf der Leitlinienerstellung festgelegt. Im Jahr 2011 fanden ebenfalls zwei Konsensustreffen in größerem Kreis statt. Am 25.3.11 in Hamburg und am 12.9.2011 in Homburg/Saar. Dabei wurden vor allem die Schlüsselempfehlungen diskutiert und vorformuliert. Die Treffen des Jahres 2012 fanden am 23.1.2012 und am 11.6.2012 in Hamburg statt. Bei dem ersten Treffen wurden alle Schlüsselempfehlungen zu Ende diskutiert und beim zweiten verabschiedet. Alle anderen Eingaben und Veränderungen erfolgten per Email im Umlaufverfahren.

Folgende Aspekte sollen bei diesen Leitlinien berücksichtigt werden:

- Die bisherigen Leitlinien „Regulationsstörungen der frühen Kindheit“ (AWMF Nr. 028/28) werden durch diese Leitlinie ersetzt.
- Bisherige S1 Leitlinien und aktuelle S2/S3 Leitlinien zu älteren Kindern und Jugendlichen werden berücksichtigt. Abweichende Empfehlungen für das Alter von 0-5;11 Jahren werden gesondert betont.
- Gesondert werden die speziellen Bedürfnisse der zwei Altersgruppen von 0-3;11 Jahren (Säuglinge und Kleinkinder) und von 4;0-5;11 Jahren (Vorschulkinder) berücksichtigt. Aufgrund der hohen Entwicklungsdynamik und den Veränderungen in der Beziehungsgestaltung zu Bezugspersonen ist diese Differenzierung notwendig. Psychische Störungen können altersabhängig unterschiedliche Ausprägungen aufzeigen und ein differenziertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen benötigen.
- Die Leitlinie richtet sich an alle Berufs- und Fachgruppen, die Kompetenzen in der Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei jungen Kindern aufweisen. Es werden gezielt Hinweise auf die Qualifikation von einzelnen Berufsgruppen (z.B. in der Behandlung spezieller Störungen) gegeben. Von wesentlicher Bedeutung ist die Multi- und Interdisziplinarität in einem Netzwerk von sachkompetenten Institutionen mit Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen und Therapeuten, die ggf. sozialgesetzbuchübergreifend (z.B. Gesundheitssystem und Jugendhilfe) zusammenwirken.
- Hinweise auf Früherkennungs- und Screeningverfahren werden gegeben, um psychische Störung frühzeitig zu erkennen und bei einem Verdacht rasch eine diagnostische Abklärung in die Wege zu leiten.
- Die diagnostische Grundlage psychischer Störungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5;11 Jahren ist die 1. Achse des MAS oder die 3. Achse des MBS der ICD-10, sowie die erste Achse des Klassifikationssystems DC: 0-3R (2005), das inzwischen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) anerkannt ist. Bei einzelnen Störungen ist die Verwendung der modifizierten DSM-IV Kriterien (RDC-PA) empfehlenswert, da diese z.T. genauer sind.
- Die OPD-KJ kann in Ergänzung eingesetzt werden.
- Das Vorliegen einer Diagnose nach ICD-10 und/oder DC: 0-3R hat als Handlungskonsequenz eine Beratung der Bezugspersonen, in deutlicher Ausprägung eine leitliniengerechte Behandlung des Kindes. Eine Behandlung soll ohne Vorliegen einer Diagnose nicht durchgeführt werden.

- Subklinische Symptome (unter der Schwelle einer Diagnose, so genannte „sub-threshold“ Symptomatologie) können für Kinder und Eltern mit einer hohen Belastung verbunden sein. In diesen Fällen kann ein Beratungs- und Interventionsbedarf bestehen.
- In jedem Fall soll bei jedem Kind eine Beziehungsstörung nach der zweiten Achse des Klassifikationssystems DC: 0-3R (2005) spezifiziert angegeben, falls die Kriterien erfüllt sind bzw. ausgeschlossen werden, wenn sie nicht erfüllt sind.
- Bei vorhandenen Beziehungsstörungen (2. Achse DC: 0-3R) kann auch ohne Vorliegen einer kindlichen psychischen Störung (1. Achse ICD-10 und/oder DC: 0-3R) Behandlungsbedarf bestehen.
- Die S2k Leitlinien werden in Schlüsselempfehlungen formuliert. Auf Angaben der formalen Evidenz wird verzichtet, da es sich um keine S2e (oder S3) Leitlinie handelt. Die Schlüsselempfehlungen werden in drei Stufen formuliert:
 - Starke Empfehlung: soll (oder soll nicht)
 - Empfehlung: sollte (oder sollte nicht)
 - Empfehlung offen: kann erwogen werden
- Die Evidenzbasierung wurde durch mehrere systematische Literaturrecherchen mit den Datenbanken Pubmed und Scopus untermauert. Dabei wurden folgende Suchbegriffe verwendet: 'infant', 'toddler', 'preschool children' in Verbindung mit den spezifischen Störungsbildern. Die letzte Recherche erfolgte am 29.11.12.
- Alle beteiligten Fachgruppen, sowie Patientengruppen werden eingeladen, u.a. Vertreter aus dem direkten Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und der pädiatrischen Fachverbände (DGKJ, BVKJ, DGSPJ, GNP), zusätzlich auch an die Fachverbände der Erwachsenenpsychiater, die Bundespsychotherapeutenkammer, die VAKJP, die DGVT, die DGSPJ, die GAIMH, die Dachverbände der Frühförderstellen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Gesundheitsämter, die Dt. Liga für das Kind und Repräsentanten von Betroffenen- bzw. Elternverbänden.
- Mögliche Interessenskonflikte aller Teilnehmer wurden dokumentiert. Diese findet sich in Tabellenform im Anhang und sind in ausführlicher Form bei der Steuergruppe (A.v.G) hinterlegt. Dabei werden sowohl materielle Verflechtungen (wie Aktivitäten mit Pharmafirmen), als auch immaterielle Interessenskonflikte (wie Zugehörigkeit zu bestimmten Psychotherapieschulen, Instituten, Fachgesellschaften) berücksichtigt. Die Angaben zu Interessenkonflikten wurden von der Steuergruppe überprüft. Befangenheiten lagen bei der Abstimmung nicht vor.
- Beim Treffen am 11.6.12 wurden die Leitlinien-Schlüsselempfehlungen im formalen Konsensfindungsverfahren im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses im

persönlichen Treffen mit unabhängiger Moderation der AWMF (Frau Dr. Muche-Borowski) verabschiedet. Der Ablauf gestaltete sich wie folgt:

- o Präsentation der zu konsentierenden Aussagen / Empfehlungen
- o Stille Notiz: Welcher Empfehlung/Empfehlungsgrad stimmen Sie nicht zu?
Ergänzung, Alternative?
- o Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und
Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
- o Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer
Rangfolge
- o Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
- o Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen
- o Schritte werden für jede Empfehlung wiederholt

Die Formulierung erfolgt in den o.g. 3 Stufen als Ausdruck der Stärke der Empfehlung. Die Zustimmung der Leitlinien-Gruppe zu einer Empfehlung wird mit der Konsensstärke ausgedrückt: starker Konsens (Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer), Konsens (Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmer), mehrheitliche Zustimmung (Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmer), kein Konsens (Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer).

- Nach ausführlicher Diskussion konnten die meisten Schlüsselempfehlungen mit einem starken Konsens verabschiedet werden. Am kontroversesten wurden diskutiert: das persistierende exzessive Schreien und die Regulationsstörungen.
- Die Leitlinien wurden von den jeweiligen Fachgesellschaften ratifiziert.
- Die Leitlinien sollen in 5 Jahre von der bisherigen Steuergruppe neu bearbeitet werden.
- Reisekosten wurden von den jeweiligen Fachgesellschaften getragen. Sonstige Finanzierung der Leitlinien lag nicht vor.

1. Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein

Psychische Störungen sind im Vorschulalter häufig. Ältere Vorschulkinder sind häufiger von einer Störung betroffen als jüngere Kleinkinder. Wie im Schulalter weisen Jungen auch im Kleinkind- und Vorschulalter häufiger psychische Störungen auf als Mädchen (KiGGS-Studie – Bundesgesundheitsblatt, 2007; Wichstrom et al., 2011; Egger & Angold, 2006a), allerdings sind die Geschlechtsunterschiede hier weniger stark ausgeprägt. Viele Störungen treten bei jungen Kindern nicht isoliert auf, sondern gleichzeitig mit anderen komorbiden Störungen (Egger und Angold, 2006a). Auch können Störungen zu verschiedenen Langzeitverläufen neigen (Angold und Egger, 2007) mit unterschiedlicher Persistenz, Remissionsraten und Altersgipfeln. So konnten Bufferd et al. (2012) zeigen, dass 50.4% der Kinder mit psychischen Störungen im Alter von 3 Jahren diese auch im Alter von 6 Jahren aufwiesen. Manche Störungen treten bei Vorschulkindern gar nicht auf und können alleine wegen des Alters ausgeschlossen werden, wie z.B. schizophrene Psychosen, klassische bipolare Störungen, Agoraphobie, Panikstörungen, Anorexie, Bulimie und Persönlichkeitsstörungen.

Die Diagnose einer psychischen Störung bei Kindern im Alter von 0 – 5;11 Jahren soll unter Berücksichtigung der Interaktion und nur auf der Basis der jeweiligen Diagnosekriterien gestellt werden.

Störungen im Vorschulalter zeigen gegenüber denen älterer Kinder und Jugendlicher Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind. Es wurden deshalb in der Vergangenheit verschiedene Einwände erhoben, ob die Identifikation von psychischen Störungen in diesem Alter überhaupt sinnvoll und möglich ist, wie von Egger und Angold (2006a) zusammengefasst. Es wurde befürchtet, dass erstens das Vorschulalter eine so rasche Entwicklungsdynamik aufweist, dass Symptome oder Cluster von Symptomen überhaupt nicht valide gemessen werden können. Da manche Kinder individuelle Entwicklungsverläufe zeigen, die von Normen abweichen können, wurde zweitens in Frage gestellt, ob psychiatrische Störungen überhaupt voneinander abgegrenzt werden können. Drittens wurde kritisiert, dass die DSM- und ICD-Klassifikationen nicht genügend Entwicklungsaspekte berücksichtigen. Viertens wurde eine Stigmatisierung durch Diagnosen psychischer Störungen befürchtet, die die Selbstwahrnehmung des Kindes und elterliche Einstellungen negativ beeinflussen könnten. Fünftens wurde kritisiert, dass Beziehungsaspekte mit den versorgenden Erwachsenen so unmittelbar wirksam sind, dass sie von der kindlichen Problematik nicht abzutrennen sind.

In ihrer kritischen Übersicht kommen Angold und Costello (2009) dagegen zum Schluss, dass kategoriale Diagnosen meist extreme Ausprägungen von kontinuierlich verteilten Symptomen repräsentieren; dass DSM-IV-Kategorien sich gut replizieren ließen; dass auf Störungsbilder, die für das Erwachsenenalter beschrieben wurden, auch im Kindesalter für die Praxis erstaunlich gut zurückgegriffen werden kann; dass sich die häufigsten psychiatrischen Diagnosen bis zum Alter von zwei Jahren nachweisen lassen; dass unter dem Alter von zwei Jahren jedoch alternative Klassifikationen notwendig sind, wie z.B. die DC:0-3R (2005), die bisher jedoch nicht genügend empirisch untermauert ist.

Von daher erscheint es theoretisch logisch und praktisch sinnvoll, auch für das frühe Kindesalter eine kategoriale Einteilung von Störungsbildern zu übernehmen. Dabei stehen vier Klassifikationssysteme zur Verfügung, die sich sinnvoll ergänzen (Postert et al., 2009).

Es sollen sowohl bei 0-3;11jährigen wie bei 4;0-5;11jährigen Kindern unter Berücksichtigung der Interaktion eine Diagnose gestellt werden. Unabhängig vom Alter soll eine Diagnose nur gestellt werden, wenn die Kriterien der jeweiligen Störung erfüllt sind. Gerade in der Gruppe der 0-3;11Jährigen sollten Diagnosen mit besonderer Vorsicht und Zurückhaltung gestellt werden.

Im klinischen Kontext soll die erste Achse des multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10 bzw. der 3. Bereich der MBS nach der ICD-10 verwendet werden.

Das multiaxiale Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 bildet in Europa und in weiten Teilen der Welt die Grundlage der kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Praxis (WHO, 1993; Remschmidt, et al., 2001). Leider gibt es in der ICD-10 keine Anpassung der einzelnen Kriterien für das Vorschulalter. Diese Leitlinien behandeln nur Störungen der ersten Achse der ICD-10, d.h. psychische Störungen im engeren Sinn.

In den Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt die Diagnostik von Kindern in der Regel nach der Mehrdimensionalen Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie, die in den Altöttinger Papieren publiziert sind. Hierbei wird neben der Entwicklung, den körperlich-neuropädiatrischen Befunden sowie der psychischen und psychosozialen Situation des Kindes entsprechend den ICD-10 Diagnosen auch die Ätiologie berücksichtigt. Der 6. Bereich ist die Partizipation des Kindes entsprechend den Kriterien der ICF(CY).

Ergänzend kann die OPD-KJ hinzugezogen werden. Die OPD-KJ ist ein Diagnosemanual, das sich als fakultative, modular aufgebaute psychodynamische Diagnostik in Ergänzung des «Multiaxialen Klassifikationsschemas» (MAS) versteht. In der psychodynamischen Psychotherapie hat sich zusätzlich die ODP-KJ mit ihren 4 Achsen bewährt (1. Beziehung, 2. Konflikt, 3. Struktur, 4. Behandlungsvoraussetzungen und Ressourcen) (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Falls zutreffend, sollen alle Achsen des MAS oder MBS der ICD-10 berücksichtigt werden.

In dem multiaxialen Klassifikationssystem (MAS) werden insgesamt sechs Achsen unterschieden, die jeweils individuell zu erfassen sind. Die sechs Achsen umfassen:

1. Achse: Das klinisch-psychiatrische Syndrom.
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen.
3. Achse: Das Intelligenzniveau.
4. Achse: Die körperliche Symptomatik.
5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände.
6. Achse: Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Diese 6 Achsen ermöglichen eine differenzierte Erfassung einer psychischen Störung auf verschiedenen Ebenen auch im Vorschulalter. Da vorausgesetzt wird, dass die MAS der ICD-10 allgemein bekannt ist, wird sie an dieser Stelle nicht weiter vertieft

In den Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt die Diagnostik der dort behandelten Kinder seit 1992 als Mehrdimensionalen Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) entsprechend dem „Altöttinger Papier“ Band 1-3:

1. Beurteilung der Entwicklung bzw. der Intelligenz
2. Körperliche Befunde
3. Psychische Befunde
4. Psychosoziale Begleitumstände
5. Ätiologie
6. Partizipation / Teilhabe nach der ICFCY

Falls möglich, sollen psychische Störungen nach der 1. Achse des Klassifikationssystems DC: 0-3R zusätzlich oder alternativ zur ICD-10 Diagnose erfasst werden.

Da es eine altersspezifische Adaptation, bzw. Modifikation der ICD-10 Kriterien für das Vorschulalter nicht gibt, werden manche Diagnosen im Vorschulalter nicht adäquat für diese Alter erfasst. Deshalb wurden Kriterien von neuen Störungsbilder speziell für das junge Alter mit dem Klassifikationssystem DC:0-3R (2005) etabliert.

Das Klassifikationsschema DC:0-3 wurde erstmals 1994 veröffentlicht und 1999 ins Deutsche übersetzt (Zero-to-Three: Diagnostische Klassifikation 0-3,1999). Die DC:0-3 wurde klinisch eingesetzt und durch mehrere wissenschaftliche Untersuchungen überprüft und Revisionsvorschläge formuliert (Emde und Wise, 2003). Die Vorschläge zur Revision finden sich bei der neuen revidierten Version DC:03-R (2005), die bisher nur in englischer Sprache vorliegt (Zusammenfassung in deutscher Sprache bei von Gontard, 2010). In der klinischen Anwendung ist sie auch für Kinder im Alter von 4-5 Jahren, d.h. für das gesamte Vorschulalter geeignet.

Die DC:0-3R (2005) unterscheidet fünf Achsen:

- I. Achse: Klinische (psychische) Störung
- II. Achse: Beziehung
- III. Achse: Medizinische Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV
- IV. Achse: Psychosoziale Stressoren
- V. Achse: Emotionales und soziales Funktionsniveau.

Auf der 1. Achse werden die psychischen Hauptdiagnosen (mit Subtypen) definiert. Manche Diagnosen sind in der ICD-10 oder DSM-IV nicht enthalten (wie die Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung). Manche ICD-10 und DSM-IV Diagnosen kommen in der DC: 0-3R (2005) nicht vor (wie HKS/ADHS). Andere DC: 0-3R Diagnosen entsprechen den ICD-10 und DSM-IV Diagnosen und weichen nur in den altersspezifischen Kriterien ab (wie z.B. die Schlafstörungen). Schließlich sind manche Diagnosen in der ICD-10 und DSM-IV sehr viel besser abgebildet als in der DC:0-3R (Equit et al., 2011).

Die Achse III, IV und V der DC: 0-3R (2005) haben in der klinischen Arbeit wenig Relevanz, so dass gut auf sie verzichtet werden kann. Zudem liegt mit dem multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10 schon ein bewährtes Instrument vor.

Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Diagnosen der DC: 0-3R ergänzend (falls sie in beiden Klassifikationssystemen vorhanden sind) oder alternativ zu verwenden (falls sie nur in einem der Klassifikationssysteme vorgehalten sind).

Von daher wird bei allen Vorschulkindern folgendes Vorgehen empfohlen (Wiefel et al., 2007):

1. Klassifikation nach den bewährten sechs Achsen der MAS bzw. der MBS der ICD-10.
2. Als Ergänzung Diagnosen der Achsen I und II nach DC:0-3R (2005)

Mit diesem Vorgehen wird man in der klinischen Praxis den Störungen im Vorschulalter am ehesten gerecht.

Bei einzelnen Störungen, z.B. ADHS, ODD und Schlafstörungen sollen die modifizierten DSM-IV Kriterien (RDC-PA) verwendet werden, weil sie genauer sind.

Die DSM-IV (APA, 1994) und die Textrevision DSM-TR (APA, 2000) werden in Nordamerika, anderen Ländern und vor allem in vielen Forschungsprojekten verwendet. Trotz vieler Überschneidungen divergieren die Kriterien für manche Diagnosen vor allem bei ADHS (DMS-IV) versus HKS (ICD-10) sehr.

Von der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung wurden Vorschläge zur Revision und Ergänzung der DSM-IV Kriterien mit altersentsprechender Anpassung für das Vorschulalter veröffentlicht (AACAP, 2003). Diese wurden als „Research Diagnostic Criteria – Preschool Age“ (RDC-PA; 2002) bezeichnet und sind im Internet unter www.infantininstitute.org abrufbar. Die RDC-PA Kriterien sind für manche Störungen präziser formuliert mit genaueren Angaben zu Zeitintervallen, Symptommhäufigkeiten und Schweregraden. In diesen Fällen sind die DSM-IV basierten, modifizierten RDC-PA Kriterien gegenüber der ICD-10 und der DC: 0-3R zu bevorzugen. Die revidierten DSM-5 Kriterien werden 2013 eingeführt (APA, 2013). Da es noch keine RDC-PA Kriterien auf DSM-5 gibt, behalten die bisherigen, auf der DSM-IV beruhenden weiter ihre Gültigkeit.

In jedem Fall soll parallel zu der psychischen Hauptdiagnose des Kindes eine Beziehungsstörung nach DC: 0—3R erfasst oder ausgeschlossen werden.

Die zweite Achse der DC:0-3R (2005) stellt ein Novum in der Diagnostik dar. Es werden ausgeprägte interaktive Störungen für die jeweiligen Dyaden klassifiziert.

Folgende Formen können unterschieden werden:

- Überinvolvierte Beziehungsstörung
- Unterinvolvierte Beziehungsstörung
- Ängstlich/angespannte Beziehungsstörung
- Ärgerlich/ablehnende Beziehungsstörung
- Gemischte Beziehungsstörung
- Verbal misshandelnde Beziehungsstörung
- Körperlich misshandelnde Beziehungsstörung
- Sexuell misshandelnde Beziehungsstörung.

In der Beziehungsdiagnostik werden die Qualität des interaktiven Verhaltens, der affektive Ton und die psychische Involvierung erfasst. Auch standardisierte Instrumente stehen zu Verfügung (wie die „Parent-Infant-Relationship-Global Assessment Scale“ - PIR-GAS; DC: 0-3R, 2005).

Die Beziehungsachse ist so wichtig wegen der engen Verbindung von kindlichem Verhalten und Beziehung zur versorgenden Person. Auch sind Beziehungsstörungen mit einer ungünstigen Prognose der kindlichen Störung verbunden. Aus diesem Grund sollte nie auf die Diagnose einer möglichen Beziehungsstörung verzichtet werden.

Eine Beziehungsstörung nach DC: 0-3R kann auch ohne eine kindliche psychische Störung bestehen. Eine Beratung und Intervention soll auch in solchen Fällen erfolgen.

Diese Konstellation einer Beziehungsstörung ohne bisherige Störung des Kindes ist z.B. bei Eltern mit eigenen psychischen Störungen häufiger. Eine Beratung bei leichteren Beziehungsstörungen hat prophylaktische Auswirkungen und kann das Entstehen zukünftiger Störungen verhindern. Bei schweren, misshandelnden Beziehungsstörungen steht der Schutz des Kindes im Vordergrund.

Subklinische Symptome unter der Schwelle einer Diagnose sollen erfasst werden. Eine Beratung sollte erfolgen.

Diese stellen keine Diagnose dar, können aber für Kind und Eltern emotional belastend sein, die Alltagsfunktionen einschränken, zu Interaktionsschwierigkeiten führen und die Entwicklung negativ beeinflussen.

Symptome unter der Schwelle einer Diagnose (sub-threshold symptoms) liegen vor, wenn z.B. Dauer, Schweregrad und Häufigkeit einer Symptomatik nicht die Diagnosekriterien erfüllt, oder das Alter des Kindes eine Diagnose ausschließt. Sie können als Vorläufer späterer Störungen wirken. Eine Beratung bei belastenden Symptomen kann auch ohne Diagnose sinnvoll sein.

Die Basisdiagnostik soll auf klinischer Anamnese, körperlicher Diagnostik psychopathologischem Befund und Interaktions-/Beziehungdiagnostik beruhen.

Die minimale Grunddiagnostik ist klinisch ausgerichtet und kann in verschiedenen Settings ohne großen Aufwand durchgeführt werden kann. Sie erfordert klinische Erfahrung und genügend Zeit.

Die Grundstandards wurden in den amerikanischen Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern im Alter von 0-3 Jahren zusammengefasst (AACAP, 1997). Danach liegt der Schwerpunkt auf der Anamnese und auf nicht strukturierten, klinischen Interaktionsbeobachtungen. Erst im zweiten Schritt werden standardisierte Untersuchungsinstrumente vorgestellt und empfohlen.

In dem Practice Parameter for the Psychiatric Assessment of Infants und Toddlers (0-36 months) (AACAP, 1997) werden die diagnostischen Schritte ausführlich erläutert. Die Diagnostik umfasst sowohl Familiensitzungen mit dem Säugling oder dem Kleinkind, um die Interaktion und Beziehung während Interview und Spiel zu beobachten; Elternsitzungen ohne Kind, um Eltern die Gelegenheit zugeben, z.B. offen über Paarprobleme zu sprechen; und, wenn das Kind sich trennen kann, Kontaktaufnahme und Spielbeobachtung mit dem Kind alleine.

Ganz besonders wichtig ist dabei eine ausführliche und detaillierte Anamnese (AACAP, 1997). Die Anamnese umfasst:

- Vorstellungsanlass, die aktuelle Symptomatik und Problematik.

- Die Entwicklungsanamnese einschließlich: Umstände zum Zeitpunkt der Konzeption, Schwangerschaft, Säuglingszeit, Adoption.
- Psychisches Befinden der Eltern.
- Körperliche Entwicklungs- und medizinische Anamnese.
- Kognitive Entwicklung.
- Emotionale Entwicklung und Temperament.
- Familiäre Beziehungen.
- Beziehungen zu Gleichaltrigen.
- Ungewöhnliche und traumatische Umstände
- Einschätzung des familiären, kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrunds.

Es folgt die klinische Beobachtung, Interaktion und Beziehung. Wenn möglich sollte das Kind mit Eltern oder Hauptbezugspersonen zusammen beobachtet werden. Das Kind kann zusätzlich mit jedem Elternteil getrennt beobachtet werden, um die beziehungsspezifische Symptomatologie zu erfassen. Dazu wird die Spielsitzung minimal strukturiert, um einen möglichst unverfälschten Eindruck zu gewinnen. Eltern werden aufgefordert, so mit dem Kind zu spielen, wie sie es zu Hause tun würden. Eine semi-strukturierte videobasierte Interaktionsdiagnostik kann als Ergänzung verwendet werden. Die wichtigsten Beobachtungen umfassen: die elterliche Fähigkeit auf das Kind einzugehen; ihre Feinfühligkeit und Fähigkeit, den emotionalen Ausdruck des Kindes zu regulieren, sowie den Gebrauch von Grenzen. Ferner werden die Interaktion des Kindes mit seinen Eltern, seine Autonomie und der Ablauf und Inhalt des interaktionellen Spiels mit den Eltern beobachtet (zur Beziehungsdiagnostik s. ausführlicher z. B. Cierpka, 2012). Wenn irgend möglich sollten die Angaben der Eltern und die Beobachtungen nach Einverständnis der Eltern durch schriftliche oder mündliche Berichte von anderen Betreuern/innen in Krippe, Kindergarten, Frühförderung, Heilmittel-Therapie etc. ergänzt werden.

Wie bei älteren Kindern wird ein psychopathologischer Befund erhoben, z.B. mit der ITMSE (Infant and Toddler Mental Status Exam) (AACAP, 1997). Folgende Funktionen und Verhaltenweisen innerhalb der Familie und mit dem Untersucher werden mit dem ITMSE eingeschätzt:

- Körperliche Erscheinung
- Reaktion auf neue Situationen
- Selbstregulation
- Motorische Funktionen
- Vokalisation und Sprachproduktion
- Denken

- Affekt und Stimmung
- Spiel
- Kognitive Funktionen
- Bezogenheit auf Bezugspersonen

Wegen der Häufigkeit von somatischen Begleit- oder Grundkrankheiten sowie entwicklungsneurologischer Auffälligkeiten darf auf eine körperliche Untersuchung nicht verzichtet werden. Falls erforderlich und indiziert sollen Zusatzuntersuchungen und Befunde aus anderen Fachgebieten eingeholt werden (Entwicklungs- und Neuropädiatrie, Humangenetik, Pädaudiologie, usw.). EEG und weitere neurophysiologische Untersuchungen, bildgebende Verfahren, Funktions-Untersuchungen und Labordiagnostik erfolgen nach Indikation.

Standardisierte Verfahren sollen bei Indikation zusätzlich verwendet werden.

Standardisierte Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine systematische Diagnostik einzelner Funktionsbereiche und ein Vergleich mit den Werten gleichaltriger Kinder (AACAP, 1997). Sie ersetzen die Basisdiagnostik nicht und sollen nie die einzige Grundlage der Einschätzung sein. Mit anderen Worten: die klinische Einschätzung steht im Vordergrund, die standardisierte Diagnostik wird in Ergänzung nach Indikation durchgeführt und liefert wichtige, zusätzliche Informationen.

Ein Überblick über diagnostischen Verfahren findet sich in der Übersicht von Wiefel et al. (2007) und Del Carmen-Wiggins sowie Carter (2004) und Straßburg (2012). Die Abklärung psychischer Störungen bei jungen Kindern weist einige Besonderheiten auf. Der Einsatz von Fragebögen kommt bei jungen Kindern wegen des noch nicht ausreichenden Spracherwerbs nicht in Frage. Die Angaben von Kindern als Informanten sind auch in Interviews nicht zuverlässig und ausreichend (Luby et al., 2007). Zunehmend sind deshalb strukturierte Beobachtungsinstrumente wichtig, wie sie zuerst für autistische Störungen (ADOS) entwickelt wurden, aber zunehmend auch für andere Problembereiche, wie externalisierende Störungen (Wakschlag et al., 2008 a und b). Bei Eltern als Informanten kommen neben Fragebögen standardisierte strukturierte psychiatrische Interviews vor allem im Forschungskontext zum Einsatz (PAPA; Egger und Angold, 2004 und Egger et al., 2006b; DIPA, Scheeringa, 2004; Scheeringa und Haslett, 2010). Wegen der Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion haben strukturierte Interaktionsinstrumente bei jungen Kindern ebenfalls einen hohen Stellenwert (Cierpka, 2012).

Die diagnostischen Verfahren können in diesem Zusammenhang nur beispielhaft erwähnt werden. Eine aktuelle Zusammenstellung von Testverfahren und Fragebögen mit einer Darstellung von Standards zur psychologischen Diagnostik findet sich im Band 3 „Qualität in der Sozialpädiatrie“ (Fricke et al., 2007 und 2012). Zu ihnen gehören:

1. Entwicklungstests:

Zu den bekanntesten gehören die Bayley Scales of Infant Development II und III, die Griffith's Scales und der ET 6-6, sowie für das 6. Lebensjahr die Intelligence and Development Scale (ids). Mit den Entwicklungstests können üblicherweise die kognitive und motorische Entwicklung, zum Teil auch Verhaltensaspekte bei 0-4jährigen Kindern gemessen werden.

2. Intelligenztests:

Zu den bekannten, auch bei jungen Kindern einsetzbare Tests gehören die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), der Snijders Omen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 1 ½ - 5) und der Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III). Die Intelligenztests sind üblicherweise ab dem Alter von 2 ½ Jahren einsetzbar und ermöglichen eine mehrdimensionale Messung kognitiver Funktionen. Einzelne Subtests sind sprachfrei; mit ihnen können sowohl Grundintelligenz als auch erworbenes Wissen erfasst werden.

3. Spezielle Tests:

Zur Erfassung spezifischer Funktionen stehen spezielle Tests zur Verfügung, wie z.B. für die Sprache und für das Sprechen, z.B. die SETK-Tests oder für die motorische Leistungsfähigkeit z.B. der Movement ABC-2.

4. Verhaltensskalen:

Mit den Vineland-Skalen können adaptives Verhalten, soziale Fähigkeiten und Selbständigkeit erfasst werden. Mit den HOME-Skalen wird die Qualität der kindlichen Umgebung im Bezug auf die kindliche Entwicklung beschrieben.

5. Allgemeine Fragebögen:

Die bekanntesten allgemeinen Fragebögen des Vorschulalter sind die Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ -5) für Eltern und die Caregiver-Teacher-Report-Form (C-TRF1½-5) für Erzieher und Kindergärtnerinnen (Achenbach und Rescorla, 2000). Andere validierte und genormte Fragebögen (wie der SDQ) können genauso verwendet werden.

6. Spezifische Fragebögen:

Eine Vielzahl von spezifischen Fragebögen zielt auf die Erfassung z.B. des kindlichen Temperaments, wie z.B. der Infant Behavior Questionnaire-Revised (Vonderlin et al., 2011). Neuerdings wurden auch spezifische Fragebögen für umschriebene

psychische Störungen entwickelt, wie z.B. die „Preschool Feeling Checklist“ (Luby et al, 2004) bei depressiven Störungen oder spezielle Fragebögen zur Erfassung posttraumatischer Belastungsstörungen.

7. Interaktionsinstrumente:

Zu den bekannteren standardisierten Interaktionsinstrumenten gehören die Emotional Availability Scales (EAS) und der Care-Index (siehe Cierpka, 2012). Schon bei Säuglingen können elterliche und kindliche Aspekte der Interaktion systematisch erfasst werden. Auch systemische Beobachtungsmethoden wie das Lausanner Trilog Spiel, welches eine manualisierte Einschätzung der sog. Familienallianz im Säuglingsalter durch eine standardisierte Beobachtungssituation der primären Triade (Vater, Mutter und Säugling zusammen) können hilfreich sein, vor allem weil für ältere Kinder entsprechende Adaptionen entwickelt wurden (Fivaz-Depeursinge et al., 1996)

8. Beobachtungsinstrumente:

Diese gewinnen zunehmend an Bedeutung und sind z.B. in der Diagnostik autistischer Störungen fest etabliert (ADOS). Für externalisierende Störungen wurde ebenfalls ein standardisiertes Instrument entwickelt, das Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS; Wakschlag et al., 2008 a und b). Es ist zu erwarten, dass für andere Störungen ebenfalls Beobachtungsinstrumente geschaffen werden.

9. Strukturierte psychiatrische Interviews:

Diese sind für Forschungszwecke unerlässlich. Das wichtigste Interview für das Vorschulalter ist die Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger und Angold, 2004 und Egger et al., 2006 a). Es ist für Kinder im Alter von 2-4 Jahren geeignet, umfasst 25 Module und kann nach entsprechendem Training in weniger als zwei Stunden durchgeführt werden. Es ist hoch reliabel für die meisten DSM-IV basierten Störungen. Es enthält ein ausführliches Glossar; dabei wurden DSM-IV und ICD-10 Kriterien entfernt oder verändert, die nicht für das Alter relevant waren. Auch wurden Items für die DC: 0-3R (2005) Diagnosen aufgenommen. Somit können mit der PAPA Diagnosen für alle vier Klassifikationssysteme generiert werden: DSM-IV, ICD-10, DC:0-3R und RDC-PA. Das DIPA (Diagnostic Infant and Preschool Assessment) ist ein weiteres strukturiertes Interview (Scheeringa, 2004)

10. Kinderinterviews: Das Berkely Puppet Interview ermöglicht z.B. die Erfassung der Kindersicht (3 bis 6 Jahre) von Symptomen.

11. Projektive Tests sind eine Gruppe psychologischer Untersuchungsmethoden, die Projektionen des Probanden abrufen, die dann Rückschlüsse über seine Persönlichkeit erlauben. Dahinter steht der Gedanke, dass diese Projektionen von

Einstellungen, Motiven und innersten Wünschen des Probanden beeinflusst sind und daher eine diagnostische Aussage zulassen.

12. Neuropsychologische Tests, z.B. die Würzburger neuropsychologische Kurzdiagnostik WUEP-KD (Ottensmeier et al., 2006; Ottensmeier und Straßburg, 2010).

Eine Therapie soll erst nach Diagnostik und bei vorliegender Diagnose einer kindlichen Störung und/oder einer Beziehungsstörung erfolgen.

Eine Diagnose des Kindes nach ICD-10 und/oder DC: 0-3R beim Kind ist Voraussetzung für eine Therapie. Es handelt sich dabei um einen sequentiellen Prozess: erst erfolgt die Diagnosestellung, dann die differentielle Therapieindikationsstellung und anschließend die störungsbezogene Therapie.

Eine Beratung soll bei vorliegender Diagnose in jedem Fall erfolgen.

Die ärztliche, psychotherapeutische, psychologische und pädagogische Beratung von Kindern und ihren Bezugspersonen kann von der reinen Patientenaufklärung bis zur Psychoedukation reichen und folgende Teilziele umfassen: Verbesserung des Informationsstandes bzgl. Diagnose, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten; Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes; emotionale Entlastung; Förderung der langfristigen Behandlungs-/Kooperationsbereitschaft; Verbesserung der Fähigkeit zur Krisenbewältigung ; Erhöhung der Selbstwirksamkeit und die Verbesserung des innerfamiliären Umgangs mit der Erkrankung (Mattejat und Pauschardt, 2009). Da Auffälligkeiten und Probleme im Säuglings- und Kleinkindalter von den Eltern und anderen Familienmitgliedern häufig als sehr belastend erlebt werden, sollte die Beratung ressourcen- und lösungsorientiert ausgerichtet sein und das ganze Familiensystem berücksichtigen (Palmowski, 2011; Cierpka, 2012).

Eine Beratung stellt oft die Grundlage einer Therapie dar. Bei vielen Störungen, vor allem bei leichterem Ausprägung, kann Beratung allein ausreichend sein. Dabei spielt die Entwicklungsberatung eine zentrale Rolle, in der vermittelt wird, welche Entwicklungsschritte für das Alter des Kindes zu erwarten sind, um das Kind weder zu über- noch zu unterfordern. Außerdem kann hier eine Anleitung für förderndes Handling, günstige Alltagsgestaltung und Verbesserung der Teilhabe gegeben werden. Für viele Eltern ist es zudem emotional sehr entlastend, Informationen über die psychische Störung ihres Kindes vermittelt zu bekommen,

insbesondere bezüglich Ätiologie, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose. Bei besonders belasteten Müttern (jugendlich, psychisch krank, psychosoziale Risiken) und Kindern mit besonderen Belastungen (Frühgeburt, chronische Erkrankungen, Behinderungen) hat sich das Konzept der Entwicklungspsychologischen Beratung (Ziegenhain et al., 2009) als wirksam erwiesen.

Indiziert ist Beratung auch bei subklinischer Symptomatik unter der Schwelle einer Diagnose, die dennoch für Kinder und Eltern sehr belastend ist. Zudem bietet die frühzeitige Beratung bei subklinischen Symptomen die Chance, einem ungünstigen Verlauf mit der Entwicklung späterer Symptome vorzubeugen.

Nicht-medikamentöse Therapien sollten nach differentieller Indikationsstellung die Haupttherapieform für psychische Störungen darstellen.

Immer sollten nicht-medikamentöse (d.h. überwiegend psychotherapeutische) Interventionen den Vorrang haben in der Behandlung psychischer Störungen im Vorschulalter.

Psychotherapie ist die Hauptbehandlungsform psychischer Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Psychotherapeutische Interventionen haben in der Regel Vorrang vor pharmakologischen Therapien, soweit Letztere in dieser Altersgruppe überhaupt in Frage kommen. Nach differentieller Indikationsstellung, die Schweregrad, Komorbidität, Alter, multifaktorielle Ätiologie und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt und abhängig vom Behandlungssetting (Praxis, Klinik, zuhause, Kindergarten) sind unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Anwendungsformen indiziert.

Psychotherapie ist eine Behandlung mit überwiegend psychologischen Mitteln. Es ist professionelles Handeln, das auf wissenschaftlich begründeten und empirisch gesicherten Krankheits- Heilungs- und Behandlungstheorien gründet und dadurch geeignet ist, psychisch bedingte oder mitbedingte Krankheiten zu beseitigen, zu mildern oder ihre Entstehung zu verhindern. Psychotherapie grenzt sich dadurch ab von psychologischer Beratung und anderen Formen der Lebenshilfe (Senf und Broda, 2005).

Psychotherapeutische Verfahren, die als ambulante Behandlungen von Kindern und Jugendlichen von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie. Die beiden letztgenannten Verfahren sind im Gutachten des

wissenschaftlichen Beirats zu psychodynamischen Psychotherapieverfahren zusammengefasst. Im stationären Bereich ist eine multimodale Integration von verschiedenen therapeutischen Verfahren nach differentieller, störungsbezogener Indikationsstellung sinnvoll. Hier ist vor allem die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (nach §11 PsychThG) anerkannten psychotherapeutischen Verfahren der systemischen Therapie zu nennen und bezogen auf die Behandlung von Erwachsenen auch die Gesprächspsychotherapie.

In die Behandlung ist das soziale und kulturelle Umfeld der Kinder und Eltern therapeutisch einzubeziehen. Bei der Einbeziehung der Eltern sind reine Elterntrainings, bei denen sich die Intervention direkt an die Bezugspersonen wendet, von Eltern-Säuglings- bzw. Eltern-Kleinkind-Psychotherapien sowie familientherapeutische Interventionen zu unterscheiden, in die sowohl Eltern als auch Kinder unmittelbar einbezogen werden. Bei Einzelpsychotherapien mit den Kindern sind begleitende Elterngespräche aber auch gelegentliche Familiensitzungen vorzusehen. Dabei ist ein Einbezug beider Elternteile (auch wenn diese getrennt leben oder für das Kind nicht beide im Alltag regelmäßig verfügbar sind) nach Möglichkeit anzustreben.

Eine wichtige Rolle kommt auch der Einbeziehung von Geschwistern zu, die den Verlauf einer psychischen Erkrankung wesentlich mitbeeinflussen. Der Umfang des Einbezugs kann von sporadischen Geschwistergesprächen bis hin zu Geschwistertherapien reichen, in denen die Geschwister gemeinsam behandelt werden. Darüber hinaus kann im Einzelfall auch die Einbeziehung von weiteren Bezugspersonen wie z.B. Großeltern, Kinderbetreuungseinrichtung oder Schule hilfreich sein.

Auch der übergeordnete gesellschaftlich-kulturelle Kontext spielt oft eine wichtige Rolle und sollte Berücksichtigung finden. Gerade im Bereich der Interaktion mit Säuglingen und von deren Pflege (z.B. Fütter- und Schlafarrangements) existiert eine Vielzahl von kulturellen und subkulturellen Praktiken, Regeln und Routinen, die insbesondere, aber nicht nur, in Kontexten von Migrationsfamilien mit den Vorstellungen der umgebenden Gesellschaft diskonform sein können.

Dabei kommt eine Vielzahl von Therapieformen in Frage. Diese umfassen:

1. Eltern-Kind- und Elterntrainings:

Es handelt sich um strukturierte verhaltenstherapeutische Kurzzeitinterventionen mit Eltern und Kind, die in Einzel- und Gruppensettings durchgeführt werden können. Bezugspersonen

werden Erziehungskompetenzen vermittelt, mit denen eine positive Eltern-Kind-Interaktion gefördert wird. In einem ersten Cochrane Review (Barlow und Parsons, 2003) konnten trotz geringen Fallzahlen der bisherigen Studien positive Effekte nachgewiesen werden. Elterntrainings sind Mittel der ersten Wahl vor allem bei externalisierenden Störungen. Bei diesen ist z.B. die Parent Child Interaction Therapy (PCIT) hoch wirksam, wie eine Metaanalyse zeigen konnte (McNeil und Hembree-Kigin, 2010; Thomas und Zimmer-Gembeck, 2007).

Daneben gibt es reine Elterntrainings (ohne Anwesenheit des Kindes), die sich z.B. bei Angststörungen und Störung des Sozialverhaltens bewährt haben (Njoroge und Yang, 2012).

2. Eltern-Säuglings- und Eltern-Kleinkind-Psychotherapien:

Sie sind bei vielen Störungen wirksam, divergieren aber in Bezug auf den theoretischen Hintergrund, Grad der Strukturierung und Fokus der Interventionen. Auch die oben genannten Eltern-Kind-Trainings sind im weitesten Sinn hinzu zu zählen. Eine Übersicht über unterschiedliche Eltern-Kind-Psychotherapien findet sich bei Sameroff et al. (2004), einschließlich bekannte Programme, wie die Interaction Guidance von McDonough (2000), das STEEP-Programm (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting) (Egeland und Erickson, 2004) sowie die Child-Parent-Psychotherapy (Lieberman und Van Horn, 2008) und die ‚Watch Wait and Wonder‘ Therapie (Cohen et al, 1999; Cohen, 2003). Eine mittels randomisiert-kontrollierter Studien nachgewiesene Wirksamkeit konnte für folgende Therapien belegt werden: die Parent-Child-Interaction Therapy (PCIT) für externalisierende Störungen, die PCIT-ED (Emotional development) für depressive und Angststörungen und die CPP (Child-Parent-Psychotherapy) bei posttraumatischen Belastungsstörungen (Njoroge und Yang, 2012).

Diese Therapien fokussieren in ihren psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Formen auf die Aufdeckung und Veränderung aktueller dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind. Bewährt hat sich dabei auch der Einsatz von Video-Feedback zur Reflexion und Bearbeitung dysfunktionaler Interaktionsmuster im Rahmen einer Beratung oder Psychotherapie, z.B. mit einer direkten Rückmeldung des familiären Interaktionsverhaltens mittels Videofeedback (Cierpka, 2012; z.B. Marte Meo-Methode; vgl. Bündler und Siringhaus-Bündler, 2008). Spezifische Interaktionscharakteristika (z.B. häufige Überstimulierung) sollten wertschätzend und wirksam aufgezeigt werden. Mögliche Nebenwirkungen von Videofeedback sind: Beschämung und Verunsicherung der Eltern, Kränkung, Rückzug, weitere Abnahme der elterlichen Kompetenz durch narzisstische

Verunsicherung – deshalb sind gerade bei diesem Verfahren psychotherapeutische Kompetenzen besonders wichtig.

Die psychodynamische Säuglings- Kleinkind- Elternpsychotherapie (SKEPT) wurden in ihren Grundlagen und Konzepten von Cierpka und Windaus (2007) zusammenfassend dargestellt. Ausgehend vom Symptom des Kindes wird den Eltern ein Zugang zu den oft zugrundeliegenden eigenen Konflikten ermöglicht und Lösungswege erarbeitet. Der Therapeut wirkt dabei als Container für die belastenden Gefühle, die zuvor aufs Kind projiziert worden sind. Im therapeutischen Prozess, bei dem das Kind als aktiver Teilnehmer gesehen wird, können Eltern die Fähigkeit zur Mentalisierung entwickeln, sich selbst und ihr Kind besser verstehen lernen. Das Kind ist hierdurch entlastet, oftmals kenntlich am raschen Verschwinden der Symptome. Es liegen empirische Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie vor (Cohen et al., 1999; Cierpka, 2012; Windaus, 2012).

3. Einzelpsychotherapien des Kindes:

Klassische verhaltenstherapeutische Verfahren spielen bei vielen Störungen gerade bei älteren Vorschulkindern eine wichtige Rolle, z.B. bei externalisierenden Störungen, Angststörungen und anderen monosymptomatischen Störungen. Für jüngere Kinder gibt es interessante Kombinationen von verhaltenstherapeutischen und spieltherapeutischen Elementen (Übersicht bei von Gontard und Lehmkuhl, 2003 a und b). Als wirksam zeigten sich die allgemeine kognitive Verhaltenstherapie und die trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Njoro und Yang, 2012).

Ab dem Alter von drei bis vier Jahren kann eine psychodynamische personenzentrierte Einzelpsychotherapie indiziert sein. Die Arbeit mit den Bezugspersonen können mit kindzentrierten Interventionen verbunden werden (wie der Psychotherapie unter Nutzung verschiedener kreativer Medien (z.B. Spiel), Einzeltrainings zu umschriebenen Kompetenzen). Einzelheiten zu psychodynamischen Psychotherapien finden sich bei Cierpka und Windaus (2007).

4. Therapie mit Fokus auf die Paar- und Familiendynamik:

Gerade in der Arbeit mit schwer gestörten Eltern sind oft weitergehende Psychotherapien notwendig. Zusätzlich zu den Eltern-Kind-Interaktionstherapien besteht oft eine Indikation zur Paarberatung oder sogar Paartherapie (Wortmann-Fleischer et al., 2012).

5. Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Eltern:

Eltern mit psychischen Erkrankungen benötigen eine fachgerechte Behandlung z.B. bei depressiven Störungen oder Psychosen. Das wird durch eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ermöglicht (Wortmann-Fleischer et al., 2012).

6. Systemische Familientherapie

Systemische Familientherapie (Schweitzer et al, 2007) betrachtet und behandelt psychische Störungen sowie Verhaltens- und emotionale Probleme im Kindes- und Jugendalter zuvorderst im Kontext der relevanten Bezugspersonen. Das ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehen der Systemischen Therapie ermöglicht, schnell „Anschlussfähigkeit“ mit dem Familiensystem herzustellen, da bei Problemen im Säuglings- und Vorschulalter üblicherweise verstärkter Leidensdruck vorhanden und somit zunächst einmal kurzfristige, „schnelle“ Lösungsansätze hilfreich sein können, Zudem fördert der ressourcen- und kompetenzenorientierte Blick des systemischen Ansatzes auf das Kind und sein soziales Bezugssystem sehr die Behandlungscompliance.

Da unter einer systemischen Prämisse nicht das Kind als Symptomträger im Mittelpunkt steht, sondern die (möglicherweise dysfunktionalen) Muster und Kommunikationen im gesamten Familiensystem thematisiert werden, ergeben sich im Verlauf nicht selten Verschiebungen vom ursprünglichen Fokus der Vorstellung (z.B. von der Ebene des Kindes auf die Paar- und Familienebene). Durch diesen gleichzeitigen Einbezug aller Beteiligten gelingt es oft eine stigmatisierungsfreie Atmosphäre zu schaffen (von Sydow, 2012).

Von Carr (2009) werden Familientherapien und systemischen Interventionen weit gefasst und schließen auch die wirksamen Eltern-Kind-Trainings und –Psychotherapien ein.

9. Tagesklinische und stationäre Behandlung in Kliniken, die auf die Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5;11 Jahren spezialisiert haben. Die Mitaufnahme der wichtigsten Bezugsperson des Kindes ist unerlässlich.

Die Methoden und Techniken, die Intensität und das Setting der Psychotherapie sollen sich nach Art und Schweregrad der Störung richten.

Je nach vorliegender, diagnostizierter Störung soll die wirksamste Behandlungsmethode gewählt werden. Dabei können auch mehrere psychotherapeutische Verfahren sinnvoll miteinander kombiniert werden. Ein ambulantes Setting ist in der Regel vorzuziehen. Bei

schweren Störungen, die eine intensive Überwachung und Intervention erfordern, können teilstationäre und stationäre Behandlungen indiziert sein.

Multimodale Therapien und/oder weitere psychosoziale Unterstützungsangebote sollen je nach Indikation erfolgen.

Die differentielle Therapieindikation beschränkt sich nicht nur auf die Auswahl der Psychotherapieverfahren, sondern auch weiterer Behandlungsformen. Hierzu ist nach Diagnosestellung eine klare Indikation erforderlich.

1. Assoziierte Therapien:

Bei umschriebenen Entwicklungsstörungen und Teilleistungsproblemen können assoziierte Therapien wie Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Physiotherapie und/oder Psychomotorik indiziert sein.

Eine Indikation für Ergotherapie kann z.B. dann vorliegen, wenn eine Diagnose zu deutlichen Einschränkungen der Fähigkeiten (Ebene der Aktivitäten) führt.

Für Säuglinge und Kleinkinder sind die wesentlichen Teilhabebereiche (entsprechend ICF- CY): Lernen und Wissensanwendung (z.B. „Zuschauen“, „Zuhören“, „Nachmachen, Nachahmen“, „Aufmerksamkeit fokussieren“, „Probleme lösen“; Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. „eine einzelne Aufgabe übernehmen“; Kommunikation (z.B. „Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen“, „Kommunizieren als Empfänger Non-verbaler Mitteilungen“; Selbstversorgung (z.B. „Sich waschen, sich kleiden lassen“), „Essen“, „Trinken“); Zwischenmenschliche Interaktionen und Beziehungen (z.B. „Elementare interpersonelle Aktivitäten“, „Mit Fremden umgehen“, „Familienbeziehungen“). Entsprechend der Heilmittelrichtlinie kann bei teilhaberelevanten Einschränkungen der Aktivitäten eine ergotherapeutische psychisch-funktionelle Behandlung durchgeführt werden. Dabei werden die Methoden entsprechend der alltagsrelevanten Einschränkung ausgewählt. Die konkrete Anleitung der Eltern zum Transfer der erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien in den Alltag ist ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung.

Ebenso wichtig sind logopädische Behandlungen bei Störungen der Sprache und des Sprechens und Fütterstörungen (Straßburg et al. 2012).

2. Behandlung körperlicher Erkrankungen:

Da viele junge Kinder mit psychischen Störungen zusätzliche neurologische oder andere somatische Erkrankungen aufweisen (wie z.B. bei den Fütterstörungen) ist eine gute und intensive Zusammenarbeit mit der Allgemeinpädiatrie, der Sozialpädiatrie und der Neuropädiatrie unbedingt erforderlich (Bode et al. 2009; Fricke 2009 und 2012; Straßburg et al., 2012).

3. Jugendhilfemaßnahmen:

Gerade bei Multiproblemfamilien sind Jugendhilfemaßnahmen oft notwendige, ergänzende oder weitere Interventionen erst ermöglichende Angebote (vgl. Keupp, 2010; Gahleitner, Borg-Laufs & Schwarz, 2010). Hierzu gehören z.B. die Betreuung in Kleingruppen oder die heilpädagogische Einzelintegration in Krippe und Kindergarten. Familienhilfen, Platzierung in Pflegefamilien oder Wechsel in Sonderkindergärten. Die Erziehungsberatung, eine der am häufigsten in Anspruch genommenen Jugendhilfemaßnahmen, bietet neben ihren mancherorts bereits etablierten Angeboten für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern eine hochprofessionelle Beratung in einem multiprofessionellem Team. Die Integration der Sozialarbeit und Jugendhilfe ist in diesem Bereich besonders wichtig.

Eltern und/oder Bezugspersonen sollen immer einbezogen werden.

Bei jungen Kindern sind Therapien nur erfolgreich, wenn Eltern und Bezugspersonen eng einbezogen werden. Selbst bei Einzeltherapien bei älteren Vorschulkindern ist eine intensive Elternarbeit erforderlich.

Eine Pharmakotherapie kann bei gezielter Indikation und bei unzureichender nicht-medikamentöser Intervention erfolgen.

Eine Pharmakotherapie soll immer mit Beratung und/oder nicht-medikamentösen Interventionen kombiniert werden.

Die Psychotherapie hat bei jungen Kindern immer Vorrang vor pharmakologischen Interventionen. In der Übersicht von Gleason et al. (2007) zur Psychopharmakotherapie bei Vorschulkindern kommen die Autoren bei allen Störungen zu der Empfehlung, dass immer erst eine psychotherapeutische Behandlung oder ein Elterntaining durchgeführt werden sollte. Wenn ein Kind aber mittelgradige bis schwere Symptome aufweist, die trotz

geeigneter psychotherapeutischer Interventionen persistieren, kann es sinnvoller sein eine sorgfältig überwachte Pharmakotherapie zu erwägen. Eine Pharmakotherapie erfolgt für die meisten Medikamente als Off-label Verschreibung. Eltern müssen entsprechend aufgeklärt werden. Nur wenige Medikamente (z.B. Polyethylenglykol) sind in dem Alter bis 5;11 Jahren zugelassen.

Die Hauptindikation für eine Pharmakotherapie im Vorschulalter ist die ADHS. Ab dem Alter von drei Jahren hat eine Stimulanzientherapie einen nachgewiesenen positiven Effekt (PATS Studie). Für alle anderen Störungen kommen Antidepressiva (SSRIs), Neuroleptika oder Medikamente wie Melatonin nur in Frage bei extrem ausgeprägter, therapieresistenter Problematik insbesondere auch bei zusätzlichen Entwicklungsstörungen in Frage (Gleason et a., 2007; Hollway and Aman 2011). Falls indiziert, ist eine Pharmakotherapie (Off-label) erst ab dem Alter von 3 Jahren sinnvoll.

Bei allen Störungsbildern im Vorschulalter sind also psychotherapeutische Interventionen vorzuziehen – und selbstverständlich fortzusetzen wenn eine Pharmakotherapie begonnen wird. Die Pharmakotherapie stellt somit eine Ergänzung, aber kein Ersatz für eine psychotherapeutische Intervention dar. Wegen der höheren Nebenwirkungsrate bei Vorschulkindern (selbst bei so gängigen Medikamenten wie Methylphenidat) ist eine enge Überwachung notwendig.

Zusammengefasst ist bei jungen Kindern oft ein multimodaler, interdisziplinärer Zugang wichtig. Die Auswahl der Therapieverfahren sollte immer störungsspezifisch und evidenzbasiert sein: d.h. diejenige Therapie, die für dieses Kind in dieser Familie zu diesem Zeitpunkt am wirksamsten ist. In den folgenden Kapiteln werden entsprechende Empfehlungen störungsbezogen zusammengefasst.

1. Beziehungsstörungen

Beziehungsstörungen werden weder nach der ICD-10, noch dem DSM-IV und der RDC-PA als Störungen klassifiziert. Nur die DC:0-3R (2005) kodiert die Beziehungsstörungen als wichtige Ergänzung auf der 2. Achse. Die Beziehungsstörungen sollen separat diagnostiziert werden.

Aufbauend auf der Beziehungseinschätzung sollen Beziehungsstörungen auch unabhängig von einer kindlichen Störung erfasst oder ausgeschlossen werden.

Zur Diagnose sollen die Kriterien der 2. Achse der DC: 0-3R verwendet werden.

Nach der multiaxialen Systematik der DC:0-3R (2005) werden Beziehungsstörungen der 2. Achse kodiert für jeweils eine Dyade (Kind und seine jeweilige Bezugsperson) klassifiziert.

Die Quantifizierung erfolgt auf Grundlage der „Parent-Infant-Relationship Global-Assessment-Scale (PIR-GAS). Auf einer Schaffer-Skala wird ein Wert von 0-100 vergeben. Eine adaptierte Beziehung liegt bei Werten von 81-100 vor; eine auffällige Beziehung bei Werten von 41-80; und eine Beziehungsstörung bei Werten von 0-40. Für die Anwendung steht ein Glossar mit Ankerbeispielen zur Verfügung.

Darüber hinaus bietet die DC:0-3R eine qualitative Kategorisierung mit der „Relationship-Problems-Checklist“ (RPCL) an. Danach werden die Qualität des interaktiven Verhaltens, der affektive Ton und die psychische Involvierung anhand einer Liste deskriptiver Merkmale bewertet.

Die aufgelisteten Merkmale stellen keine Kriterien dar, sondern sind als Richtlinie für die Beschreibung gedacht. Der Nutzer sollte eine passende Kennzeichnung für jede der beschriebenen Störungsqualitäten finden und für jede der folgenden Störungsformen angeben, ob „keine Anzeichen/Hinweise“, „einige Anzeichen mit Bedarf weiterer Untersuchung“, oder „beträchtliche/erhebliche Anzeichen“ vorliegen.

Überinvolvierte Beziehungsstörung:

Typisch für diese Störung ist die Dominanz der Eltern mit unangemessenen Anforderungen und Unterbrechungen. Das Kind zeigt ein angepasstes oder oppositionelles Verhalten. Der affektive Ton kann zwischen Angst, Depression und Ärger wechseln mit fehlender

Konsistenz. Eltern können das Kind als Partner oder gleichaltrige Person sehen und die Eigenständigkeit nicht respektieren.

Unterinvolierte Beziehungsstörung:

Bei dieser Störung ist der Elternteil unsensibel oder reagiert nicht adäquat auf Signale des Kindes. Typisch ist eine Vernachlässigung und Fehlinterpretation kindlicher Wünsche, sowie elterliche Inkonsistenz. Der affektive Ton ist oft traurig, eingeschränkt, zurückgezogen mit wenig Freude. Kindliche Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen.

Ängstliche/angespannte Beziehungsstörung:

Hierbei sind Eltern angespannt, umständlich und zeigen eine erhöhte Sensitivität für die kindlichen Zeichen. Eltern wirken überprotektiv, das Kind kann überangepasst und ängstlich sein. Der affektive Ton ist durch Angst und Anspannung gekennzeichnet. Das kindliche Verhalten wird fehlinterpretiert.

Ärgerlich/ablehnende Beziehungsstörung:

Die Eltern zeigen wenig Sensitivität gegenüber kindlichen Zeichen, wirken abrupt und offen oder verdeckt aggressiv gegen das Kind. Das Kind kann ängstlich, oppositionell oder hypervigilant wirken. Der affektive Ton ist ärgerlich und feindlich. Die Eltern können Ärger über die kindliche Abhängigkeit und ihre Bedürfnisse zeigen.

Verbal misshandelnde Beziehungsstörung:

Typisch sind Ablehnung, Überkontrolle, Vorwürfe und Beschimpfungen der Eltern. Die Kinder können eingeschränkt oder hypervigilant wirken. Der affektive Ton ist überwiegend negativ. Die Eltern interpretieren die kindlichen Zeichen als absichtliche negative Reaktionen fehl. Frühere Erfahrungen der Eltern können wieder wachgerufen werden.

Körperlich misshandelnde Beziehungsstörung:

Die Eltern misshandeln das Kind körperlich und können die Grundbedürfnisse des Kindes nicht anerkennen. Der affektive Ton ist durch Ärger, Feindlichkeit und Irritabilität geprägt. Eltern zeigen Ärger und Feindlichkeit gegenüber ihrem Kind. Sie können Grenzsetzungen ohne Angriffe nicht durchführen. Kinder zeigen eine Tendenz zu konkretem Verhalten; Phantasie und Imagination werden geringer ausgebildet und die Interaktion kann ambivalent zwischen Nähe und Ablehnung hin- und herwechseln. Die Misshandlung kann durch umschriebene Auslöser getriggert werden.

Sexuell missbrauchende Beziehungsstörung:

Die Eltern sind sexualisiert übergriffig und überstimulierend gegenüber dem Kind. Das Verhalten hat das Ziel, sexuelle Bedürfnisse des Erwachsenen zu erfüllen. Das Kind mag sexuell inadäquates Verhalten zeigen. Auch verbale und körperliche Misshandlung können vorkommen. Die fehlende Grenzsetzung und Konsistenz in der Interaktion ist typisch. Der affektive Ton ist labil, ängstlich, angespannt und aggressiv. Typischerweise können Eltern sich nicht empathisch in das Kind einfühlen durch die Überbeschäftigung mit eigenen narzisstischen Befriedigungen. Eltern können extrem gestörtes Denken zeigen, um die Wahl des Kindes als Sexualobjekt zu rechtfertigen.

In einer dänischen epidemiologischen Studie betrug die Prävalenz von Beziehungsstörungen 8,5 %. Die unterinvolvierte Beziehungsstörung ist 5,2 % mit Abstand die häufigste, gefolgt von der gemischten, ängstlich angespannten und ärgerlich ablehnenden Beziehungsstörung. Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen des Kindes und Beziehungsstörungen. Wenn eine Beziehungsstörung vorliegt, steigt die Wahrscheinlichkeit (Odds ratio) für eine Störung nach ICD-10 um das 10,6fache an. Besonders starken Einfluss haben Beziehungsstörungen auf Störungen der Emotionen und des Sozialverhaltens (Odds ratio 14,5fach höher) und auf die Regulationsstörungen (Odds ratio, 6,3fach höher) (Skovgaard et al., 2007).

Beziehungsstörungen werden dabei überwiegend über psychosoziale Risiken vermittelt. Liegt ein hohes biologisches Risiko vor, dann ist das Risiko für eine Beziehungsstörung um 0,41 erhöht (Odds ratio). Liegt dagegen ein hohes psychosoziales Risiko vor, dann ist das Risiko für eine Beziehungsstörung 5,0fach höher (Skovgaard et al., 2007). Ein besonderes Risiko bedingen eigene elterliche psychische Störungen, vor allem depressive Störungen.

Zusammengefasst kann eine Beziehungsstörung nach DC: 0-3R (2005) auch ohne Vorliegen einer kindlichen oder elterlichen psychischen Störung vorliegen. Auch in diesen Fällen muss eine mögliche Kindeswohlgefährdung überprüft werden.

Eine Beziehungsdiagnostik soll bei jedem Eltern-Kind-Paar durchgeführt werden.

Die Grundlage der Diagnostik ist eine Beobachtung der Eltern-Kind Interaktion. Strukturierte Situationen mit vorgegebenem Ablauf und Aufgaben (z.B. angeleitete Trennung) in reizarmer Umgebung und unter Beachtung geeigneter Untersuchungsvoraussetzungen beim Kind sind wegen der internen Reliabilität und aus Gründen der Objektivität zu bevorzugen. Es können im klinischen Alltag auch unstrukturierte Spielsituationen gewählt werden.

Für die klinische und/oder wissenschaftliche Auswertung stehen verschiedene Kodiermanuale zur Verfügung (Wiefel et al., 2007). Im Wesentlichen ist allen Skalen gemeinsam, die Domänen elterliche Sensitivität und Strukturierung/Intrusivität sowie kindliche Responsivität und Involvierung makroanalytisch zu kodieren. Dabei ist immer die dyadische Synchronizität zwischen primärer Bezugsperson und Kind ein zentraler Aspekt (Weinberg und Tronick, 1998). Entgegen dem häufigen Fehlverständnis von „vollständiger Synchronizität“ als Beziehungsideal scheint dabei eine Kultur von „Mismatch und Repair“ ein mittleres Optimum innerhalb eines Spektrums zu sein. Eine hundertprozentig synchrone Interaktion/Beziehung wird demnach als Prädiktor für schwere Beziehungsstörungen angesehen und bei Dyaden mit psychisch kranken Müttern häufiger nachgewiesen. Eine stark asynchrone Beziehung findet sich in Vernachlässigungs- und Misshandlungssituationen.

Das Vorliegen einer elterlichen psychischen Störung soll erfasst werden.

Die Diagnose psychischer Störungen bei den Eltern ist ein wichtiger Aspekt bei der Diagnostik. Insbesondere sollten die Symptome einer postpartalen mütterlichen Depression frühzeitig zu erkannt werden. Das bekannteste Screeninginstrument hierfür ist die Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) mit 10 Items. Kabir et al. (2008) konnten bei 199 Müttern innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt zeigen, dass drei Fragen des EPDS mit hoher Zuverlässigkeit mütterliche Depressivität erkennen konnten. Auch allgemeine Fragebögen (wie der SCL-90-R, auch in den Kurzversionen) zur Diagnostik elterlicher Psychopathologie haben sich bewährt (Müller et al., 2009).

Die mütterliche Depression ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die weitere kindliche Entwicklung und die postpartale Depression ist die häufigste psychische Störung und betrifft bis zu 15 % der Mütter. Diese kann schon vor der Geburt bestehen und kann mit einer Latenz mit einem Gipfel zwei bis sechs Monate postpartal auftreten (Pearlstein et al., 2009). 10 % der betroffenen Mütter zeigen noch depressive Symptome nach einem Jahr. Nach einer neuen Übersicht sind bis zu 18,4% der Mütter während der Schwangerschaft und 19,2% in der frühen Mutterschaft betroffen (Hübner-Liebermann et al., 2012). 40-50 % der depressiven Störungen werden nicht erkannt (Murray et al., 2003). Die dabei auftretenden Beziehungsstörungen sind von Field et al. (2010) gut untersucht und zeigen neben der Unterinvolvierung und „depressiven Depression“ in etwa der Hälfte der Fälle auch einen hyperaktiven, intrusiven Reaktionstyp bei Müttern mit postpartaler Depression

(„Kontradepressive Hektik“). Vom Interaktionsstil unabhängig zeigen die Kinder unbehandelt im Verlauf neben exzessivem Schreien und Schlafstörungen ein erhöhtes Risiko für kognitive Defizite und ein 2-5fach erhöhtes Risiko für psychische Störungen (Elgar et al., 2004; Pearlstein et al., 2009).

Auch die väterliche postpartale Depression zeigt Effekte auf die kindliche Entwicklung. In einer epidemiologischen Studie von 5084 Familien mit Kindern im Alter von neun Monaten zeigten 14 % der Mütter und 10 % der Väter Depressionsscores im klinischen Bereich (Paulson et al., 2006). Beide, sowohl depressive Mütter als auch depressive Väter, gestalteten die Interaktion mit ihren Kindern seltener positiv (Spielen, Singen, Geschichten erzählen, Vorlesen) (Paulson et al., 2006). Die väterliche postpartale Depression hat auch langfristige Folgen, wie die große Alspac-Studie mit einer Geburtskohorte von 10975 Vätern zeigen konnte (Ramchandani et al., 2008). 3-4 % Väter hatten klinisch relevante Depressionsscores im ersten und zweiten Lebensjahr ihrer Kinder. Im Alter von 7 Jahren zeigen Kinder, deren Väter depressiv waren, zu 11,9 % psychische Störungen (versus 6,3 % bei Kontrollen), vor allem ODD bei 6,7 % (versus 2,9 % bei Kontrollen). In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass mütterliche Depression (bis zum Alter von 18 Monaten) mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Alter von zwei bis drei Jahren assoziiert war – aber nur wenn gleichzeitig die Väter psychische Auffälligkeiten zeigten. Dies spricht für den modulierenden väterlichen Effekt (Dietz et al., 2009).

Die postpartale Depression muss vom „Baby Blues“ abgegrenzt werden, der typischerweise am 2. bis 5. Tag nach der Geburt auftritt und mit Symptomen wie Erschöpfung, Weinen, Traurigkeit, Stimmungslabilität, Ängstlichkeit und Irritierbarkeit einhergeht. Der „Baby Blues“ bildet sich spontan bis zum 14. postpartalen Tag zurück, die Prävalenz beträgt 15-85 % (Pearlstein et al., 2009). Die postpartalen Psychosen sind mit einer Prävalenz von 1-2/ 1000 selten. Bei der Betonung der elterlichen Depression darf nicht übersehen werden, dass andere psychische Störungen ebenfalls Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder zeigen. Wenig beachtet waren bisher die Auswirkungen mütterlicher Essstörungen (Patel et al., 2002). Auch sind Persönlichkeitsstörungen, vor allem Borderline Störungen, sowie ADHD bei Eltern mit zum Teil gravierenden Folgen für die Eltern-Kind-Interaktion und für die kindliche Entwicklung verbunden (Wortmann-Fleischer et al., 2012).

<p>Falls bei den Eltern eine psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, soll eine Behandlung empfohlen werden.</p>

Bei einer mütterlichen Depression ist eine Einzeltherapie der Mutter notwendig. Interpersonelle Psychotherapien, sowie kognitive verhaltenstherapeutische Therapien sind wirksam (Pearlstein et al., 2009; Hübner-Liebermann et al., 2012). Psychodynamische Therapien sind ebenfalls wirksam. Eine antidepressive Medikation mit SSRIs ist bei schweren Formen indiziert, allerdings wird Abstillen oder zumindest eine Behandlung in niedrigen Dosen empfohlen (Pearlstein et al., 2009). Bei besonders schweren Fällen ist eine stationäre Behandlung in darauf spezialisierten Mutter-Kind-Einheiten dringend indiziert (Wortmann-Fleischer et al., 2012).

Ein sehr gut umsetzbares, strukturiertes Therapieprogramm in zehn Schritten wurde von Wortmann-Fleischer et al. (2006) vorgestellt. Eine Behandlung der mütterlichen postpartalen Störungen hat deutliche Effekte auf ihre Kinder. In einer systematischen Übersicht über die Therapie der postnatalen mütterlichen Depression wurden insgesamt acht Studien berücksichtigt (Poobalan et al., 2007). Es konnte gezeigt werden, dass die Behandlung der mütterlichen Depression nicht nur für die Mütter wirksam ist, sondern auch für die Kinder. Bei erfolgreicher Therapie konnten drei Studien eine Besserung der kognitiven Entwicklung nachweisen, obwohl nicht geklärt ist, ob diese Effekte auch langfristig aufrechterhalten werden. In fünf Studien kam es zu einer Besserung der Mutter-Kind-Beziehung. In einer weiteren Übersicht über zehn Studien bei Kindern im Alter von 0-18 Jahren, die nicht nur die postpartale, sondern auch eine spätere elterliche Depression berücksichtigten, kamen Gunlicks et al. (2008) zu folgenden Schlüssen: es finden sich deutliche Hinweise auf Besserung des kindlichen Verhaltens allein durch die erfolgreiche Behandlung der elterlichen Depression. Bei der postpartalen Depression scheint die Behandlung der elterlichen Depression allein nicht ausreichend zu sein, um Bindung, Kognition und Temperament des Kindes zu verbessern – andere stützende Maßnahmen sind notwendig. Diese Ergebnisse beruhen auf sehr unterschiedlich konzipierten Studien und bedürfen weiterer Untersuchungen. Therapiestudien bei Müttern mit anderen psychischen Störungen liegen nicht vor.

Bei einer Beziehungsstörung soll immer eine Beratung durchgeführt werden. Dabei ist das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.

Auch ohne das Vorliegen einer kindlichen Störung soll bei Beziehungsstörungen eine Beratung der Eltern erfolgen.

Bei schweren Beziehungsstörungen soll zwischen der Indikation für elternbezogene, kindbezogene oder Eltern-Kind-bezogene Psychotherapieverfahren differenziert werden.

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf Eltern-Kind-Therapien. Therapiestudien zu Beziehungsstörungen liegen nicht vor. Es sollte zwischen Präventivprogrammen wie Feinfühligkeitstraining (z.B. SAFE) und Therapiekonzepten im eigentlichen Sinn unterschieden werden (Brisch 2012).

Interventionen wie das Triple P (Sanders, 1999) beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein. Insbesondere geht es hier um die Vermittlung von Sicherheit gegenüber dem Kind aber auch Feinfühligkeit bezüglich kindlicher Signale. Ein anderes Konzept sowohl mit präventiven als auch therapeutischen Anteilen ist das STEEP-Programm (Egeland und Erickson, 2002), eine intensive Begleitung vor allem der Mutter und der Familie in den ersten 2 Lebensjahren, das primär auf die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung abzielt.

Ein besonders hervorhebenswertes Programm ist das von Biringen (1994) entwickelte Programm zur Steigerung der Emotionalen Verfügbarkeit (Emotional Availability). Im Rahmen von Head Start wurde daraus ein Programm entwickelt, das in US-amerikanischen Tagesstätten die Bindungssicherheit der Kinder fördern soll durch Unterstützung der Elemente: Sensitivität, Strukturierung Nichtintrusivität und Annahme des Kindes. Evaluationen der Programme zeigen eine gute Wirksamkeit in Child-Care Settings (Biringen et al., 2012).

Bei Vorliegen einer Beziehungsstörung hat sich die psychodynamische Säuglings-Kleinkind-Elterntherapie (SKEPT) insofern bewährt, als sie den Eltern Zugang verschaffen hilft zu ihren eigenen ungelösten Konflikten, die ihre Wurzeln in der eigenen Kindheit haben, die beim Übergang in die Elternschaft reaktiviert werden und die Beziehung zu ihrem Kind belasten können (Cierpka und Windaus, 2007).

Insbesondere in englischsprachigen Ländern entwickeln sich internetbasierte Programme zur Förderung der Feinfühligkeit von Eltern, die darauf abzielen, flächendeckend Bindungssicherheit zu erhöhen und Misshandlungsgefahr zu reduzieren.

Bei schweren Beziehungsstörungen mit fraglicher Kindeswohlgefährdung soll entsprechend Artikel § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

Gerade bei den misshandelnden Beziehungsstörungen sind das Kindeswohl und die Sicherheit des Kindes zu beachten. Bei Gefährdung des Kindes ist dafür zu sorgen, dass dies in eine sichere Umgebung gelangt.

§ 4 des am 1.1.2012 im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes in Kraft getretene Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) stellt klar, dass Berufsheimnisträger, denen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden, mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Zur Einschätzung der Gefährdung haben sie gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine erfahrene Fachkraft. Scheiden diese Maßnahmen aus oder sind sie voraussichtlich erfolglos und wird ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich gehalten, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, dann können die Berufsheimnisträger das Jugendamt informieren (Straßburg et al., 2012).

3. Fütter- und Essstörungen

Definition und Klassifikation

Fütter-/Essstörungen sind schwere Störungen mit der Tendenz zur Persistenz und einem erhöhten Risiko für spätere Essstörungen. Während manifeste Fütter- und Essstörungen selten sind und 1-2% aller Vorschulkinder betreffen, ist ein problematisches Fütter- und Essverhalten sehr häufig und bei 20-25% der Kinder anzutreffen (Chatoor, 2009). Von 455 Kindern im Alter von 2 ½ Jahren lagen bei 20 % (N=89) nach Elternangaben Essprobleme vor (Wright et al., 2007). 18 % aßen nur eine eingeschränkte Zahl von Nahrungsmitteln und 8% wurden eindeutig als wählerische Esser bezeichnet. In einer prospektiven Langzeitstudie von 5122 Müttern gaben 20,2 % der Mütter von 2-4jährigen Kindern an, dass ihr Kind manchmal und 7,6 % dass es oft unregelmäßig isst (McDermott et al., 2008). Essprobleme zeigten eine hohe Persistenz: 48 % der 6 Monate alten Kinder mit Essstörungen zeigten im Alter von 2-4 Jahren ebenfalls ein irreguläres Essen. Fütterprobleme und –störungen können auch langfristig (über 6 Jahre) persistieren (Östberg und Hagelin, 2010).

Die neuen Klassifikationsvorschläge der DC: 0-3R und der RDC-PA erlauben ein sehr viel differenzierteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen als bisher möglich. Für ältere Kinder ist eine andere Klassifikation für atypische Essstörungen (EDNOS - Eating Disorders Not Otherwise Specified) vorgeschlagen wurden, die andere Schwerpunkte setzt und komorbide Störungen stärker berücksichtigt (WCEDCA, 2007).

Fütter- und Essstörungen sollen nicht vor Abschluss der Neugeborenenperiode diagnostiziert werden.

Fütterprobleme können schon bei Neugeborenen vorhanden sein. Eine Diagnose soll erst nach Abschluss der Neugeborenenperiode gestellt werden. Essstörungen können im gesamten Vorschulalter auftreten.

Fütter- und Essstörungen sollen unterschieden werden.

Bei Fütterstörungen im engeren Sinne ist ein unabhängiges Essen durch das Kind nicht möglich, die Nahrungsaufnahme erfolgt in dyadischen Beziehungen. Bei den Essstörungen dagegen ist Essen unabhängig von den Bezugspersonen möglich. Trotz dieser wichtigen

Unterscheidung wird oft bei Vorschulkindern global von einer Fütterstörung gesprochen, obwohl es sich eigentlich bei den älteren Vorschulkindern um eine Essstörung handelt.

Zur Diagnose von Fütter-/Essstörungen sollen die Klassifikationsvorschläge der RDC-PA und der DC: 0-3R verwendet werden.

ICD-10:

Die ICD-10 beschreibt unter Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2) „eine für das frühe Kindesalter spezifisch Störung beim Gefüttert werden mit unterschiedlicher Symptomatik“ mit einer Dauer von einem Monat, Beginn vor dem 6. Lebensjahr und Ausschluss anderer psychischer und organischer Störungen. Diese ICD-10 Kategorie ist so allgemein gehalten, dass sie klinisch von geringer Relevanz ist.

Die zweite Störung, die Pica, ist so selten im klinischen Alltag, dass sie ebenfalls von keiner großen Bedeutung ist. Unter Pica (F98.3) versteht man nach ICD-10 einen anhaltenden Verzehr nicht essbarer Substanzen bei einem Kind ab dem Alter von zwei Jahren. Eine Häufigkeit von zweimal pro Woche und eine Dauer von einem Monat werden zur Diagnose vorausgesetzt. Die klassischen Essstörungen nach ICD-10, Anorexia nervosa (F50.0) und die Bulimia nervosa (F50.2) spielen in diesem Alter keine Rolle, da sie bei Vorschulkindern nicht auftreten (Nicholls und Bryant-Waugh, 2008).

RDC-PA:

Nach der RDC-PA sind die Pica und Rumination in der DSM-IV adäquat beschrieben. Es wird empfohlen, die globale Kategorie der „Fütterstörung“ durch sechs separate Störungen zu ersetzen. Diese sechs Störungen der RDC-PA sind exakt die gleichen wie die der DC:03-R (2005) und reflektieren die Erfahrungen der Arbeitsgruppe von Chatoor (2002, 2009). Die Validität der meisten Fütterstörungen ist noch nicht etabliert. Obwohl klinisch relevant und nützlich, werden bei der RDC-PA leider Perspektiven anderer Klassifikationsvorschläge nicht integriert, wie z.B. der WCEDCA (2007), die sich mit den atypischen Essstörungen des Kindesalters beschäftigt haben.

Die Vorschläge der RDC-PA und der DC:0-3 R (2005) sind absolut identisch. Von Chatoor (2009) wurden genaue diagnostische Kriterien als Weiterentwicklung der DC: 0-3R (2005) verfeinert, die unten aufgeführt sind. Es werden insgesamt 6 Subtypen unterschieden:

Regulations-Fütterstörung (601.):

Typische Zeichen sind Fütter- und Gedeihprobleme seit der Neugeborenenperiode. Kinder zeigen Schwierigkeiten, einen ausgeglichenen Zustand beim Füttern zu erreichen und beizubehalten (sie sind dabei zu schläfrig, agitiert oder belastet/gequält). Die diagnostischen Kriterien (Chatoor, 2009) lauten:

A.	Die Fütterschwierigkeiten beginnen in den ersten Lebensmonaten und sollten mindestens zwei Wochen vorhanden sein.
B.	Das Kind hat Schwierigkeiten, einen ausgeglichenen Zustand der Wachsamkeit zu erreichen und aufrecht zu erhalten; es ist entweder zu schläfrig oder zu agitiert und oder gestresst, um gefüttert zu werden.
C.	Das Kind nimmt nicht altersentsprechend Gewicht zu oder zeigt einen Gewichtsverlust.
D.	Die Fütterschwierigkeiten können nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärt werden.

Fütterstörung der reziproken Interaktion (602.):

Das Kind zeigt keinen alterstypischen reziproken Austausch mit seiner Bezugsperson während der Füttersituation (nicht adäquaten Blickkontakt, Lächeln, Reden). Oft liegt eine schwerwiegende Störung der Mutter-Kind-Beziehung vor und Gedeihstörungen sind vorhanden. Die diagnostischen Kriterien (Chatoor, 2009) lauten:

A.	Diese Fütterstörung wird üblicherweise im 1. Lebensjahr beobachtet, wenn das Kind wegen einer akuten medizinischen Problematik vorgestellt wird und die Unterernährung festgestellt wird.
B.	Das Kind weist ein Fehlen von entwicklungsangemessenen Zeichen einer sozialen Reziprozität (Blickkontakt, Lächeln, Lautieren) mit der primären Bezugsperson während der Fütterung auf.
C.	Das Kind zeigt einen signifikanten Wachstumsmangel.
D.	Die primäre Bezugsperson hat oft die Fütter- und Wachstumsprobleme des Kindes nicht bemerkt oder verleugnet diese.
E.	Die Wachstumsstörung und der Beziehungsmangel ist nicht allein Folge einer organischen Erkrankung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

Frühkindliche Anorexie (603.):

Diese Kinder verweigern adäquate Essensmengen und zeigen Gedeihstörungen. Typischerweise teilen sie ihr Hungergefühl nicht mit, zeigen kein Interesse am Essen, aber dafür umso mehr Exploration und Interaktion mit ihren Bezugspersonen. Sekundäre Konflikte zwischen Eltern und Kind können die Folge sein, die ihrerseits in einem Circulus vitiosus das Hungergefühl mindern. Die diagnostischen Kriterien (Chatoor, 2009) lauten:

A.	Diese Fütterstörung ist gekennzeichnet durch die Weigerung des Kindes, adäquate Essensmengen für eine Dauer von mindestens einem Monat aufzunehmen.
B.	Der Beginn der Nahrungsverweigerung tritt oft auf während des Übergangs von

	Löffelfütterung zum eigenen Essen, typischerweise im Alter zwischen 6 Monaten und 3 Jahren.
C.	Hungergefühle werden selten mitgeteilt, das Kind zeigt mangelndes Interesse an Nahrung und Essen, es würde lieber spielen, herumlaufen oder reden als zu essen.
D.	Das Kind zeigt einen signifikanten Wachstumsverlust.
E.	Die Nahrungsverweigerung ist nicht Folge eines traumatischen Erlebnisses betreffend Mund- und Rachenraum oder Gastrointestinaltrakt.
F.	Die Nahrungsverweigerung ist nicht Folge einer zugrundeliegenden körperlichen Erkrankung.

Sensorische Nahrungsverweigerung (604.):

Das Kind verweigert konsequent Nahrungsmittel mit speziellem Geschmack, Struktur oder Geruch. Die Essensverweigerung tritt oft beim Übergang zu neuen Nahrungsmitteln auf. Die bevorzugte Nahrung wird problemlos gegessen, Ernährungsdefizite und Störungen der Mundmotorik können auftreten. Diese Fütterstörung ist durch folgende Kriterien definiert (Chatoor, 2009):

A.	Diese Fütterstörung ist gekennzeichnet durch die konsistente Verweigerung des Kindes, spezifische Nahrungsmittel mit speziellem Geschmack, Struktur, Temperatur oder Geruch zu essen über eine Dauer von mindestens einem Monat.
B.	Der Beginn der Nahrungsverweigerung beginnt bei der Einführung neuer oder anderer Nahrungsmittel, die das Kind ablehnt.
C.	Die kindlichen Reaktionen auf die abgelehnte Nahrung reichen von Grimassieren oder Ausspucken bis zu Würgen und Erbrechen. Nach einer aversiven Reaktion weigert sich das Kind, das Essen weiter zu essen, generalisiert häufig und verweigert andere Nahrung mit ähnlicher Farbe, Aussehen oder Geruch. In der Folge kann das Kind ganze Nahrungsgruppen oder -typen ablehnen.
D.	Das Kind weigert sich widerstrebend, neue, unbekannte Nahrung auszuprobieren, aber isst die bevorzugte Nahrung ohne Schwierigkeiten.
E.	Ohne Nahrungsergänzungsmittel zeigt das Kind spezifische Nahrungsdefizite (z. B. Vitamin, Eisen, Zink oder Eiweiß) aber normalerweise keine Wachstumsstörung und kann sogar übergewichtig sein; und/oder kann es zusätzlich Störungen der Mundmotorik und der expressiven Sprache zeigen; und/oder kann das Kind im Vorschulalter Ängste während der Mahlzeiten aufweisen und soziale Situationen, die Essen einschließen, vermeiden.
F.	Die Nahrungsverweigerung folgt nicht einem traumatischen Erlebnis im Bereich des Mund-/Rachenraumes.
G.	Die Weigerung, spezifische Nahrung zu essen, ist nicht assoziiert mit Nahrungsmittelallergien oder andere körperliche Erkrankungen.

Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen (605.):

Wegen einer zugrundeliegenden körperlichen Erkrankung beginnt das Kind zu essen, zeigt aber erhebliche Schwierigkeiten, die Fütterung aufrecht zu erhalten.

A.	Diese Fütterstörung ist gekennzeichnet durch Nahrungsverweigerung und ungenügende Nahrungsaufnahme für eine Dauer von mindestens zwei Wochen.
B.	Die Nahrungsverweigerung kann in jedem Alter beginnen und an Intensität zu- und abnehmen, abhängig von der grundlegenden körperlichen Erkrankung.
C.	Das Kind beginnt die Fütterung bereitwillig, zeigt aber im Verlauf der Fütterung Belastung und verweigert die Fortsetzung.
D.	Das Kind hat eine medizinische Grunderkrankung, die als Grund der Belastung angesehen werden kann (z. B. gastroösophagealer Reflux, Herz- oder Lungenerkrankungen).
E.	Das Kind zeigt eine mangelnde Gewichtszunahme oder kann sogar Gewicht verlieren.
F.	Die medizinische Behandlung verbessert die Fütterproblematik, aber mag sie nicht vollständig vermindern.

Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (Posttraumatische Fütterstörung) (606.):

Die Nahrungsverweigerung tritt nach aversiven, quälenden, einzelnen oder wiederholten Reizen des oberen Gastrointestinaltraktes auf (wie Würgen, Erbrechen, Reflux, Sondierung, Absaugen). Beispielhaft verweigert das Kind die Flasche, aber isst vom Löffel, trinkt aus der Flasche nur im Schlaf oder verweigert feste Nahrung. Erinnerungen an das traumatische Ereignis zeigen sich in antizipatorischen Reaktionen, wenn das Kind in Fütterposition gebracht wird. Es ist oft beim Anbieten von Nahrung gestresst und weigert sich, die Nahrung herunter zu schlucken.

A.	Diese Fütterstörung ist gekennzeichnet durch einen plötzlichen Beginn einer schweren und hartnäckigen Nahrungsverweigerung.
B.	Die Nahrungsverweigerung kann in jedem Alter, vom Säugling bis zum Erwachsenenalter auftreten.
C.	Die Nahrungsverweigerung tritt nach einem traumatischen Erlebnis oder wiederholten traumatischen Insulten des Oropharynx oder Gastrointestinal-Traktes (wie Würgen, Verschlucken, Erbrechen, gastroösophagealer Reflux, Einführung von Nasensonden oder Endotracheal-Sonde, Absaugen oder Füttern mit Gewalt) aus, das eine intensive Belastung beim Kind auslöst.
D.	Die anhaltende Nahrungsverweigerung zeigt sich, in Abhängigkeit von der erlebten Fütterungsart und in Assoziation mit dem traumatischen Ereignis, entweder Flaschenfütterung oder Essen von festen Nahrungsmitteln, mit einem der folgenden Symptome: Es verweigert die Flasche, aber mag die Löffelfütterung akzeptieren (obwohl es konsequent die Flasche im Wachzustand verweigert, kann es aus der Flasche trinken, wenn es schläfrig ist oder schläft). Es verweigert feste Nahrung, aber akzeptiert Flüssigkeiten oder breiförmige Nahrung. Es verweigert jede orale Nahrungszufuhr.
E.	Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse lösen Stress und Belastung aus mit mindestens einem der folgenden Symptome: Es zeigt antizipatorischen Stress, wenn es in die Essensposition gebracht wird. Es zeigt eine intensive Abwehr, wenn die Bezugsperson sich mit Flasche oder Nahrung nähert. Es zeigt Abwehr, die Nahrung herunterzuschlucken, die in den Mund gebracht wird.
F.	Die Nahrungsverweigerung bedeutet eine akute und/oder langfristige Beeinträchtigung von Gesundheit, Ernährung und Wachstum und kann die Entwicklung von altersentsprechendem Ess- und Fütterverhalten beeinträchtigen.

Wenn die DC: 0-3R Klassifikation für die Diagnose der Fütter/Esstörung nicht ausreicht, können die WCEDCA Kriterien als sinnvolle Ergänzung verwendet werden.

Obwohl die Klassifikation von Chatoor (2002), RDC-PA (2002) und DC:0-3 R (2005) für das junge Vorschulalter ausgesprochen nützlich ist und die dort vorkommenden Ess- und Fütterstörungen überwiegend abbildet, findet man bei älteren Vorschulkindern oft atypische Essstörungen, die in diesem Schema nicht genügend berücksichtigt wurden (EDNOS - Eating Disorder Not Otherwise Specified).

Es handelt sich ebenfalls um eine heterogene Gruppe von 6 Störungen (WCEDCA, 2007; Nicholls und Bryant-Waugh, 2008), die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Kinder sich nicht mit Gewicht und Aussehen beschäftigen, d.h. dass keine Körperschemastörung vorliegt; und dass organische Ursachen ausgeschlossen wurden. Auch werden bei diesem Schema typische komorbide, psychische Störungen mit berücksichtigt. Es können unterschieden werden:

Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung:

Es kommt zu einer Nahrungsvermeidung und Gewichtsverlust im Rahmen einer emotionalen Störung, vor allem bei Depression und Angststörungen. Die introversive, emotionale Störung ist somit die Hauptdiagnose. Diese Kategorie hat Ähnlichkeiten mit einem psychogenen Appetitverlust nach ICD-10 (F50.8).

Selektive Essstörung:

Eine eingeschränkte, einseitige Auswahl und Abneigung gegenüber neuen Nahrungsmitteln sind typische Zeichen dieser Störung. Die Kinder sind eher scheu und zurückhaltend und zeigen Angstsymptome. Die Störung ist häufiger bei Kindern mit autistischen Störungen. Das Risiko für spätere Essstörungen wie die Anorexia nervosa ist erhöht. Diese Kategorie zeigt Ähnlichkeiten mit der sensorischen Nahrungsverweigerung nach DC:0-3R (2005).

Nahrungspnobien:

Hierbei handelt es sich um eine generelle, mit Essen assoziierte Phobie. Kinder haben Angst vor Erbrechen, Würgen, Schlucken oder Vergiftung und vermeiden deshalb Essen. Oft lässt sich ein Auslöser eruieren. Angst und Zwangsstörungen sind assoziiert.

Funktionelle Dysphagie:

Bei dieser Störung findet sich eine Nahrungsvermeidung bei einer spezifischen Schwierigkeit beim Schlucken. Die Kinder zeigen Angst vor Steckenbleiben der Nahrung oder vor dem Würgen. Die Störung kann mit anderen Essstörungen zusammen auftreten. Besonders wichtig ist hierbei der Ausschluss der Dysphagie aufgrund von medizinischen Ursachen, wie neurologischen Erkrankungen, infantiler Zerebralparese, Frühgeburtlichkeit, Zustand nach Tracheotomie und kraniofazialen Fehlbildungen (Prasse und Kinkano, 2009).

Nahrungsverweigerung:

Diese Kategorie fehlt bei der DC:03-R (2005). Im Prinzip handelt es sich um eine ODD – das oppositionell-verweigernde Verhalten manifestiert sich vor allem beim Essen. Die Kinder verweigern aktiv die Nahrung und zeigen meistens ein oppositionelles Verhalten auch in anderen Situationen. Oft kommt es zu eskalierenden Auseinandersetzungen mit den Eltern.

Beide Klassifikationssysteme, die DC:0-3R (2005) und die WCEDCA (2007), sind im klinischen Alltag wichtig und notwendig. Leider wurde die Terminologie dieser beiden Klassifikationsvorschläge nicht angeglichen. Auch wurde bisher nicht untersucht, wie sich Störungen des frühen Vorschulalters (DC:0-3R, 2005) in die Störungen des späten Vorschul- und Schulalters entwickeln (Nicholls und Bryant-Waugh, 2008). Zur empirischen Validierung der Syndrome der Fütter- und Essstörungen muss noch erhebliche Arbeit geleistet werden (Bryant-Waugh et al., 2010).

Trotz der Unvollständigkeit und der Vorläufigkeit der Empfehlungen ist nach wie vor das System der DC:0-3R (2005) grade für die jüngeren Kinder wegweisend. Ein Defizit dieser Klassifikation liegt in der fehlenden Berücksichtigung von komorbiden psychischen Störungen, wie es bei der WCEDCA (2007) selbstverständlich ist. Die Empfehlungen der WCEDCA (2007) werden deshalb bei Bedarf hinzugezogen.

<p>Eine umfassende somatische Diagnostik soll bei Ess/Fütterstörungen durchgeführt und im weiteren Verlauf überprüft werden.</p>

1. Mehr als bei anderen Störungen ist intensive pädiatrische Diagnostik unbedingt notwendig. Organische Ursachen müssen ausgeschlossen und dürfen nicht übersehen werden (siehe auch Bolten et al., 2013). Nach Bernard-Bonnin (2006) sind dies vor allem strukturelle und neurologische Entwicklungsstörungen. Zu den strukturellen Störungen gehören Fehlbildungen des Naso-Oro-Pharynx-Bereichs, wie z.B. Lippen-Kiefer-

Gaumenspalten, Pierre-Robin Sequenz und Makroglossie. Fehlbildungen des Larynx und der Trachea, wie Zysten, Stenosen und Tracheomalazie müssen ebenfalls beachtet werden. Auch strukturelle Störungen des Ösophagus, wie Fisteln und Stenosen kommen vor. Zu den neurologischen Entwicklungsstörungen gehören vor allem die infantile Zerebralparese, Myelomeningozelen, Hirnanlagestörungen, vor allem des Großhirns, des Hypothalamus, des Hirnstamms und Kleinhirns (z.B. Foix-Chavany-Marie-Syndrom und andere orofazialen Dysregulationen, Chiari-Malformationen), Hirntumore, neuromuskuläre Erkrankungen und viele andere mehr. Außerdem müssen Stoffwechselstörungen, endokrine und gastroenterologische Erkrankungen berücksichtigt werden (Zöliakie, Mukoviszidose, chronische Gastritis, Hypothyreose Unverträglichkeiten, GÖR, usw.)

2. Die medizinische Vorgeschichte sollte genau erhoben werden. Wegweisend sind Hinweise auf Frühgeburt, Sondenernährung sowie Schluckstörungen.
3. Eine komplette körperlich internistische und neurologische Untersuchung sollte auf jeden Fall erfolgen. Gewichts-, Längen- und Kopfumfangsmaße sind obligat auch im Verlauf zu erfassen. Nach Bernard-Bonnin (2006) sind Laboruntersuchungen nicht unbedingt bei Kindern notwendig, die mit den Körpermaßen im Normbereich liegen. Eine Milcheiweißallergie und ein gastroösophagealer Reflux sollten ausgeschlossen werden. Ferner sollten im Einzelfall seltenere somatische Störungen bedacht werden, die sich vor dem Auftreten weiterer körperlicher Symptome oder Entwicklungsstörungen mit einer Essproblematik manifestieren können. Hierzu gehören weitere Nahrungsmittelallergien, aber auch ein Mangel an Vitamin B 12 bei mehrmonatig voll gestillten Kindern von sich vegetarisch bzw. vegan ernährenden Müttern. Die Gruppe der Kinder mit einer Gedeihstörung brauchen eine sehr viel intensivere Diagnostik mit umfangreichen Laboruntersuchungen und weiteren diagnostischen Maßnahmen nach den Prinzipien und Indikationen der pädiatrischen Gastroenterologie.
4. Auch im Verlauf der Therapie sind häufige körperliche Untersuchungen, Gewichtskontrollen und oft Wiedervorstellungen bei erfahrenen Kinderärzten/innen notwendig.

Bei Vorliegen einer klinisch relevanten Fütter/Esstörung nach DC:0-3R bzw. WCEDCA soll eine umfassende kinderpsychiatrische/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik erfolgen.

Der Typ der Fütter-/Esstörung und komorbide Störungen sollen erfasst werden.

Gleichzeitig mit der pädiatrischen Diagnostik sollte festgestellt werden, welche Essstörung nach DC:0-3R (2005) tatsächlich vorliegt. Die Diagnose einer umschriebenen Essstörung nach DC:0-3R (2005) genügt jedoch nicht. Es muss intensiv überprüft werden, ob nicht eine weitere komorbide Störung vorliegt.

Oft wird übersehen, dass mehrere komorbide Essstörungen gleichzeitig vorliegen können. So ist es durchaus möglich, dass z.B. frühkindliche Anorexie und sensorische Nahrungsverweigerung gleichzeitig bestehen können mit direkten, praktischen Konsequenzen für die weitere Therapie. Auch andere komorbide psychische Störungen, vor allem depressive, autistische, Angststörungen sowie ODD müssen erfasst werden. Gerade bei Kindern mit Gedeihstörungen ist eine komplette Entwicklungsdiagnostik erforderlich, um auch Defizite im motorischen und kognitiven Bereich rechtzeitig zu erkennen.

Eine Interaktionsdiagnostik zwischen Eltern und Kind nicht nur in einer Spielsituation, sondern gerade beim Essen ist erforderlich, um dysfunktionale Interaktionen zu erkennen. Hierbei bietet sich eine videogestützte Diagnostik an. Es wird dabei unter anderem die Abstimmung zwischen Mutter und Kind beurteilt. Die Aktivität der Mutter liefert wichtige Hinweise, ob sie z.B. mit Zwang füttert, hilflos wirkt, ob und wie sie das Kind ablenkt und ob sie konsistent ist. Beim Kind können das Interesse am Essen, die Abwehr gegenüber angebotenen Nahrungsmitteln und Spielen und andere Aktivitäten während des Essens von Bedeutung sein.

Eine Diagnostik der mütterlichen Psychopathologie ist wichtig, da viele Mütter eine eigene psychische Störung mitbringen, die den Verlauf der kindlichen Essstörung verfestigen kann. Besondere Risikofaktoren sind elterliche Depression und eigene mütterliche Essstörungen, aber auch Angst-, posttraumatische Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen.

Aufgrund der Komplexität der Ess- und Fütterstörungen bei Vorschulkindern sind zur exakten Diagnostik klinische Erfahrung und ein multiprofessionelles Team notwendig. Bei chronischen Verläufen ist oft eine stationäre Diagnostik erforderlich.

Psychische Störungen der Bezugspersonen sollen erfasst und den Bezugspersonen eine Behandlung empfohlen werden.

Fütter- und Essstörungen sind generell multifaktoriell bedingt, wobei bei den einzelnen Störungen die Faktoren eine unterschiedliche Gewichtung haben. Genetische,

anlagebedingte Faktoren spielen eine große Rolle bei der frühkindlichen Anorexie und der sensorischen Nahrungsverweigerung. Traumatische Auslöser spielen bei der Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes die wichtigste Rolle.

Temperamentsvariablen sind zusätzlich bei allen Fütterstörungen mit zu bedenken und auch in der Therapie zu berücksichtigen (von Hofacker, 2009). Schließlich ist die elterliche Psychopathologie bei der Fütterstörung der reziproken Interaktion ausschlaggebend.

Generell sind psychische Störungen der Eltern als Risikofaktoren für kindliche Auffälligkeiten anzusehen. Bei Kindern mit Essstörungen sind eigene Essstörungen der Eltern von besonderer Bedeutung, wie von Patel et al. (2002) ausführlich dargestellt wird. Auch die Ergebnisse der prospektiven, populationsbasierten Norwegian Mother and Child Cohort Study (Reba-Harreleson et al., 2010) mit 100.000 teilnehmenden Mutter-Kind-Paaren verweisen auf eine vermehrte Gefährdung von 3-jährigen Kindern essgestörter Mütter, ihrerseits Essprobleme zu entwickeln. Zudem fanden sich häufiger Angst- und Zwangssymptome bei den exponierten Kindern. Leider gibt es praktisch nur Studien zu Müttern mit Essstörungen, sodass die väterliche Essproblematik in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt wird.

Hinweise auf vermehrte Fütterprobleme in den ersten Lebensmonaten finden sich auch im Kontext einer mütterlichen postpartalen Depression. In einer Metaanalyse von 49 Studien konnten Dennis und McQueen (2009) einen Zusammenhang zwischen mütterlicher depressiver Symptomatologie und verkürzter Stilldauer sowie vermehrtem Erleben von Schwierigkeiten bei der Fütterung der Säuglinge aufzeigen. Die zitierten Arbeiten beruhten allerdings überwiegend auf Selbstauskünften der Mütter, waren begrenzt auf die ersten 3 postpartalen Monate und erhoben keine Daten zum kindlichen Verhalten bei der Nahrungsaufnahme.

Eine Beratung soll auch bei auffälliger Fütter- und Esssymptomatik ohne Vollbild einer Diagnose erfolgen.

Eine Beratung soll in jedem Fall erfolgen. Gerade bei auffälligen Esssymptomen die noch nicht die Kriterien für das Vollbild einer Fütter-/Essstörung erfüllen, können beratende Interventionen die Entwicklung von manifesten Störungen verhindern. Oft sind dabei allgemeine Essensregeln hilfreich, wie sie z.B. von Bernard-Bonnin (2006) zusammengefasst wurde:

- Feste Mahlzeiten, nur geplante Zwischenmahlzeiten.

- Dauer der Mahlzeiten maximal 30 Minuten.
- Außer Wasser, kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten.
- Neutrale Atmosphäre, kein Essen unter Zwang.
- Laken unter dem Stuhl, um Essensreste aufzufangen.
- Kein Spielen während der Mahlzeiten.
- Essen nie als Belohnung oder Geschenk.
- Kleine Portionen.
- Feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später.
- Unterstützung von aktivem Essen
- Wegräumen des Essens nach 5-10 Minuten, falls das Kind ohne zu essen spielt.
- Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind Essen in Wut umherschmeißt.
- Der Mund wird nur abgewischt nach Beendigung der Mahlzeiten.

Bei der Behandlung von Fütter-/Essstörungen soll eine multimodale Therapie durchgeführt werden.

Eine Beratung reicht bei Kindern mit manifesten Fütter- und Essstörungen oft nicht aus. Die Behandlung von Ess- und Fütterstörungen bei jungen Kindern ist kompliziert, aufwändig und zum Teil langwierig. Sie setzt besondere klinische Erfahrungen voraus. Zum Teil ist sie ambulant durchführbar. Verhaltenstherapeutische Interventionen haben sich in kontrollierten Einzelfallstudien als wirksam erwiesen (Sharp et al., 2010). Diese werden eingebettet in einem multimodalen Therapieprogramm.

Bei schweren Störungen ist ein stationäres Setting mit einem multiprofessionellen Team unverzichtbar. Zu den Therapiebausteinen gehört eine Ernährungsberatung (Ökotrophologie), z.B. bei Nahrungsmittelallergien. Eine logopädische Behandlung kann entscheidend sein bei dem Training der oralen Sensibilität und der Mundmotorik (siehe Straßburg et al., 2012). Auch eine ergotherapeutische Mitbehandlung kann indiziert sein. So kann durch die Einschränkung der Selbstversorgung im Bereich Essen eine Indikation für Ergotherapie gegeben sein. Über die Beurteilung des Umfeldes und die Beratung der Eltern können geeignete Kontextfaktoren (Ort, Haltung, Ablauf, Stimuli, Verstärker) für erfolgreiches Füttern gefunden werden.

Eine pädiatrische Mitbehandlung ist gerade bei medizinischen Grunderkrankungen notwendig. Ein graduelles Essenstraining wird stationär vom Pflegepersonal, aber vor allem von Eltern und Bezugspersonen vorgenommen. Bei einigen Störungen sind kontrollierte

Hungerversuche mit Nahrungseinschränkung notwendig, um das Hungergefühl der Kinder zu aktivieren. Umgekehrt ist eine Normalisierung der Nahrungsaufnahme u.U. nur zu erreichen, nachdem eine ausreichende kalorische Ernährung auch über eine Sonde gewährleistet ist. Videogestützte Mutter-Kind-Psychotherapien werden häufig eingesetzt. Eine Psychoedukation und Beratung der Eltern ist selbstverständlich. Darüber hinaus ist bei manchen Eltern eine individuelle psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Oft liegt ein Fokus der Psychotherapie auf der Behandlung von Paarkonflikten. Nach Entlassung sind Jugendhilfemaßnahmen z. B. durch Familienhilfen zu bedenken.

Nach Diagnose sollen die einzelnen Fütter-/Essstörungen spezifisch behandelt werden.

Über die allgemeinen Therapieprinzipien hinaus gibt es für die einzelnen Ess- und Fütterstörungen spezifische Empfehlungen, die ein gezieltes therapeutisches Vorgehen ermöglichen (siehe Chatoor, 2002; Bernard-Bonnin, 2006). Diese Empfehlungen umfassen:

Regulationsfütterstörung:

Die Eltern sollten unterstützt werden, das Stimulationsausmaß während der Essenszeiten zu regulieren. Ein Ziel ist es, Feinfühligkeit der Eltern zu erhöhen und ihre Beruhigungs- und Fütterstrategien zu optimieren. Eltern lernen, die Stimulationsmenge den Bedürfnissen ihrer Kinder anzupassen und sie regulatorisch zu unterstützen. So sollten sie sie nicht lange vor dem Füttern schreien lassen und nicht unnötig ihren Mund abwischen. Mütterliche Symptome, Depression und Ermüdung sollten angesprochen werden. Falls die Nahrungsmenge nicht ausreicht, sollte eventuell per Sonde zugefüttert werden.

Fütterstörung der reziproken Interaktion:

Diese Störung tritt als Folge von Vernachlässigung und Deprivation auf. Häufig ist eine stationäre Therapie erforderlich. Durch Bezugspflege mit wenigen Personen, Körperkontakt, Füttern und Spielen entwickeln Kinder oft ein adäquates Essverhalten. Körperbezogene Therapien, wie Physiotherapie sind bei muskulärer Hypotonie indiziert. Die Interaktionsstörung wird in Eltern-Kind-Therapien behandelt. Oft ist eine eigene Therapie der Mutter notwendig. Jugendhilfemaßnahmen, bis hin zur Fremdplatzierung sind erforderlich, falls die elterliche Versorgung nicht ausreicht.

Frühkindliche Anorexie:

Schwerpunkt der Behandlung ist eine Beratung der Eltern und eine psychoedukative Vermittlung der besonderen Temperamenteigenschaften ihres Kindes. Eltern werden unterstützt, mehr Strukturierungen und Grenzsetzungen durchzusetzen. Eigene Sorgen der Eltern sollten berücksichtigt und besprochen werden. Während der Mahlzeiten bestimmen die Eltern wann, was und wo gegessen wird, die Kinder wie viel. Geregelte Mahlzeiten im Abstand von 3-4 Stunden mit ausreichend langer Dauer werden empfohlen. Dazwischen dürfen die Kinder nicht essen, sondern nur Wasser trinken, um ein eigenes Hungergefühl zu entwickeln. Spielen wird während der Mahlzeiten unterbunden und andere verhaltenstherapeutische Interventionen können notwendig sein. Die Therapie kann mehrere Monate dauern, Rückfälle können in besonderen Situationen wie Reisen, Besuch von Gästen oder besonderen Aktivitäten auftreten (Chatoor und Khushlani, 2006).

Sensorische Nahrungsverweigerung:

Bei nachgewiesenen Defiziten ist eine Nahrungsergänzung (von Zink, Vitaminen, Eiweiß und Eisen) erforderlich. Ansonsten ist eine entspannte Essensatmosphäre und Stimmung wichtig, ebenso der Abbau dysfunktionaler Interaktionen. Eltern sollen selber neue Nahrungsmittel im Sinne eines Modelllernens ausprobieren. Langsam sollen neue Nahrungsmittel im Sinne einer allmählichen Desensibilisierung eingeführt werden. Kinder dürfen auch kleine Bissen zu sich nehmen, ohne gezwungen zu werden, die gesamte Menge aufzuessen. Andere verhaltenstherapeutische Interventionen, wie z.B. positive Verstärker können eingesetzt werden.

Fütterstörung assoziiert mit gastrointestinalen Insulten (Posttraumatische Fütterstörung):

Durch die traumatische Erfahrung werden viele Kinder per Sonde ernährt. Das primäre Therapieziel ist es deshalb, die Kinder von der Sonde mit systematischer und gradueller Desensibilisierung zu entwöhnen. Dabei erfolgt eine behutsame und stufenweise Desensibilisierung der gefürchteten Objekte wie Hochstuhl, Lätzchen, Fläschchen, Löffel und Nahrung. Weniger gefürchtete Nahrung wird zuerst eingeführt, dann die stärker abgewehrten Nahrungsmittel. Dieses kann durch positive Verstärkung und andere verhaltenstherapeutische Techniken unterstützt werden. Viele Kinder zeigen zusätzliche Angst- und depressive Symptome, die separat behandelt werden (Chatoor und Khushlani, 2006). Bei dieser Störung ist eine komplette Heilung möglich, obwohl die Behandlung sich über Monate hinziehen kann.

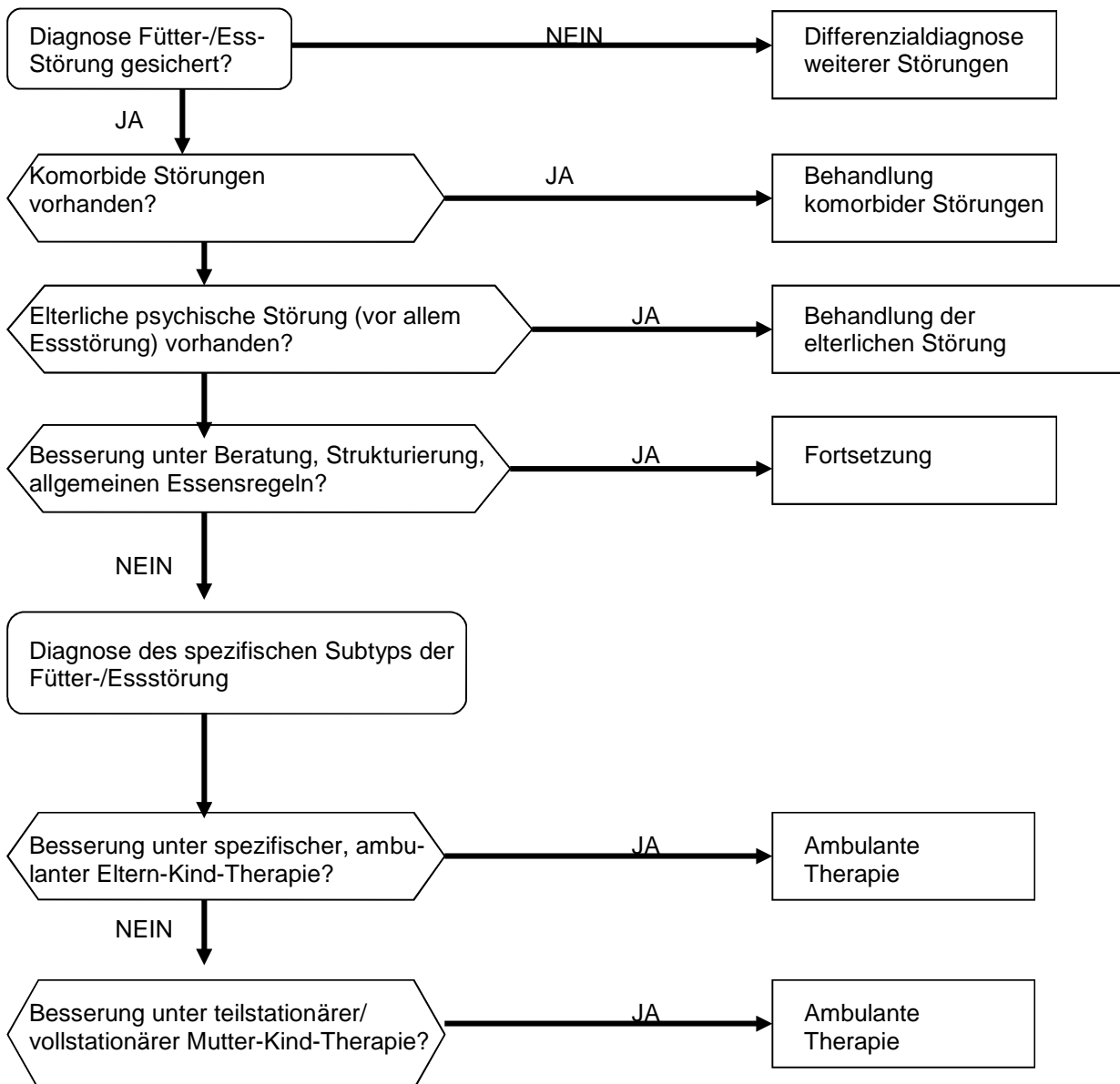
Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen:

Hier steht die Behandlung der medizinischen Erkrankung in enger Zusammenarbeit mit Pädiater im Vordergrund. Es soll genau beobachtet werden, wie viel Stress und Belastung das Kind während des Fütterns entwickelt. Die Modifikation der Fütterabläufe sollte entsprechend variiert werden. Beruhigungsstrategien werden den Eltern vermittelt. Eventuell ist eine Zufütterung per Sonde notwendig.

Eine Psychopharmakotherapie soll nicht erfolgen.

Es gibt keine Indikationen für eine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern mit Fütter-/Essstörungen.

Entscheidungsbaum: Fütter-/Essstörungen



4. Schlafstörungen

Schlafprobleme bei jungen Kindern sind häufig und für die Familien sehr belastend. In einer Internetstudie gaben 23 % von 5006 Eltern von Kleinkindern im Alter von 0-36 Monaten an, dass die Schlafprobleme ihres Kindes für sie ein kleines, 2 % ein schwerwiegendes Problem darstellten (Sadeh et al., 2009). Zwei Faktoren waren für die Eltern besonders belastend: die Häufigkeit des nächtlichen Erwachens und die Zeit bis zum Einschlafen. Schlafgewohnheiten zeigen eine besonders starke kulturabhängige Varianz.

Zu Schlafstörungen sind mehr Studien durchgeführt worden als zu jeder anderen Störung im Vorschulbereich: die Datenlage ist hervorragend und ermöglicht Empfehlungen auf einem hohen Evidenzgrad (siehe auch Bolten et al., 2013). In dieser Leitlinie wird sich auf die häufigen Einschlaf- und Durchschlafstörungen beschränkt, wie in den DC: 0-3R und RDC-PA Klassifikationssystemen vorgeschlagen. Andere, seltenere Schlafstörungen wie Pavor nocturnus oder Somnambulismus müssen separat diagnostiziert und behandelt werden.

Bei den Schlafstörungen sollen Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden werden.

Zur Diagnose sollten die RDC-PA Kriterien verwendet werden, die am genauesten sind

ICD-10:

In der ICD-10 sind keine speziellen kindlichen Schlafstörungen vorgesehen. Die nicht organische Insomnie (51.0) wird durch Ein-, Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität mit einer Häufigkeit von mindestens dreimal pro Woche, mit einer Dauer von mindestens einem Monat und mit einem deutlichen Leidensdruck nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Zu Kindern findet sich in der ICD-10 ein Hinweis: Schwierigkeiten mit dem Zubettgehen sollten nicht als Schlafstörungen klassifiziert werden.

Andere Schlafstörungen umfassen die nichtorganische Hypersomnie (F51.1), die nichtorganische Störung des Schlaf- Wach- Rhythmus (F51.2), das Schlafwandeln (F51.3), den Pavor nocturnus (F51.4), Alpträume (F51.5) und Restkategorien (F51.8 und F51.9).

RDC-PA:

In der RDC-PA wird betont, dass die häufigen Schlafstörungen des Vorschulalters nicht adäquat in der DSM-IV abgebildet sind. Die DSM-IV unterscheidet zwischen folgenden

Störungen: primäre Insomnie, primäre Hypersomnie, Narkolepsie, atmungsassoziierte Schlafstörung, Schafstörung des zirkadianen Rhythmus, Alpträumstörung, Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Restkategorien und sekundäre Schlafstörungen (durch medizinische Erkrankungen und Substanzen).

Nach der RDC-PA kann vereinfachend zwischen zwei Gruppen unterschieden werden: Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen. Die Problematik kann jeweils unterschiedlich schwer ausgeprägt sein. Eine leichte Symptomatik wird als „perturbation“ (wörtlich Beunruhigung, Sorge) bezeichnet und tritt einmal pro Woche auf. Interventionen sind nicht notwendig. Eine „disturbance“ (Auffälligkeit) ist durch eine Häufigkeit von 2-4 Episoden pro Woche für mehr als einen Monat definiert und kennzeichnet eine Risikosituation. Ohne Intervention ist die Weiterentwicklung einer Störung möglich. Eine „disorder“ (Störung) ist durch 5-7 Episoden pro Woche über mehr als einen Monat definiert und erfordert aktive Intervention.

Schlafstörungen sind demnach Auffälligkeiten, die sich an den meisten Abenden oder Nächten manifestieren. Wegen instabilen Schlafmustern im ersten Lebensjahr werden sie erst ab dem Alter von zwölf Monaten diagnostiziert. Diese restriktive Definition macht Sinn, wie eine prospektive Studie zeigen konnte: die meisten Säuglinge (84%) lernen bis zum Alter von 12 Monaten durchzuschlafen (Hendersen et al., 2010). Auch wird eine Quantifizierung einzelner Parameter, wie z.B. Einschlafzeiten empfohlen. Wegen dieser vielen Details und Spezifikationen sollen die Kriterien der RDC-PA genau wiedergegeben werden.

Einschlafstörung:

Einschlafprobleme zeigen sich entweder in der Zeit bis zum Einschlafen, der elterlichen Anwesenheit im Zimmer zum Einschlafen und/ oder der Notwendigkeit für Kontakte mit den Eltern (Eltern verlassen das Zimmer und kommen durch Aufforderung des Kindes wieder zurück). Die diagnostischen Kriterien umfassen:

A.	5-7 Episoden pro Woche für mindestens einen Monat.
B.	Signifikante Schwierigkeiten beim Einschlafen mit folgenden quantitativen Angaben: <ol style="list-style-type: none"> 1. Minuten bis zum Einschlafen: Mehr als 30 Minuten im Alter von 12-24 Monaten, mehr als 20 Minuten im Alter von mehr als 24 Monaten. 2. Anwesenheit des Elternteils beim Einschlafen vorhanden (oder nicht) 3. Zahl der Kontakte mit den Eltern: Drei oder mehr im Alter von 12-24 Monaten, zwei oder mehr im Alter von über 24 Monaten.
C.	Kriterien für Beeinträchtigung sind unsicher wegen fehlender empirischer Daten und umfassen Einschränkung elterlicher Aktivitäten, Schwierigkeiten das Kind tagsüber zu wecken und spontanes Schlafen während des Tages.
D.	Die Diagnose wird ab dem Alter von 12 Monaten gestellt.

Durchschlafstörung:

Durchschlafstörungen sind durch Aufwachen gekennzeichnet, die entweder elterliche Intervention oder Wechsel zum elterlichen Bett erfordern. Die diagnostischen Kriterien umfassen:

A.	5-7 Episoden pro Woche für mindestens einen Monat.
B.	Signifikante Schwierigkeiten, im Schlaf zu verbleiben mit: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mehr als 30 Minuten nach Erwachen im Alter von 12-24 Monaten, mehr als 20 Minuten im Alter von 24-36 Monaten und mehr als 10 Minuten im Alter von über 36 Monaten. 2. Eltern legen das Kind nach jedem Erwachen in ein anderes Bett (oder nicht) 3. Drei oder mehrmaliges Erwachen pro Nacht (kombinierte Zeit mehr als 30 Minuten) im Alter von 12-24 Monaten, (ein- oder mehrfaches Erwachen pro Nacht kombinierte Zeit mehr als 20 Minuten) im Alter von 24-36 Monaten, (ein- oder mehrfaches Erwachen pro Nacht, kombinierte Zeit mehr als 10 Minuten) im Alter von mehr als 36 Monaten.
C.	Die Beeinträchtigungskriterien sind empirisch nicht gesichert.
D.	Diagnose ab dem Alter von 12 Monaten.

Die Diagnosen der DC:0-3 R (2005) sind ähnlich wie der RDC-PA, nur nicht so detailliert ausgeführt.

Schlafstörungen sollen nicht vor dem Alter von 12 Monaten diagnostiziert werden. Bei Kindern im ersten Lebensjahr sollten Beeinträchtigungen der Schlaf-Wachregulation erfasst werden.

Obwohl die RDC-PA und DC: 0-3R (2005) Kriterien erst ab dem Alter von 12 Monaten von einer Schlafstörung sprechen, sind Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus auch im ersten Lebensjahr belastende Symptome für die Familie, die eine Beratung erfordern. Insbesondere zwischen dem 6. und dem 12. Lebensmonat können Schlafprobleme mit hohen familiären Belastungen verbunden sein.

Bei Schlafstörungen sollen eine somatische Diagnostik und eine kinderpsychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden.

Bei der Ein- und Durchschlafstörung müssen organische Grunderkrankungen wie Anfallsleiden, Obstruktion der Atemwege (vergrößerte Adenoide), gastro-ösophageale Refluxerkrankungen, Schlafapnoen, neurologische Erkrankungen (Schlaf-assoziierte Epilepsien, restless leg-Syndrom etc.) und andere Schlafstörungen (wie Pavor nocturnus) ausgeschlossen werden. Auch sollten komorbide psychische Störungen erfasst werden. Die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik gelten auch bei den Schlafstörungen.

Einen besonderen Stellenwert hat die Anamnese. Dabei sollten vier Aspekte in der Anamnese besonders eruiert werden:

1. Spezifische Aspekte des Schlafproblems.
2. Kindliche Eigenschaften (wie Temperament oder Erkrankungen).
3. Muster der Eltern-Kind-Interaktion.
4. Proximale Umweltfaktoren wie Eigenschaften der Eltern und Familienkontext, sowie distale Faktoren, wie Kultur und Umwelt.

Die Anamnese sollte durch ein Schlaftagebuch über mindesten ein bis zwei Wochen ergänzt werden. Hierin werden die Schlaf- und Wachzeiten, sowie das Interaktionsverhalten dokumentiert. Auch standardisierte Fragebögen werden empfohlen, wie die Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) für das Alter von 4-10 Jahren und die Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ) für das Alter von 2-18 Jahren. Das Auftreten von Schlafstörungen sollte möglichst objektiviert werden. In einem Vergleich von 3-jährigen Kindern (mittleres Alter 44 Monate) waren Schlafstörungen nach elterlichen Angaben sehr viel häufiger als nach standardisierten Fragebögen oder nach aktographischen Messungen (Goodlin-Jones et al., 2009). Während eine internistische und neurologische körperliche Untersuchung obligat ist, sind Schlaflaboruntersuchungen in den seltensten Fällen indiziert.

Einen besonderen Stellenwert in der Beurteilung von Schlafproblemen hat die Erfassung von schlafhygienischen Maßnahmen und -routinen. Eine späte Zubettgehzeit (> 21:00), die Anwesenheit eines Elternteils beim Einschlafen, die Abwesenheit von Einschlafritualen, der tägliche Konsum von koffeinhaltigen Getränken und die Verfügbarkeit eines Fernsehgeräts im Schlafzimmer können Schlafprobleme vom Säuglings- bis zum Schulalter bedingen oder aufrechterhalten (Mindell et al., 2009a). Vor allem die elterliche Präsenz beim Einschlafen ist assoziiert mit nächtlichem Erwachen, und eine späte Zubettgehzeit geht einher mit anhaltenden Einschlafstörungen und verkürztem Nachtschlaf. In der nationalen Umfrage von Mindell et al (2009b) zur Schlafhygiene bei US-amerikanischen Kinder zeigte sich zudem, dass mehr als 50% der jungen Säuglinge und 20% der Kleinkinder schlafend und - nicht den

Empfehlungen folgend – müde aber wach ins Bett gelegt wurden. Bei diesen Kindern fanden sich 2-fach häufiger nächtliches Erwachen sowie längere Latenzen in der Einschlafperiode. Auch Schulkinder bis zum 10. Lebensjahr schliefen zu einem Drittel nur in der Präsenz ihrer Eltern ein, was mit einem 6-fach erhöhten Risiko für Durchschlafstörungen verbunden war.

Komorbide Störungen sollen erfasst und im Verlauf kontrolliert werden.

Elterliche psychische Störungen sollen erfasst und ggf. eine Behandlung empfohlen werden.

Schlafstörungen sind häufige Störungen mit erheblichen Auswirkungen für Eltern und Kinder. Sie haben Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung (z. B. Lernen, Gedächtnis und exekutive Funktionen), Affektregulierung (z. B. chronische Irritabilität), Aufmerksamkeit, Verhalten (z. B. Aggressivität und Hyperaktivität), Gesundheit (wiederholte Unfälle) und generelle Lebensqualität (Mindell et al., 2006). Daneben finden sich Hinweise, dass eine verkürzte Schlafdauer in der frühen Kindheit (< 11 Stunden pro Nacht) das Risiko, im Alter von 6 Jahren Übergewicht oder eine Adipositas zu entwickeln, fast 3-fach erhöht. Ätiologisch werden hierbei durch Schlafmangel induzierte Veränderungen in der Sekretion des Wachstumshormons wie auch von appetitwirksamen Hormonen diskutiert (Touchette et al., 2009; Jiang et al., 2009). Komorbide internalisierende und externalisierende Störungen sind erhöht (Reid et al., 2009).

Schlafstörungen finden sich gehäuft bei Kindern mit Autismusspektrumsstörungen und Entwicklungsstörungen (Goodlin-Jones et al., 2009). Auch Kinder mit Behinderungen, wie infantile Zerebralparese, Intelligenzminderung, Epilepsie, Sehstörungen und anderen körperlichen Behinderungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Schlafstörungen (Jan et al., 2008). Zudem sind besonders unreife Frühgeborene vermehrt gefährdet Schlafstörungen zu entwickeln. So fanden Asaka und Tokada (2010) bei gesunden ehemaligen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g im Alter von 12 Monaten einen verkürzten und gemessen an der motorischen Aktivität unruhigeren Nachtschlaf als bei gleichaltrigen Reifgeborenen, wenngleich die Gesamtschlafdauer in 24 Stunden sich nicht unterschied.

Schlafstörungen entwickeln sich in komplexen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind und entsprechenden Lernerfahrungen, wie Simard et al. (2009) zeigen konnten. In einer epidemiologischen Langzeitstudie von 987 vier bis sechsjährigen Kindern konnte belegt

werden, dass frühe kindliche Schlafprobleme (im Alter von 5-7 Monaten) maladaptives, elterliches Verhalten voraussagten (Anwesenheit beim Einschlafen; Essen und Trinken beim Aufwachen). Andererseits war elterliches Verhalten mit späteren Schlafstörungen der Kinder im Alter von 5-6 Jahren assoziiert. In einer repräsentativen Stichprobe von 1741 kanadischen Kindern erwiesen sich die elterliche Anwesenheit beim Einschlafen und die Mitnahme ins Elternbett nach nächtlichem Erwachen des Kindes im Alter von 5 Monaten als prädiktiv für Schlafstörungen mit 29 Monaten (Touchette et al., 2005). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es sich um komplexe, sich gegenseitig verstärkende Interaktionsabläufe zwischen Eltern und Kindern handelt. Aus den zwar belastenden, aber noch relativ einfachen Schlafstörungen des Vorschulalters können sich die komplexeren und differenzierten Schlafstörungen des Schulalters entwickeln (siehe Lipton et al., 2008).

Eine entwicklungsorientierte, interaktionszentrierte und alltagsstrukturierende Beratung soll durchgeführt werden.

Eine spezifische Beratung kann für viele leichtere Störungen vollkommen ausreichend sein. Zu Beratungsprogrammen gehören Psychoedukation und positive Routinen.

Positive Routinen:

Hierbei sollen Eltern feste, positive, ruhige und freudige Routinen vor dem Einschlafen entwickeln. In einer neuen standardisierten Studie von 405 Kindern im Alter von 7-36 Monaten wurden nach einer einwöchigen Baseline über zwei Wochen positive Routinen implementiert (Mindell et al., 2009b). Es zeigte sich eine signifikante Verkürzung der Schlaflatenz und eine Reduktion des nächtlichen Erwachens. Auch die mütterliche Stimmung besserte sich deutlich. Diese Studie unterstreicht die Bedeutung und die Wirkung von kurzen Interventionen für eine Vielzahl der Kinder.

Psychoedukation:

Eine Vielzahl verschiedener Elternprogramme mit Informationsvermittlung wurde entwickelt. Das Ziel ist es positive Schlaf Routinen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten. So werden die Eltern instruiert, ihre Kinder müde, aber noch wach ins Bett zu legen, damit sie eigene Einschlaffähigkeiten entwickeln. Auch Präventionsprogramme wurden entwickelt.

Falls eine Beratung nicht ausreicht, soll vorrangig eine graduierte Extinktionsbehandlung erfolgen. Ist diese nicht umsetzbar, sollen je nach

zugrundeliegender Problematik andere psychotherapeutische Methoden zum Einsatz kommen.

Zur Behandlung von Schlafstörungen liegt eine Vielzahl von Studien mit hoher Qualität vor. Mindell et al. (2006) fassten 52 Studien mit über 2500 Kindern mit einem mittleren Alter von 20 Monaten zusammen. Fast die Hälfte der Studien waren randomisiert kontrollierte Studien. Die Ergebnisse dieser Übersicht wurden von Morgenthaler et al. (2006) in den Leitlinien der American Academy of Sleep Medicine zusammengefasst. Global zeigen diese beiden Übersichten, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen viel wirksamer sind als Pharmakotherapie: 94 % der Studien erbrachten positive Effekte. Dabei steht eine Vielzahl von verschiedenen verhaltenstherapeutischen Interventionen zur Verfügung, die im Folgenden detailliert behandelt werden sollen.

Unmodifizierte Extinktion:

Hierbei legen die Eltern ihr Kind ins Bett zu der vorgesehenen Schlafzeit und ignorieren das Verhalten des Kindes (wie Weinen, Wutausbrüche, Rufen) bis zum nächsten Morgen. Eltern dürfen ihr Kind aus Sicherheits- und medizinischen Gründen überwachen, aber nicht intervenieren. Das Ziel ist es, unerwünschtes Verhalten zu reduzieren, indem die elterliche Aufmerksamkeit als Verstärker ausgeschaltet wird. Die unmodifizierte Extinktion ist für Eltern extrem belastend. Viele können das Weinen des Kindes nicht lange genug aushalten und verhalten sich inkonsequent. In einer Abwandlung dieses Programms dürfen Eltern zwar im Zimmer bleiben, müssen aber nach wie vor das Verhalten ignorieren. Dies ist für manche Eltern akzeptabler.

Graduierte Extinktion:

Eine Vielzahl von Techniken wurde als Variation der unmodifizierten Extinktion entwickelt. Typischerweise sollen Eltern Weinen und Wutausbrüche für vorher festgelegte Zeiträume ignorieren, bevor sie zu ihrem Kind gehen. Es kann entweder ein progressives Schema (z.B. eine Steigerung von fünf Minuten, über 10 Minuten zu 15 Minuten usw.) gewählt werden oder ein festgelegtes Schema (z.B. alle 5 Minuten). Eltern dürfen das Kind kurz beruhigen (üblicherweise 15 Sekunden bis eine Minute). Sie sollen Interaktionen minimieren, die das Aufmerksamkeit suchende Verhalten verstärken könnten. Das Ziel ist es, dass das Kind lernt, sich selbst zu beruhigen, und selbst wieder einschlafen kann, ohne auf elterliche Aktivitäten angewiesen zu sein. Sobald diese Fähigkeiten entwickelt sind, sollte das Kind selber einschlafen können, falls es nachts aufwacht.

Faded Bedtime:

Bei dieser verhaltenstherapeutischen Intervention werden Kinder vorübergehend zu einer späteren Zeit ins Bett gelegt, die eher mit ihrem Schlafbedürfnis übereinstimmt. Danach wird ein „Fading“ durchgeführt und die Einschlafzeit Schritt für Schritt um 15-30 Minuten nach vorne verlegt. Falls das Kind trotzdem nicht einschläft, werden die Kinder für eine vorgeschriebene Zeit kurz aus dem Bett genommen. Tagsüber werden Schlafzeiten unterbunden.

Festgelegtes Erwachen (Scheduled awakening):

Hierbei wecken die Eltern ihr Kind aktiv 15-30 Minuten, bevor es von selbst aufwachen würde und dürfen es so beruhigen, als wenn es spontan erwacht wäre. Im Verlauf werden die Intervalle verlängert, sodass es zu einem Fading kommt. Diese Methode wurde in vier Studien untersucht. Sie sind etwas schwieriger durchzuführen als die Extinktionsverfahren.

Wichtig ist dabei festzuhalten, dass alle diese verhaltenstherapeutischen Interventionen keine unerwünschten Effekte nach sich gezogen haben. So zeigten sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie auch 5 Jahre nach Durchführung von Extinktionsverfahren keine negativen Langzeitauswirkungen (Price et al., 2012). Insbesondere konnten keine negativen Auswirkungen auf die kindliche Bindungsentwicklung festgestellt werden (Sadeh et al., 2010).

Die Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen ist nicht nur bezogen auf die Kernsymptomatik wirksam, sondern außerdem verbunden mit einer verbesserten Anpassung der Kinder an diverse Alltagsanforderungen tagsüber und vermehrtem elterlichem Wohlbefinden, was die frühzeitige Intervention umso sinnvoller erscheinen lässt (Ramchandani et al., 2000; Eckerberg, 2004; Hiscock et al., 2008). Bedenken hinsichtlich der Frage, ob die beschriebenen verhaltensbasierten Maßnahmen im Sinne einer Zurücknahme elterlicher Einschlahhilfen um den Preis initial vermehrten kindlichen Protests und Schreiens negative Auswirkungen auf die kindliche Bindungsentwicklung haben, konnten bisher nicht bestätigt werden (Sadeh et al., 2010).

Psychodynamische Therapien können hilfreich sein, falls Extinktionsverfahren nicht ausreichen oder umgesetzt werden können. Da bei Schlafstörungen in sehr vielen Fällen eine Trennungproblematik oder Ängste der Eltern zugrunde liegen, entweder bereits in der Genese der Eltern verankert, oft auch durch negative Geburtserfahrungen oder eine frühe Trennung nach der Geburt evoziert, ermöglicht die psychodynamische Eltern-Kind-Therapie (SKEPT) eine effiziente Möglichkeit diese Problematik zu bearbeiten. Das Verständnis der

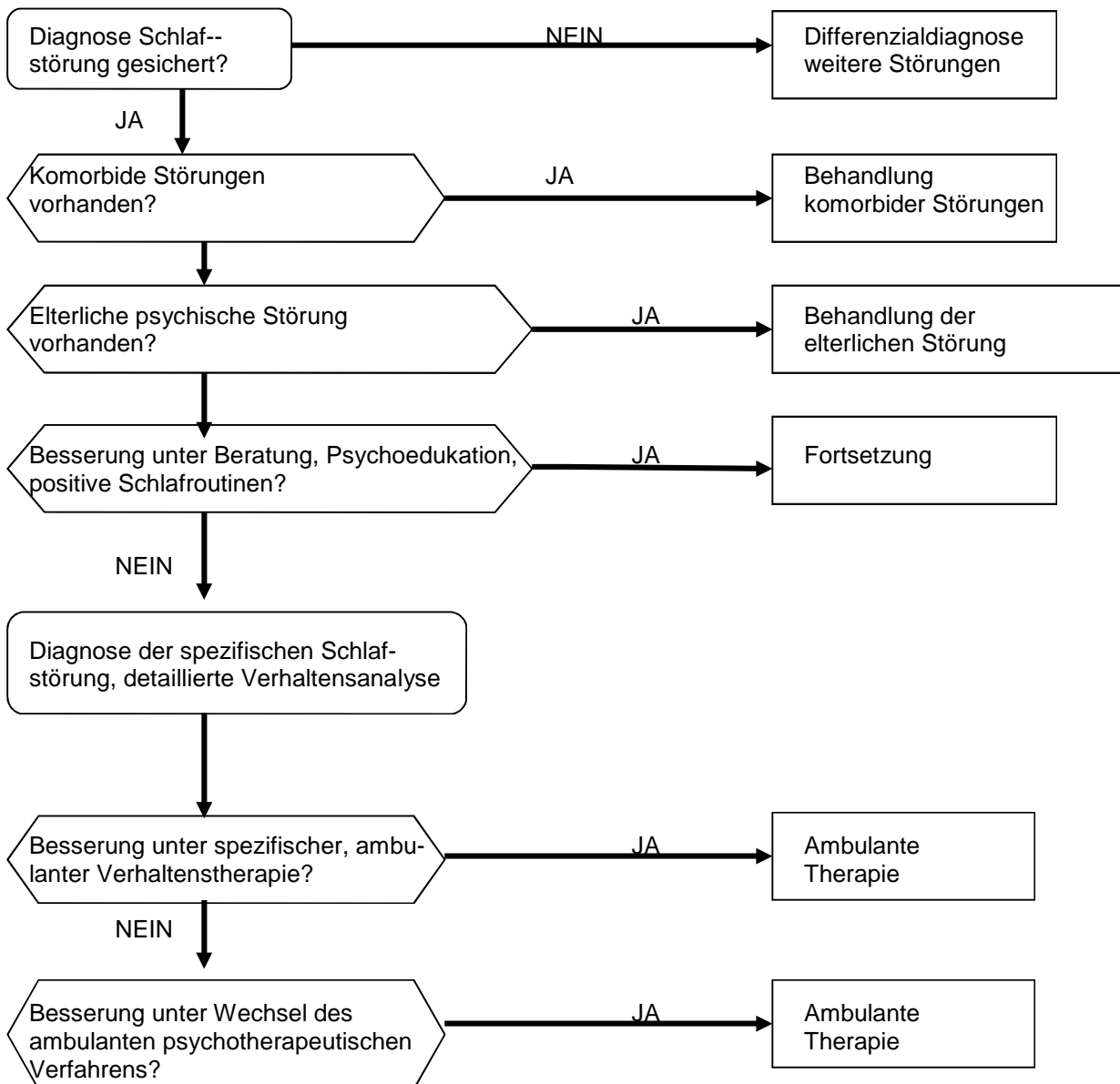
Zusammenhänge zwischen den elterlichen Ängsten und den Schlafstörungen des Kindes führt zu einer inneren Umstellung der Eltern und ermöglicht eine Modifikation der Interaktion. Das führt in diesen Fällen zu einer Remission der kindlichen Schlafstörung.

Eine Psychopharmakotherapie soll bei Schlafstörungen nicht erfolgen.

Bisherige Studien zeigten eindeutig, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen viel wirksamer sind als Pharmakotherapie (Mindell et al., 2006; Morgenthaler et al., 2006). Auch Gleason et al (2007) empfehlen, dass verhaltenstherapeutische Interventionen mit Abstand Mittel der ersten Wahl sind, auf einem hohen Grad der Evidenz beruhen und mit positiven sekundären Effekten für Kind und Eltern assoziiert sind. Falls diese nicht erfolgreich und eine erhebliche Beeinträchtigung vorhanden ist wird eine Medikation für maximal einen Monat mit begleitender Verhaltenstherapie erwogen.

Mittel der Wahl bei Einschlafstörungen ist dabei Melatonin, in einer Dosierung von 1-3 mg abends über mindestens 10-14 Tage. Dies hat sich u.a. bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen bewährt. Gringas et al. (2012) und Hollway (2012) konnten zeigen, dass Kinder mit neurologischen und Entwicklungsstörungen mit schweren Schlafstörungen unter Melatonin früher einschlafen, z.T. auch früher aufwachen. Die Schlafdauer an sich war nur gering verlängert. Der Einsatz von Melatonin für normal entwickelte Kinder ist durch die Studienlage nicht abgesichert und kann nicht empfohlen werden. Andere Medikamente (pflanzliche Präparate, Chloralhydrat) sind nur in absoluten Ausnahmen indiziert. Jede weitere Pharmakotherapie ist nicht zu empfehlen.

Entscheidungsbaum: Schlafstörungen



5. Persistierendes exzessives Schreien

Das exzessive Schreien ist ein häufiges, für Säuglinge und Eltern ein sehr belastendes Symptom und auch für den Kinderarzt nicht einfach zu behandeln (Straßburg, 2006).

Dennoch wird in allen bisherigen Klassifikationssystemen wird das exzessive Schreien nicht als Störung klassifiziert. Problematisch und mit Langzeitriskien assoziiert ist das Schreien, wenn es:

1. über das Alter von 3 Monaten hinaus persistiert und
2. wenn es nach Häufigkeit, Dauer und Ausmaß exzessiv ausgeprägt ist.

Das persistierende exzessive Schreien soll nicht vor dem Alter von 3 Monaten diagnostiziert werden. In der Zeit davor soll es als belastendes Symptom erfasst werden.

Mehrere Langzeitstudien sowie eine die Metaanalyse von Hemmi et al. (2011) zeigen, dass das persistierende exzessive Schreien ein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme im weiteren Entwicklungsverlauf in sich trägt. Auch in der Studie von Kries et al. (2006) war persistierendes Schreien jenseits des 6. Lebensmonats mit dem Risiko vermehrter Verhaltensprobleme assoziiert. 44% der Säuglinge, die mit 3 Monaten unstillbar schrien, taten dies auch noch jenseits des 6. Lebensmonats. Die Tatsache, dass persistierendes exzessives Schreien mit einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlung assoziiert ist, spricht zusätzlich dafür, dass es nicht nur ein belastendes Symptom ist, sondern mit erheblichen Belastung der Eltern-Kind-Beziehungen einhergehen kann, die die weitere kindliche Entwicklung gefährden können, und daher frühzeitige Interventionen sinnvoll sind (Talvik et al., 2008). Die Studienlage ist hinsichtlich der Kausalitätsrichtung des Zusammenhanges zwischen exzessivem Schreien und Kindesmisshandlung allerdings nicht eindeutig (Bender und Lösel, 2005).

Das persistierende exzessive Schreien soll anhand einer Verhaltensdokumentation in Anlehnung an die „Wessel Kriterien“ erfasst werden. Zusätzlich und unabhängig davon soll die subjektive Belastung der Bezugspersonen erhoben werden.

Weder die ICD-10, noch die RDC-PA definieren das exzessive Schreien als Störung. Selbst für die DC:0-3 R (2005) reichte die Datenlage nicht aus, um das exzessive Schreien als Störung zu definieren.

Nach den klassischen „Wessel Kriterien“ wird exzessives Schreien durch anfallsartige, unstillbare Schrei- und Unruheepisoden an mehr als drei Stunden pro Tag für mindestens drei Tage pro Woche für mindestens drei Wochen definiert.

Das exzessive Schreien wird aber auch anders definiert. Nach Reijneveld et al. (2001) werden insgesamt zehn verschiedene Definitionen des exzessiven Schreiens in verschiedenen Studien verwendet. Die strengste ist die von Wessel – die offenste ist die rein subjektive elterliche Einschätzung „weint viel“. Je nach verwendeter Definition variierten die Prävalenzzahlen von 1,5 % bis 11,9 %. Lucassen et al. (2001) kamen in einer Übersicht von 15 Prävalenzstudien zu dem Ergebnis, dass eine Vergleichbarkeit aufgrund divergierender Symptomdefinitionen nicht gegeben war und die Prävalenz des exzessiven Schreiens selbst in methodisch höherrangigen, prospektiven Untersuchungen zwischen 5% und 19% variierte.

Exzessives Schreien betrifft Jungen und Mädchen gleichermaßen, findet sich in vielen Kulturen mit ähnlichem Erscheinungsbild und Verlauf und tritt sowohl bei gestillten als auch Flaschengefütterten Säuglingen auf (Clifford et al., 2002a; St. James-Roberts et al., 2006). Das exzessive Schreien ist am häufigsten im Alter von einem Monat (2,2 % bis 17,8 %) im Vergleich zu drei Monaten (2,0 % bis 9,9 %) und sechs Monaten (0,3 % bis 7,7 %). Auch sind es nicht jeweils die gleichen Kinder, die zu den verschiedenen Zeitpunkten exzessiv schreien, es kann zu einem Wechsel der Symptomatik kommen.

Langzeitstudien weisen darauf hin, dass das exzessive Schreien differenziert betrachtet werden muss, wie von Wolke et al. (2002) vorgeschlagen. Danach scheint das vorübergehende Schreien in den ersten drei Lebensmonaten eher eine benigne Symptomatik zu sein, die natürlich für Eltern belastend sein kann, aber keine Störung darstellt. Canivet et al. (2000) konnten in einer schwedischen prospektiven Untersuchung von 376 Kindern an der Subgruppe von nur in den ersten drei Lebensmonaten exzessiv schreienden Säuglingen (n = 50, definiert nach strikten Wessel-Kriterien) aufzeigen, dass sich die Kinder mit 4 Jahren bezüglich Längen- und Gewichtsentwicklung, Verhaltensauffälligkeiten, Schlafgewohnheiten, Anzahl der Klinikaufnahmen und psychosomatischen Beschwerden nicht signifikant von Kontrollkindern ohne Schreisymptomatik unterschieden. Nach mütterlichen Angaben zeigten die Ex-Schreikinder mit 4 Jahren jedoch vermehrt Auffälligkeiten beim Essen, Trotz, negative Emotionen und

Bauchschmerzen. Die Autoren interpretierten dieses Ergebnis im Sinne eines schwierigen Temperaments bei ehemals schreienden Kindern, das aber explizit nicht als Störung bewertet wurde.

Clifford et al (2002b) fanden in einer Kohorte von 856 Mutter-Kind-Dyaden, die von der ersten Lebenswoche bis zum vollendeten sechsten Monat nachuntersucht wurden, dass sich mehr als 85% der exzessiv schreienden Säuglinge mit drei Monaten spontan beruhigt hatten. Auch die zugehörigen Mütter wiesen keine anhaltende Ängstlichkeit oder Depressivität nach Abklingen der kindlichen Symptomatik auf.

Bei dem verlängerten exzessiven Schreien über den dritten Lebensmonat hinaus liegen eine Vielzahl von Risikofaktoren und langfristigen Auffälligkeiten vor.

Von Kries et al (2006) fanden in einer Geburtenkohorte von 1865 Kindern nach retrospektiven Angaben der Eltern eine Prävalenz des exzessiven Schreiens von 16,3%. Die Symptomatik persistierte über den dritten Lebensmonat hinaus bei 5,8% und über den sechsten Lebensmonat bei 2,5% der Kinder. In der letzten Gruppe fanden sich deutlich erhöhte Raten von Essproblemen und Schlafstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter, nicht aber nach Sistieren des Schreiens vor dem sechsten Monat oder bei primär ruhigeren Kindern.

In einer prospektiven Studie konnten 64 Säuglinge mit exzessivem, persistierendem Schreien (Wessel-Kriterien erfüllt, Alter 3,8 Monate) im Alter von 8-10 Jahren nachuntersucht und mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen werden. Im Vergleich zu Kontrollen zeigten Kinder mit prolongiertem Schreien vermehrt Hyperaktivitätssymptome (19 %), Auffälligkeiten im Sozialverhalten, auffälliges Temperament und Leistungsprobleme. Nach dieser Studie, die nicht bevölkerungsbezogen und damit nicht repräsentativ ist, scheint ein Risiko für externalisierende Verhaltenssymptome vorzuliegen.

In einer prospektiven Studie konnten Rao et al. (2004) deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit vorübergehendem Schreien (bis zur 12. Lebenswoche) und solche mit fortgesetztem Schreien (nach der 12. Lebenswoche) aufzeigen. 327 (von 561) Kinder konnten im Alter von 5 Jahren nachuntersucht werden. Das vorübergehende Schreien hatte keine Langzeiteffekte. Kinder mit einer verlängerten Schreiperiode waren aber mit fünf Jahren auffälliger. Sie hatten einen niedrigeren IQ und vermehrt feinmotorische Auffälligkeiten.

Schließlich untersuchten Brown et al. (2009) 75 (59%) von ursprünglich 127 Kindern im Alter von 5-8 Jahren nach, die als Säuglinge wegen exzessiven Schreiens stationär untersucht wurden. Von den 127 Kindern konnten 75 (59 %) im Alter von 5-8 Jahren nachuntersucht werden. Während die Rate von körperlichen Erkrankungen nicht erhöht war, zeigten die Kinder deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten. 25 % erfüllten die Kriterien für eine psychische Störung mit sowohl introversiven, als auch externalisierenden Auffälligkeiten. Auch Eltern wiesen höhere Belastungsscores auf.

Eine umfassende somatische Diagnostik und eine interaktionszentrierte kinderpsychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik soll beim persistierenden exzessiven Schreien durchgeführt werden.

Die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik gelten auch für das exzessive Schreien. Jedes Kind muss körperlich untersucht werden. Somatische Ursachen sind selten, müssen aber erkannt werden. Zu diesen gehören gastroösophagealer Reflux, Allergien, z.B. auf Kuhmilchproteine (auch bei gestillten Kindern, deren Mütter viel Kuhmilchprodukte zu sich nehmen!), Kuhmilch-, Laktose- und andere Intoleranzen, sowie Infekte wie chronische Otitis, Harnwegsinfekte, Gastroenteritis, atopische Dermatitis und andere Hautaffektionen, Luftwegs-Obstruktionen, und allgemeine Entwicklungsstörungen, infantile Haltungssymmetrien u.v.m. (Straßburg 2006). Auch sollte eine zureichende Entwicklungskontrolle/-diagnostik nicht vergessen werden. Die Häufigkeit des Schreiens sollte in einem Tagebuch erfasst werden. Standardisierte Temperamentsfragebögen können hilfreich sein.

Psychosoziale Belastungen und psychische Störungen der Eltern sollen beim persistierenden exzessiven Schreien erfasst werden.

Ferner sollte die elterliche Belastung erfasst und psychische Störungen der Eltern, z.B. depressive Störungen, diagnostiziert werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte bei der Exploration der elterlichen psychischen Verfassung dem Umstand gelten, dass das exzessive Säuglingsschreien mit einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlungen assoziiert ist (z. B. Schütteltraumata), was insbesondere für die ersten 6 Lebensmonate zutrifft (Lee et al., 2007; Reijnefeld et al., 2004).

Elterliche Belastungen sind bei Kindern mit exzessivem Schreien häufig. Frauen mit erhöhten vorgeburtlichen und perinatalen Risiken haben häufiger exzessiv schreiende

Kinder, wie die Studie von van der Wal et al. (2007) zeigen konnte. Depressive Symptome, Ängste, Stress und Arbeitsbelastungen vor der Geburt, insbesondere im 1. und 2. Trimenon, waren mit exzessivem Schreien bei drei bis sechs Monate alten Kindern assoziiert.

Mütterliche psychische Stressoren in der Schwangerschaft sind mit exzessivem Säuglingsschreien im 3. und 6. Lebensmonat assoziiert. Es fanden sich Hinweise darauf, dass eine postnatal anhaltende Stressbelastung der Mutter die Persistenz des kindlichen Schreiens über den vollendeten dritten Lebensmonat hinaus begünstigt (Wurmser et al. 2006). Daneben haben sich das mütterliche Rauchen in der Schwangerschaft sowie eine postnatale Rauchexposition als wesentliche unabhängige Risikofaktoren für das exzessive Säuglingsschreien herausgestellt.

<p>Beratung und ggf. Modifikation der Umweltbedingungen sollen beim exzessiven Schreien durchgeführt werden.</p>

An erster Stelle stehen beim exzessiven Schreien (d.h. auch in den ersten drei Lebensmonaten) Beratung und Psychoedukation. Wichtig ist die Entlastung der Mutter durch Mobilisation des unmittelbaren sozialen Umfeldes, z.B durch:

- Einbeziehung des Partners und andere stabilisierende Personen
- Reizreduktion
- Vermeidung von kindlicher Übermüdung
- Strukturierung des Tagesablaufes mit regelmäßigen Schlafphasen am Tag
- Ausnutzung kindlicher Wachphasen für gemeinsame Spiele und Dialoge
- Überbrückung kritischer Schrei- und Unruhephasen
- Time-out-Phasen für die primäre Bezugsperson bei Überlastung
- Einwickeln (Pucken)
- Ermutigung und Hilfestellung den schreienden Säugling zu begleiten oder abzulegen, vor allem dann, wenn das Schreien zunächst nicht beeinflussbar erscheint
- Entlastung von Schuldgefühlen

Natürlich müssen eventuelle somatische Erkrankungen und Symptome mitbehandelt werden. Die Studienlage zu den Effekten einer Exposition gegenüber potentiellen Allergenen, die dem Kind über die Muttermilch oder andere Säuglingsnahrungen zugeführt werden, auf das kindliche Schreiverhalten ist uneinheitlich. Von einer hypoallergenen Ernährung profitiert vermutlich nur eine Untergruppe der exzessiv schreienden Säuglinge (Lucassen et al., 1998, Hill et al., 2005).

In einem Review von 78 Arbeiten zum „Swaddling“ (Einwickeln oder Pucken des Säuglings), darunter 9 randomisiert-kontrollierte Studien, referieren van Sleuwen et al. (2007), dass das Wickeln exzessiv schreiende Säuglinge nach neonatalen Belastungen besser beruhigte als die Säuglingsmassage. Gesunde Kinder zeigten nach Wickeln weniger Schreien, verbessertes Schlafverhalten und vermindertes Arousal.

Kontrovers werden manualtherapeutische Interventionen diskutiert. Hinweise auf positive Effekte von chiropraktischer Manipulationen findet sich bei Miller et al. (2010). Für die Osteopathie liegt eine randomisiert-kontrollierte Studie mit kleiner Fallzahl vor (Philippi et al., 2006). In Einzelkasuistiken immer wieder beschriebene Verbesserungen müssen in der Regel durch den natürlichen Verlauf und Suggestion erklärt werden.

Die Symptomatik des exzessiven Schreiens zeigt sich bei allen Kindern im anfallsartigen, unstillbaren Schreien, dem fehlenden Ansprechen auf Beruhigungshilfen und einem gehäuften Auftreten in den Abendstunden. Ätiologisch handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, zu dem kindliche wie auch elterliche Faktoren beitragen. Das exzessive Schreien tritt als Teil postpartaler, bzw. postnataler interdependenter Anpassungs- und Entwicklungsprozesse von Mutter, Säugling und familiärem System auf, wie von Papousek et al. (2004) ausführlich ausgearbeitet wurde.

Kinder mit persistierendem exzessivem Schreien, das auch nach Beratung noch anhält, sollen zeitnah intensiv behandelt werden, da es sich um eine Risikogruppe mit vermehrten Langzeitfolgen handelt. Als Mittel der Wahl soll eine Eltern-Kind-Psychotherapie durchgeführt werden

Zusätzlich können bei gezielter Indikation assoziierte Therapien (z.B. Ergo/Physiotherapie) und oder Frühförderung zum Einsatz kommen.

Bei jungen Säuglingen unter dem Alter von 3 Monaten sind eine Beratung und die o.g. Maßnahmen ausreichend. Die Beratung kann am besten durch Hebammen und von Kinderärzten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und Elternberatungen erfolgen. Weitere Unterstützung können verschiedene Institutionen der Frühen Hilfen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Beratungsstellen, ambulante Kinderkrankenschwestern und koordinierende Kinderschutzstellen der Jugendämter anbieten. Im Zweifelsfall sollte eine genaue Untersuchung und Beobachtung im Rahmen

eines stationären Aufenthaltes in einem Kinderkrankenhaus erfolgen. Eine intensive Psychotherapie ist meistens nicht erforderlich.

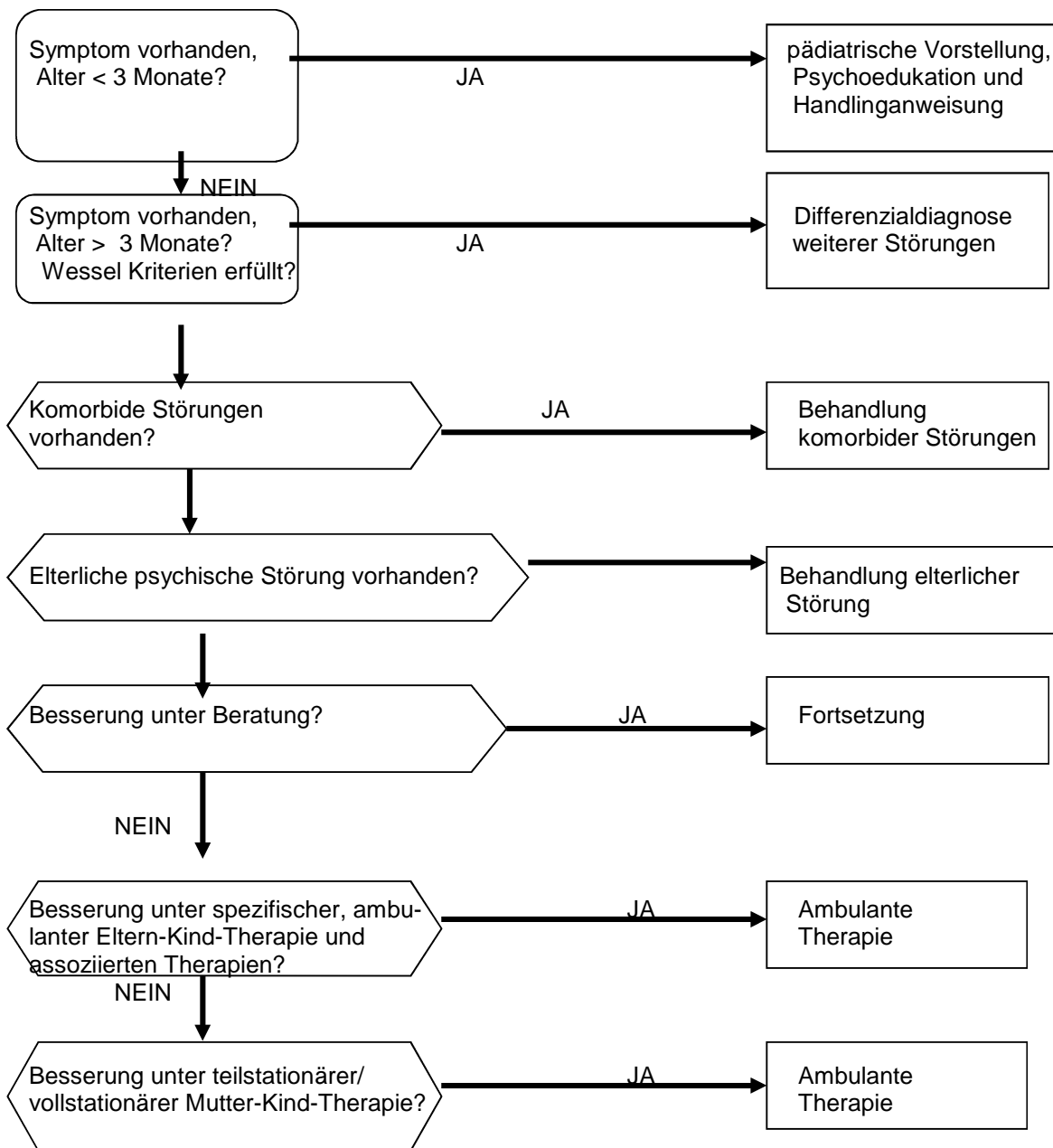
Eine eindeutige Risikogruppe sind die Kinder, die nach dem dritten Lebensmonat persistierend exzessiv schreien. Diese Kinder haben deutlich erhöhte Risiken in ihrer Langzeitentwicklung. Offensichtlich ist es gerechtfertigt für diese Risikogruppe das exzessive Schreien als Störung zu definieren. Die betroffenen Kinder brauchen eine intensive pädiatrische Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen. Eltern tragen deutlich erhöhte psychische Risiken, so dass in Einzelfällen eine intensive psychotherapeutische Behandlung von Eltern und Kind erforderlich ist. Dabei kann der Fokus der Eltern-Säuglings-Psychotherapien eher verhaltenstherapeutisch (Wolke et al., 1994) oder psychodynamisch sein.

Eine sehr kurze (1-5 Stunden) psychodynamische Eltern-Kind-Therapie (SKEPT) führt nach klinischem Eindruck meist rasch zu einer Remission der Symptomatik. Das exzessive Schreien auch des sehr jungen Säuglings, führt oft besorgniserregenden Interpretationen der Eltern. Sie erleben das Schreien nicht selten als Ablehnung durch das Kind. Ihr subjektives Erleben ist oft von großer Verzweiflung geprägt verbunden mit dem Gefühl, keine guten Eltern zu sein. Exzessives Schreien ist einer der häufigsten Beratungsanlässe in den Säuglingsambulanzen.

Mit Blick auf Beratung und Psychotherapie stellen Korczak et al. (2012) in ihrem HTA-Bericht fest, dass exzessives Schreien durch Entwicklungsberatung und psychotherapeutische Gespräche reduziert werden kann, wobei sich therapeutischen Interventionen dann als effektiv erweisen, wenn Eltern persönlich beraten oder unterstützt werden,

Bei gezielter Indikation können assoziierte Therapien hilfreich sein. In der ergotherapeutischen Behandlung des Säuglings erfolgen zunächst die Erfassung der aktuellen Situation der Familie, der für den Säugling erregend wirkenden sensorischen Modalitäten sowie der Umweltfaktoren und deren Auswirkungen. Mit den Eltern werden dann konkrete Maßnahmen zur Anpassung der Umwelt und zur Strukturierung des Tagesablaufes erarbeitet. Außerdem werden die Eltern zu einem Reize reduzierenden Handling im Alltag (vor allem beim Wickeln und An-/Ausziehen) beraten und konkret angeleitet.

Entscheidungsbaum: Belastende Symptome – exzessives Schreien



6. Regulationsstörungen

Definition und Klassifikation

Regulationsstörungen werden unterschiedlich definiert, operationalisiert und diskutiert. Die Diagnose „Regulationsstörungen“ ist in ICD-10 und RDC-PA nicht vorgesehen. Sie wird dennoch häufig gestellt. In einer dänischen epidemiologischen Studie erfüllten 7,1% der 18 Monate alten Kinder die Kriterien für eine Regulationsstörung nach DC:0-3 (Skovgaard et al, 2007). In einer Inanspruchnahmepopulation von 1083 Kindern aus fünf Zentren waren Regulationsstörungen nach DC:0-3 mit 21 % die häufigste Diagnose mit einer Spanne von 5-43 % (Emde und Wise, 2003).

Dabei können zwei verschiedene Subtypen unterschieden werden, die auf unterschiedliche Traditionen beruhen. Beide Konzepte sind bislang nur sehr begrenzt validiert, so dass ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Diese zwei Subtypen sind:

Typ A: Regulationsstörungen ohne Störung der sensorischen Verarbeitung

Typ B: Regulationsstörungen mit Störung der sensorischen Verarbeitung (nach DC: 0-3R)

Diese beiden Subtypen unterscheiden sich nach folgenden Symptomen:

Typ A: Regulationsstörungen ohne Störung der sensorischen Verarbeitung

Regulationsstörungen werden im deutschsprachigen Raum wegen der engen, voneinander nicht zu trennenden Wechselwirkungen zwischen kindlich-konstitutionellen und interaktionellen Faktoren nicht auf eine konstitutionelle Genese beschränkt. Das deutschsprachige Konzept versucht vielmehr, die Symptome entsprechend den betroffenen Verhaltens- und Regulationsbereichen des Kindes deskriptiv zu erfassen, wobei einzelne ätiologische Faktoren (z. B. konstitutionelle Genese) Teil eines multifaktoriellen Störungskonzeptes sind. Dem Kind zuordenbare Symptome sind diesem Verständnis nach regelhaft mit dysfunktionalen Interaktionsmustern mit spezifischen Bezugspersonen assoziiert, wenn eine klinisch relevante Störung vorliegt. Regulationsstörungen können sich danach in folgenden Bereichen manifestieren: persistierendes exzessives Schreien jenseits des 3. Lebensmonats, gestörter Schlaf jenseits des 6. Lebensmonats, Fütter- und Essstörungen einschließlich übermäßiger Nahrungsaufnahme, Trennungsängste, exzessive Wutanfälle und oppositionelles Verhalten.

Typ B: Regulationsstörungen mit Störung der sensorischen Verarbeitung

Nach dem Klassifikationsschemas DC:0-3R (2005) werden Regulationsstörungen ausschließlich als anlagebedingte Störungen der sensorischen Reizverarbeitung definiert. Fütter- und Schlafstörungen (ab dem Alter von 12 Monaten) werden als eigenständige Störungen beschrieben und das exzessive Schreien als belastendes Symptom, das nicht die Kriterien einer Störung erfüllt.

Typ A: Regulationsstörung ohne Störung der sensorischen Verarbeitung mit fluktuierendem Verlauf soll als eine der beiden Formen erwogen werden.

Der Typ A wird nach folgenden Kriterien definiert:

- Es müssen mindestens zwei regulatorische Bereiche betroffen sein.
- Eine oder mehrere Symptomkonstellationen können die Kriterien einer anderen Störung erfüllen (z. B. Schlafstörung, Fütterstörung, Angststörung), in diesem Fall sind sie zunächst als solche zu klassifizieren.
- Nur bei Vorliegen zusätzlicher regulatorischer Symptome werden danach alle regulatorisch auffälligen Bereiche dokumentiert; d.h. erst bei Hinzutreten eines weiteren, auffälligen kindlichen Verhaltensbereiches oder Wechsel der Symptomatik im Entwicklungsverlauf und Erfüllen der übrigen aufgeführten Kriterien wird von einer Regulationsstörung gesprochen.
- Folgende zusätzliche Kriterien sollten erfüllt sein:
 - Dauer der Symptomatik mindestens 1 Monat, Auftreten an mindestens 4 Tagen der Woche
 - Die Symptome sind typischerweise sehr variabel bezüglich der Intensität, Dauer und Häufigkeit ihres Auftretens.
 - Unterschiedliche Symptomkonstellationen können sich im Entwicklungsverlauf typischerweise ablösen.
 - Die Symptome können auf bestimmte Bezugspersonen begrenzt sein und gehen regelhaft mit dysfunktionalen Interaktionsmustern einher
- Regulationsstörungen können sich in folgenden Bereichen und Symptomen manifestieren:
 - persistierendes exzessives Schreien
 - Schlafstörungen

- Fütter- und Essstörungen
- Sonstige psychische Auffälligkeiten wie Trennungsängste, exzessive Wutanfälle, oppositionelles Verhalten, exzessive Nahrungsaufnahme.

Typ B: Zur Diagnose von Regulationsstörungen mit Störung der sensorischen Verarbeitung sollen die Kriterien der DC: 0-3R verwendet werden.

Die DC: 0-3R (2005) definiert die zweite Form (Typ B) als Regulationsstörung der sensorischen Verarbeitung, um die besondere Abhängigkeit dieser Störungen von externen Stimuli zu betonen. Regulationsstörungen werden als anlagebedingte Störungen der Antwort auf sensorische Reize konzeptualisiert. Betroffene Kinder zeigen persistierende, einschränkende Schwierigkeiten in der adäquaten Regulation von Emotionen, Verhalten und Motorik – jeweils als Antwort auf sensorische Reize. Regulationsstörungen werden also als komplexe Integrationsstörung von externen Reizen verstanden. Zur Diagnose sind notwendig: 1. Sensorische Verarbeitungsschwierigkeiten; 2. motorische Probleme und 3. ein spezifisches Verhaltensmuster.

Es werden drei Sub-Typen unterschieden:

- Beim überempfindlichen Typ (410) ist eine überschießende Antwort auf Reize wie Berührung, laute Geräusche, helles Licht, ungewohnte Gerüche und Geschmack, raue Oberflächen oder räumliche Bewegung charakteristisch. Diese Antwort zeigt sich in zwei unterschiedlichen Mustern.
 - Beim ängstlich-überevorsichtigen Subtyp A (411) reagieren die Kinder vermeidend mit Einschränkungen der Exploration, Ängsten und Besorgnis und sie klammern und lassen sich zu sehr ablenken.
 - Bei dem negativ-oppositionellen Subtyp B (412) ist die Antwort auf die Überstimulation negativistisch und resistent mit einer Neigung zu Protest, Repetition und Veränderungsängsten.
- Beim unterempfindlich-unterreagierenden Typ (420) sind die Kinder insgesamt eher ruhig, zurückhaltend und benötigen eine hohe Intensität an Reizen, um adäquat zu reagieren.
- Beim stimulationssuchenden, impulsiven Typ (430) suchen die Kinder aktiv ein hohes Maß an sensorischer Stimulation und zeigen altersuntypisch erhöhte Impulsivität und mangelnde Aufmerksamkeit.

Eine klare Abgrenzung zu Temperamentsmerkmalen ist mit den bislang verfügbaren diagnostischen Methoden noch nicht möglich. Unter klinischen Aspekten beziehen sich Temperamenteigenschaften aber eher auf generelle Unterschiede in der individuellen Reizwahrnehmung und –verarbeitung (nicht auf einzelne Sinnesorgane beschränkt), während sich die sensorischen Beeinträchtigungen der Wahrnehmungsverarbeitung bei der hier angesprochenen Unterform der Regulationsstörung auf spezifische Sinnesfunktionen (Hören, Sehen, Fühlen etc.) beschränken.

Regulationsstörungen sollen nur bis zum Alter von 3;0 Jahren diagnostiziert werden.

Regulationsstörungen sind nicht auf das Säuglingsalter beschränkt, sondern zeigen einen typischen Gipfel im zweiten Lebensjahr (Mothander et al., 2008). Bei 138 Kindern (mittleres Alter 34 Monate) wurde die Diagnose einer Regulationsstörung nach DC:0-3 bei 19% (N=26) der Kinder gestellt. Im Alter von 0-11 Monaten waren es 23 %, von 12-23 Monaten 35 %, von 24-35 Monaten 23% und von 36-47 Monaten 19%.

Im Gegensatz zu diesen internationalen Studien sollte die Diagnose von Regulationsstörungen (Typen A und B) auf die ersten 3 Lebensjahre begrenzt sein. Ab dem Alter von 3;0 Jahren sollte eine Zuordnung der einzelnen Symptome zu bekannten Störungskategorien (ODD, Angststörung etc.) erfolgen. Eine Diagnose bei jungen Säuglingen (0-6 Monaten) muss zurückhaltend gestellt werden, da regulatorische Probleme sehr häufig sind, zeitlich beschränkt auftreten und als normale Entwicklungsphänomene aufzufassen sind.

Die Diagnose von Regulationsstörungen soll auf einer klinischen Diagnostik beruhen. Andere Störungen sollen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

Die Diagnose beruht auf einer klinischen Einschätzung. Anamnese, Beobachten der Eltern-Kind-Interaktion und die körperliche Untersuchung spielen dabei eine große Rolle.

Dagegen fehlen standardisierte Instrumente. Nach Gomez et al. (2004) gibt es nur einen spezifischen Fragebogen zu Regulationsstörungen, die „Temperament and Atypical Behavior Scales“ (TABS). Weitere allgemeine Fragebögen erfassen Teilaspekte der Fähigkeiten der

Selbstregulation und sind bei Gomez et al. (2004) dargestellt. Auch gibt es keine spezifischen standardisierten Beobachtungsinstrumente. Andere allgemeine Beobachtungsinstrumente werden bei Gomez et al. (2004) erläutert. Ebenfalls stehen keine spezifischen psychiatrischen Interviews zur Verfügung.

Zur Abklärung einer sensorischen Verarbeitungsstörung bei Babys und Kleinkindern in der Ergotherapie werden je nach Altersstufe verschiedene Assessment-Instrumente empfohlen. Dazu gehören für Kinder von 6 bis 12 Monaten z. B. der Leitfaden zur Sensorisch-integrativen Beobachtung (Smith Roley et al., 2004) und das für die USA standardisierte Infant Toddler Sensory Profile (Dunn, 2002) für Kinder bis zu 36 Monaten.

Eine Beratung soll bei beiden Formen der Regulationsstörung durchgeführt werden.

Diagnostik, Elternberatung und Psychoedukation sind die Grundlagen der Intervention. Dies kann die Eltern entlasten und bei transienter Symptomatik ausreichend sein. Die Beratung soll Eltern helfen, mit Schlaf-, Fütter- und Verhaltensproblemen ihre Kindes umzugehen; ihr Kind besser zu verstehen und mit ihm zu interagieren; Umwelteinflüsse so zu verändern, dass sie besser zu ihrem Kind passen und adäquate Antworten des Kindes auf sensorische Erfahrungen zu fördern. Die Beratung ist umso wichtiger bei Beziehungsstörungen (nach der 2. Achse der DC: 0-3R), elterlichen psychischen Störungen und Symptomen sowie belastenden Lebensereignissen in den Familien. Dysfunktionale Interaktionen und Kommunikationsmuster (etwa kommunikative Missverständnisse und Fehldeutungen, welche beispielsweise auf eine dem Säugling/Kleinkind zu Unrecht unterstellte interaktionelle Intentionalität des Verhaltens gründen), aber auch auf Unkenntnis entwicklungspsychologischer Fakten beruhende Fehleinschätzungen der Kompetenzen und Bedürfnisse des Säuglings sind bei diesen Konstellationen besonders häufig. Ergänzend kann eine Komplexbehandlung mit heilpädagogischer Frühförderung oder Ergotherapie, die auf die jeweilige Symptomatik ausgerichtet ist, empfohlen werden.

Eine Eltern-Kind-Psychotherapie soll bei schwerer Symptomatik erfolgen.

Diagnostik, Beratung und Psychoedukation stehen an erster Stelle. Schwerpunkte der Therapie bei stärkerer Ausprägung sind neben der Bearbeitung von Schuldgefühlen, die Einübung von Grenzsetzung, Strukturgebung und Konsistenz im Verhalten bei gleichzeitiger Steigerung der elterlichen Empathie für ihre Kinder im Sinne des Ko-Regulations-Prinzips.

Zur Therapie fehlen systematische Studien. Gomez et al. (2004) weisen darauf hin, dass zwar mehrere Therapiemanuale vorliegen, aber keine guten Therapiestudien.

Im Konzept der psychodynamischen Säuglings-Eltern-Kleinkind-Therapie (SKEPT) bilden Diagnostik, Beratung und Therapie eine Einheit, die sich bei den Regulationsstörungen klinisch als sehr effizient erwiesen hat. Die dysfunktionalen Interaktionsmuster und elterlichen Zuschreibungen, die entweder zu einer Regulationsstörung geführt haben oder sich in Folge einer Regulationsstörung entwickelt haben, können durch die Identifizierung und Bearbeitung der zugrundeliegenden Konflikte meist rasch und nachhaltig korrigiert werden. Auch das Münchner Konzept einer integrativen, kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings- /Kleinkind-Beratung und –Psychotherapie wird seit vielen Jahren erfolgreich angewendet. Eine Auswertung von 701 Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die unter einer Regulationsstörung litten, ergab, dass sich in 88,9% eine vollständige oder überwiegende Besserung zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses ergeben hatte, bei 7,7 % kam es zu einer leichten Besserung. Der Behandlungserfolg stand in signifikantem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind. Während sich bei ungestörter Mutter-Kind-Beziehung eine vollständige Besserung in 75,7 % fand, lag dieser Anteil bei manifest gestörten Beziehungen nur bei 8,0% (Wollwerth de Chuquisengo & Papousek 2004).

Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung sind nicht möglich, weil das Konstrukt der Regulationsstörung so schlecht operationalisiert ist, die Validität nicht nachgewiesen werden konnte und keine Therapiestudien vorliegen. Alle oben erwähnten Empfehlungen beruhen auf einem niedrigen Evidenzgrad. Barton und Robbins (2000) kommen deshalb zum Schluss, dass die breite Kategorie der Regulationsstörungen vorläufig durch klinische Erfahrung und einer sich entwickelnden Datenbasis unterstützt wird, die Subtypen jedoch widersprüchlich, verwirrend und nicht gut empirisch unterstützt sind. Bei dem Mangel von eindeutigen Daten zur Prävalenz der Störung und der Reliabilität der Diagnose schlagen die Autoren vor, dass die Diagnose vorsichtig verwendet werden sollte.

Zusätzlich sollten assoziierte Therapien (Ergo/Physiotherapie) vor allem bei Typ B bei gezielter Indikation zum Einsatz kommen.

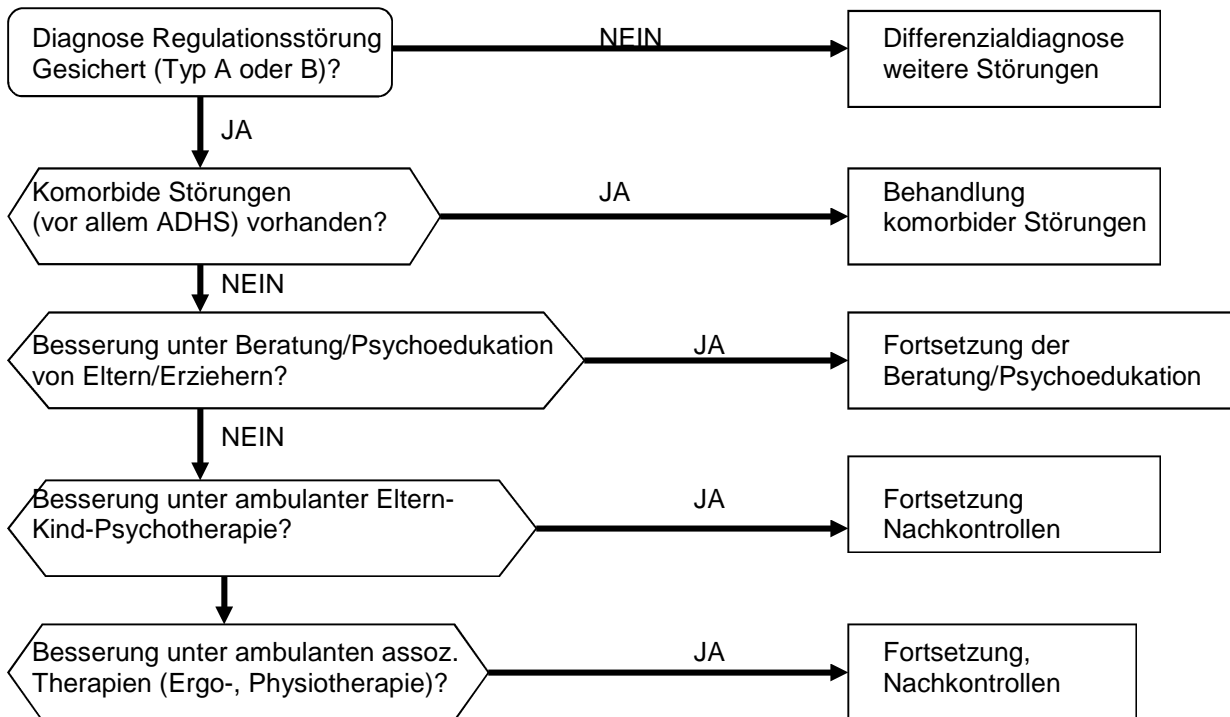
Bei Regulationsstörungen kommen auch ergotherapeutische Methoden in Anlehnung an die Sensorische Integrationstherapie (Ayres, 2002) in Frage, bei der die Förderung der Übereinstimmung („goodness of fit“) zwischen dem Säugling bzw. Kleinkind und der Umwelt

im Mittelpunkt steht. Hierfür ist es erforderlich zu beobachten, welche sensorischen Modalitäten für das Kind desorganisierend und erregend oder auch beruhigend und regulierend wirken. Die Eltern können mit diesen Kenntnissen die Signale ihres Kindes besser verstehen und werden dahin gehend beraten Umwelteinflüsse so zu dosieren, dass ihre Kinder ein angemessenes Erregungsniveau erreichen und halten können.

Eine Psychopharmakotherapie soll nicht erfolgen.

Es gibt keinerlei Hinweise, dass eine Pharmakotherapie sinnvoll sein könnte.

Entscheidungsbaum: Regulationsstörungen



7. Ausscheidungsstörungen

Definition und Klassifikation

Ausscheidungsstörungen sind typischerweise Störungen, die eine Altersdefinition beinhalten. Das Erlernen der Kontinenz ist eine der wichtigsten Aufgaben des Vorschulalters – eine Fähigkeit, die Kinder zu unterschiedlichen Zeitpunkten erlernen. Dies bedeutet, dass viele Vorschulkinder noch einnässen und einkoten, ohne dass es sich dabei um Störungen handelt. Es sind eben Kinder, die im Rahmen ihrer Entwicklung diese Schritte später bewältigen als andere. Als Störung werden Ausscheidungsstörungen erst angesehen, wenn zu dem jeweiligen Definitionsalter davon ausgegangen werden kann, dass die Reifungsschritte der Kontinenzentwicklung bei den meisten Kindern erreicht werden. Da diese Leitlinie das Alter von 0-5 Jahren behandelt, wird dieses Kapitel nach den Altersdefinitionen gegliedert.

Ab dem Alter von fünf Jahren: Enuresis nocturna und funktionelle Harninkontinenz

Nach ICD-10 wird die Enuresis als unwillkürlicher Harnabgang ab dem Alter von 5;0 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Eine Dauer von drei Monaten muss vorliegen, die Frequenz muss zweimal pro Monat (ICD-10) betragen. Die grobe Einteilung der Subtypen nach ICD-10 entspricht nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand. Deshalb wurden von der ICCS (International Children's Continence Society) neue, aktuelle Klassifikationsvorschläge unterbreitet (Neveus et al., 2006).

Enuresis oder Enuresis nocturna bezeichnet deskriptiv jede Form des Einnässens – unabhängig von begleitenden Symptomen Tags. Der Begriff Enuresis diurna ist obsolet und sollte vermieden werden. Liegen Symptome des unteren Harntrakts vor, bezeichnet man die Enuresis als nicht – monosymptomatisch (sonst: monosymptomatisch). Betrug das längste Trockenintervall mehr als sechs Monate, bezeichnet man die Enuresis als sekundär (sonst: primär). Einnässen Tags wird als funktionelle Harninkontinenz mit verschiedenen Subtypen bezeichnet (Neveus, et al., 2006). Nässt ein Kind tags und nachts ein, hat es auch zwei Diagnosen: Eine Enuresis nocturna und eine Harninkontinenz.

Ab dem Alter von vier Jahren: Enkopresis

Nach ICD-10 wird die Enkopresis als willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen bei einem Kind ab 4;0 Jahren nach Ausschluss organischer

Ursachen definiert. Eine Dauer von sechs Monaten und einer Frequenz von einmal pro Monat muss vorliegen.

Die wichtigste Unterscheidung liegt darin, ob die Enkopresis mit einer Verstopfung (Obstipation) assoziiert ist oder nicht. Diese Differenzierung hat für die Therapieplanung entscheidende Konsequenzen. Die Bedeutung der Obstipation wurde nochmals von den neuen Klassifikationsvorschlägen der pädiatrischen Gastroenterologen betont, den Rome-III-Kriterien (Rasquin et al., 2006). Nach Rome-III wird zwischen der Obstipation unterschieden (die mit Einkoten einhergehen kann oder nicht) und der nicht - retentiven Stuhlinkontinenz.

Unter dem Alter von 4;0 Jahren: Toilettenverweigerungssyndrom als belastende Symptomatik und Obstipation

Bis zum Alter von 5;0 Jahren dürfen Kinder tags und nachts einnässen; bis zum Alter von 4;0 Jahren dürfen sie sogar einkoten, ohne dass dieses störungsrelevant ist. Dennoch gibt es auch bei jüngeren Kindern funktionelle Ausscheidungsstörungen, die für Eltern und Kind belastend sein können und durchaus eine Relevanz für die spätere Entwicklung haben.

Das Toilettenverweigerungssyndrom, auch TVS, ist nicht nur häufig, sondern auch klinisch relevant. Das TVS gilt als belastendes Symptom, ist aber als Diagnose nicht in den Klassifikationssystemen aufgenommen. Das TVS wird durch eine besondere Angewohnheit von Kleinkindern definiert: Sie verwenden die Toilette zwar zum Wasserlassen, weigern sich jedoch hartnäckig, Stuhl in die Toilette abzusetzen. Sie bestehen auf eine Windel für die Defäkation. Wenn das Verhalten länger als ein Monat persistiert, wird die Diagnose gestellt.

Dagegen ist die Toilettenphobie eine seltene Subform der isolierten Phobien: Kinder zeigen eine ängstliche Vermeidung der Toilette sowohl für das Wasserlassen, als auch für die Defäkation. Oft sind zusätzliche Angst- und phobische Symptome vorhanden. Die Toilettenphobie ist selten.

Weitere funktionelle gastrointestinale Syndrome wurden von der Klassifikation der pädiatrischen Gastroenterologie beschrieben (Rasquin et al., 2006; Hyman et al., 2006). Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass obwohl die Enkopresis als Störung erst ab dem Alter von 4;0 Jahre definiert ist jüngere Kinder ab dem Säuglingsalter an einer behandlungsbedürftigen Obstipation leiden können. Bei der funktionellen Obstipation sind seltene Defäkationen mit harten, schmerzhaften, großkalibrigen Stühlen typisch. Die Kinder

retinieren Stuhl, so dass die Stuhlmassen tastbar oder im Ultraschall sichtbar sind. Manche Kinder fangen wieder an einzukoten, nachdem sie kontinent waren.

Organische Ursachen der Ausscheidungsstörungen sollen ausgeschlossen werden.

Gerade im Vorschulalter gilt besonders, dass organische Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen, dass die Diagnostik aber möglichst wenig invasiv und belastend gestaltet werden sollte. Bezüglich Einzelheiten darf auf die weiterführende Literatur verwiesen werden, unter anderem von Gontard und Lehmkuhl (2009), von Gontard (2010 b und c), von Gontard und Neveus (2006) und Rodeck und Zimmer (2008). Für die meisten Kinder reicht die Standarddiagnostik aus. Diese besteht aus: Anamnese, Miktionsprotokoll, Fragebogen, körperlicher und neurologischer Untersuchung, Ultraschall und Urinstatus. Für den Ausschluss organischer Ursachen sollen die entsprechenden Leitlinien hinzugezogen werden.

Organische Ursachen umfassen strukturelle, neurogene und sonstige pädiatrische Erkrankungen. Die Rate von organischen Ursachen beträgt schätzungsweise bei der Enuresis nocturna < 1%; bei der Inkontinenz Tags bis zu 10 % (überwiegend Harnwegsinfekte); bei der Enkopresis mit Obstipation ca. 5 %; bei der Enkopresis ohne Obstipation unter 1 %.

In der Diagnostik der Ausscheidungsstörungen sollen der Typ der Ausscheidungsstörung und komorbide psychische Störungen erfasst werden.

Komorbide psychische Störungen sollen erfasst werden. Zur Diagnostik begleitender, komorbider Störungen (die bei 20-50% der Kinder vorhanden sind) ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik sinnvoll. In anderen medizinischen Settings sollte zumindest ein Screening mit einem Verhaltensfragebogen erfolgen und die Kinder mit auffälligen Problemscores zur Diagnostik weitergeleitet werden.

Die Enuresis nocturna und die funktionelle Harninkontinenz sollen nicht vor dem Alter von 5;0 Jahren behandelt werden, danach kann eine Behandlung erfolgen.

Vor dem Alter von 5;0 Jahren ist das Einnässen so häufig, dass es nicht als Störung, sondern als Reifungsvariante gilt. Eine Therapie ist bei 4jährigen Kindern deshalb nicht angezeigt. Komorbide Ausscheidungsstörungen sollten gesondert diagnostiziert und behandelt werden. Bezüglich der Therapie muss auf die weiterführende Literatur verwiesen werden (von Gontard und Lehmkuhl, 2009; von Gontard, 2010). Es wird auf die bisherigen S1-Leitlinien mit sehr viel ausführlicheren Entscheidungsbäumen verwiesen (von Gontard, 2007a und b).

Die wichtigsten Schritte sollen in diesem Zusammenhang kurz zusammengefasst werden. Eine exakte Diagnostik mit Identifikation der Subtypen der Ausscheidungsstörungen und der begleitenden psychischen Störungen ist obligat. Ebenso sind Beratung und Psychoedukation selbstverständlich.

Die Therapie der Enuresis nocturna beginnt immer erst ab dem Alter von 5;0 Jahren. Der erste Schritt ist die Erstellung einer Baseline mit Kalenderführung: Kinder werden gebeten, in einem Kalender trockene und nasse Nächte zu vermerken (z.B. mit einem Sonne-Wolken-Symbol). Es konnte gezeigt werden, dass 15-20 % aller Kinder durch diese einfache Maßnahme innerhalb von vier Wochen trocken werden. Falls sich eine deutlich Besserung bei der Kalenderführung zeigt, kann diese gerade bei jungen Kindern länger fortgesetzt werden.

Für die Kinder, die weiter einnässen, ist das Mittel der Wahl eine apparative Verhaltenstherapie (AVT) mit einem Weckgerät. Korrekt durchgeführt führt sie bei 70 % der Kinder zum Erfolg mit dem besten Langzeitergebnissen. Das Mittel der zweiten Wahl ist eine medikamentöse Behandlung mit Desmopressin in einer Dosierung von 0,2 – 0,4 mg per os am Abend. Einzelheiten finden sich bei von Gontard und Lehmkuhl (2009). Auch Desmopressin kann ohne Probleme bei 5jährigen Kindern gegeben werden. 70 % werden trocken, allerdings ist die Rückfallhäufigkeit nach Absetzen hoch. Die seltene Nebenwirkung einer Hyponatriämie ist zu beachten. Trizyklische Antidepressiva sollten in diesem Alter nicht verabreicht werden.

Die Behandlung der Enuresis am Tag (funktionelle Harninkontinenz) richtet sich nach der Diagnose: Bei der Dranginkontinenz hat sich ein kognitives Training bewährt. Die Kinder werden aufgefordert, den Harndrang wahrzunehmen, auf die Toilette zu gehen und dieses in einem Plan (so genannte „Fähnchenpläne“) zu vermerken. Falls diese kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen nicht ausreichen sollten, kann eine Kombination mit einem Anticholinergikum (Oxybutinin oder Propiverin) auch bei jungen Kindern durchgeführt

werden. Bei der Harninkontinenz bei Miktionsaufschub ist das Hauptziel, die Miktionsfrequenz auf siebenmal zu erhöhen. Auch dieses wird protokolliert. Die begleitende ODD erschwert oft die Behandlung. Bei der Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination ist ein Biofeedbackverfahren Mittel der Wahl. Auch beim Einnässen am Tag gilt die Altersdefinition von 5;0 Jahren, wenn allerdings ein 4jähriges Kind hoch motiviert ist, z.B. im Kindergarten von anderen Kindern geärgert wird und trocken werden will, kann die Therapie auch bei 4jährigen Kindern in Ausnahmefällen begonnen werden.

Die Enkopresis soll nicht vor dem Alter von 4;0 Jahren diagnostiziert und kann danach behandelt werden.

Vor dem Alter von 4;0 Jahren ist auch bei normal entwickelten Kindern das Einkoten so häufig, dass es nicht als Störung, sondern als Reifungsvariante gilt. Eine Therapie ist bei 3jährigen Kindern deshalb nicht angezeigt.

Die Grundbehandlung der Enkopresis ist einfach. Kinder werden aufgefordert, dreimal am Tag nach den Mahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen) jeweils 5-10 Minuten auf der Toilette zu sitzen. Wichtig ist es, dass die Kinder entspannt sitzen (z.B. mit Fußhocker, Kindersitz oder Toilettenleiter). Die Toilettensitzungen sollten positiv gestaltet werden, z.B. durch Lesen oder Malen oder Spielen. Der Verlauf sollte ebenfalls dokumentiert werden. Die Zeit nach den Mahlzeiten ist wichtig, da zu diesem Zeitpunkt die postprandialen Entleerungsreflexe am aktivsten sind und eine Regulierung des Stuhlgangs dadurch am ehesten erreicht werden kann.

Falls eine Obstipation vorliegt, wird ebenfalls dieses Toilettentraining durchgeführt. Zusätzlich sind abführende Maßnahmen erforderlich. Als Erstes müssen die zurückgehaltenen Stuhlmassen entfernt werden. Dies bezeichnet man als Desimpaktion, die üblicherweise mit phosphathaltigen (bei jungen Kleinkindern sorbithaltigen) Klistieren erfolgen kann. Bei leichteren Fällen der Obstipation kann eine orale Desimpaktion mit dem Mittel Polyethylenglycol (PEG-Macrogol) versucht werden. Dazu sind höhere Dosierungen erforderlich. PEG ist für die Indikation der Desimpaktion ab dem Alter von 5;0 Jahren zugelassen.

Nachdem die Stuhlmassen entfernt wurden, ist neben dem Toilettentraining eine Erhaltungstherapie mit oralen Laxanzien über längere Zeit (6-24 Monaten) zu empfehlen. Das Mittel der ersten Wahl ist PEG, das für diese Indikation schon ab dem Alter von 2;0

Jahren zugelassen ist. Die Dosierung beträgt 0,2 - 0,8 g/kg Körpergewicht pro Tag in zwei Dosen. Es bietet sich an, z.B. mit einer mittleren Dosis von 0,4 g/Tag zu beginnen und nach Wirkung zu dosieren (Nurko et al., 2008). Das Mittel PEG zeigt praktisch keine Nebenwirkungen – nur bei Überdosierung kommt es zum flüssigen Stuhl. Einzelheiten zur Therapie finden sich bei von Gontard (2010b und c). Dieses Behandlungsschema eignet sich ebenfalls für Kinder mit einer funktionellen Obstipation ohne Einkoten.

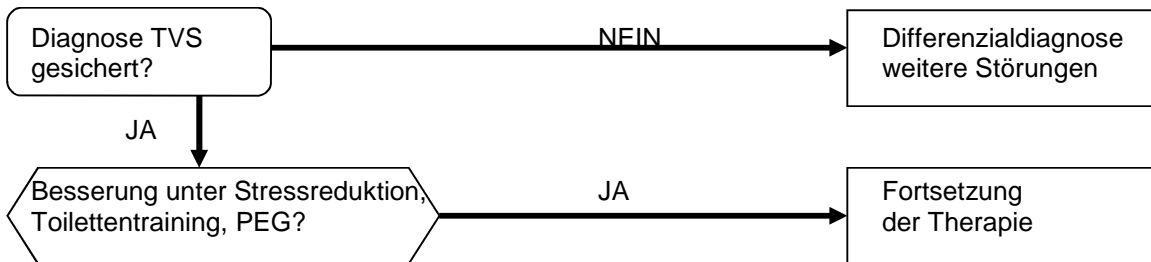
Eine Obstipation soll behandelt werden. Ein Toilettenverweigerungssyndrom kann behandelt werden.

Auch bei jüngeren Kindern soll eine Obstipation erkannt und nach den oben erwähnten Prinzipien behandelt werden. Dies ist wichtig, da früh beginnende Obstipationen zur Persistenz und Chronifizierung neigen.

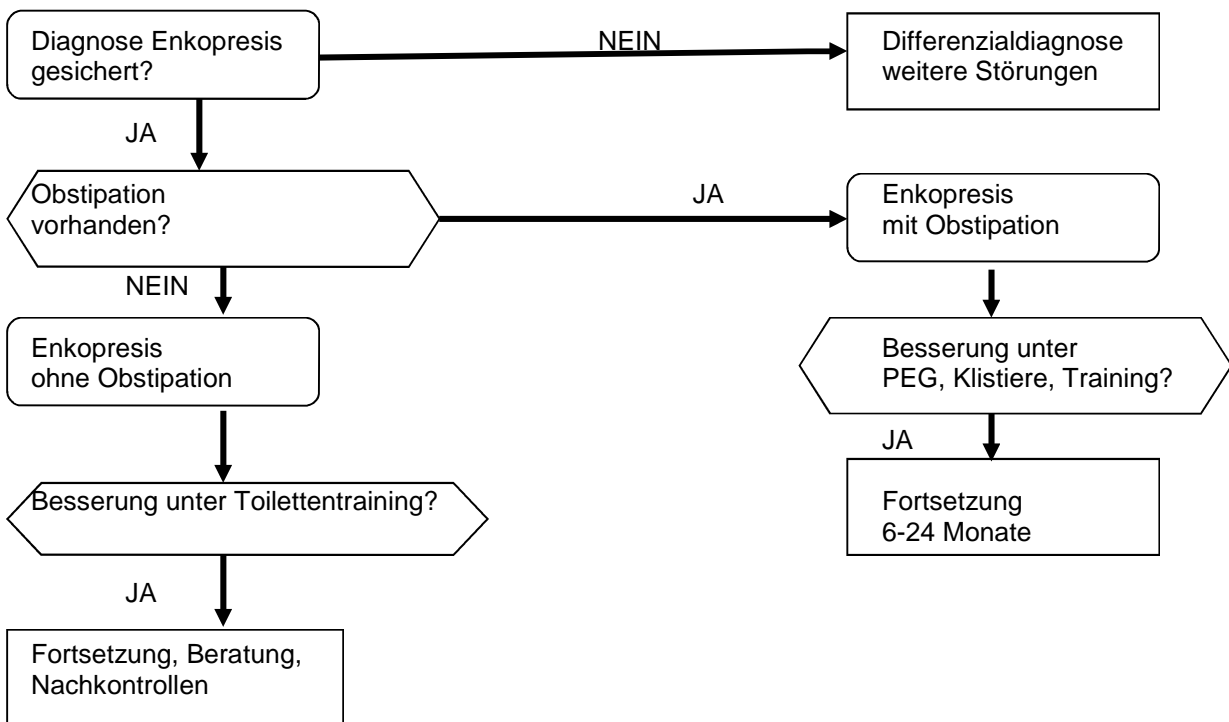
Bei leichten Formen des Toilettenverweigerungssyndroms ist eine Psychoedukation und Reduktion von intrafamiliärem Stress und Anspannung ausreichend. Eltern werden aufgefordert, ihren Kindern wieder die Windel anzuziehen und auf alle aktiven Aspekte des Sauberkeitstrainings zu verzichten. Sie sollten ihren Kindern erklären, dass sie erst dann wieder normale Unterhosen anziehen dürfen, wenn sie auf die Toilette gehen. Diese einfachen Maßnahmen führten in einer Studie bei 90 % der Kinder zu einer Heilung (Taubman, 1997). Bei schweren chronischen Verläufen des TVS sind die gleichen Therapieschritte notwendig wie bei einer Enkopresis: Das Toilettentraining wird dreimal am Tag durchgeführt. Wenn die Kinder obstipiert sind, wird nach einer Desimpaktion eine orale Laxanzienbehandlung mit PEG durchgeführt. Diese aktive Behandlung des TVS ist notwendig, da das Risiko für eine spätere Enkopresis und Obstipation sonst deutlich erhöht ist. Im Gegensatz dazu wird die Toilettenphobie wie eine isolierte Phobie verhaltenstherapeutisch behandelt.

Entscheidungsbäume: Ausscheidungsstörungen Obstipation ergänzen

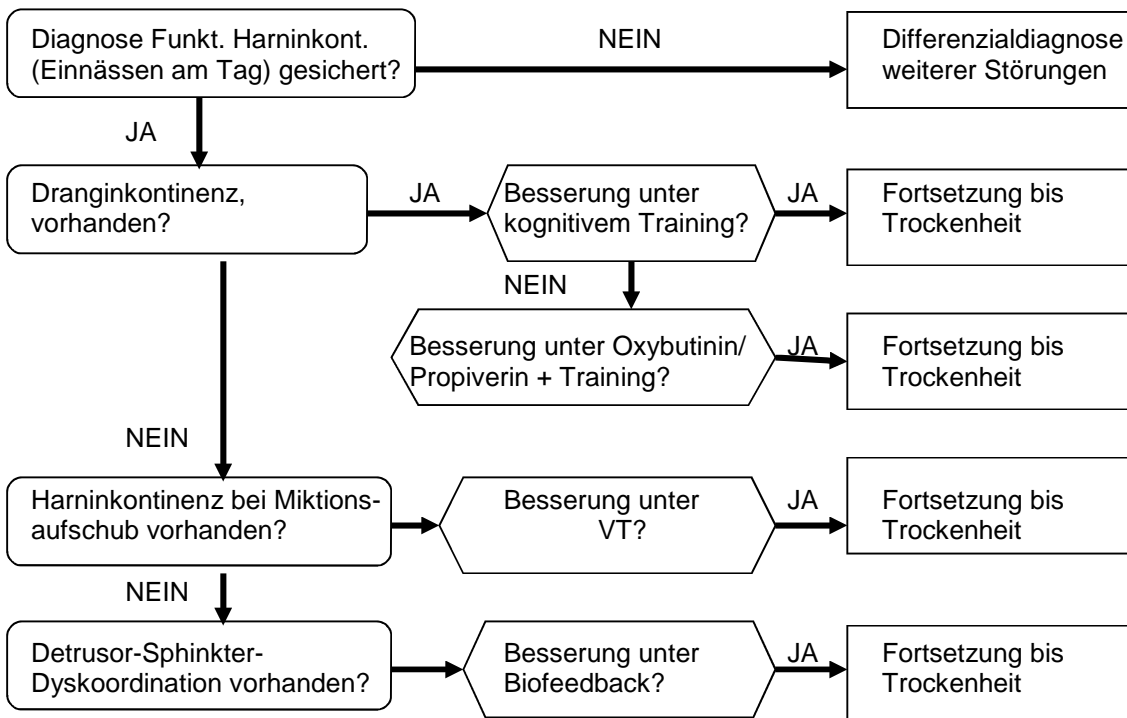
1. Alter unter 4 Jahren:



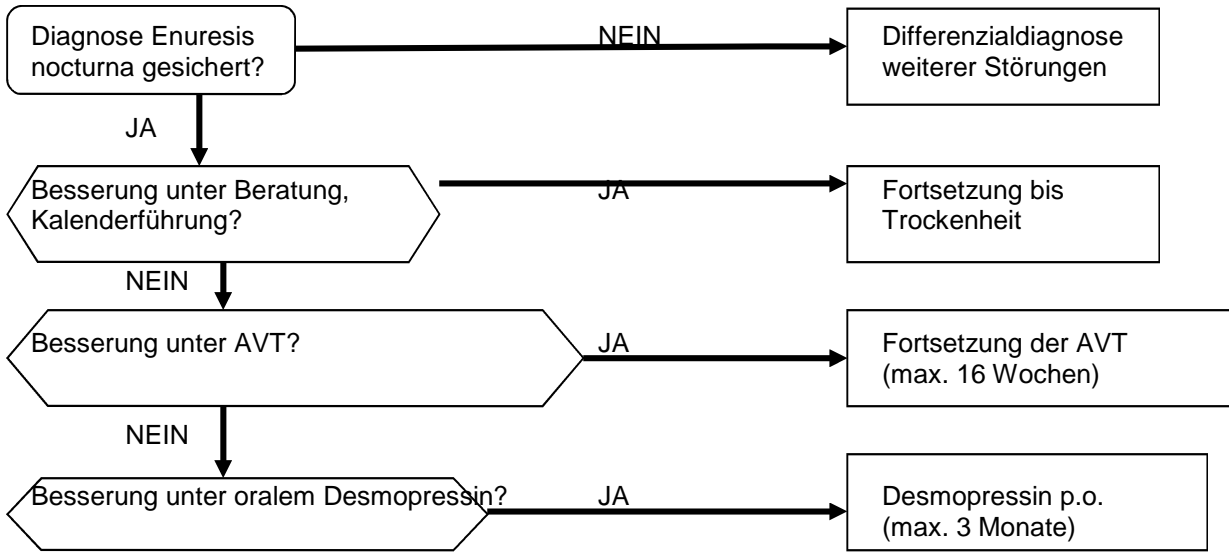
2. Alter ab 4 Jahren: Komorbide Störungen



3. Alter ab 5 Jahren:



4. Alter ab 5 Jahren:



8. Depressive Störungen

Über introversive Störungen, vor allem über depressive Störungen, sind sehr viel weniger Studien durchgeführt worden als über externalisierende Störungen. Nach Egger und Angold (2006a) beträgt die Rate von introversiven Störungen 10,5 % bis 14,9 %, die von externalisierenden Störungen 9,0 % bis 14,9 %. 2-5jährige Kinder haben eine Depressionsrate von insgesamt 2,1 % (Egger und Angold, 2006a): 1,4 % hatten eine Major Depression, 0,6 % eine Dysthymie und 0,7% eine Minor Depression. Die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu und ist bei älteren Kindern häufiger. Während nur 0,3 % der 2jährigen von einer depressiven Störung betroffen waren, waren es 3,0 % der 5jährigen. Das Geschlechterverhältnis ist im Vorschulalter ausgeglichen.

Die Diagnose einer depressiven Störung sollte erst ab dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden. Subsyndromale Symptomkonstellationen können bereits deutlich früher nachweisbar sein.

Die geringe Beschäftigung mit depressiven Störungen bei jungen Kindern liegt zum Teil daran, dass man früher davon ausging, dass eine Depression mit typischer Symptomatik vor der Pubertät nicht auftreten kann. Wenn sie vorhanden ist, dann würde sie sich eher indirekt durch lavierte oder maskierte Symptome wie somatische Beschwerden, Aggression usw. zeigen (Luby et al., 2002 und 2003). Inzwischen hat die Forschung der letzten Jahre gezeigt, dass die Diagnose einer depressiven Störung ab dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden kann und sie sich mit typischer Symptomatik zeigt. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die Diagnose eine hohe Stabilität nach sechs Monaten aufweist und mit erheblichen sozialen Beeinträchtigungen einhergeht Luby et al. (2002).

Die modifizierten RDC-PA oder DC:0-3R Kriterien sollen zur Diagnose einer depressiven Störung verwendet werden.

ICD-10:

Nach ICD-10 werden depressive Störungen definiert durch bedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung. Zusätzlich sind oft Konzentration, Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und -vertrauen vermindert. Weitere Symptome umfassen erhöhte Ermüdbarkeit, Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit,

pessimistische Zukunftsgedanken, Schlaf- und Appetitstörungen, Gewichtsabnahme und Suizidgedanken.

Depressive Störungen werden nach ICD-10 deskriptiv, phänomenologisch in leichte (F32.0), mittelschwere (F32.1) und schwere Episoden (F32.2), sowie in rezidivierende depressive Episoden eingeteilt (F33). Episoden werden schon ab einer Dauer von zwei Wochen diagnostiziert. Es gibt keine für das Vorschulalter angepassten ICD-10 Kriterien.

Im Kindesalter oft übersehen und nicht adäquat berücksichtigt ist die Diagnose der Dysthymie (F34.1), die auch komorbid mit anderen depressiven Störungen auftreten kann. Unter einer Dysthymie versteht man nach ICD-10 eine chronisch depressive Verstimmung, die nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt, d.h. von der Symptomatik geringer ausgeprägt ist. Eine Dauer von zwei Jahren muss vorliegen.

RDC-PA:

Die Sensitivität der DSM-IV Kriterien ist im Vorschulalter gering. Man spricht von einer „Major Depressive Disorder“, die einfach und rezidivierend und in den Schweregraden mild, mäßig und schwer auftreten kann. Ferner sieht die DSM-IV eine nicht näher spezifizierte depressive Störung vor mit geringerer Symptomatik, die auch als „Minor Depression“ bezeichnet wird.

Luby et al. (2002) konnten zeigen, dass 76 % der Kinder mit depressiven Störungen nach den modifizierten RDC-PA Kriterien nicht erfasst werden, wenn die traditionellen DSM-IV Kriterien verwendet werden. Deshalb wurden die DSM-IV Kriterien in der RDC-PA für das Vorschulalter verändert. Da Kinder meistens nicht durchgängig depressive Symptome zeigen und eine größere Fluktuation affektiver Zustände aufweisen, wurde vor allem das Kriterium der Dauer variiert. Demnach sollten die Symptome über den größten Teil des Tages an mehr als der Hälfte der Tage in zwei Wochen auftreten. Auch zeigt sich eine mögliche Beschäftigung mit dem Tod bei jungen Kindern nicht in Gedanken, sondern im Spiel. Und zuletzt ist die Anhedonie (keine Freude bei Aktivitäten und Spiel) mit Abstand das wichtigste Symptom bei Vorschulkindern, wie die Studien von Luby et al. (2002 und 2003) zeigen konnten.

Zero-to-Three:

Unter Affektstörungen werden von der DC:0-3R (2005), die verlängerte Trauerreaktion, Angststörungen, depressive Störungen und emotionale Störungen zusammengefasst. Dies macht einerseits Sinn, da es im Vorschulalter zwischen depressiven und generalisierten Angststörung große Überlappungen gibt (Sterba et al., 2007). Andererseits handelt es sich

doch um eine Gruppe von sehr unterschiedlichen Störungen, die getrennt betrachtet werden müssten. Auch die Restkategorie der gemischten emotionalen Störungen nach DC:0-3R (2005) ist unglücklich gewählt. Diese Kategorie ist schlecht definiert und von der Symptomatik zu weit: Affekte wie Freude, Angst, Neugier, Trauer und Aufregung können bei dieser Kategorie zu stark, zu gering oder inadäquat vorhanden sein. Wenn sie mit den Alltagsfunktionen interferieren, wird die Diagnose gestellt.

Ansonsten orientiert sich die DC: 0-3R (2005) Klassifikation der depressiven Störungen weitgehend an der RDC-PA. Es wird speziell darauf hingewiesen, dass die Störung des Affekts deutlich von der allgemeinen Grundstimmung des Kindes abweichen muss und nicht von belastenden Ereignissen abhängig sein darf. Die Symptomatik soll situationsübergreifend auftreten und mit emotionaler Belastung und Einschränkungen einhergehen. Viele der Items wurden auch in der Formulierung für das junge Alter in eine passende Wortwahl umformuliert, sodass die DC: 0-3R (2005) Klassifikation von allen die genaueste zu sein scheint.

Bei der Diagnostik depressiver Störungen soll in Ergänzung zur Basisdiagnostik besonderer Wert auf die Spielbeobachtung und das Einholen von Selbstbeurteilungen gelegt werden.

Auch bei depressiven Störungen gelten die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik. An spezifischen Instrumenten wurde ein kurzer Depressionsfragebogen mit 20 Items für das Alter von 3-5 Jahren entwickelt: Die „Preschool Feelings Checklist“ (Luby et al., 2004). Der Fragebogen verfügt über gute psychometrische Eigenschaften und ist als Screeningfragebogen sehr gut geeignet (Chrisman et al., 2006).

Eine besondere Relevanz hat die Beobachtung des Spielverhaltens (Luby et al., 2006). Es kann entweder eine unstrukturierte Spielsituation beurteilt werden oder eine strukturierte, vorgegebene Situation mit spezifischen Aufgaben (Luby et al., 2006). Dabei können eingeschränktes Spiel, nicht altersentsprechende Symbolisierungsfähigkeit, geringere Compliance, mehr Vermeidung, sowie geringere Begeisterung und weniger ausgeprägte positive Affekte beobachtet werden.

Instrumente, bei denen Kinder die Informanten sind, sollten vorsichtig interpretiert werden. In einer Studie von 110 Kindern im Alter von 4-5 Jahren wurde der Frage nachgegangen, ob auch Vorschulkinder als Informanten zur Diagnose der Depression eine Rolle spielen

könnten (Luby et al., 2007). In dem Berkeley Puppet Interview konnten Kinder nur die zentralen Symptome ihrer Depression benennen, wie „Ich weine viel“, „ich bin ein unglückliches Kind“, „ich bin ein fröhliches Kind“. Es bestand jedoch kein Zusammenhang der kindlichen Angaben mit komplexeren und abstrakteren Symptomen und Konstrukten der Depression. Allerdings muss festgestellt werden, dass auch die Elternangaben bezogen auf depressive Störungen ihrer Kinder oft nicht besonders valide sind. Es kann also durchaus sein, dass ein Kind zu Recht im Interview depressive Symptome angibt, die von den Eltern nicht in ihren Ratings angegeben worden. Deshalb ist ein Multiinformanten-Ansatz bei der Diagnostik zu befürworten (Kraemer et al., 2003; Perren et al., 2006).

Die Anhedonie als Leitsymptom der Depression im Vorschulalter soll besonders beachtet werden.

Verschiedene Symptome sind bei Vorschulkindern besonders bedeutsam: Anhedonie, d. h. Unfähigkeit, Freude bei Aktivitäten und im Spiel zu erleben, ist mit Abstand das spezifischste Symptom und kann als Screeningsymptom für depressive Störungen verwendet werden (Luby und Belden, 2006). Die Anhedonie zeigte sich durchweg als spezifischer Marker, vor allen von schweren Formen der Depression (Luby et al., 2006). Das zwar vergleichsweise seltene Vorkommen der Anhedonie bei Angststörungen schränkt die Spezifität dieses Symptoms allerdings ein (Luby et al., 2009). Das sensibelste Symptom, das 98 % aller Kinder mit einer Depression aufweisen ist „Traurigkeit/ Irritabilität“ (Luby et al., 2003).

Auch das Spielverhalten von Kindern mit einer depressiven Störung ist beeinträchtigt, wie Luby et al. (2006) an 152 3-5-jährigen Kindern zeigen konnten. Insbesondere Kinder mit einer depressiven Störung und Anhedonie zeigten eine geringere Compliance, mehr Vermeidung, weniger Begeisterung und weniger positive Erfahrung. Dies unterstreicht nochmals die Bedeutung der Anhedonie als Schweregrad-Indikator.

In einer weiterführenden Untersuchung von Luby et al. (2009) an 305 Kindern von 3-6 Jahren erwiesen sich Schuldgefühle und Erschöpfung (Fatigue) als hochspezifisch bzw. pathognomonisch für eine Depression, wenn komorbide Ängstlichkeit und oppositionelle Symptome kontrolliert wurden. Zusätzliche Schlüsselsymptome, die die Depression von einer oppositionellen Störung unterschieden, waren Schlafprobleme, Anhedonie und kognitive Einschränkungen. Von Kindern mit einer Angststörung unterschieden sich depressive Vorschul Kinder auch durch kognitive Einschränkungen, psychomotorische Unruhe und Veränderungen des Appetits bzw. Gewichts. Bemerkenswert ist, dass sich

Irritabilität wie auch Traurigkeit im Sinne des klassisch-depressiven Affekts als relativ unspezifische Kriterien für eine frühkindliche Depression erwiesen und auch andere psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen begleiteten. Zudem stellte sich die Stimmung depressiver Vorschulkinder im zeitlichen Verlauf insgesamt als variabler dar als bei depressiven älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Geller et al. 2000).

Komorbide Störungen der depressiven Störung sollen erfasst werden.

Ein typisches Merkmal ist die hohe Komorbiditätsrate mit externalisierenden Störungen. Bei 174 3-5-jährigen Kindern konnten Luby et al. (2003) zeigen, dass 42 % der Kinder mit einer depressiven Störung auch eine ADHS, 62 % eine ODD und 41 % beide Diagnosen aufwiesen (ADHS plus ODD). Nur 28 % hatten eine zusätzliche Angststörung.

Interessanterweise bedeutet das gleichzeitige Auftreten von einer depressiven und einer externalisierenden Störung (ADHS und/ oder ODD) keine Verschlechterung der Symptomatik - im Gegenteil: Kinder mit beiden Diagnosen waren im Spiel und ihrer Funktionsfähigkeit deutlich besser als Kinder nur mit einer depressiven Störung (Luby et al., 2006). Dies bedeutet, dass eine zusätzliche externalisierende Störung als protektiver Faktor gilt und zum teilweisen Ausgleich führt – und nicht, wie erwartet, zu einer Exazerbation der Depression.

Bei depressiven Störungen soll eine Beratung erfolgen

Wie bei anderen Störungen stellen Beratung und Psychoedukation die Grundlage der Therapie dar (AACAP, 2007c).

Falls eine psychische Störung bei den Eltern vorliegt, soll eine Behandlung empfohlen werden.

Wie bei älteren Kindern spielen genetische, biologische und anlagebedingte Faktoren und Einflüsse aus der Beziehungsumwelt als Risikofaktoren eine Rolle. So war die familiäre Belastung für bipolare Störungen und Suizidversuche bei Vorschulkindern mit Depression deutlich erhöht (Luby et al., 2002). Stärker als bei älteren Kindern spielen belastende Lebensereignisse und vor allem Erfahrungen in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen eine große Rolle. Ein besonders bedeutsamer Risikofaktor ist die mütterliche, in geringerem Maß auch die väterliche Depressivität. Schon bei Säuglingen und bei Kleinkindern von

Müttern mit depressiven Störungen können weniger positive, jedoch mehr negative Affekte nachgewiesen werden. Eine mögliche Kindeswohlgefährdung muss erwogen werden und bei Bedarf müssen entsprechende Jugendhilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Falls eine elterliche Psychopathologie vorliegt, wird eine Therapie der Eltern empfohlen (Gleason et al., 2007). So konnten Gunlicks et al. (2008) in einer Übersicht über zehn Studien von Kindern im Alter von 0-8 Jahren zeigen, dass es Hinweise auf Besserung des kindlichen Verhaltens allein durch die erfolgreiche psychiatrische, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung der elterlichen Depression gibt.

Psychotherapie soll die Haupttherapieform in der Behandlung der Depression im Vorschulalter sein.

Es gibt nur eine randomisiert kontrollierte Studie zur Therapie depressiver Störungen im Vorschulalter (Luby et al., 2012). Sie konnte zeigen, dass eine Variante der Parent-Child-Interaction-Psychotherapy (PCIT), die PCIT-ED (Emotion Development), signifikant wirksamer war als Psychoedukation. Eltern-Kind-Therapien haben sich auch in der Behandlung anderer emotionaler Störungen als wirksam erwiesen (Njoroge und Yang, 2012). So konnten Lieberman et al. (2006) in einer randomisiert kontrollierten Studie zeigen, dass die Effekte der Child-Parent-Psychotherapy (CPP) für die PTBS (nicht für depressive Störungen im engeren Sinne) auch langfristig noch 6 Monate nach Behandlung anhalten. Choate et al. (2005) konnten die Wirksamkeit der PCIT, die eher für externalisierende Störungen geeignet ist, auch für die emotionale Störung mit Trennungsangst nachweisen. Ansonsten kommen kognitive Verhaltenstherapien, personenzentrierte, sowie psychodynamische Psychotherapien in Frage. Falls ein Verfahren nicht erfolgreich war, soll zu einem anderen Verfahren gewechselt werden.

Retrospektive Daten von Target und Fonagy (1994) zeigen, dass psychoanalytische Behandlungen effektiv sind - und zwar umso mehr, je jünger ein Kind ist. Kinder mit schweren depressiven Störungen profitieren vor allem von intensiven Behandlungen, die mit einer Frequenz von mehr als einer Behandlungsstunde pro Woche durchgeführt werden. Horn et al. (2005) konnten zeigen, dass auch psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien wirksam sind. Die psychotherapeutische/psychodynamische Arbeit mit Bezugspersonen spielt eine wichtige Rolle und ist in der Behandlung depressiver Kinder von besonderer Bedeutung, um die erzieherischen Kompetenzen der Eltern zu erweitern. Ziele der Elternarbeit können sein: Schuldgefühle zu mildern und in Besorgnis umzuwandeln und das

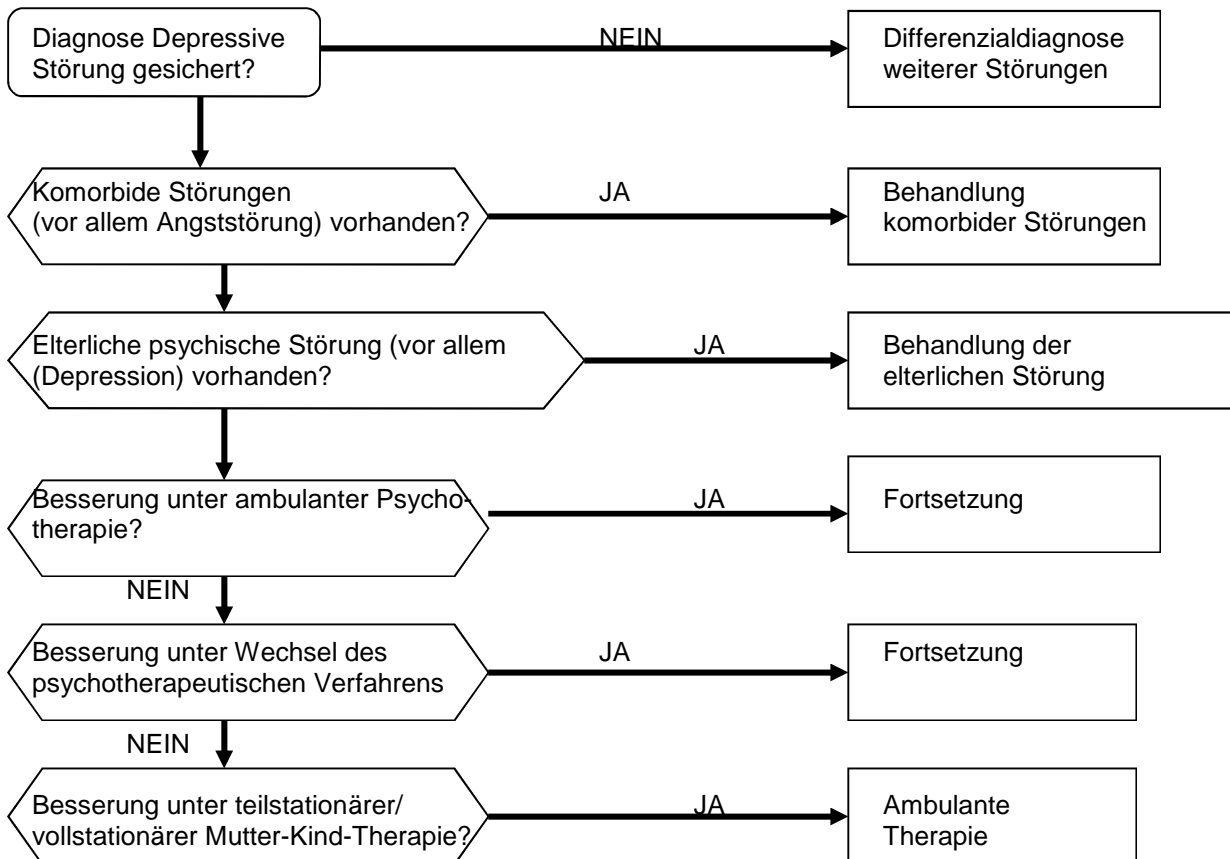
Kind als von sich getrennt sehen zu können.

Eine Psychotherapie ist auch wegen der ungünstigen Langzeitprognose wichtig. So fanden Luby et al. (2009) in ihrer Stichprobe von 306 Vorschulkindern über einen Verlauf von 24 Monaten eine ausgeprägte Kontinuität bzw. Rückfallwahrscheinlichkeit der depressiven Symptomatik, nämlich mit einem 4-fach erhöhten Risiko für depressive 3-5-jährige, auch im frühen Schulalter an einer Depression zu leiden. Stärkste Prädiktor hierfür war eine familiäre Belastung mit affektiven Störungen, auch nach Kontrolle für intermittierende Life-Events. Oppositionelle Störungen erwiesen sich als stärker prädiktiv für die Entwicklung einer Depression als Angststörungen. 57% der Kinder durchliefen wiederholte depressive Episoden und 18% zeigten einen chronischen Verlauf, wobei letztere mit der ausgeprägtesten Symptomatik bei Ersterfassung aufgefallen waren.

Auf eine Psychopharmakotherapie der depressiven Störung im Vorschulalter soll verzichtet werden.

Wegen der unbefriedigenden Studienlage sollte möglichst keine Pharmakotherapie in diesem Alter veranlasst werden.

Entscheidungsbaum: Depressive Störungen



9. Angststörungen

Die Prävalenz der Angststörungen bei jungen Kindern ist hoch. So leiden 7,7% aller 2-5jährigen Kinder unter einer Angststörung (Egger und Angold, 2006b). Es gab keine Geschlechtsunterschiede. Ältere 4-5jährige waren mit 11,4 % signifikant häufiger betroffen als jüngere mit 2-3 %. Die Prävalenzraten der einzelnen Angststörungen betrug: Emotionale Störung mit Trennungsangst (SAD) 2,4 % Generalisierte Angststörung (GAD) 6,5 %, soziale Phobie (SOC) 2,1% und spezifische Phobie (PHOB) 2,3 %.

Obwohl Angststörungen im Vorschulalter ausgesprochen häufig sind und mit erheblichen Beeinträchtigungen einhergehen, ist in diesem Bereich bisher nur eine sehr geringe Forschungsaktivität geleistet worden.

Zur Diagnose von Angststörungen sollen die DC: 0-3R Kriterien verwendet werden.

ICD-10:

Nach ICD-10 werden Angststörungen zunächst unter den emotionalen, d.h. introversiven Störungen klassifiziert. Die ICD-10 unterscheidet zwischen einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), einer phobischen Störung des Kindesalters (F93.1), einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) und einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80).

Das Hauptmerkmal der emotionalen Störung mit Trennungsangst (F93.0) ist eine fokussierte, übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von solchen Personen, an die das Kind gebunden ist (üblicherweise Eltern oder andere Familienmitglieder). Die Diagnose beruht auf dem Nachweis, dass die Trennung von einer Hauptbezugsperson das gemeinsame Element der verschiedenen Angst auslösenden Situationen darstellt. Die Problematik muss mindestens vier Wochen bestehen und der Beginn vor dem 6. Lebensjahr liegen, d.h. es wird als typische Störung gerade junger Kinder angesehen.

Typisch für eine phobische Störung des Kindesalters (F93.1) ist eine anhaltende und wiederkehrende Angst vor verschiedenen Objekten und Situationen, die übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist. Neben einer Dauer von vier Wochen müssten eine generalisierte Angststörung und andere psychische Störungen ausgeschlossen werden.

Bei der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kinderalters (F93.2) zeigen Kinder eine durchgängige oder wiederkehrende Furcht vor Fremden und meiden diese. Diese Furcht kann sich hauptsächlich auf Erwachsene, auf Gleichaltrige oder beide beziehen. Die Kinder zeigen zusätzlich ein vermeidendes Verhalten. Wieder müssen eine generalisierte Angststörung und andere psychische Störungen ausgeschlossen sein, die Störung muss vier Wochen anhalten und vor dem 6. Lebensjahr beginnen. Im Weiteren wird bei dieser Störung von einer „sozialer Phobie“ (SOC) gesprochen.

Die generalisierte Angststörung des Kindesalters ist dagegen durch eine Vielzahl von nicht objektgebundenen Ängsten und Sorgen gekennzeichnet (F93.80). Diese müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten an mindestens der Hälfte der Tage bestehen. Die Kinder haben Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.

Die ICD-10 kodiert ferner Angststörungen unter F40.0 bis F41.9 als Störungen, die während der gesamten Lebensspanne auftreten können. In diesem Zusammenhang soll lediglich festgehalten werden, dass es zwei Angststörungen im Vorschulalter nicht gibt, nämlich die Agoraphobie (F40.0) und die Panikstörung (F41.0). Diese sind typische Störungen, die sich erst im späteren Jugend- zum Teil erst im Erwachsenenalter manifestieren. Eine alterstypische Anpassung der ICD-10 Kriterien für das Vorschulalter gibt es nicht.

RDC-PA:

Zur Klassifikation der Angststörungen ist die RDC-PA nicht hilfreich. Es wird festgestellt, dass eine Veränderung der Kriterien für die spezifische Phobie nicht notwendig sei und manche Störungen im Vorschulalter nicht vorkommen. Ansonsten reichen die empirischen Daten nicht aus, um eine fundierte Empfehlung zum jetzigen Zeitpunkt auszusprechen.

Zero-to-Three:

Wegen der spärlichen Angaben der RDC-PA liefert die DC:0-3R (2005) die wesentliche Klassifikation der Angststörungen im frühen Alter. Die einzelnen Items werden exakt beschrieben mit den zum Teil typischen Beispielen für das Vorschulalter. Die Angststörungen müssen von entwicklungstypischen Ängsten und ängstlichem Temperament abgegrenzt werden. Für alle Angststörungen gilt, dass sie emotional belastend sind und Kind und Familie beeinträchtigen; dass sie situationsübergreifend auftreten, persistieren und dass sie nicht kontrolliert werden können. Die DC: 0-3R (2005) unterscheidet ebenfalls zwischen der SAD, spezifischer Phobie, sozialer Phobie, GAD und einer Restkategorie.

Typisch für die Emotionale Störung mit Trennungsangst (Separation Anxiety Disorder – SAD) (221.) sind die für das Alter exzessiven Ängste vor einer befürchteten Trennung – oder nach einer erfolgten Trennung von Bezugspersonen oder der gewohnten Umgebung. Zu den Symptomen zählen: Untröstliches Weinen, Selbstverletzung, persistierende Sorgen um die Bezugsperson, Weigerung die gewohnte Umgebung zu verlassen (z.B. in den Kindergarten zu gehen), Weigerung alleine zu bleiben, Anwesenheit von Bezugspersonen beim Einschlafen, Alpträume, somatische Beschwerden und Vermeidung von Aktivität.

Bei der spezifischen Phobie (PHOB) (222.) zeigen Kinder exzessive, nicht entwicklungsadäquate, objektbezogene Ängste und Vermeidungshandlungen. Auch Weinen, Wutanfälle und Klammerverhalten sind typische Symptome in diesem Alter.

Kinder mit einer sozialen Phobie (SOC) (223.) zeigen ausgeprägte oder persistierende Ängste vor einer oder mehreren fremden Situationen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (wie Geburtstags- und Familienfeiern, Spielkreisen usw.). Die Ängste äußern sich in Weinen, Panik, Wutanfälle, Rückzug, Erstarrung. Dies führt einerseits zur Vermeidung der gefürchteten Situation und andererseits zu ausgeprägten Einschränkungen.

Kinder mit einer Generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder – GAD) (224.) zeigen exzessive, nicht kontrollierbare Ängste und Sorgen während verschiedener Aktivitäten. Typisch sind Unruhe, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Wutanfälle, Gereiztheit, Anspannung und Schlafstörungen, die das Kind erheblich beeinträchtigen.

Die Angststörung, nicht näher bezeichnet (225.), ist eine Restkategorie für Angststörungen, die nicht unter die o.g. Diagnosen fallen.

<p>Es sollen vier Angststörungen unterschieden werden: Trennungsangst, spezifische Phobien, soziale Ängstlichkeit und generalisierte Angststörung</p>
--

Trotz vieler Unterschiede gehen viele Klassifikationssysteme davon aus, dass spezifische Angstsyndrome im Vorschulalter tatsächlich differenziert werden können und dass die vier Hauptgruppen die SAD, die GAD und die spezifischen und sozialen Phobien umfassen. Inzwischen konnten drei Faktorenanalysen Hinweise für die Validität dieser Syndrome erbringen; d.h. die DSM- und ICD-10-typischen Angstsyndrome lassen sich tatsächlich im Vorschulalter trotz Überlappungen und komorbidem Auftreten voneinander unterscheiden.

In einer Faktorenanalyse von 755 2-6jährigen Kindern konnten fünf typische Syndrome identifiziert werden. Die Faktoren umfassten: soziale Phobie, Trennungsangst, generalisierte Ängste, Zwangsstörung und Angst vor körperlicher Verletzung (Spence et al., 2001). Auch Sterba et al. (2007) konnten drei emotionale Syndrome unterscheiden: die soziale Phobie und SAD ließen sich klar voneinander differenzieren, während die GAD und depressive Störungen einen Faktor bildeten. Dies bedeutet, dass möglicherweise depressive Symptome und generalisierte Ängste bei jungen Kindern eng mit einander verbunden sind. Schließlich konnten in einer bevölkerungsbezogenen Zwillingsstudie von 4564 4jährigen Zwillingspaaren fünf Faktoren differenziert werden: allgemeine Belastung, Trennungsängste, Ängste, Zwangssymptome und Schüchternheit /Inhibition (Eley et al., 2003). In einer neuen Studie bei 1110 2-3jährigen Kindern konnten 4 Faktoren identifiziert werden: SOC, SAD, GAD und Zwangssymptome (Mian et al., 2012).

Zusammengefasst ist die DC:03-R (2005) für das Vorschulalter die relevanteste Klassifikation. Die vorgeschlagenen Störungseinheiten scheinen valide zu sein und lassen sich im Vorschulalter klar differenzieren.

Die Diagnose einer Angststörung soll nicht vor dem Alter von 18 Monaten gestellt werden. Subklinische Angstsymptome können schon vorher nachweisbar sein.

Angststörungen gelten als valide Diagnosen ab dem Alter von 18 Monaten. Ängste als Symptome können schon vor diesem Alter auftreten. Auch gibt es Vorläufer von Angststörungen in Temperamentseigenschaften wie die Behaviorale Inhibition (BI). BI wird als „ausgeprägte Zurückhaltung oder Ängstlichkeit gegenüber bekannten Personen oder Situationen oder Ereignissen“ definiert (Hirshfeld-Becker et al., 2008a). Sie betrifft 10-15 % aller Kinder und zeigt eine mäßige Stabilität vom Vorschul- zum Jugendalter, zum Teil bis ins Erwachsenenalter.

Die BI kann gemessen werden unter standardisierten Laborbedingungen, mit Beobachtungsinstrumenten und Fragebogenverfahren. So sind die psychometrischen Eigenschaften des Behavioral Inhibition Questionnaire – Short Form (BIQ-SF) gut (Vreeke et al., 2012). Die Werte korrelieren mit Angst- und internalisierenden, aber nicht mit externalisierenden Symptomen. Kinder mit BI sind ruhig, zurückhaltend, schweigsam, weinerlich und vermeidend. In Gruppen sind sie eher einsam, beobachtend und bewegen sich am Rand des Geschehens. Sie sind vorsichtiger, zurückhaltender und fühlen sich unwohl in Gesprächen. Sie sind weniger extravertiert und weniger sozial eingebunden.

Auch ist das Risiko für Angststörungen bei Kindern mit BI erhöht (Hirshfeld-Becker et al., 2008a). Vor allem bei Eltern mit Angststörungen haben Vorschulkinder mit ausgeprägter BI ein deutlich erhöhtes Risiko für soziale Phobien und möglicherweise für andere Störungen (wie Depression). Wie einzelne Studien zeigen konnten, sind Vorläufer der BI schon sehr früh nachweisbar. Möhler et al. (2008) konnten schon im Säuglingsalter Prädiktoren für eine spätere BI nachweisen: Weinen bei unvertrauten Reizen im Alter von vier Monaten sagte eine BI im Alter von 14 Monaten voraus. Wenn eine BI vorhanden ist, dann zeigen diese Kinder tatsächlich ein spezifisches Risiko für soziale Phobien. So konnten Biederman et al. (2001) zeigen, dass zwei bis sechsjährige Kinder mit BI (N=64) im Vergleich zu denen ohne BI (N=152) ein signifikant erhöhtes Risiko für soziale Phobien hatten. Gleichzeitig war das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens signifikant reduziert, d.h. BI wirkt als ein protektiver Faktor gegenüber der Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens.

Komorbide Störungen der Angststörungen sollen erfasst werden.

Die meisten Angststörungen treten nicht alleine auf, sondern in Kombination mit anderen Störungen. So betrug die Komorbiditätsrate für SAD 79%, für GAD 53%, für SOC 55% und für PHOB 100% (Egger und Angold, 2006b) Die komorbiden Störungen waren überwiegend andere Angststörungen, depressive Störungen und PTBS. Dies bedeutet, dass bei der Diagnose einer Angststörung gezielt nach introversiven Störungen gesucht werden muss. Auch lassen sich im Vorschulalter Angst- und depressive Störungen nicht immer eindeutig voneinander trennen.

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der Angststörungen soll durchgeführt werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt beruht die Diagnose der Angststörungen überwiegend auf einer klinischen Einschätzung. Dabei hat die Anamnese einen besonderen Stellenwert, wie bei Egger und Angold (2006b) detailliert dargestellt wird. Auch die unstrukturierte Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern bzw. dem Untersucher dient der klinischen Einschätzung. Bisher gibt es wenige standardisierte Verfahren. Allgemeine Fragebögen wie die Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ - 5) (Achenbach und Rescorla, 2000) sowie die ITSEA (Infant Toddler Social Emotional Assessment) spielen eine wichtige Rolle. Andere Fragebögen umfassen die Preschool Anxiety Scales (PAS), die Fear Survey Schedule for

Infants and Preschoolers und die Infant Preschool Scale for Inhibited Behaviors, aber psychometrische Daten liegen noch nicht vor (siehe Egger und Angold, 2006b und Del Carmen-Wiggings und Carter, 2004).

Von den strukturierten Interviews wird an erster Stelle das PAPA empfohlen. Dagegen sind die Angaben der Kinder selbst in strukturierten Instrumenten mit Vorsicht zu interpretieren. Im Berkeley Puppet Interview (BPI) konnten Kinder zwar zentrale Symptome der Angst benennen, aber der Zusammenhang mit übergeordneten Konstrukten war nicht nachzuweisen (Luby et al., 2007). Die wichtigsten Kernsymptome, die Kinder selber angeben, waren: „Es ist schwer, Eltern auf Wiedersehen zu sagen“; „Ich habe viele schlechte Träume“; „Ich habe Angst, andere Kinder zu fragen, ob sie mit mir spielen wollen“.

Eine Beratung und Psychoedukation soll bei Angststörungen durchgeführt werden.

Eine Beratung ist besonders wichtig, da Eltern oft eigene Ängste und Angststörungen haben. Hirshfeld-Becker et al. (2008b) betonen, dass Eltern intensiv in die Therapie einbezogen werden müssen. Eltern mit eigener Angststörung haben Schwierigkeiten, ihre jungen Kinder im Umgang mit Ängsten zu unterstützen und tragen dazu bei, die Angstsymptomatik aufrechtzuerhalten. Im Sinne eines Modelllernens übernehmen Kinder das ungünstige Copingverhalten der Eltern. Ängstliche Eltern schränken ihre Kinder in ihrer Autonomie ein, diskutieren Konflikte, sind überprotektiv, können schlecht Grenzen setzen und unterstützen aktiv Vermeidungsverhalten.

Falls bei Eltern der Verdacht einer eigenen Angststörung besteht, sollen eine eigene Diagnostik und ggf. Therapie empfohlen werden.

Eine Vielzahl anderer Risikofaktoren spielt bei der Ätiologie der Angststörungen eine Rolle, wie von Egger und Angold (2006 b) zusammengestellt. Zu diesen gehören: sozioökonomische Status, belastende Lebensereignisse, elterliches Verhalten, einschließlich Überinvolvierung, Unterstützung von vermeidendem Verhalten, sowie kontrollierendes elterliches Verhalten, Temperamentsfaktoren wie BI und Ängstlichkeit, sexueller Missbrauch; körperliche Erkrankung, kognitive Defizite, familiäre Disharmonie und elterliche Belastung durch Angststörungen, Depression und Alkoholismus. Manifeste elterliche Angststörungen erfordern oft eine zusätzliche eigene Therapie.

Eltern-Kind-Therapien sollen als Mittel der ersten Wahl bei Kindern unter 3;0 Jahren mit Angststörungen durchgeführt werden.

Auch bei Angststörungen ist die enge Einbindung der Eltern unbedingt erforderlich, am besten in spezifischen Eltern-Kind-Therapien. Wie Egger und Angold (2006b) betonen, ist die Therapieforschung bei Angststörungen im Vorschulalter dürftig. Der empfohlene Schwerpunkt liegt auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Zugängen, sowie auf Elterntrainings.

So wurde ein spezielles Programm für Kinder mit SAD entwickelt, ein manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutischen Eltern-Kind-Programm (TrennungsAngstprogramm Für Familien, TAFF) (In-Albon und Schneider, 2007). 43 Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren mit Trennungsangst wurden randomisiert-kontrolliert zugeteilt entweder zu 16 Sitzungen Therapie (TAFF) (n=21) + 4-wöchigem Follow-up oder zu einer 12 wöchigen Wartekontrollgruppe (n=22). Das Programm beinhaltet Sitzungen mit Kindern alleine, mit Eltern alleine und gemeinsame Stunden. Es umfasst Elemente der Information, Psychoedukation und Exposition. Kindgerechte Materialien werden eingesetzt. Nach der TAFF-Therapie hatten 76,2% der Kinder keine Trennungsangst mehr – verglichen mit 13,6% der Kinder der Wartelistengruppe (Schneider et al., 2011).

In psychodynamischen Eltern-Kind-Therapien (SKEPT) kann der Zusammenhang zwischen den kindlichen Ängsten und den oft nicht bewussten elterlichen Ängsten oder traumatischen Erfahrungen bewusst gemacht und erarbeitet werden, was oft zu einem Rückgang der kindlichen Angstsymptomatik führt.

Auch eine Adaptation der Parent-Child-Interaction-Psychotherapy (PCIT) zeigte positive Effekte (Choate et al., 2005). Obwohl die PCIT bisher bei Kindern mit externalisierenden Störungen indiziert war, scheint das Konzept des elterlichen Trainings und der Kombination von spieltherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Elementen auch für internalisierende Störungen effektiv zu sein.

Basierend auf der PCIT wurde ein spezielles Programm zur Angsttherapie junger Kinder (4-8 Jahre) untersucht (das CALM – Coaching Approach Behavior and Leading by Modelling) (Comer et al., 2012). Positive Effekte konnten in dieser ersten Studie nachgewiesen werden.

Hirshfeld-Becker et al. (2008b und 2010) beschreiben ein manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Training mit insgesamt zwanzig Behandlungseinheiten, das „Being Brave Program“. In einer randomisierten Studie von neun Kindern im Alter von 4-7 Jahren konnte eine deutliche Reduktion von Angstsymptomen nach 15 bis 20 Sitzungen nachgewiesen werden.

Ein weniger aufwändiges, reines Elternttraining mit nur acht Einheiten wurde von Kennedy et al. (2009) vorgestellt. 71 Kinder im Alter von 3-4 Jahren mit einer BI plus einem Elternteil mit einer Angststörung wurden entweder einer sechsmonatigen Warteliste oder der Behandlungsgruppe zugeteilt. 67 % der Mütter hatten eine Angststörung (59 % soziale Phobie), 42 % der Väter (30 % soziale Phobie) und alle Kinder (überwiegend soziale Phobie). In einer Gruppentherapie der Eltern wurden Psychoedukation, Copingstrategien, soziale Kompetenzen und Expositionsprinzipien den Eltern vermittelt. Der Fokus lag dabei im Umgang mit den kindlichen Ängsten. Nach sechs Monaten konnte eine signifikante Reduktion der Behavioralen Inhibition (BI) des Kindes nachgewiesen werden, ebenso wie eine signifikante Reduktion der Angststörungen. Die Studie spricht dafür, dass eine frühe Intervention ausgesprochen sinnvoll ist und dass selbst ein Elternttraining wirksam sein kann, d.h. die aufwändigeren Eltern-Kind-Therapien wie die PCIT oder das oben vorgestellte „Being Brave Program“ nicht für alle Kinder notwendig ist.

Fox et al. (2012) untersuchten ein präventives, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm für leichte und mittelstarke Ängste bei 16 3-5-jährigen Kindern (SEED – Strengthening Early Emotional Development). Zur gleichen Zeit wurden getrennte Eltern- und Kindergruppen über 10 Sitzungen durchgeführt. Angstsymptome konnten bei Eltern und Kindern reduziert werden.

Bei Kindern im Alter von 3;0-5;11 Jahren sollen auch verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapien angeboten werden.

Für ältere Vorschulkinder kommen verhaltenstherapeutische und psychodynamische Interventionen in Frage, die auch bei älteren Kindern indiziert sind (AACAP, 2007d). Dabei werden spezifische Phobien kognitiv verhaltenstherapeutisch behandelt, während bei der GAD auch psychodynamische Verfahren sinnvoll sein können.

Aus der Psychotherapieforschung bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen zeigt sich, dass bisher nur für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie ein

empirischer Nachweis für die Wirksamkeit erbracht werden konnte (In-Albon und Schneider, 2007). Übersichtsarbeiten zeigen, dass ca. 70-80% der Kinder nach einer kognitiven Verhaltenstherapie keine Angststörung mehr aufweisen. Die Stabilität der erreichten Erfolge konnte für mehrere Jahre nachgewiesen werden.

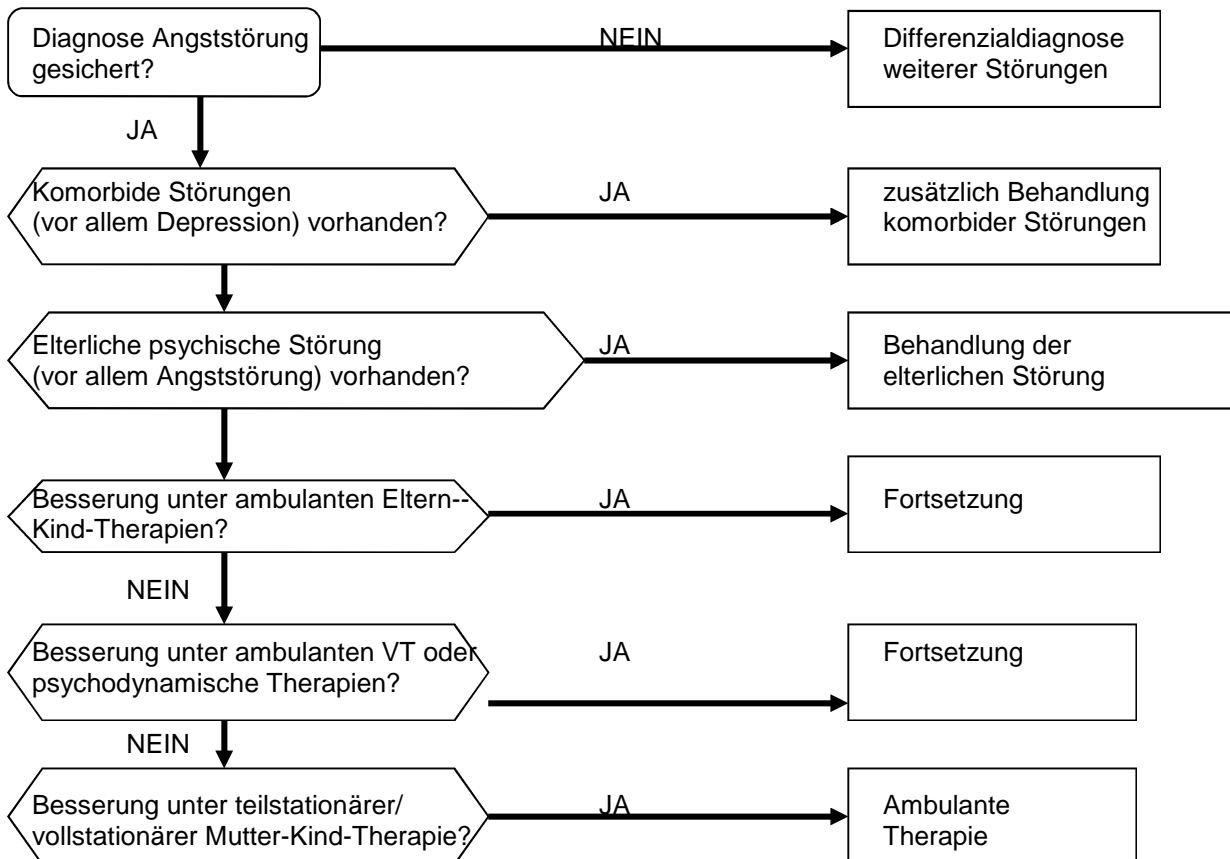
Auch bei jungen Kindern ab dem Alter von 3 Jahren zeigte die kognitive Verhaltenstherapie in randomisiert-kontrollierten Studien signifikante Effekte für GAD, PHOB, SOC und SAD (Njoroge und Yang, 2012).

Für psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie liegt ebenfalls eine Wirksamkeitsstudie vor (Kronmüller et al., 2005). Die Katamnesen zeigen, dass die Stabilität der erreichten Erfolge nachhaltig ist. Auch Muratori et al. (2002) belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien.

Eine Psychopharmakotherapie der Angststörung soll nicht erfolgen.
--

Eine Psychopharmakotherapie kann wegen der fehlenden Datenlage nicht empfohlen werden (Gleason et al., 2007).

Entscheidungsbaum: Angststörungen



10. Anpassungsstörungen

Obwohl häufig diagnostiziert, gibt es zu Anpassungsstörungen im Vorschulalter kaum Forschungsergebnisse. Anpassungsstörungen sind in Inanspruchnahmepopulationen hoch. So litten 8% von 1083 Kindern unter dieser Störung nach DC:0-3 (Emde und Wise, 2003). Zuverlässige epidemiologische Daten gibt es nicht. Obwohl zeitlich limitiert, können Anpassungsstörungen mit erheblicher emotionaler Belastung für Eltern und Kind assoziiert sein (Hill, 2006).

Zur Diagnose von Anpassungsstörungen sollen die ICD-10 Kriterien verwendet werden.

ICD-10:

Nach ICD-10 handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung auftreten. Zur Diagnose ist es notwendig, eine psychosoziale Belastung von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß zu identifizieren. Die Symptome beginnen innerhalb eines Monats nach dem Ereignis und bilden sich meistens innerhalb von sechs Monaten zurück. Nur eine depressive Reaktion kann auch länger bis zu zwei Jahren andauern. Die Symptomatik der Anpassungsstörungen ist variabel und umfasst depressive und Angstsymptome, sowie Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Nach ICD-10 wird unterschieden zwischen der kurzen depressiven Reaktion (F43.20); der längeren depressiven Reaktion bis zu zwei Jahren (F43.21); der Angst- und depressiven Reaktion, gemischt (F43.22); der Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von andern Gefühlen (F43.23); mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24); mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25); sowie einer Restkategorie (F43.28).

Die Art der Stressoren können nach der ICD-10 entweder unter den Z-Faktoren erfasst (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen) oder auf der 5. Achse der MAS kodiert werden. Die dort aufgeführten psychosozialen Belastungen beziehen sich auf die letzten sechs Monate und können, falls sie akut auftreten, Symptome der Anpassungsstörung nach sich ziehen.

DSM-IV:

Nach der DSM-IV kann die Symptomatik bis zu drei Monaten nach dem Stressor auftreten. Eine akute Anpassungsstörung bildet sich innerhalb von sechs Monaten zurück, eine chronische persistiert für länger als sechs Monate. Die beschriebene Symptomatik ist vergleichbar mit der ICD-10 Klassifikation.

RDC-PA:

Anpassungsstörungen werden bei der RDC-PA nicht berücksichtigt. Daher spielt wieder die DC:0-3R (2005) klinisch eine wichtige Rolle.

Als besonders wichtige Anpassungsstörung gilt die verlängerte Trauerreaktion. Zur Diagnose sollen die DC: 0-3R Kriterien verwendet werden.

Zero-to-Three:

Ein besonderer Schwerpunkt liegt bei der DC: 0-3R Klassifikation auf der verlängerten Trauerreaktion (210.). Der Verlust der Hauptbezugsperson ist gerade in diesem Alter ein besonders schwerwiegender Stressor, da junge Kinder nicht die emotionalen kognitiven Ressourcen haben, mit einem so schweren Verlust umzugehen. Zusätzlich sind oft andere Bezugspersonen ebenfalls in ihrem eigenen Trauerprozess involviert und können das Kind möglicherweise nicht adäquat unterstützen. Zur Diagnose ist erforderlich, dass die Symptomatik nach dem erlittenen Verlust auftritt und für den größten Teil des Tages an den meisten Tagen von mindestens zwei Wochen persistiert. Sehr detailliert sind die Symptome beschrieben: unter anderem weint, sucht und ruft das Kind nach der verlorenen Bezugsperson; es lässt sich nicht trösten; es zieht sich emotional zurück; es zeigt Ess- und Schlafprobleme; der affektive Ausdruck ist eingeschränkt; Erinnerung an den Verlust lösen entweder heftige emotionale Reaktionen oder im Gegenteil Gleichgültigkeit aus.

Die Anpassungsstörungen im weiteren Sinne (300.) erfordern nach DC: 0-3R (2005) wieder den Zusammenhang mit einem Stressor und dem Auftreten eines breiten Spektrums von Symptomen innerhalb eines Monats sowie dem Ausschluss einer anderen psychischen Störung.

Anpassungsstörungen sollen detailliert und spezifisch diagnostiziert werden.

Anpassungsstörungen können trotz der guten Prognose für Eltern und Kinder belastend sein. So erleiden auch Vorschulkinder häufig belastende Lebensereignisse, wie Fűrnis et al. (2009) zeigen konnten. In einer Schuleingangsuntersuchung wurden 1887 Kinder im Alter

von 5,0 und 6,9 Jahren untersucht (Fürniss et al., 2009). Mehr als 80 % der Kinder hatten mindestens ein belastendes Lebensereignis in ihrem bisherigen Leben erlitten. Kumulative Lebensereignisse waren signifikant mit auffälligem Verhalten korreliert, gemessen im Gesamtscore der Child Behavior Checklist. Dabei bestand ein direkter Zusammenhang zwischen Zahl der Lebensereignisse und Rate von klinischen Auffälligkeiten nach der CBCL. Bei keinem Lebensereignis zeigten 5,6 % der Kinder klinisch relevante Auffälligkeiten, bei einem Lebensereignis 8,0 %, bei zwei 9,2 %, bei drei 14,2 %, bei vier 20,9 % und bei fünf oder mehr sogar 29,4 %. Ferner konnten Fürniss et al. (2009) fünf Faktoren von Lebensereignissen identifizieren, die Auswirkungen auf kindliches Verhalten hatten. In absteigender Reihenfolge nach Bedeutung waren diese Faktoren: Trennung/Scheidung, kindliche Gesundheit, Umzug, Arbeit der Eltern, Gesundheit der Eltern, Familienangehörige. Die Arbeit zeigt eindeutig den Zusammenhang von Lebensereignissen und klinisch auffälligem Verhalten auf.

Darüber hinaus gibt es qualitative (nicht nur quantitative) Unterschiede zwischen Anpassungsstörungen und PTBS auch im Vorschulalter (Mongillo et al., 2009). In einer bevölkerungsbezogenen Studie von 917 Kindern im Alter von 6-36 Monaten hatten 23 % der Kinder mindestens ein Traumaereignis erlebt und in der Folge auffällige Verhaltenssymptome entwickelt, die einer Anpassungsstörung entsprachen: repetitives Verhalten, darüber reden, Körperkontakt vermeiden, traurig aussehen, viel weinen, albern verhalten, Wutausbrüche, Irritabilität, Schlafstörungen, Sorgen über den eigenen Körper. Nur 20 % dieser Kinder, d.h. 5% der Gesamtgruppe zeigten nach dem Trauma qualitativ andere Verhaltenssymptome, die typisch waren für eine PTBS. Zu diesen gehörten Wiedererleben des Traumas, Vermeidung und Gefühl der Abstumpfung sowie Zeichen eines Hyperarousals. Diese Arbeit zeigt, dass nicht alle Kinder nach einem Trauma eine auffällige Verhaltenssymptomatik entwickeln. 23 % der Kinder zeigen Symptome, die einer Anpassungsstörung entsprechen können. Nur 1/5 dieser Gruppe, d.h. 5 % der Gesamtgruppe entwickelten Zeichen einer PTBS (Mongillo et al., 2009). Dies spricht dafür, dass Anpassungsstörungen und PTBS sich nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ unterscheiden.

Die üblichen Prinzipien der Diagnostik gelten auch bei Anpassungsstörungen. Darüber hinaus weist Hill (2006) daraufhin, dass der tatsächliche zeitliche Zusammenhang zwischen Stressor (wie Trennung/Scheidung der Eltern und Geburt von Geschwistern) und Symptomatik nachgewiesen werden muss (Campbell, 2002). Auch ist es wichtig, die subjektive Bedeutung des Stressors für das Kind, sowie die subjektiven elterlichen Einstellungen und Copingmechanismen zu explorieren. Die Symptomatik umfasst ein breites

Spektrum von internalisierenden und externalisierenden Symptomen, die sich z.B. wie eine depressive Episode oder einer Störung des Sozialverhaltens manifestieren – nur dass sie erst nach einem leichteren traumatischen Erlebnis auftreten und sich meistens zurück bilden. Spezifische standardisierte Instrumente oder Beobachtungsverfahren gibt es nicht.

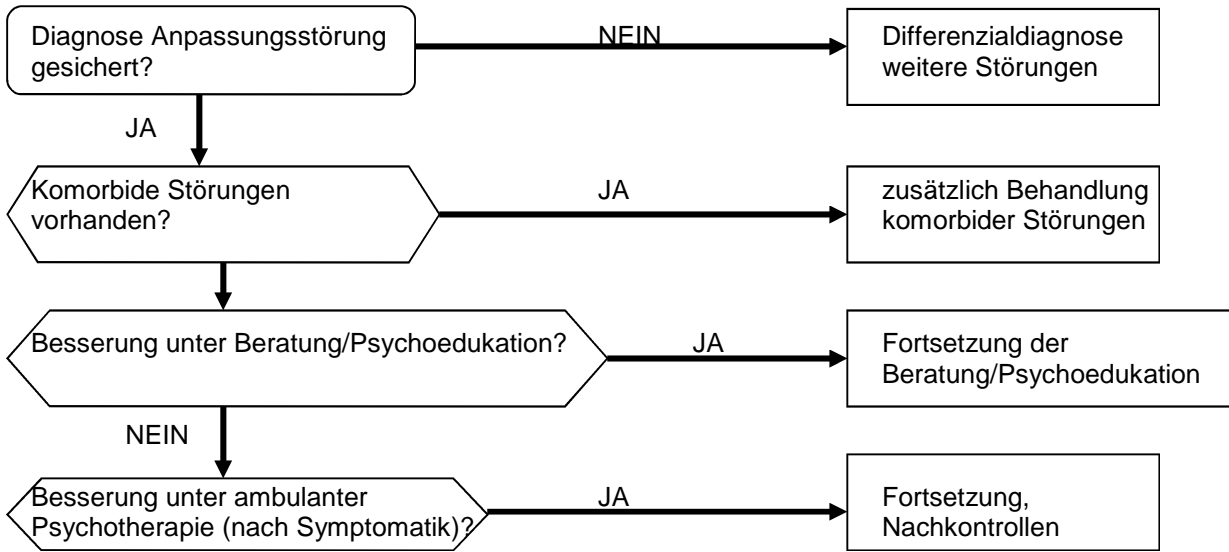
Bei einer Anpassungsstörung sollen eine Beratung und Psychoedukation erfolgen.

Eine Beratung ist in jedem Fall angezeigt. Eltern sollten praktische, pädagogische Hinweise über den Umgang mit ihren Kindern im Alltag vermittelt bekommen. Auch die Vermittlung der Unterschiede zwischen Anpassungsstörungen und PTBS kann hilfreich sein. Eine Psychotherapie ist bei leichten Formen nicht notwendig. Der Schwerpunkt der Beratung liegt auf Psychoedukation und der Aktivierung der Ressourcen (Hill et al., 2006).

Bei schwerer Ausprägung oder protrahiertem Verlauf der Anpassungsstörung sollen eine weiterführende Diagnostik und ggf. eine Psychotherapie durchgeführt werden.

Bei schweren oder chronisch verlaufenden Anpassungsstörungen (vor allen der verlängerten Trauerreaktion) kann eine Psychotherapie sinnvoll und indiziert sein. Zur Therapie der Anpassungsstörungen gibt es keine standardisierten Therapiestudien (Hill et al., 2006). Der Stressor sollte entfernt und vermieden werden. Bei schwerer Ausprägung richtet sich die Therapieform nach der jeweiligen Symptomatik.

Entscheidungsbaum: Anpassungsstörungen



11. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Zur Diagnose der PTBS sollen die RDC-PA Kriterien verwendet werden.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den Störungen im Vorschulalter, die relativ intensiv erforscht wurden und verfügt über eine gut fundierte Datenlage. Typische Traumen, die eine PTBS im Vorschulalter auslösen können, sind Unfälle, Katastrophen, Krieg, Wahrnehmung von Tod und Sterben, Angriffe von Hunden und von anderen Tieren, körperliche und sexuelle Misshandlung, Erleben von häuslicher Gewalt und invasive medizinische Interventionen.

ICD-10:

Die ICD-10 ist wenig geeignet, einer PTBS im Vorschulalter gerecht zu werden. Die Kriterien sind für das Erwachsenen-, aber wenig für das Vorschulalter anwendbar. Eine PTBS (F43.1) entsteht nach ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas durch sich aufdrängende Erinnerungen in Träumen, durch das Gefühl betäubt zu sein, Anhedonie und Vermeidung von Trauma assoziierten Situationen. Sowohl eine Amnesie, als auch eine erhöhte Sensitivität und Erregung mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit können vorkommen. Die PTBS tritt mit einer Latenz von Wochen bis üblicherweise sechs Monaten nach dem Trauma auf. Eine alterstypische Anpassung der ICD-10 Kriterien gibt es nicht.

RCD-PA:

Von der RDC-PA wurden alternative Kriterien (zu der DSM-IV) vorgeschlagen, die nicht von Verbalisierungsfähigkeiten abhängig sind und auf das Entwicklungsalter angepasst sind. Diese neuen Kriterien wurden in mehreren Studien validiert. Bei Scheeringa et al. (2003) wurden z.B. 62 Kinder nach Trauma mit 63 gesunden Kontrollen untersucht. Nach den alternativen Kriterien betrug die Rate von PTBS 26 % im Vergleich von 0 % nach den traditionellen DSM-IV Kriterien. Die alternativen Kriterien wurden von Graf et al. (2008) übersetzt und sind in der folgenden wiedergegeben. Die gleichen Kriterien finden sich in der RDC-PA.

Tabelle: RDC-PA Diagnosekriterien für die PTBS im Säuglings- und Kleinkindalter nach Scheeringa et al., 2003 (Übersetzung bei Graf et al., 2008)

Symptomgruppen	Symptome
A. Traumatisches Ereignis	
B. Wiedererleben	Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
	Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
▶ mindestens 1 Symptom	Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
	Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt
	Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
	Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweiszeichen
C. Vermeidung	Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
	Einengung des Spielverhaltens
▶ mindestens 1 Symptom	Sozialer Rückzug
	Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
D. Erhöhte Erregung	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
	Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
▶ mindestens 2 Symptome	Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
	Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
	Übertriebene Schreckreaktion
E. Neue Ängste und Aggressionen	Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
	Neu auftretende Ängste
▶ für die Diagnose nicht erforderlich	Neu auftretende Trennungsangst
	Neu auftretende Aggressionen

Zero-to-Three:

Auch die Kriterien der DC:0-3R (2005) entsprechen den alternativen Diagnosekriterien, ohne Berücksichtigung der Kategorie E.

Eine PTBS soll erst ab dem Alter von 18 Monaten diagnostiziert werden. Subklinische Symptome können sich bereits früher manifestieren und behandlungsbedürftig sein.

Die Prävalenz der PTBS in den bisherigen Studien zwischen 0,1 % und 0,6 % aufgrund der fehlenden Sensitivität der DSM-IV Kriterien (McDonnell und Glod, 2003; Egger und Angold, 2006a). Bevölkerungsbezogene Studien mit den alternativen Kriterien gibt es noch nicht. Man kann davon ausgehen, dass bis zu einem Drittel der Kinder nach schweren Traumata eine PTBS nach diesen Kriterien entwickelt (Graf et al., 2009). Auch ist die PTBS Rate bei Inanspruchnahmepopulationen an Kliniken zum Teil sehr hoch. So hatten 20 % der Kinder in der Studie von Frankel et al. (2004) eine PTSD nach DSM-IV und DC:0-3.

Auch junge Kinder mit PTBS im Alter von 20 Monaten wurden von Scheeringa et al. (2005) im Langzeitverlauf untersucht. Der Verlauf der PTBS ist bei Vorschulkindern ungünstig. Symptome sind selbst zwei Jahre später noch vorhanden – oft mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag (Scheeringa, 2006). 62 Kinder im Alter von 20 Monaten bis 6 Jahren zeigten in der Studie von Scheeringa et al. (2005) einen besonders ungünstigen Verlauf: nach den alternativen RDC-PA Kriterien entwickelten 25,8% das Vollbild einer PTBS – aber nach einem Jahr waren es immer noch 23,4% und nach 2 Jahren 22,9%. Einzelne, subklinische Symptome wie Vermeidung und Hyperarousal nahmen sogar über den Verlauf von 2 Jahren zu. Die Rate der Kinder mit Beeinträchtigung lag höher in der Kerngruppe mit dem Vollbild der PTBS.

Auch bei der PTBS erfolgt die Diagnostik den allgemeinen Kriterien. Darüber hinaus gibt es für die PTBS eine Reihe standardisierter Fragebogenverfahren und strukturierte Interviews, die den diagnostischen Prozess erleichtern. Diese wurden bei Scheeringa (2006) und Graf et al. (2008) ausführlich dargestellt. An Fragebogenverfahren bieten sich an:

- Der PTSD- Symptoms Preschool Age Children (PTSD-PAC) Fragebogen mit 18 Items.
- Die Trauma Symptoms Checklist for Young Children (TSCYC) mit 90 Items.
- Die Traumatic Events Screening Inventory – Parents Report (Rehwild) mit 24 Items.
- Auch die Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ -5) kann als Screeninginstrument für die PTBS verwendet werden.

Zwei strukturierte Interviews liegen ferner vor:

- Die Posttraumatic Stress Disorder, Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children (PTSD-SSIORIYC). Dieses klinische valide Instrument wurde ins

Deutsche übersetzt und ausführlich bei Graf et al. (2008) dargestellt. Es ist ein semistrukturiertes Interview und Beobachtungsinstrument zugleich. Neben einer Auflistung möglicher Traumata enthält es einen detaillierten Fragenkatalog zu Symptomen und deren Folgen nach der Alternativklassifikation von Scheeringa et al. (2003).

- Auch das PTBS-Modul des Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) ist ein valides und reliables Instrument zur Diagnose im Vorschulalter.

Komorbide Störungen der PTBS sollen erfasst und behandelt werden.
--

Oft tritt die PTBS nicht alleine auf, sondern in bis zu 90 % mit mindestens einer weiteren psychischen oder organischen komorbiden Störung. So hatten in der Studie von Scheeringa et al. (2003) 75 % der Kinder mit PTBS eine ODD, 63 % eine emotionale Störung mit Trennungsangst, 38 % eine ADHS und 6 % eine depressive Störung. Diese komorbiden Störungen können entweder vorausgehen und somit das Risiko für eine PTBS erhöhen – oder sekundär als Folge der PTBS auftreten.

Die Klinik der PTBS lässt sich eindrücklich an einer Arbeit von Scheeringa und Zeanah (2008) illustrieren. 70 Vorschulkinder im Alter von 3-6 Jahren wurden nach dem Hurrikan Katrina detailliert untersucht, unter anderem mit strukturierten Interviews. 66 % der Kinder wurden evakuiert, 20 % waren von den Eltern getrennt, 90 % hatten alle Spielsachen verloren, 21 % hatten den Tod eines Haustieres, 9 % eines Familienmitgliedes miterlebt.

Während nur 16 % der Kinder eine PTBS nach DSM-IV Kriterien erlitten hatten, erfüllten 50% die alternativen Kriterien nach Scheeringa et al. (2003). Bei den Kindern mit PTBS waren komorbide Störungen ausgesprochen häufig. 61 % hatten eine ODD, 43 % eine Depression, 33 % eine ADHS und 21 % eine emotionale Störung mit Trennungsangst. Es wurde diskutiert, dass die ODD (die bei Erwachsenen im Rahmen einer PTBS nicht typisch ist) als Zeichen eines Hyperarousals gedeutet werden kann. Während depressive Störungen nach dem Trauma deutlich zunahm, blieb die Rate vom ADHS gleich. Dies würde bedeuten, dass depressive Störungen Folge, ADHS ein Risikofaktor für eine PTBS sein könnte. Interessanterweise entwickelte kein einziges Kind eine neue komorbide Störung, ohne gleichzeitig von einer PTBS betroffen zu sein.

Komorbide Störungen können einerseits Folgen der PTBS darstellen – andererseits könne sie dem Trauma vorausgehen und das Auftreten der PTBS begünstigen. Eine Behandlung auch der komorbiden Störungen ist sinnvoll.

Bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen der Eltern sollen eine Diagnostik und Behandlung empfohlen werden.

Komorbide Störungen (vor allem PTBS und Depression) sind bei Eltern von Kindern mit PTBS häufig. Auch Eltern waren in der oben erwähnten Studie zu den Folgen von Hurrikan Katrina von dem Trauma betroffen (Scheeringa und Zeanah, 2008). 36 % der Mütter hatten eine PTBS, 25 % eine Depression. Es gab einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen PTBS/Depression bei Eltern und Kindern, sodass von einer „Beziehungs-PTBS“ gesprochen werden kann. Man muss von einer bidirektionalen Interaktion ausgehen: Betroffene Eltern können ihre Kinder nicht genügend schützen; andererseits bedeutet es für Eltern eine enorme Belastung, das Leiden ihres Kindes miterleben zu müssen.

Landolt et al. (2012) konnten bei 287 älteren Kindern, die einen Unfall erlitten oder an Diabetes oder einem Karzinom erkrankten, hohe PTBS Raten bei Kindern, wie auch Eltern nachweisen. Ausgeprägte elterliche PTBS war mit einem schlechteren Outcome für die PTBS der Kinder assoziiert. Die Behandlung der elterlichen PTBS hat deshalb einen hohen Stellenwert.

Eine Beratung als Basismaßnahme soll, auch bei subklinischen Formen der PTBS, sofort erfolgen. Das Trauma soll identifiziert und das Risiko einer Kindeswohlgefährdung minimiert werden.

Wie bei anderen Störungen ist eine Beratung und Psychoedukation selbstverständlich. Wegen der Persistenz der PTBS-Symptomatik reicht diese meistens nicht aus. Darüber hinaus sollte es in der Akutsituation auch eine psychosoziale Versorgung geben. Ziel ist es, dem Kind (und ggfs. seinen Angehörigen) das Gefühl von Sicherheit zu geben und die Grundbedürfnisse zu befriedigen. Von weiteren Akutinterventionen zur Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung wie dem Debriefing werden widersprüchliche Effekte berichtet, so dass diese nicht empfohlen werden können.

Eine Psychotherapie der PTBS soll zeitnah erfolgen. Traumaspezifische Therapien sollen Vorrang haben. Falls keine PTBS-spezifische Psychotherapie zur Verfügung steht, sollen andere verhaltenstherapeutische oder psychodynamische Therapien zum Einsatz kommen.

Kinder, die länger als drei Monate Symptome einer PTBS zeigen, sollten mit spezifischen psychotherapeutischen Verfahren behandelt werden (Chu und Lieberman, 2010; NICE, 2013; Graf et al., 2008; Scheeringa et al., 2006). Zwei spezifische Psychotherapieformen wurden zur Behandlung der PTBS in Vorschulkindern entwickelt und evaluiert: die PTBS-spezifische Verhaltenstherapie und die Child-Parent-Psychotherapie.

Eine bewährte Therapieform für PTBS ist eine für das Vorschulalter angepasste, traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Njoroge und Yang, 2012). In randomisiert kontrollierten Studien zeigten sich positive Effekte. Drei Wirkfaktoren konnten identifiziert werden: Der Fokus auf die Emotionen der Traumaerinnerung; eine Organisation und Artikulation der Erzählung des Traumas; eine Modifikation der Grundkognition über sich und seine Umgebung. Die kognitive Verhaltenstherapie ist bei Kindern ab drei Jahren geeignet, wobei vermittelnde Variablen wie mütterliche Depression beachtet werden müssen.

Eine andere wirksame Therapie ist die Child-Parent-Psychotherapie (CPP), die von Lieberman und van Horn (2008) ausführlich beschrieben wurden (Njoroge und Yang, 2012). Es handelt sich um eine kombinierte Therapie, bestehend aus Einzelsitzungen mit den Eltern und gemeinsamen Eltern-Kind-Sitzungen. Das Ziel ist es, unerwünschtes Verhalten der Kinder zu verändern. Entwicklungspassende Interaktion zu verstärken und die Eltern so zu begleiten, dass sie gemeinsam mit ihren Kindern das Trauma verarbeiten und bewältigen können. Die Wirksamkeit konnte unter anderem von Lieberman et al. (2005) aufgezeigt werden. Es wurden 75 Kinder im Alter von 3-5 Jahren mit einer PTBS (nach DC:0-3) behandelt. In einem randomisiert-kontrollierten Design zeigte sich die CPP wirksam in der Reduktion von kindlichen Symptomen, aber auch der mütterlichen Psychopathologie, insbesondere mütterlicher Vermeidungssymptome.

Die psychodynamische Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie (SKEPT) ist insofern besonders geeignet, die betroffenen Kinder und Eltern zu entlasten, als sie sichere äußere und innere Räume herzustellen vermag. Die Gefahr der transgenerationalen Transmission traumatischer Erfahrung kann in diesem gemeinsamen therapeutischen Rahmen gebannt werden. Die Halt und Sinn gebende Begleitung von Eltern und Kindern ermöglicht die gemeinsame Bewältigung und Verarbeitung des Traumas. Bisher liegen nur Einzelfallstudien vor.

Als weitere Therapien werden von Graf et al. (2008) die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) erwähnt, wobei die Wirksamkeit bei Kindern unter sechs

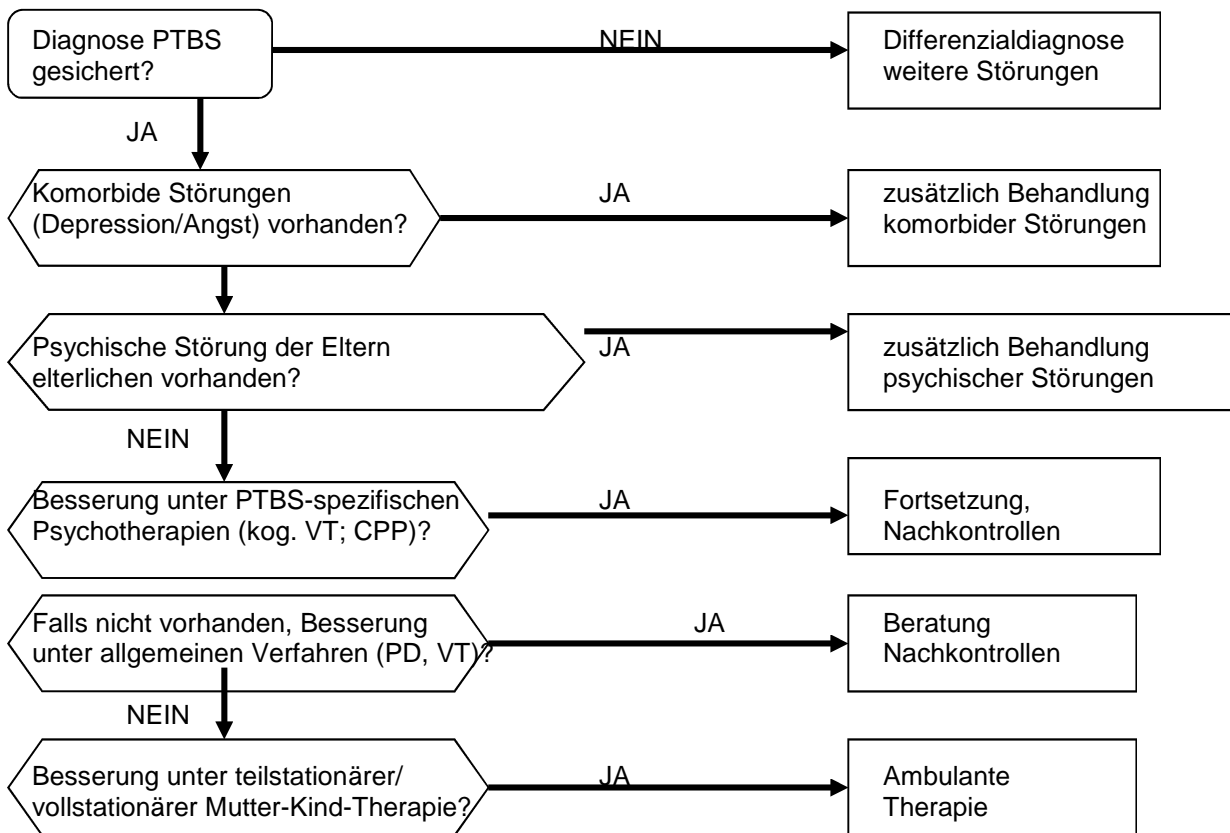
Jahren bisher noch nicht systematisch überprüft wurde. Auch kindgerechte Psychotherapien, ggf. unter Einsatz von kreativen Medien kommen zum Einsatz, unter anderem mit einem Fokus auf das Trauma. Es empfiehlt sich deshalb ein pragmatisches Vorgehen: ein anderes psychotherapeutisches Verfahren sollte gewählt werden, wenn keine PTBS-spezifische Therapie zur Verfügung steht. Allerdings gibt es keine gute Evidenz für die Wirksamkeit dieser unspezifischen Interventionen.

Familien sollten, wenn möglich, in die Behandlung einbezogen werden. Von Interventionen, die ausschließlich auf elterliche Beteiligung setzen, sind allerdings keine positiven Effekte auf die PTBS-Symptomatik zu erwarten (NICE, 2005).

Eine Pharmakotherapie der PTBS soll nicht durchgeführt werden.

Es gibt keine Indikation für eine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern mit PTBS. Es kann deshalb keine Empfehlung für eine Psychopharmakotherapie der PTBS ausgesprochen werden (Gleason et al., 2007). Eine komorbide ADHS kann bei entsprechender Indikation mit MPH behandelt werden.

Entscheidungsbaum: PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) Minimierung der Gefährdung einfügen



12. Bindungsstörungen

Bindungsstörungen sind typische Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters, da definitionsgemäß die Symptomatik in den ersten fünf Lebensjahren beginnt (siehe von Klitzing, 2009). Allgemein wird von einer Prävalenz von unter 1% ausgegangen. So hatten in einer dänischen epidemiologischen Studie 0,9 % der 1 ½ -jährigen Kinder eine Bindungsstörung nach ICD-10 und 0,5 % nach DC:0-3 (Skovgaard et al., 2007). Die Prävalenz ist deutlich erhöht in Risikogruppen, z.B. bei 25% der Kinder in Pflegefamilien und 10 % in Heimen (AACAP, 2005).

Bindungsstörungen sind Folgestörungen nach emotionaler und/oder körperlicher Deprivation, multiplen Beziehungsabbrüchen und/oder Misshandlung in der frühen Kindheit. Es sollen ein gehemmter und ein un gehemmter Subtyp unterschieden werden.

Bei Bindungsstörungen handelt es sich um Deprivationssyndrome mit der impliziten Annahme, dass eine eindeutig bevorzugte spezifische Bindungsperson fehlt (AAPAC, 2005). Alle Klassifikationssysteme unterscheiden zwischen zwei Typen: 1. einem gehemmten introvertierten Subtyp und 2. einem enthemmten extravertierten Subtyp.

ICD-10:

Nach ICD-10 werden Bindungsstörungen als anhaltende Störungen der sozialen Beziehungsfähigkeit im Individuum definiert. Sie sind meist Folge von Deprivation, Trennungen, Beziehungsabbrüchen, Heimunterbringung und Misshandlung und treten situationsübergreifend in verschiedenen Beziehungen auf.

Nach der ICD-10 ist die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) wie folgt definiert: einen Beginn vor dem 5. Lebensjahr; durch deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen Situationen; durch eine emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, durch sozialen Rückzug, mit aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein oder das anderer, und/oder ängstlicher Überempfindlichkeit; durch den Nachweis, dass soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit möglich ist; und dass eine tiefgreifende Entwicklungsstörung ausgeschlossen wurde.

Die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) wird nach ICD-10 definiert durch: anhaltende diffuse Bindungen während der ersten fünf Lebensjahre; ein relatives

Fehlen selektiver sozialer Bindungen: Trost wird bei Unglücklichsein nicht gesucht, die Auswahl der tröstenden Personen ist wahllos; wenig modulierte soziale Interaktion mit unvertrauten Personen; Anklammerungsverhalten oder aufmerksamkeitsheischendes und unterschiedlich freundliches Verhalten ohne Situationspezifität.

Zur Diagnose von Bindungsstörungen sollen die RDC-PA Kriterien verwendet werden.

RDC-PA:

Die DSM-IV Kriterien wurden in der RDC-PA erheblich modifiziert – sehr viel mehr als bei anderen Störungen. Fast alle Items wurden geändert, eine geistige Behinderung wird nicht als Ausschluss gesehen, ein Entwicklungsalter von neun Monaten muss vorliegen und Mischformen sind möglich. Schließlich wird eine „pathologische Versorgung“ nicht als ätiologische Voraussetzung gesehen, damit die Diagnose auch bei Kindern gestellt werden kann mit weniger extremen Deprivationserfahrungen. Wegen diesen grundlegenden Veränderungen sind die Kriterien der RCD-PA in der nächsten Tabelle wiedergegeben.

Tabelle : Reaktive Bindungsstörung: Revidierte DSM-IV Kriterien nach RCD-PA

A. Ein Muster von deutlich gestörtem und nicht altersadäquatem Bindungsverhalten, bei dem das Kind sich selten oder minimal bevorzugt an eine umschriebene Bindungsperson wendet für Trost, Unterstützung und Umsorgung. Die Störung kann sich in als 1., 2. oder 3. manifestieren	
1. Ein gehemmttes, emotional zurückgezogenes Muster, bei dem das Kind sich selten oder minimal an irgendeine erwachsene Bezugsperson wendet mit folgenden Symptomen	
	Sucht selten oder minimal Trost wenn emotional belastet
▶ mindestens 3 Symptome	Spricht selten oder minimal auf Trost an
	Eingeschränkter positiver Affekt und exzessive Irritabilität, Traurigkeit oder Angst
	Reduzierte oder fehlende soziale und emotionale Reziprozität (d.h. reduziertes Teilen von Affekten, soziales „referencing“, wechselseitig an der Reihe sein, Blickkontakt)
2. Ein enthemmttes, wahlloses Muster, bei dem das Kind ein nicht selektives Bindungsverhalten zeigt	
	Zeigt ein übertrieben vertrautes Verhalten mit reduzierter oder fehlender Zurückhaltung gegenüber fremden Erwachsenen
▶ mindestens 2 Symptome	Meldet sich selten zurück bei der erwachsenen Bezugsperson, selbst nach

	Weggehen in unbekannter Umgebung
	Bereit mit unbekanntem Erwachsenen mit zu gehen mit minimalem oder keinem Zögern
3. Ein gemischtes Muster von Inhibition und Enthemmung mit zwei oder mehr Kriterien von 1. und 2.	
B. Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung sind nicht erfüllt.	
C. Das Kind hat ein Entwicklungsalter von mindestens 9 Monaten.	

Zero-to-Three:

Die DC: 0-3R (2005) Klassifikation ist in ihrer Definition der Bindungsstörungen der RCD-PA Kriterien sehr ähnlich. Bei DC:0-3R werden die Störungen allerdings als „Deprivations-/Misshandlungsstörungen“ bezeichnet. Der ätiologische Zusammenhang wird in dem Namen wieder aufgegriffen – obwohl bei der RCD-PA eine gegenläufige Tendenz zurück zur Definition durch Phänomenologie propagiert wird.

Obwohl alle bisherigen Klassifikationssysteme von einem gemeinsamen Konstrukt (der Bindungsstörung) mit zwei Subtypen ausgehen, weisen Rutter et al. (2009) aufgrund neuer klinischer Daten daraufhin, dass es sich eher um zwei grundsätzlich unterschiedliche Störungen handelt: Der gehemmte Typ mit einer guten Prognose und der enthemmte Typ mit einem auch langfristig ungünstigen Verlauf.

Bindungsstörungen können ab dem Entwicklungsalter von 9 Monaten diagnostiziert werden.

Wie in den RDC-PA Kriterien ausgeführt, können Bindungsstörungen auch bei älteren Säuglingen auftreten. Unter dem Alter von 9 Monaten soll die Diagnose nicht gestellt werden.

Beobachtungsinstrumente zur Klassifikation von Bindungsqualität erfassen typische Bindungsmuster zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson und keine pathologischen Störungsmuster. Die Diagnostik einer Bindungsstörung soll deshalb nicht mit diesen Verfahren erfolgen.

Andere Klassifikationsvorschläge, die sich stärker an der Bindungstheorie orientieren (Zeanah, 2000), haben sich nicht durchgesetzt aufgrund fehlender empirischer Fundierung. So verstehen manche Autoren unter Bindungsstörung alle möglichen psychopathologischen Symptommuster und psychische Störungsbilder, für deren Entwicklung das Vorhandensein

unsicherer Bindungsmuster am Ende des ersten Lebensjahres ein bewiesenes oder hypothetisiertes Risiko darstellt. Brisch (1999; 2012) subsumiert unter dem Begriff Bindungsstörung einen weiten Bereich von Verhaltens- und Störungsmustern, für deren Entstehen unsichere Bindungsmuster ein Risiko darstellen, wie beispielsweise die Abwesenheit von Bindungsverhalten, undifferenziertes Bindungsverhalten, übersteigertes Bindungsverhalten, gehemmtes Bindungsverhalten, aggressives Bindungsverhalten, Bindungsverhalten mit Rollenumkehr und psychosomatischer Symptomatik (von Klitzing, 2009).

Es ist deshalb wichtig zu betonen, dass die Bindungsqualität keine Diagnose darstellt und selbst unsichere Bindung nicht notwendigerweise mit Pathologie assoziiert sein muss. Nach Rutter et al. (2009) ist diese Assoziation sogar so gering, dass sie klinisch nicht nützlich ist. Auch die Annahme, dass die Bindungssicherheit über elterliche Feinfühligkeit vermittelt wird, zeigt sich in neueren Studien nicht – die erklärte Varianz ist sehr gering (Rutter et al., 2009).

Sichere Bindung (B) kann deshalb eher als ein protektiver Faktor verstanden werden und ist mit stabilen, sozialen Beziehungen assoziiert, obwohl die Vorhersagekraft der sozialen Funktionsfähigkeit von Erwachsenen in Langzeitstudien sehr schwach war (Rutter et al., 2009). Unsichere Bindung (A, C) ist nicht gleichzusetzen mit einer generellen Störung des Kindes oder der Eltern-Kind-Beziehung, sondern nur als einer von vielen möglichen Risikofaktoren. Nur die unsicher desorganisierte Bindung (D) ist mit Psychopathologie des Kindes assoziiert, vor allem mit externalisierenden Störungen, aber nicht unbedingt mit Bindungsstörungen. Ohne Zweifel findet sich der Typ (D) häufiger in Risikogruppen, z.B. nach Misshandlung, wobei die Auslöser sehr unspezifisch sein können (Rutter et al., 2009; von Klitzing, 2009). So sagen desorganisierte Bindungsmuster in der frühen Kindheit z. B. das Auftreten von Externalisierungssymptomen mit einer Effektstärke von 0.29 voraus (van Ijzendoorn et al. 1999).

Zusammengefasst ist die Bindungstheorie zur Diagnose von Bindungsstörungen weder erforderlich noch therapieleitend – die aktuelle klinische Symptomatologie und die Deprivations- bzw. Misshandlungsvorgeschichte ist entscheidend. Bindungsmuster, wie sie am Ende des ersten Lebensjahres in der Fremdsituation beobachtet werden, stellen weder klinische Diagnosen noch Indikatoren für Psychopathologie dar (von Klitzing, 2009). Allerdings haben sich für die Diagnostik modifizierte Durchführungen der Fremden Situation bewährt.

Zur Diagnose von Bindungsstörungen soll zusätzlich zur Basisdiagnostik das Verhalten bei Trennung von der Bezugsperson und bei Wiedervereinigung, sowie die langfristige Beziehungsgestaltung klinisch erfasst werden.

Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Diagnostik gibt es zur Erfassung von Bindungsstörungen keine standardisierten diagnostischen Verfahren. Es handelt sich um eine klinische Diagnose, bei der die Beobachtung entscheidend ist. Dabei sollte das freie Spiel mit Bezugspersonen, das Verhalten nach Trennung und Wiedervereinigung und die Beziehungsgestaltung zu fremden Personen und neuen Objekten beobachtet werden. Dabei sollte vor allem registriert werden: Der emotionale Stress des Kindes; die Trostfindung bei „anderen Personen“ und die Bevorzugung einer Bezugsperson (Stafford und Zeanah, 2006).

Ein strukturiertes Vorgehen als Variation der fremden Situation mit Trennungs- und Wiedervereinigungssequenzen findet sich in den amerikanischen Leitlinien (AACAP, 2005). In acht Episoden ist damit eine klinische (allerdings nicht standardisierte) Einschätzung des Bindungsverhaltens möglich. Das Instrument findet sich übersetzt bei Ziegenhain (2009).

Komorbide Störungen bei Bindungsstörungen sollen erfasst und behandelt werden.

Bei Bindungsstörungen können andere Störungen komorbid auftreten – oder sie müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden (Stafford und Zeanah, 2006). Neue Studien zeigen, dass auch Kinder mit geistiger Behinderung eine Bindungsstörung aufweisen können, allerdings muss ein kognitives Entwicklungsalter von mindestens neun Monaten vorliegen. Dieses wurde als Kriterium in den RDC-PA Kriterien aufgenommen. Die Differenzialdiagnose zu Autismusspektrumsstörungen kann in Einzelfällen schwierig sein. Wenn keine Hinweise auf eine Deprivation/ Misshandlung vorlag, können Bindungsstörungen mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Kinder mit autistischen Störungen haben meistens keine Misshandlungserfahrungen durchlaufen und sind sehr wohl fähig, selektive Bindungen einzugehen.

Schwieriger ist die Differenzialdiagnose der PTBS. Trotz klinischer Ähnlichkeiten haben Kinder mit Bindungsstörungen eher längerfristige, andauernde Traumatisierungen erlebt, während bei der PTBS gravierende, aber umschriebene Traumata typisch sind. Störungen des Sozialverhaltens müssen einerseits ausgeschlossen werden, andererseits kann eine Bindungsstörung mit einem dissozialem oder delinquenten Verhalten koexistieren. In diesem

Fall ist es gerechtfertigt, zwei Diagnosen zu vergeben. Auch die Differenzialdiagnose zur ADHS kann sehr schwierig sein, da gerade Kinder mit dem enthemmten Typ durch Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen auffallen können. In diesem Fall ist es durchaus möglich, dass eine Bindungsstörung mit einer ADHS gleichzeitig vorhanden sein kann.

Primär soll bei Bindungsstörungen das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung beurteilt werden.

Die Grundvoraussetzung für die Therapie der Bindungsstörungen ist eine verlässliche, stabile und vorhersagbare Umwelt für das Kind. Es ist essentiell, dass eine emotional zuverlässige und konstante Bezugsperson vorhanden ist, die dem Kind Versorgung, Stimulation, Unterstützung, Struktur und Überwachung bieten kann (Stafford und Zeanah, 2006). Falls dieses durch die derzeitige Bezugsperson nicht gewährleistet werden kann, ist eine Fremdplatzierung in einer Pflege- oder Adoptionsfamilie, sowie in geeigneten therapeutischen Heimen unbedingt erforderlich. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt nach Artikel 1 § 4 im Rahmen des neuen Bundeskinderschutzgesetzes (01.01.2012) in Verbindung mit §§ 8a und 8b SGB VIII ist hierbei unerlässlich.

Eine Beratung und Psychoedukation der aktuellen und bei Indikation der primären Bezugspersonen soll erfolgen.

Wegen der Schwierigkeiten von Kindern mit Bindungsstörungen in der Beziehungsgestaltung zu ihren Bezugspersonen spielt die Beratung und Psychoedukation eine noch größere Rolle als bei anderen Störungen.

Selbst bei Fremdplatzierung ist eine begleitende Elternarbeit auch langfristig notwendig, um die Eltern in ihrem Umgang mit den spezifischen Bindungsschwierigkeiten des Kindes zu begleiten und ein feinfühliges elterliches Verhalten zu fördern. Dabei ist gerade der Umgang mit Nähe und Distanz der Eltern besonders schwierig.

Falls Beratung und Psychoedukation nicht ausreichen, sollen zur Therapie der Bindungsstörungen interaktions- und beziehungsorientierte Eltern-Kind-Therapien mit

den aktuellen Bezugspersonen durchgeführt werden. Bei Indikation sollen einzeltherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen.

Erst wenn eine sichere Umgebung für das Kind gewährleistet ist, sind weitergehende Psychotherapien indiziert, wie von Ziegenhain und Fegert (2012) und Stafford und Zeanah (2006) dargestellt. Oft bieten sich videogestützte Eltern-Kind-Therapien mit unterschiedlichem Fokus an. Der Fokus kann einerseits auf elterlichen Repräsentanzen liegen und Reinszenierungen ungelöster Konflikte aus der Kindheit der Eltern bearbeiten. Auf der Verhaltensebene werden Eltern im Umgang mit dem Kind unterstützt, Stärken und Ressourcen werden gefördert und Umdeutungen vorgenommen. In randomisiert-kontrollierten Studien zeigten sich positive Effekte für die PCIT und die Child Parent Psychotherapy (CPP) (Njoroge und Yang, 2012).

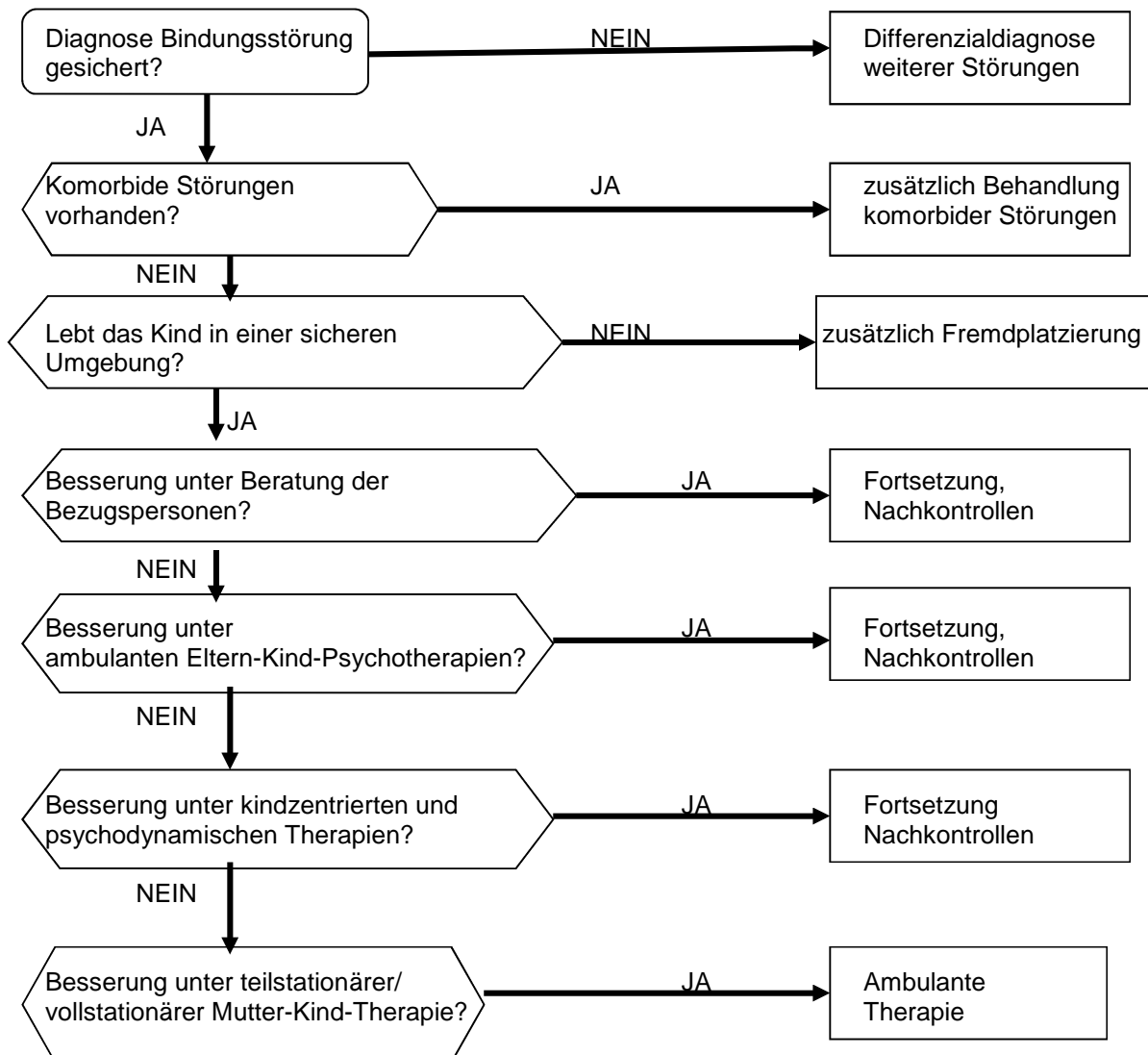
Die von Ziegenhain (2009) beschriebene entwicklungspsychologische Beratung hat zum Ziel, den Eltern mit Hilfe von Videosequenzen Verhalten aus der Perspektive des Kindes zu vermitteln. Auch Interventionen wie das Triple P bzw. Stepping Stones (Sanders, 1999), SAFE (Brisch, 2012; Ziegenhain et al., 2012) und beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein. Weitere strukturierte zeitlich begrenzte, verhaltensbezogene Eltern-Kind-Therapien kommen in Frage, wie das STEEP-Programm (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting; Erickson und Egeland, 2006.) und das Circle of Security Programm (Cooper et al., 2005). Die psychodynamische Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie SKEPT bezieht sich im Kern auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und hat damit einen direkten Zugang zur Behandlung von Bindungsstörungen (Cierpka und Windaus, 2007). Sie eignet sich dazu, eine transgenerationale Transmission von dysfunktionalen Bindungsmustern aufzulösen. Falls indiziert, sollten auch andere Bezugspersonen wie die leiblichen Eltern in Diagnostik und Therapie intensiv einbezogen werden.

Kindzentrierte und psychodynamische Spieltherapien, kognitive Verhaltenstherapien und Gruppentherapien können ebenfalls indiziert sein mit dem Ziel, das Selbstwertgefühl zu stärken, soziale Kompetenzen zu verbessern und die emotionale Problematik zu bearbeiten. Bei allen diesen Therapieempfehlungen wurden bisher keine randomisiert kontrollierten Studien zur Behandlung von Bindungsstörungen durchgeführt (Gleason et al., 2007). Diese Therapien sollen erst eingesetzt werden, falls Eltern-Kind-Therapien nicht ausreichen.

Eine Psychopharmakotherapie der Bindungsstörung soll nicht durchgeführt werden.

Es gibt keine Empfehlungen zur Pharmakotherapie im Vorschulalter (Gleason et al., 2007).
Nur komorbide Störungen (wie ADHS) können von einer Pharmakotherapie profitieren.

Entscheidungsbaum: Bindungsstörungen



13. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)/ Hyperkinetische Störungen (HKS)

Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS, nach DSM-IV) und Hyperkinetische Störungen (HKS, nach ICD-10) sind unterschiedliche Diagnosen. Sie sollen differenziert werden.

Für diese Störungen sind typisch ein früher Beginn, eine Kombination von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität und eine Tendenz zur Persistenz. Nach ICD-10 werden diese Störungen als hyperkinetische Störungen (HKS), nach DSM-IV als Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) klassifiziert. Bei keinem anderen Krankheitsbild gibt es so große Diskrepanzen zwischen den beiden Klassifikationsschemata.

ICD-10:

Nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2001) müssen Symptome aus allen drei Bereichen situationsübergreifend mindesten sechs Monate vorhanden sein. Speziell sind sechs Symptome der Unaufmerksamkeit, drei der Überaktivität und ein Symptom der Impulsivität aus der Symptomliste der ICD-10 erforderlich. Nach ICD-10 werden klassifiziert:

- Die einfache Aktivität und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0).
- Die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1).
- Die Restkategorien, sonstige und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen (F90.8 und F90.9).
- Die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8).

Die ICD-10-Definition ist die stringendere Diagnose, da alle Symptombereiche vorhanden sein müssen. Die Hauptunterscheidung der ICD-10 Untergruppen liegt darin, ob eine Störung des Sozialverhaltens zusätzlich vorhanden ist oder nicht. Eine reine Aufmerksamkeitsstörung ist eigentlich nicht vorgesehen und nur unter der Restkategorie „sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98.8) zu klassifizieren.

Viele der ICD-10 Kriterien wurden für das Schulkindalter formuliert (z.B. „sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten“). Eine Modifikation der ICD-10 Kriterien für das Vorschulalter gibt es nicht.

RDC-PA:

In den RDC-PA (2002) wurden fakultativ vier Items der DSM-IV so verändert, dass sie für das Vorschulalter passen. Ein weiteres fakultatives Item wurde eingeführt: „Fehlen oder sehr beschränkte Fähigkeit zu längeren Zeiten von stiller, gut kontrollierter Aktivität“.

Nach DSM-IV, auf der die RDC-PA Kriterien beruhen, muss die Symptomatik ebenfalls sechs Monate vorliegen, aber es ist nicht notwendig, dass Symptome aus allen drei Bereichen vorliegen. Zur Diagnose sind mindestens sechs Symptome der Unaufmerksamkeit und mindestens sechs Symptome von Hyperaktivität oder Impulsivität notwendig. Je nach Art der Symptomatik können drei Subtypen unterschieden werden:

- Der kombinierte Typ (Symptome aus allen drei Bereichen).
- Der überwiegend unaufmerksame Typ.
- Der überwiegend hyperaktive/impulsive Typ.

Die DSM-IV Diagnose ist die sehr viel weitere Diagnose. Die hyperkinetische Störung (ICD-10) entspricht am ehesten dem kombinierten Typ von AHDS (DSM-IV).

Zero-to-Three:

In der DC:0-3R (2005) ist weder HKS noch ADHS als Diagnose vorgesehen.

Eine Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Diagnose soll nicht vor dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden. Eine Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Diagnose kann zwischen dem Alter von 3;0 und 4;0 Jahren gestellt werden. Diese Diagnose soll sicher erst ab dem Alter von 4;1 Jahren gestellt werden.

ADHS ist schon im Vorschulalter eine sehr häufige Störung, die bei manchen Kindern sehr früh beginnt und langfristig persistieren kann (Lahey et al., 2004, 2005). Nach Egger et al. (2006b) ist ADHS erst ab dem Alter von zwei Jahren eine valide Diagnose nach DSM-IV. Wegen diagnostischen Unsicherheiten bei sehr jungen Kindern, muss diese Empfehlung hinterfragt werden. Von daher soll die Diagnose HKS/ADHS frühestens ab dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden.

Die Prävalenz der ADHS liegt bei den 2 bis 5-jährigen Kindern bei 3,3 % mit einer Streuung von 2,0 % bis 7,9 % in verschiedenen Studien (Egger et al., 2006b). Wegen der Abgrenzung von altersentsprechender, entwicklungstypischer Hyperaktivität/Impulsivität und der ADHS erfordert die Diagnose der ADHS bei jungen Kindern besondere Sorgfalt und Erfahrung.

Der Grad motorischer Aktivität ist intraindividuell bereits im Säuglingsalter unterschiedlich ausgeprägt, unterliegt zudem über die Kleinkind- und Vorschulzeit hinweg typischen Veränderungen (Romano et al., 2006). So kann die Hyperaktivität bei 2 bis 7-jährigen Kindern vier typische Verlaufswege zeigen: 1.) 4.5 % der Kinder zeigten von Anfang an sehr wenig hyperaktives Verhalten, das im Verlauf auf Null abnahm, 2.) 42.0% zeigten gering ausgeprägtes hyperaktives Verhalten, das sich auf sehr niedrigem Niveau stabilisierte, 3.) 46.3% wiesen eine mittlere Symptomausprägung auf, die im Verlauf leicht rückläufig war, und 4.) 7.2% fielen mit 2 Jahren als stark hyperaktiv auf und zeigten eine weitere leichte Verstärkung der Symptomatik bis zum 7. Lebensjahr. Diese Daten legen nahe, dass nicht alle Kleinkinder uniform motorisch stark aktiv sind, sondern über 90% eher geringe bis mittlere Hyperaktivität aufweisen, die bis zum Schulalter weiter abnimmt. Bei einer im Kleinkindalter besonders ausgeprägten Hyperaktivität ist sogar eine Zunahme oder stärkere Auffälligkeit der Symptomatik zu erwarten. Dagegen nimmt die Impulsivität von Kindern in den ersten Lebensjahren kontinuierlich ab, erwies sich aber im Alter von 45 Monaten als stabiles, kontextunabhängiges Verhaltensmerkmal (Kochanska et al., 2003).

Auch erwies sich die Aufmerksamkeit Vorschulkindern als vergleichsweise situationsabhängig und variabel, Kinder erschienen im freien Spiel als aufmerksam, nicht aber beim Fernsehen oder bei Tests zur Messung der Reaktionsgeschwindigkeit (Reuda et al., 2005). Das Kriterium der Aufmerksamkeitsstörung, das in den klinischen Klassifikationen einen Subtyp des Störungsbildes charakterisiert, ist für das Vorschulalter bisher noch unzureichend operationalisiert worden und erscheint insgesamt als Konstrukt unklar definiert (Chacko et al., 2009).

Erst ab dem Alter von 4 Jahren kann die ADHS mit höherer Zuverlässigkeit diagnostiziert werden. Wegen der ungünstigen Langzeitprognosen sollte sie in diesem Alter erfasst und behandelt werden.

Die ADHS bei älteren (4-5 Jahren) sehr viel häufiger als bei jüngeren Vorschulkindern (2-3 Jahren). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen im Verhältnis von 2:1. Die ADHS im Vorschulalter zeigt eine weitere Besonderheit, nämlich dass der unaufmerksame Subtyp sehr selten ist. In manchen Studien wurde sogar kein Kind mit dem unaufmerksamen Typ diagnostiziert (Prävalenzzahlen 0-1,7 %), während der hyperaktiv-impulsive Typ (Prävalenzzahlen 1,8-13,8 %) und der kombinierte Subtyp (Prävalenzzahlen 1,5-2,8 %) sehr viel häufiger waren (Egger et al., 2006b). Dies bedeutet eine große Hilfe in der Diagnostik der ADHS bei Vorschulkindern: da die reine „ADS“ praktisch nicht vorkommt, kann man sich

bei der Diagnose weitgehend auf die leichter erfassbaren Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität konzentrieren.

Zur Stabilität der Diagnose ADHS und ihrer Subtypen im Entwicklungsverlauf junger Kinder legten umfangreiche Untersuchungen vor. Demzufolge wurde bei 75 bis 85% von 4 bis 6-jährigen Vorschulkindern mit ADHS die Diagnose drei Jahre später erneut gestellt. In einem Follow-up über 8 Jahre nahm die Diagnosehäufigkeit ab, was den Ergebnissen von Katamnesen bei initial älteren Kinder entspricht. Probanden mit vorwiegend unaufmerksamer oder vorwiegend hyperkinetisch-impulsiver Symptomatik im Vorschulalter erhielten später seltener eine ADHS-Diagnose als solche, die primär mit kombinierter Störung aufgefallen waren. Aber auch bei denjenigen Kindern, die über den Studienverlauf stabil eine ADHS-Diagnose aufwiesen, zeigten sich Veränderungen im Subtyp (Lahey et al., 2004, 2005). Insgesamt gehört die ADHS zu den Störungen, die im Langzeitverlauf über das Schul-, ins Jugend- und sogar Erwachsenenalter eine hohe Stabilität zeigen. Umso wichtiger ist eine frühe Diagnostik und Intervention.

Insgesamt werden viele Vorschulkinder mit ADHS gar nicht adäquat diagnostiziert und behandelt. So weisen Egger et al. (2006b) daraufhin, dass zwar an manchen Kliniken ein ADHS eines der wichtigsten Vorstellungsgründe ist, in den bevölkerungsbezogenen Studien maximal 25 % der Kinder tatsächlich zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wurden.

Eine ausführliche Diagnostik soll durchgeführt werden, um sicher die Diagnose einer ADHS oder HKS stellen zu können.

Wenn eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt wird, kann die Diagnose ADHS nach DSM-IV ab dem Alter von zwei Jahren gestellt werden (Egger et al., 2006b). Dazu ist einerseits klinische Erfahrung notwendig, andererseits genügend Zeit, eine detaillierte Anamneseerhebung, den psychopathologischen Befund und klinische Interaktionsbeobachtung durchzuführen. Neben allgemeinen Fragebögen (CBCL 1 ½ -5) stehen auch spezifische Fragebögen zur Verfügung, unter anderem die Conners Scale, ADHD Rating Scale, SNAP-4 und SKAMP-Skalen (Egger et al., 2006b). Sehr viel valider sind strukturierte psychiatrische Interviews, vor allem das Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA), die bei Forschungsvorhaben unerlässlich sind. Wie bei älteren Kindern ist es wichtig, Informationen von anderen Bezugspersonen (Erzieher und KindergärtnerInnen) einzuholen. Eine ADHS-Diagnose erfordert die Manifestation von Symptomen in mindestens zwei Lebensbereichen bzw. Settings (Familie plus Kindergarten,

Tagesbetreuung etc.), was die Einschätzung junger, ausschließlich intrafamiliär betreuter Kinder erschweren kann und eine ausführliche Verhaltensbeobachtung in der Untersuchungssituation umso mehr erforderlich macht.

Eine psychologische Testung (Intelligenztests, Entwicklungstests) ist zur Diagnosestellung der ADHS nicht notwendig, sondern bedarf einer zusätzlichen Indikation (AACAP, 2007a). Eine pädiatrisch körperliche Untersuchung sollte in jedem Fall erfolgen. Ein EEG ist nicht obligat, wird aber in vielen Kliniken routinemäßig durchgeführt (AACAP, 2007a).

Sehr wichtig ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen Störungen, die mit Hyperaktivität einhergehen können. Besonders wichtig ist die Abgrenzung gegenüber alters- und entwicklungstypischer Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Zusammengefasst stellt die Diagnostik der ADHS im Vorschulalter hohe Anforderungen an den Untersucher und erfordert klinische Erfahrung. Die Diagnose ist mit Sicherheit schwieriger zu stellen als bei älteren Kindern und Jugendlichen.

Komorbide Störungen sollen erfasst werden.

Es reicht nicht aus, nur die Diagnose ADHS zu stellen. Komorbide Störungen müssen erfasst bzw. ausgeschlossen werden (Egger et al., 2006b, Sonuga-Barke et al., 2006, Greenhill et al., 2008, Steinhoff et al., 2006). Am häufigsten sind die Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD). Diese Störung kommt bei der Hälfte aller Vorschulkinder als komorbide Störung vor. Diese Kombination von ADHD und ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten) wird oft übersehen und ist mit einer schweren Symptomatik und einem ungünstigeren Verlauf verbunden. Weitere komorbide Störungen umfassen das Vollbild der Störung des Sozialverhaltens (Conduct Disorder; CD) und seltener internalisierender Störungen wie Angst- und depressiven Störungen.

Zusätzlich finden sich bei den betroffenen Kindern eine Reihe typischer Risiken und Belastungen. Sie zeigen häufiger Störungen des Sprechens und der Sprache, leichte kognitive Defizite, sowie Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, die mit einem höheren Unfallrisiko verbunden sind. Typisch sind ferner eingeschränkte soziale Kompetenzen, weniger Freundschaften, Schwierigkeiten in der Beziehung zu Gleichaltrigen, problematische Interaktionen mit Eltern und mit anderen Verwandten, sowie höherer familiärer Stress. Die Beeinträchtigung im Alltag zeigt sich ferner darin, dass Kinder mit ADHS sehr viel häufiger vom Kindergarten suspendiert werden als Kinder ohne ADHS.

Diese assoziierten Probleme werden verstärkt bei der Komorbidität von ODD und ADHS: Negatives, strafendes, inkonsistentes elterliches Verhalten mit einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlung sind typisch. Darüber hinaus finden sich bei den Eltern von Vorschulkindern mit ADHS generell vermehrt psychopathologische Auffälligkeiten und Stressbelastung, dysfunktionale Erziehungsmuster und Copingstrategien sowie ein vermindertes elterliches Kompetenzgefühl (Linderkamp, 2006).

Eine Beratung und/oder Psychoedukation der Eltern und/oder der Bezugspersonen soll erfolgen.

Eine allgemeine Beratung der Eltern, Psychoedukation und Einschluss von Bezugspersonen (Kindergärtner/innen, Erzieher/innen, Tagesmütter) ist selbstverständlich und soll in jedem Fall erfolgen.

Strukturiertes Elternt raining soll als Therapiemethode der ersten Wahl eingesetzt werden.

Falls eine Beratung nicht ausreicht, hat die Psychotherapie im Vorschulalter immer den Vorrang vor pharmakologischen Interventionen. Die wirksamste Therapieform sind dabei Elternt rainings (Gleason et al., 2007).

Elternt rainings sind mit leichten Variationen nach einem ähnlichen dreistufigen Prinzip aufgebaut: Als erstes Ziel wird eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion angestrebt; als zweites folgen pädagogische und verhaltenstherapeutische Interventionen, wie Punktepläne, positive Konsequenzen, gezielte Aufmerksamkeit schenken, klare Regeln und klare Anweisungen; erst dann erfolgt, falls notwendig, die dritte Stufe mit Auszeit und negativen Konsequenzen. Die Elternt rainings gehen weit über die Beratung und Psychoedukation hinaus, die in jedem Fall erfolgen sollte. Oft sind sie mit einem direkten „Coaching“ der Eltern verbunden, z.B. mit videogestützten Rollenspielen.

Zur Behandlung der ADHS gibt es einerseits allgemeine Elternt rainings, die auch bei anderen Störungsbildern eingesetzt werden können. Zu diesen zählen die Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT), das „Incredible Years“ und das „Helping the Noncompliant-Child“ Programm, das „Community-Oriented-Parent Educational System (COPE)“ und andere mehr (Sonuga-Barke et al., 2006, Steinhoff et al., 2006, Greenhill et al., 2008). Diese allgemeinen

Elterntrainings sind allerdings sehr viel wirksamer in der Behandlung von ODD und CD (als bei der ADHS), haben aber eine deutliche Wirkung auch in der Reduktion spezifischer ADHS-Symptome (Sonuga-Barke et. al., 2006).

Ein Beispiel für ein allgemeines Elterntraining ist die Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT). Dabei handelt es sich um eine strukturierte Kurzzeittherapie (10-16 Sitzungen) mit dem Fokus auf die Eltern-Kind-Interaktion im Vorschulalter von 2-7. Die Hauptindikation für PCIT sind externalisierende Störungen des Kleinkindalters mit oppositionellem, verweigerndem und aggressivem Verhalten, sowie Aufmerksamkeitsstörungen (McNeil und Hembree-Kigin, 2010). Darüber hinaus kann die PCIT auch bei internalisierenden Störungen, wie einer emotionalen Störung mit Trennungsangst eingesetzt werden (Choate et. al., 2005). Selbst bei Kindern mit geistiger Behinderung hat sich diese Therapie als wirksam erwiesen (Bagner und Eyberg, 2007). Das Besondere an diesem Therapieprogramm ist die Kombination von Psychotherapie unter Nutzung kreativer Mittel und operanten verhaltenstherapeutischen Zugängen: An erster Stelle steht immer der Beziehungsaufbau. Erst müssen Eltern und Kind lernen, entspannt miteinander spielen zu können. Wenn dies erreicht ist, beginnt die eigentliche Modulation und Veränderung des Verhaltens (McNeil und Hembree-Kigin, 2010). In einer neuen Metaanalyse von mehreren Studien zur PCIT konnten mittlere bis starke Effektstärken von 0,61 bis 1,45 errechnet werden (Thomas und Zimmer-Gembeck, 2007) – dies bedeutet, dass es sich um eine außergewöhnlich wirksame Therapieform handelt.

Neben diesen allgemeinen Elterntrainings wurden ADHS-spezifische Elterntrainings entwickelt, mit dem Ziel über die Eltern die Entwicklung von Aufmerksamkeits- und Selbstorganisationsfähigkeiten des Kindes zu trainieren. Sonuga-Barke et al. (2006) stellen ausführlich das New Forest Parenting Package (NFPP) vor. Die Hauptziele des NFPP umfassen: Die Reduktion negativer elterlicher Reaktionen; die Einübung angemessener Grenzsetzungen; die Förderung von positiven und konstruktiven Interaktionen; und schließlich die Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Selbstorganisationsfähigkeiten. Das Programm läuft über acht Wochen und beinhaltet zunächst Psychoedukation, dann Eltern-Kind-Spiel, eine rückblickende Zusammenfassung, noch einmal ein Eltern-Kind-Spiel und eine Abschlusswoche. Die Effektstärken zur Reduktion der ADHS-Symptome liegen zwischen 0.43 und 0,87. Dies bedeutet, dass Elterntrainings tatsächlich spezifische ADHS-Effekte erzielen können, obwohl diese Affektstärken bezüglich der Reduktion oppositionellen Verhaltens höher lagen.

Einige Elterntrainings wenden sich spezifisch an Väter unter der empirisch belegten Prämisse, dass eine positive Vaterbeziehung assoziiert ist mit besserer Emotionsregulation, sozialer Kognition und fokussierter Aufmerksamkeit sowie – in der Folge – mit günstigerer Gestaltung der Beziehungen zu Gleichaltrigen. Fabiano et al. (2009) verglichen zwei Elterntrainings: ein herkömmliches Programm nach dem Vorbild des COPE (s.o) und das Coaching our Acting-out Children: Heightening Essential Skills (COACHES), das gemeinsame Sportaktivitäten von Vätern und ihren Kindern einbezieht und diese für Verhaltensinterventionen nutzt. Beide Programme sehen wöchentlich 2 Trainingsstunden über 8 Wochen vor, wobei in COACHES die von den Vätern in Gruppendiskussionen erlernten Verhaltensstrategien im Umgang mit ihren Kindern beim Fußballspielen umgesetzt werden. Bei vergleichbaren Effektstärken der Trainings in Hinblick auf die Reduktion von oppositionellem Verhalten und von ADHS-Symptomen zeigte sich COACHES überlegen im Sinne besserer Ratings der Väter zum Therapieerfolg ihrer Kinder sowie einer größeren Behandlungszufriedenheit und verlässlicheren Teilnahme im Verlauf, auch hinsichtlich der Erledigung von Trainingshausaufgaben.

Wenn ein Elterntraining nicht ausreicht können weitere auf die Kernsymptomatik bezogene psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden.

Kindzentrierte psychotherapeutische Interventionen wie Selbstinstruktionstrainings, Selbstmanagementmethoden, Konzentrationstrainings sind im Vorschulalter weniger wirksam (als bei älteren Kindern) und deshalb nur indiziert, wenn Elterntrainings nicht ausreichend wirksam waren.

Das Behandlungskonzept der psychodynamischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEP) reicht von einer eher Ich-stützenden Beratung für die Mütter und Väter bis hin zu einer psychodynamischen Interventionstechnik, mit deren Hilfe die bewussten und unbewussten elterlichen Projektionen, aufgedeckt und bearbeitet werden können.

Assoziierte Therapien erfordern eine spezielle Indikation, z.B. Teilleistungsstörungen. Wenn ein Kind mit ADHS Schwierigkeiten auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe entwickelt kann eine Ergotherapie indiziert sein. Über die Betätigung lernt das Kind Handlungen im Spiel, beim Lernen und bei Alltagsaktivitäten zielgerichtet und effektiv zu organisieren und zu trainieren. Um Handlungsplanung anzubahnen, kommen auch in der Ergotherapie kognitive Strategien wie Selbstinstruktion, zum Einsatz.

Eine Pharmakotherapie der ADHS soll nicht vor dem Alter von 3;0 Jahren durchgeführt werden. Mit besonderer Vorsicht und nur nach gründlicher Nutzen/Risiko-Abwägung kann sie in Einzelfällen als Teil einer therapeutischen Gesamtstrategie ab dem Alter von 3;0 Jahren durchgeführt werden. Die Verschreibung soll durch einen Arzt mit besonderen Kenntnissen zu Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe erfolgen

Von allen Störungen des Vorschulalters hat die Pharmakotherapie bei der ADHS den größten Stellenwert. Erst wenn durch nicht-pharmakologische Therapien keine Besserung erreicht werden kann, ist Methylphenidat das Mittel der ersten Wahl (Gleason et al., 2007). Zu Methylphenidat im Vorschulalter liegen Ergebnisse einer großen multizentrischen Studie vor – die Preschool ADHD Treatment Study (PATS).

Das aufwändige Design der PATS mit acht Phasen über 70 Wochen wurde von Kollins et al. (2006) detailliert beschrieben. Insgesamt wurden 303 Kinder im Alter von 3-5 Jahren mit der Diagnose einer ADHS aufgenommen. Erst erfolgte ein standardisiertes Elterntaining. Nur wenn danach Symptome mit klinischer Relevanz persistierten, wurde eine offene Testphase mit Methylphenidat durchgeführt. Nur wenn Kinder die Medikation tolerierten, wurde eine Subgruppe von 165 Kindern mit einem doppelt blinden Plazebo-kontrollierten Design weiter untersucht.

Dabei zeigte sich eine signifikante Reduktion von ADHS-Symptomen (verglichen mit Plazebo) bei folgenden Dosierungen: 2,5 mg ($p < .01$), 5 mg ($p < .001$), 7,5 mg ($p < .001$) 3xtäglich, nicht jedoch bei einer geringen Dosis von 1.25 mg ($p < .06$) 3xtäglich (Greenhill et al., 2006). Die mittlere Dosis betrug 14,2 +- 8,1 mg pro Tag (0,7+- 0,4 mg/mg pro Tag) – d.h. die wirksame Dosis liegt etwas geringer als bei älteren Kindern. Insgesamt zeigte sich Methylphenidat auch bei Vorschulkindern als deutlich wirksam mit mittleren bis großen Effektstärken (0,4 bis 0,8), die jedoch geringer sind als bei Schulkindern (0,6 -1,0).

Die Nebenwirkungen sind bei diesen jungen Kindern häufiger als bei Schulkindern und weisen ein anderes Spektrum auf (Wigal et al., 2006). So hatten 30% der Kinder mäßig bis schwere Adverse Events (AE). Bei 11% mussten die Medikamente wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden. Bei fünf Kindern trat eine vorübergehende Erhöhung von Puls und Blutdruck auf. Die wichtigsten Nebenwirkungen waren: Irritabilität, emotionale Ausbrüche, repetitives Verhalten, Schlaf- und Appetitstörungen. In der langen, offenen Erhaltungsphase

dieser Studie persistierten die Appetit- und Schlafstörungen, während andere Nebenwirkungen nachließen.

Ein besonderes Problem waren die Auswirkungen der Methylphenidat-Medikation auf Gewicht und Wachstum (Swanson et al., 2006). Zu Beginn der Studie waren die Kinder mit ADHS signifikant schwerer (+1,78 kg) und größer (+2,04 cm) als altergleiche Kinder. In der Erhaltungsphase war die jährliche Wachstumsrate 20,3 % geringer als erwartet (-1,38 cm pro Jahr). 55,2 % der Kinder zeigten eine geringere Gewichtszunahme als erwartet (-1,32 kg pro Jahr).

Zusammengefasst liefert die multizentrische PATS-Studie wichtige Richtlinien für die Methylphenidatbehandlung bei 3-5-jährigen Kindern mit der Diagnose ADHS. Wenn die Diagnose sicher ist und Psychotherapie und Elterntrainings nicht ausreichen, ist Methylphenidat auch in diesem Alter sehr wirksam. Allerdings sind Nebenwirkungen häufiger und umfassen ein anderes Spektrum als bei Schulkindern: So sind Irritabilität, emotionale Ausbrüche, vor allem repetitives Verhalten typisch. Besonders zu beachten sind Reduktion der Gewichtszunahme und der Wachstumsgeschwindigkeit: Vorschulkinder unter Methylphenidat müssen häufig gewogen, gemessen und körperlich untersucht werden und nach strengen kinderpsychiatrischen Standards betreut werden.

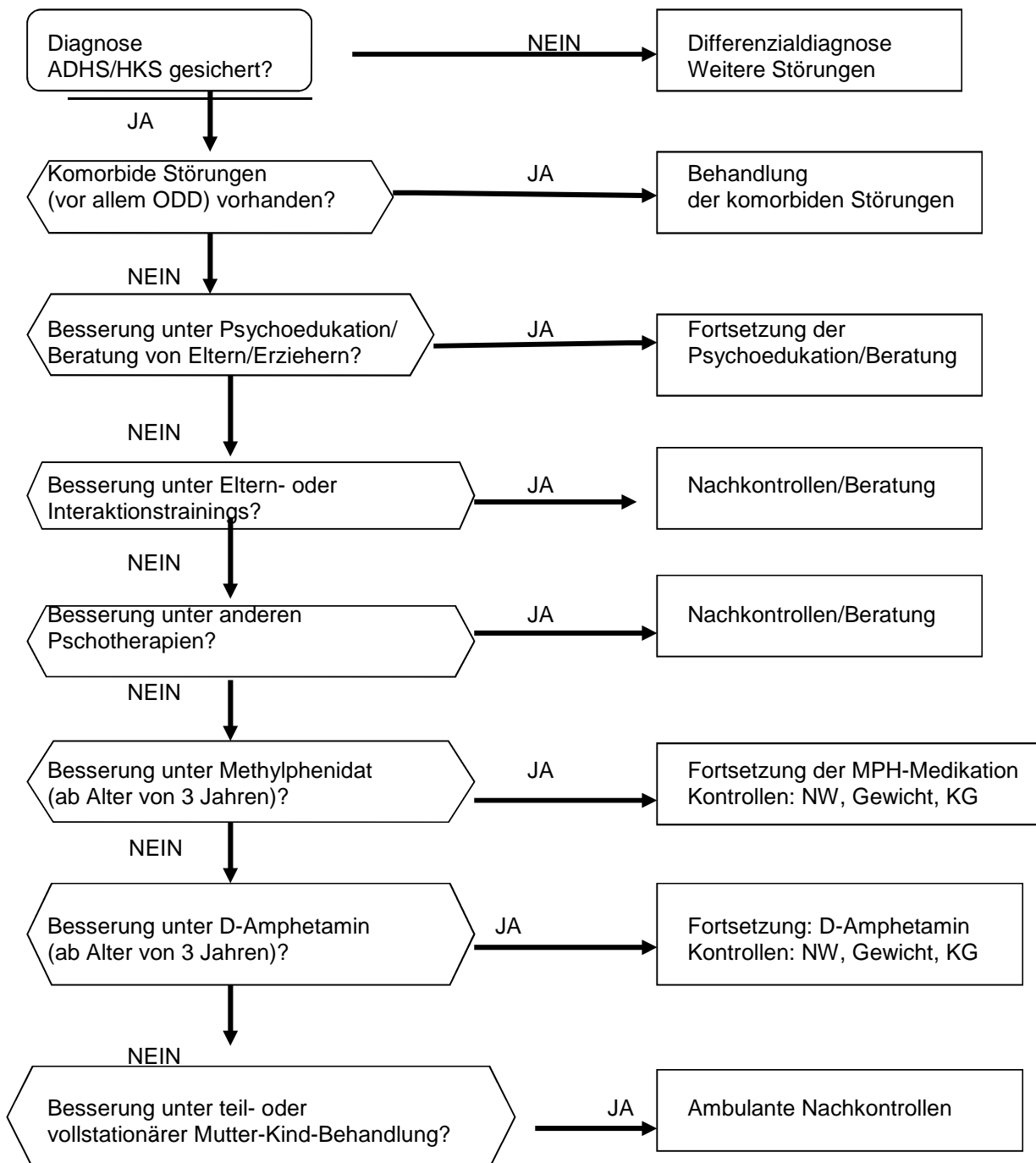
Basierend auf diesen Erfahrungen und wegen der gravierenden sozialen Folgen der ADHS im Vorschulalter (Kaplan und Adesman, 2011) empfiehlt die American Academy of Pediatrics (AAP, 2011) eine Therapie ab dem Alter von 4 Jahren. Mittel der ersten Wahl sind dabei Elterntrainings. Falls nicht ausreichend wird die Verschreibung von MPH bei persistierendem Verlauf und schwerer Symptomatik empfohlen. Diese Leitlinie richtet sich an die primärärztliche pädiatrische Versorgung. Wegen der fehlenden Datenlage wird eine Verschreibung von Amphetaminen in der primärärztlichen Versorgung nicht empfohlen (AAP, 2011).

Falls MPH keine ausreichende Wirkung erbringt oder wegen Nebenwirkungen nicht toleriert wird, kann als Alternative D-Amphetamin erwogen werden, obwohl bisher keine Evidenz für eine entsprechende Indikation und Wirksamkeit bei jungen Vorschulkindern vorliegt (Fanton et al., 2009). Die Verschreibung sollte Spezialisten vorbehalten sein.

Andere Medikamente sollen nicht zur Therapie der ADHS im Vorschulalter eingesetzt werden. Solange keine adäquaten Studien vorliegen, sollten andere Medikamente wie Atomoxetin im Vorschulalter nicht eingesetzt werden. So fehlen auch zu Atomoxetin

Langzeitbeobachtungen, zu dem bisher ohnehin nur Daten einer kleinen Stichprobe von 5 bis 6-jährigen Kindern veröffentlicht sind (Kratochvil et al., 2007). Diese kleine Studie zeigt eine Beeinflussung der Kernsymptomatik des ADHS, aber – wie bei älteren Kindern – eine geringere Effektstärke als Methylphenidat.

Entscheidungsbaum: ADHS/HKS



14. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD)/

Störung des Sozialverhaltens (CD)

Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten soll nach der ICD-10 gestellt werden

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (Oppositional Defiant Disorder – ODD) ist eine der wichtigsten und häufigsten Störungen des Vorschulalters. Besondere Beeinträchtigung erleben Kinder bei der häufigen Komorbidität von ODD und ADHS. Die ODD gilt als leichtere Variante der „eigentlichen“ Störung des Sozialverhaltens (Conduct Disorder – CD) (AACAP 2007b). Diese beiden externalisierenden Störungen gehen mit besonderen Langzeitriskien für die betroffenen Kinder einher und sollten früh erkannt und behandelt werden. Die Klassifikationssysteme sind bei diesen Störungen vergleichbar.

ODD mit frühem Beginn hat eine besonders ungünstige Prognose: Bei 30 % entwickelt sich später eine CD im Kindes- und Jugendalter, bei 10 % langfristig sogar eine antisoziale Persönlichkeit im Erwachsenenalter. Auch die Rate von komorbiden Störungen ist höher, wenn die ODD sich im Vorschulalter entwickelt. Eine besonders ungünstige Prognose hat die Komorbidität von ODD und ADHS (AACAP, 2007b).

Der ungünstige Verlauf konnte in mehreren jüngeren Studien aufgezeigt werden. Harvey et al. (2009) z. B. untersuchten 168 3jährige Kinder mit auffälligen Verhaltensscores für Hyperaktivität und Aktivität. 58 % dieser Kinder erfüllten im Alter von sechs Jahren die Diagnose für ADHD und/oder ODD. Die Genauigkeit der Vorhersage für eine spätere Diagnose betrug 76 % für ADHD und 67 % für ODD/CD.

Campbell et al. (2000) weist daraufhin, dass die Gruppe der „Early Starters“, d.h. Vorschulkinder mit ODD/CD ein besonders hohes Risiko aufweist. Bei den „Early Starters“ typisch, dass sie multiple Risiken in allen Domänen aufweisen: Zu diesen gehören schwieriges Temperament, Aggressivität, Hyperaktivität, ineffektive elterliche Erziehung, geringe häusliche Struktur, mütterliche Depression, negative Lebensereignisse, niedriges Einkommen und gefährliche Nachbarschaft. Diese Gruppe gilt es früh zu identifizieren, da sie einen chronischen Verlauf mit hohen Auffälligkeiten bis zum Jugendalter aufweist.

ICD-10:

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3) wird nach ICD-10 definiert durch ein deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen dissozialer oder aggressiver Handlungen, die das Gesetz oder die Rechte anderer verletzen. Mutwilliges oder ungezogenes Verhalten reicht nicht aus, stattdessen findet sich ein Muster mit durchgehend negativistischem, feindseligem, aufsässigem, provokativem und trotzigem Verhalten, welches deutlich außerhalb der Grenzen des normalen Verhaltens bei einem gleichaltrigen Kind im gleichen soziokulturellem Kontext liegt. Die allgemeinen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens müssen erfüllt sein. Schwere dissoziale oder delinquente Handlungen wie Diebstahl, Grausamkeit, Quälen, Destruktivität schließen die Diagnose aus.

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten wird als leichtere Form und zum Teil als Vorläufer der Störung des Sozialverhaltens angesehen. Hierbei ist ein dissoziales, aggressives, zum Teil delinquentes Verhalten mit Verletzung von Normen typisch.

Nach ICD-10 unterscheidet man folgende Formen:

- Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0)
- Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)
- Restkategorien (F91.8, F91.9)
- Kombination mit depressiver Störung (F92.0)
- Restkategorien der Kombination mit einer emotionalen Störung (F92.8, F92.9).

Viele der ICD-10-Items kommen im Vorschulalter entwicklungsbedingt nicht vor. Eine Modifikation der ICD-10-Kriterien für junge Kinder gibt es nicht.

RDC-PA:

In der RDC-PA wurde bei den DSM-IV-Kriterien für ODD keine Modifikation der Items vorgenommen, ein weiteres Item („hat Schwierigkeiten, sich nach emotionaler Aufregung zu beruhigen“) wurde hinzugefügt. Nach DSM-IV wird die Störung als Oppositional Defiant Disorder oder ODD bezeichnet. Mit einer Dauer von sechs Monaten müssen vier der folgenden Items vorhanden sein:

1. Verliert oft die Nerven.

2. Streitet sich oft mit Erwachsenen.
3. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln der Erwachsenen.
4. Tut vorsätzlich Etwas, was andere verärgert.
5. Schiebt oft anderen die Schuld für eigene Fehler zu.
6. Ist oft reizbar und durch andere verärgert.
7. Ist oft wütend und beleidigt.
8. Ist oft boshaft und nachtragend.

Das Vollbild der Störung des Sozialverhaltens wird als Conduct Disorder (CD) bezeichnet. Bei der CD wurde die Verlaufsdauer (von 12 Monaten bei DSM-IV) auf sechs Monate reduziert und acht Items so verändert, dass sie auch für dieses Alter passen.

Zero-to-Three:

ODD und CD sind als Diagnosen in dem Klassifikationssystem DC 0-3R (2005) nicht vorgesehen.

Die Diagnose einer Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem Verhalten sollte nicht vor dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden.

Die Prävalenz von ODD bei 307 2-5-jährigen Kindern betrug in einer epidemiologischen Studie 6,6 % (Egger und Angold, 2006a). Die Spannweite in verschiedenen Studien reicht von einem Minimum von 4,0 % bis 16,8 %. Damit scheint die ODD im Vorschulalter häufiger zu sein als bei älteren Kindern und Jugendlichen, die eine Prävalenz von 2-3% aufweisen (Rockhill et al., 2006). Zusätzlich weisen 2-5-jährige Kinder eine CD in 2,3 – 4,6 % der Fälle auf (Egger und Angold, 2006a). Das Geschlechtsverhältnis beträgt 2:1 (Jungen zu Mädchen) (Rockhill et al., 2006).

Moreland und Dumas (2008) konnten mit ihre Übersicht zeigen, dass ODD-Symptome bei Vorschulkindern zuverlässig gemessen werden können. Auch Keenan et al. (2007) konnte bei 223 klinisch vorgestellten Kindern im Alter von 3-5 Jahren zeigen, dass ODD und CD reliabel und valide diagnostiziert werden können.

Komorbide Störungen von ODD sollen erfasst werden.

Auch bei Kindern mit ODD ist die Komorbiditätsrate hoch. 25-50 % der Kinder haben zusätzlich die Diagnose einer ADHS. Diese Kombination geht mit einer stärkeren Beeinträchtigung im Alltag einher. Zusätzlich können Angst und depressive Störungen vorkommen (Rockhill et al., 2006). Auch können ODD und CD durchaus komorbide als Doppeldiagnosen auftreten, d.h. sie schließen sich nicht aus: 40% der Kinder hatten in einer Studie eine ODD, 34 % eine CD und insgesamt 28 % eine komorbide CD und ODD (Keenan et al., 2007).

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der ODD/CD soll durchgeführt werden.

Die Grundprinzipien der allgemeinen Diagnostik gelten auch für die ODD/CD. So betonen auch Rockhill et al. (2006) die Wertigkeit von allgemeinen Fragebögen, wie Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½-5) (Achenbach und Rescorla, 2000). Als spezifischer Fragebogen für externalisierende Störungen wird das Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) angegeben. Diese können ergänzt werden durch strukturierte psychiatrische Interviews wie das PAPA.

Eine zunehmende Bedeutung haben Beobachtungsinstrumente gewonnen. Für junge Kinder wurde deshalb das „Disruptive Behavior Diagnostic Disorder System“ (DB-DOS) (Wakschlag et al., 2008 a+b) entwickelt. Mit dem DB-DOS werden Kinder in drei Settings beobachtet: Aktiv involviert mit dem Untersucher; mit einem Untersucher anwesend, der aber mit anderen Aufgaben beschäftigt ist; und mit Eltern. Verschiedene Anforderungen werden gestellt und das kindliche Verhalten nach 21 Symptomen kodiert. Das Besondere an dem DB-DOS ist die Zuordnung zu den Problembereichen der Verhaltensregulation und der Ärgerregulation. Das Instrument zeigte sehr gute psychometrische Eigenschaften und lässt sich in 50 Minuten durchführen. Es ist geeignet für Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren.

Eine Beratung soll in jedem Fall durchgeführt werden.

Wie bei anderen Störungen stehen Beratung und Psychoedukation immer an erster Stelle.

Weitere Bezugspersonen (Erzieherinnen, Tagesmütter etc.) sollten mit Einverständnis der Sorgeberechtigten in die Diagnostik und das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Da sich die Symptomatik auch in anderen sozialen Kontexten zeigt, in denen Interaktionen mit anderen Kindern stattfinden, ist die Einbeziehung von Erziehern/innen bei dieser Störung besonders wichtig.

Strukturiertes Elterntaining soll als Mittel der ersten Wahl durchgeführt werden.

Elterntainings sind Mittel der ersten Wahl und bei der ODD sogar wirksamer als bei der ADHS (AACAP, 2007b; Gleason et al., 2007; Njoroge und Yang, 2012). Bei der Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT) konnten extrem hohe Effektstärken von bis zu 1.45 in einer Metaanalyse nachgewiesen werden (Thomas und Zimmer-Gembeck, 2007). Die PCIT ist auch bei der besonders schwierigen Subgruppe bei Kindern mit geistiger Behinderung und ODD gut wirksam (Bagner und Eyberg, 2007). In einem neuen Cochrane Review von 1078 Teilnehmern zeigte sich eine signifikante Reduktion von Auffälligkeiten des Sozialverhaltens durch verhaltenstherapeutische Gruppentrainings für Eltern (Furlong et al., 2012).

Dass strukturierte Elterntainings Mittel der ersten Wahl sind, wurde in einer neuen norwegischen Studie untermauert (Larsson et al., 2009). In einer randomisiert kontrollierten Studie wurden 127 Kinder im Alter von 4-8 Jahren in drei Gruppen aufgeteilt: in ein Elterntaining (dem Incredible Years Program); ein Elterntaining plus Kindertherapie; oder eine Warteliste. Beide Therapiegruppen hatten ähnliche Resultate ohne signifikante Unterschiede mit einem Therapieerfolg bei 2/3 der Kinder. Auch das elterliche Verhalten besserte sich: Positive Interaktion nahm zu, strafendes, inkonsequentes elterliches Erziehungsverhalten und elterlicher Stress nahmen ab. Die Studie zeigt ferner, dass eine zusätzliche Einzeltherapie des Kindes keine Besserung des Erfolges brachte.

Im deutschsprachigen Bereich ist vor allem das Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten (PEP) bekannt (Plück et al., 2006). Das PEP besteht aus einem Eltern- und einem Erzieherprogramm und ist für Kinder im Alter von 3-6 Jahren geeignet. Es handelt sich nicht um ein Elterntaining im engeren Sinne, sondern ist als Präventionsprogramm bei Kindern mit expansivem Verhalten konzipiert, ohne dass Kriterien einer klinischen Diagnose erfüllt sein müssen (es handelt sich um eine indizierte Prävention). In einer Studie von 198 Kindern von 3-10 Jahren zeigten sich signifikante Effekte bzgl. externalisierenden Verhaltens und eine Besserung elterlicher Psychopathologie (Hautmann et al., 2008). Immerhin hatten 22 % der Kinder die Diagnose ADHS und 30 % ODD.

Eltern-Kind-Interaktionszentrierte Programme beziehen teilweise auch körpertherapeutische

Aspekte mit ein (Downing, 2006) haben aber noch keine randomisiert-kontrollierte Studie mit Beweis der Wirksamkeit erbracht. Auch Interventionen wie das Triple P (Sanders, 1999) beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein. Insbesondere geht es hier um die Vermittlung von Sicherheit gegenüber dem Kind aber auch Feinfühligkeit bezüglich kindlicher Signale. Psychodynamische Eltern-Kind-Therapie kann bei zugrundeliegender Verstrickung zwischen Kind und Eltern aufgrund einer inneren Konflikthaftigkeit indiziert sein.

Falls ein Elterntaining nicht ausreicht, sollen primär kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen gewählt werden.

Primär kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen haben sich in der Behandlung der ODD bei älteren Kindern bewährt (AACAP, 2007b). Trotz eingeschränkter Studienlage, empfehlen Gleason et al. (2007) kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen auch im Vorschulalter als Mittel der zweiten Wahl.

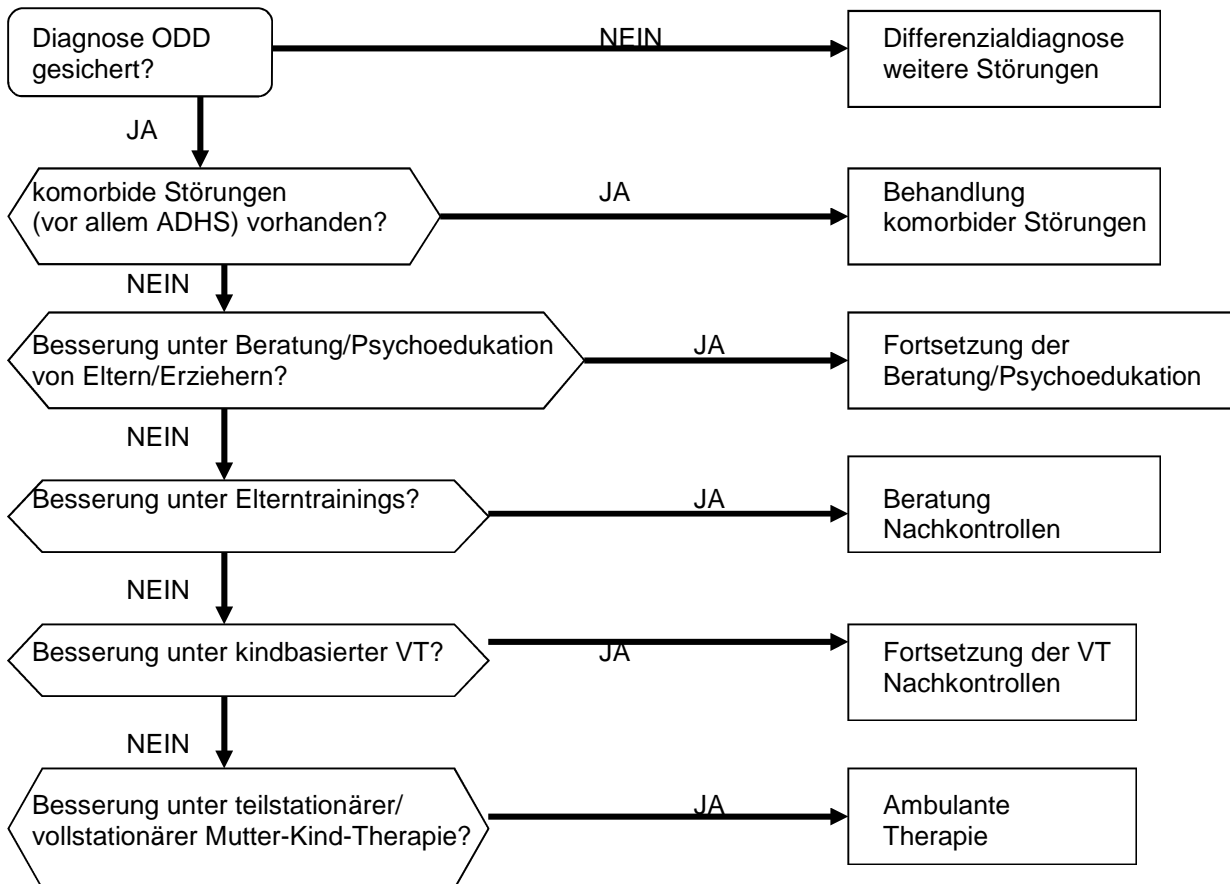
Eine Pharmakotherapie der isolierten ODD soll nicht durchgeführt werden. Eine Pharmakotherapie einer sicher diagnostizierten komorbiden ADHS kann nach den Ausführungen zur Pharmakotherapie der ADHS dieser Leitlinie durchgeführt werden.

ADHS ist die häufigste komorbide Diagnose bei Vorschulkindern mit ODD. Wegen der besonderen Beeinträchtigungen bei dem Vorliegen beider Diagnosen, ist eine Pharmakotherapie der ADHS in diesen Fällen indiziert. Methylphenidat ist dabei Mittel der ersten Wahl.

Auch Gleason et al. (2007) betonen, dass Psychotherapie bei Vorschulkindern mit ODD absolut im Vordergrund. Es gibt keine randomisiert kontrollierten Studien zur Pharmakotherapie der ODD bei Vorschulkindern. Falls Aggressivität und Impulsivität z.B. neuroleptisch (z. B. mit Risperidon) behandelt werden muss, sollte die Psychotherapie unbedingt fortgesetzt werden. Auch für die Indikation einer Zusatzmedikation (SSRI's oder Stimulanzen) reicht die Evidenz nicht aus. Von daher spielt die Pharmakotherapie bei dieser jungen Altersgruppe eine untergeordnete Rolle.

Wegen der nicht zureichenden Studienlage soll deshalb bei Vorschulkindern mit ODD (ohne ADHS) auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden.

Entscheidungsbaum: ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten)



15. Weitere Störungen

Weitere Störungen können im Vorschulalter vorkommen. Die Autismus-Spektrum-Störungen sind dabei am wichtigsten. Diese seit vielen Jahrzehnten bekannten und intensiv erforschten Störungen haben eine sehr hohe Relevanz wegen den langfristigen Folgen für die kindliche Entwicklung. Es wird auf die weiterführende Literatur und auf die S3-Leitlinien verwiesen, die sich in der Entwicklung befinden. Die übrigen Störungen sind bei jungen Kindern selten, da sie typische Störungen des Schulkind- und Jugendalters darstellen.

Autismus-Spektrum-Störungen

Nach der ICD-10 werden die autistischen Störungen als frühkindlicher Autismus (F84.0), atypischer Autismus (F84.1) und Asperger Syndrom (F84.5) klassifiziert. Die neuere Terminologie spricht von Autismus-Spektrum-Störungen, die mit einer Prävalenz von 60-100:10.000 (ca. 1:150) auftreten. Sie gehören zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und sind damit typische Störungen des Vorschulalters. Die diagnostische Validität ist in vielen Studien etabliert. Eine ausführliche Behandlung der autistischen Störungen ist in diesem Zusammenhang nicht möglich und es darf auf die Monographien von Freitag (2008) und Poustka et al. (2008) verwiesen werden.

Typisch für diese Störungen sind der frühe Beginn mit Auffälligkeiten der selektiven Wahrnehmung, des Spielverhaltens, der Motorik, der Sprache, der kognitiven Entwicklung und der exekutiven Funktionen. Die Kernsymptome sind Auffälligkeiten der Kommunikation, sowie repetitive und stereotype Verhaltenssymptome. Die Diagnose kann sicher ab dem Alter von zwei Jahren gestellt werden (Freitag, 2008). Die Therapie beruht auf lerntheoretischen und pädagogischen Modellen. Spezifische zum Teil intensive Förderprogramme wurden entwickelt. Sprachaufbau, Kommunikationstraining, soziale Kompetenzen, Einbeziehung von Erziehern und Lehrern, Alltagsstrukturierung, Elterstraining und Frühförderung gehören zu den Therapieempfehlungen. Eine Pharmakotherapie kann symptomatisch bei begleitenden Symptomen und bei komorbiden Störungen hilfreich sein, wobei es keine autismusspezifische Medikation gibt.

In einer Restkategorie werden sonstige und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörungen von der ICD-10 zusammengefasst (F84.8 und F84.9). Von der DC:0-3R (2005) wurde für diese Gruppe der Begriff multisystemische Entwicklungsstörung (710.) gewählt mit Auffälligkeiten in Beziehung, Kommunikation, Affekt und sensorischer

Verarbeitung. Es handelt sich dabei um einen ungenau definierten, nicht empirisch begründeten Störungsvorschlag, der nicht oder mit Zurückhaltung verwendet werden sollte.

Elektiver Mutismus

Der elektive Mutismus (F94.0) ist eine seltene, aber wegen des chronischen Verlaufes wichtige Störung des Vorschulalters. Die Prävalenz betrug in der Arbeit von Egger und Angold (2006a) 0,6 %. Sie ist definiert durch eine Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen, obwohl die Sprachfähigkeit vorhanden ist (Melfsen und Warnke, 2007).

Andere Störungen

Andere Störungen des Vorschulalters sollen nur kurz erwähnt werden. Diese sind meistens selten, werden aber gerade bei jungen Kindern oft übersehen.

Ticstörungen (F95.0 bis F95.2) können ab dem Alter von zwei Jahren auftreten.

Typischerweise beginnen zunächst motorische Tics, später vokale Tics. Es findet sich eine hohe Komorbidität mit ADHS.

Zwangsstörungen (F42.0 bis F42.2) sind im Vorschulalter sehr selten, werden aber übersehen. Nach Gleason et al. (2007) fallen sie durch rigide Zwangshandlungen auf. Therapeutisch wird Psychoedukation, Verhaltenstherapie und selten Pharmakotherapie empfohlen.

Somatoforme Störungen (F45.3) sind wenig beachtete Störungen im Vorschulalter, die bisher von der Forschung vollständig vernachlässigt wurden. Am genauesten beschrieben sind die funktionellen, gastrointestinalen Störungen und chronische Kopfschmerzen (Hyman et al., 2006; Rasquin et al., 2006).

Bipolare Störungen:

Nach der ICD-10 (F31) werden klassische bipolare affektive Störungen durch wiederholte, von einander abgrenzbare Episoden von Manie und Depression mit symptomfreien Intervallen definiert. Diese bipolaren Störungen kommen im Vorschulalter nicht vor. In Nordamerika wird die „Pediatric Bipolar Disorder“ als Affektregulations- und Impulskontrollstörung beschrieben. Selbst in den USA wird die Kontroverse geführt, ob die Krankheitseinheit überhaupt existiert und ob manische Symptome im Vorschulalter

vorkommen können. Dieser Skeptizismus wird in der Leitlinie der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung zu bipolaren Störungen (AACAP, 2007e) deutlich. So wird betont, dass die diagnostische Validität von bipolaren Störungen noch etabliert werden muss. Vorsicht ist erforderlich, bevor die Diagnose bei Vorschulkindern vergeben werden kann. Selbst wenn die Diagnose vergeben werden sollte, sollte immer erst eine Psychotherapie, erst im weiteren Verlauf eine Pharmakotherapie erfolgen (Gleason et al., 2007). In Europa und dem größten Teil der Welt wird diese Diagnose nicht gestellt.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig festzuhalten, welche Störungen nicht im Vorschulalter vorkommen: Zu diesen gehören schizophrene Psychosen, dissoziative Störungen, Suchtstörungen, Anorexia und Bulimia nervosa, Agoraphobie und Panikstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Ausblick

Das Ziel dieser Leitlinie war es, im Konsensusverfahren und basierend auf einer umfassenden Literaturübersicht, Handlungsempfehlungen zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im gesamten Vorschulalter (von 0 bis 5 Jahren) zu vermitteln. Eine Aktualisierung ist in 5 Jahren vorgesehen.

Literatur

AACAP (1997). Practice parameter for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 Months). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, Supplement 10, 21S-36S

AACAP (2003). Task force on research diagnostic criteria: infancy and preschool Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1504-1512.

AACAP (2005). Practice Parameter for the assessment and the treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 1206-1219.

AACAP (2007a). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 894-921

AACAP (2007b). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 126-141

AACAP (2007c). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 1503 – 1526.

AACAP (2007d). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 267-283

AAP (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 128, 1007-1021.

Achenbach TM, Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles.* Burlington, ASEBA

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, D.C.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). Washington, D.C.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). E-published

Angold A, Costello EJ (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 9-15

Angold A, Egger HL (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 961-966

Angold A, Costello EJ (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 9-15

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2004). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Manual. Bern: Verlag Hans Huber.

Asaka Y., Takada S. (2010) Activity-based assessment of the sleep behaviors of VLBW preterm infants and full-term infants at around 12 months of age. *Brain and Development*, 32:150-155.

Ayres J (2002). Bausteine der kindlichen Entwicklung (2. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag

Bagner DM, Eyberg SM (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry* 36, 418-429

Barlow J, Parsons J (2003). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003680

Barton ML, Robins D (2000). Regulatory disorders. In: Zeanah, C.H. (Hrsg) (2000). Handbook of Infant Mental Health. (2. ed) New York, Guilford Press; S. 311-325

Bender D, Lösel F (2005). Misshandlung von Kindern: Risiko- und Schutzfaktoren. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (S. 317-346). Göttingen: Hogrefe.

Bernard-Bonnin AC (2006). Feeding problems of infants and toddlers. Canadian Family Physician 52, 1247-1251

Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Herot C, Friedman D, Snidman N, Kagan J, Faraone SV (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. American Journal of Psychiatry 158, 1673-1679

Biringen Z (1994). Attachment theory and research: application to clinical practice. American Journal of Orthopsychiatry 64, 404-20.

Biringen Z, Altenhofen S, Aberle J, Baker M, Brosal A, Bennett S, Coker E, Lee C, Meyer B, Moorlag A, Swaim R (2012). Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. Developmental Psychopathology 24, 23-34.

Bode, H, Straßburg HM, Hollmann H (Hrsg.) (2009). Sozialpädiatrie in der Praxis. München: Elsevier Urban & Schwarzenberg Verlag

Bolten M, Möhler E, von Gontard A (2013). Leitfaden: Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Brisch KH (2012) Bindungsstörungen und ihre Therapie nach Gewalterfahrungen in der Kindheit. Kindesmisshandlung und –vernachlässigung 15, 126 - 147

Brisch KH (2009). Bindung und Trauma: Entwicklung von Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Brown M, Heine RG, Jordan B (2009). Health and well-being in school-age children following persistent crying in infancy. Journal of Paediatrics and Child Health 45, 254-262

Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders* 43, 298-111.

Bünder P & Sirringhaus-Bünder A. (2008). Promoting parental competence by video counselling: The Marte Meo method. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 330-345.

Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg/Berlin: Springer

Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry* 169, 1157-1164.

Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M (2000). Early externalising behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 12, 467-488

Campbell SB (2002). *Behavior problems in preschool children* (2. ed.). New York/ London, The Guilford Press

Canivet C, Jakobsson I, Hagander B (2000) Infantile colic. Follow.up at four years of age: still more “emotional”? *Acta Paediatrica* 89: 13 - 17

Carr A (2009). The effectiveness of family therapy and systematic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 31, 3-45.

Chacko A., Wakschlag L, Hill C, Danis B, Espy KA (2009) Viewing preschool disruptive behavior disorders and ADHD through the developmental lens: what we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18: 627 – 643.

Chatoor I (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 11, 163-183.

Chatoor I (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Washington, D.C., Zero to Three Press

Chatoor I, Khushlani D (2006). Eating disorders. In: Luby JL (Hrsg.): Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment. New York/ London, The Guilford Press; S.: 115-136

Choate, M.L., Pincus, D.B., Eyberg, S.M., Barlow, D.H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: a pilot study. *Cognitive and Behavioural Practice* 12, 126-135

Chrisman A, Egger H, Compton SN, Curry J, Goldston DB (2006). Assessment of childhood depression. *Child and Adolescent Mental Health* 11, 111-116

Chu AT, Lieberman AF (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Reviews of Clinical Psychology* 6, 469-494.

Cierpka M (Hrsg.) (2012). Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag.

Cierpka M, Windaus E (Hrsg) (2007). Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Frankfurt am Main, Brandes und Apsel

Clifford TJ, Campbell K, Speechley KN, Gorodzinsky F (2002a) Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early nutrition. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156: 1123 – 27

Clifford TJ, Campbell K, Speechley KN, Gorodzinsky F (2002b) Sequelae of infant colic: evidence of transient infant distress and absence of lasting effects on maternal mental health. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156: 1183 – 88

Cohen NJ (2003). „Watch, wait and wonder“ – ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. *Kinderanalyse*, 11, 58-79.

Cohen, NJ, Muir, E., Parker, CJ, Brown, M. Lojkasek, M, Muir, R, Barick, M (1999). Watch, wait, wonder. Testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.

Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG, McKnight K, Robin JA, Goldfine ME, Albano AM (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders* 26, 40-49.

Cooper G, Hoffman K, Powell B, Marvin R. (2005). The Circle of Security Intervention. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L.M. Amaya-Jackson, & M.T.Greenberg, *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York: Guilford Press.

DelCarmen-Wiggens R, Carter A (2004). *Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment*. Oxford/ New York, Oxford University Press

Dennis CL, McQueen K (2009). The relationship between infant feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 123, e736-751.

Downing G (2004). Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In Marlok G und Weiss H (Hrsg.): *Handbuch Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 333-350.

Drewes, A.A. (ed.) (2009). *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.

Dunn, W (2002). *Infant/Toddler Sensory Profile*. San Antonio, PsychCorp.

Egeland B & Erickson MF (2004). Lessons from STEEP: Linking theory, research and practice for the well-being of infants and parents. In . A Sameroff, SC McDonough & KL Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention*. New York: Guilford Press.

Egger HL, Angold A (2004b). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In:

Egger H L, Angold A (2006a). Common emotional and behavioral disorders in preschool children. Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 313-337

DelCarmen-Wiggens R, Carter A (Hrsg.). *Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment*. Oxford/ New York, Oxford University Press; S. 223-243

Dietz LJ, Jennings KD, Kelley SA, Marshal M (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddler's behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 38, 48-61

Eckerberg B (2004) Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatrica* 93 (1): 126 - 134

Egger H L, Angold A (2006a). Common emotional and behavioral disorders in preschool children. Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 313-337

Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A (2006a). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 538-549

Egger HL, Kondo D, Angold A (2006b). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. *Infants and Young Children* 19, 109-122.

Egger HL, Kondo D, Angold A (2006b). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. *Infants and Young Children* 19, 109-122

Eley TC, Bolton D, O'Connor TG, Perrin S, Smith P, Plomin R (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44: 945-960

Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 24, 441-459.

Emde RN, Wise BK (2003). The cup is half full: initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal* 24: 437-446.

Equit, M., Paulus F, Fuhrmann P, Niemczyk J, von Gontard A (2011). Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development* 42, 623-633.

Erickson MF, Egeland B (2006). Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fabiano GA, Chacko A, Pelhem WE, Robb J, Walker KS, Wymbs F, Sastry AL, Flammer L, Keenan JK, et al. (2009) A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit /hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 40: 190-204

Fanton J, Gleason MM (2009) Psychopharmacology and preschoolers: a critical review of current conditions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 18: 753 - 771

Field, T (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1–6.

Fivaz-Depeursinge E, Frascarolo F, Corboz-Warnery A (1996). Assessing the triadic alliance between fathers, mothers, and infants at play. *New Directions in Child Development* 74, 27-44.

Fox JK, Warner CM, Lerner AB, Ludwig K, Ryan JL, Colognori D, Lucas CP, Brotman LM (2012). Preventive intervention for anxious preschoolers and their parents: strengthening early emotional development. *Child Psychiatry and Human Development* 43, 544-559.

Freitag CM (2008). *Autismus-Spektrum-Störungen*. München, Reinhardt Verlag

Fricke C, Kretzschmar C, Hollmann H, Schmid RG (Hrsg)(2007) *Qualität in der Sozialpädiatrie*. Band 2: Altötting: RS-Verlag

Fricke C, Hollmann H, Kretschmar C, Schmid RG (Hrsg.) (2012) Qualität in der Sozialpädiatrie. Band 3. Altötting: RS-Verlag

Furniss T, Beyer T, Müller JM (2009). Impact of life events on child mental health before school entry at age six. *European Child and Adolescent Psychiatry*, e-published

Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutschings J, Smith SM, Donnelly M (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children 3 to 12 years. *Cochrane database of systematic reviews*. CD008225

Gahleitner, S., Borg-Laufs, M. & Schwarz, M. (2010). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Gedanken zu einer bedarfsgerechten Versorgung aus der Perspektive Klinischer Sozialarbeit. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 291-303). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Geller B, Zimmerman B, Williams M (2000) Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10 (3): 157 - 64

Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, Luby JL, Owens J, Scahill LD, Scheeringa MS, Stafford B, Wise B Zeanah CH (2007). Pharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 1532-1572

Goodlin-Jones B, Schwichtenberg AJ, Iosif AM, Tang K, Liu J, Anders TF (2009). Six-month persistence of sleep problems in young children with autism, developmental delay, and typical development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48, 847-854

Gomez CR, Baird S, Jung LA (2004). Regulatory disorder identification, diagnosis, and intervention planning. *Infants and Young Children* 17, 327-339

Graf A, Irblich D, Landolt MA (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, 247-263

Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J, McGough J, Wigal S, Wigal T, Vitiello B, Skrobala A, Posner K, Ghuman J, Cunningham C, Davies M, Chuang S, Cooper T (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 1284-1293

Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 17, 347-366

Gringras P, Gamble C, Jones AP, Wiggs L, Williamson PR, Sutcliffe A, Montgomery P, Whitehouse WP, Choonara I, Allport T, Emond A, Appeltton R (2012). Melatonin for sleep problems in children with neurodevelopmental disorders: a randomised double masked placebo controlled trial. *British Medical Journal*, 345, e6664.

Gudmundsson OO, Magnusson P, Saemundsen E, Lauth B, Baldursson G, Skarphedinsson G, Fombonne E (2012). Psychiatric disorders in an urban sample of preschool children. *Child and Adolescent Mental Health*, e-published.

Gunlicks ML, Weissman MM (2008). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 379 – 389.

Harvey EA, Youngwirth SD, Thakar DA, Errazuriz PA (2009). Predicting attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessment (2009). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77: 349-354

Hautmann C, Hanisch C, Mayer I, Plück J, Döpfner M (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behavior (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder – generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission* 115, 363-370

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood* 96, 622-629.

Henderson JMT, France KGF, Owens JL, Blampied NM (2010). Sleeping through the night: the consolidation of self-regulated sleep across the first year of life. *Pediatrics* 126, e1081-e1087.

Hill, P (2006). Adjustment disorders. In: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC (Hrsg.): *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press; S- 207-220

Hill J, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis D, Brown J, Speirs B, Sadowsky J, Cartlin JB (2005) Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfeed infants: a randomized-controlled trial. *Pediatrics*, 116: 709 - 715

Hirshfeld-Becker DR, Micco J, Henin A, Bloomfield A, Biederman J, Rosenbaum JF (2008a). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety* 25, 357-367

Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Rettew DC, Dufton L, Segool N, Biederman J (2008b). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Reviews in Psychiatry* 16, 113-125

Hirschfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, Biederman J (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 498-510.

Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M (2008) Long-term mother and child mental health effects of a population based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 122: E 621 - 7

Hollway JA, Aman MG (2011) Pharmacological treatment of sleep disturbance in developmental disabilities: a review of the literature (2011) *Research in Developmental Disability* 32, 939 – 962

Hollmann H, Kretzschmar C, Schmid RG (Hrsg.)(2009) *Qualität in der Sozialpädiatrie. Band 1. Das Altöttinger Papier. Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren – Strukturqualität, Diagnostik und Therapie – Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie*. Altötting: RS-Verlag

Horn H., Geisser-Elze A, Reck C, Hartmann M, Stefini A, Winkelmann K, Kronmüller KT (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54: 52-71

Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. *Deutsches Ärzteblatt* 109, 419-424.

Hyman PE, Milla P, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 130, 1519-1526

In-Albon T, Schneider S (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom* 76: 14-24.

Jan JE, Owens JA, Weiss MD, Johnson KP, Wasdell MB, Freeman RD, Ipsiroglu OS (2008). Sleep hygiene for children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatrics* 122, 1343-1350

Jiang F, Zhu S, Yan C, Jin X, Banla H, Shen X (2009) Sleep and obesity in preschool children. *The Journal of Pediatrics*. 6: 814 - 818

Kabir K, Sheeder J, Kelly LS (2008). Identifying postpartum depression: are 3 questions as good as 10? *Pediatrics* 122, e696-e702.

Kaplan A, Adesman A (2011). Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Current Opinion in Pediatrics* 23, 684-692.

Keenan K, Wakschlag LS, Danis B, Hill C, Humphries M, Duay J, Donald R (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 457-468

Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48, 602-609

Keupp, H. (2010). Verwirklichungschancen von Anfang an: Frühe Förderung im Kontext des 13. Kinder- und Jugendberichts. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 64-75). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Kochanska G, Knaack A (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Personality*, 71: 1087 – 112.

Korczak D, Kister C & Krause-Girth C (2012). Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreieambulanzen. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Kraemer HC, Morgan GA, Leech NL, Gliner JA, Vaske JJ, Harmon RJ (2003). Measures of clinical significance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1524-1529.

Kratochvil CJ, Vaughan BS, Mayfield-Jorgensen ML, March JS, Kollins SH, Murray DW, Ravi H, Greenhill LL, Kotler LA, Paykina N, Biggins P, Stoner J (2007). A pilot study of atomoxetine in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopathology* 17, 175-185.

Kronmüller KT, Postelnicu I, Hartmann M, Stefini A, Geisser-Elze A, Horn H, Winkelmann, K (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54: 33-51.

Lahey B, Pelham W, Loney J et al (2004) Tree-year predictive validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2014 – 20.

Lahey B, Pelham W, Loney J et al (2005) Instability of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62: 896 - 902.

Landolt MA, Ystrom E, Sennhauser FH, Gnehm HE, Vollrath ME (2012). The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 767-774

Larsson B, Fossum S, Clifford, Drugli MB, Handegard BH, Mørch WT (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children – results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 18: 42-52.

Lee C, Barr R, Catherine N, Wicks A (2007) Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28: 288 - 93

Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG (2005a). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry* 44, 1241-1248

Lieberman AF, Van Horn P (2008). *Psychotherapy with infants and young children*. New York: Guilford Press

Linderkamp F (2006). Komorbidität und elterliche Psychopathologie bei externalisierenden Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38, 43-52.

Lipton J, Becker RE, Kothare SV (2008). Insomnia in childhood. *Current Opinion in Pediatrics* 20, 641-649

Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 928-937

Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, Spitznagel E (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 340-348

Luby JL, Heffelfinger A, Koenig-McNaught AL, Brown K, Spitznagel E (2004). The preschool feelings checklist: A brief and sensitive screening instrument for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 708-717

Luby JL, Sullivan J, Belden A, Stalets M, Blankenship S, Spitznagel E (2006). An observational analysis of behavior in depressed preschoolers: further validation of early-onset depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 203-212

Luby JL, Belden AC (2006). Mood disorders. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Guilford Press; S.: 209-230

Luby JL, Belden A, Sullivan J, Spitznagel E (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry and Human Development* 38, 321-338

Luby J.L., Belden A.C., Pautsch J. et al. (2009) The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder, *Journal of Affective Disorders*, 112: 111-119

Luby J, Lenze S, Tillman R (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 313-322.

Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, van Eijk JTM, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ (2001) Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of Disease in Childhood* 84:398-403.

Mattejat, F. & Pauschardt, J. (2009). Beratung in der klinischen Psychologie. In Warschburger, P. (Hrsg.), *Beratungspsychologie*, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 173-232.

McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 29, 197-205

McDonnell, M.A., Glod, C. (2003). Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 16, 141-152

McDonough, SC (2000). Interaction Guidance: An approach for difficult-to-engage families. In CH Zeanah, (Ed.), Handbook of infant mental health (pp. 485-493). New York: Guilford Press.

McNeil CB, Hembree-Kigin TL (2010). Parent-Child Interaction Therapy (2. Auflage). Springer Verlag: Heidelberg.

Melfsen S, Warnke A (2007). Überblick zur Behandlung des selektiven Mutismus. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35, 399-409

Mian ND, Godoy L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS (2012). Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: evidence of early differentiation. Journal of Anxiety Disorders 26, 102-110.

Miller JE, Phillips HL (2009). Long-term effects of infant colic: a survey comparison of chiropractic treatment and nontreatment groups. Journal of Manipulative Physiological Therapy 32:635-638.

Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer JL, Sadeh A (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 29, 1263-1276

Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES (2009a). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. Sleep 32, 599-606

Mindell JA, Meltzer JL, Carskadon MA, Chervin R (2009b) Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep foundation *Sleep in America* Poll. Sleep Medicine. 10: 771 - 779.

Moehler E, Kagan J, Oelkers-Ax R, Brunner R, Poustka L, Haffner J, Resch F (2008). Infant predictors of behavioural inhibition. British Journal of Developmental Psychology 26, 145-150

Mongillo EA, Briggs-Gowan M, Ford JD, Carter AS (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. Journal of Abnormal Child Psychology 37, 455-468

Moreland AD, Dumas JE (2008). Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. Clinical Psychology Review 28, 1059-1070

Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, Friedman L, Kapur VK, Lee-Chiong T, Pancer J, Swick TJ (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 29, 1277-1281

Mothander PR, Moe RG (2008). Infant mental health assessment: The use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Psychology* 49, 259-267

Müller JM, Postert C, Beyer T, Furniss T, Achtergarde S (2009). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, epublished.

Muratori F, Picchi L, Casella C, Tancred, R, Milone A, Patarnello MG (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71, 28-38.

Murray L, Cooper P, Hipwell A (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health* 6 (suppl 2), s71-s77.

Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Yeung CK, Vande Walle J, Rittig S, Jørgensen TM, Bower W, Bauer S, Djurhuus JC (2006). The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Journal of Urology*, 176, 314-324

NICE (2013). Posttraumatic stress disorder. CG 26 Guidelines. National Institute for Health and Care Excellence.

Nicholls D, Bryant-Waugh R (2008). Eating disorders of infancy and childhood: Symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18, 17-30

Njoroge WFM, Yang D (2012). Evidence-based psychotherapies for preschool children with psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports* 14, 121-128.

Nurko S., Youssef NN, Sabri M, Lngseder A, McGowan J, Cleveland M, Di Lorenzo C. (2008). PEG3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. *Journal of Pediatrics* 153, 254-261

Östberg M, Hagelin E (2010). Feeding and sleeping problems in infancy – a follow-up at early school age. *Child: Care, Health and Development* 37, 11-25.

Ottensmeier H, Galley N, Rutkowski S et al. (2006) Kurzgefasste Intelligenzdiagnostik bei Hirntumoren. *Kindheit und Entwicklung* 15, 100-106

Ottensmeier H, Straßburg HM (2010) Neuropsychologische Diagnostik bei sehr Frühgeborenen nach dem 5. Lebensjahr mit dem WUEP-KD. *Kinderärztliche Praxis* 81, 315-320

Palmowski W (2011). *Systemische Beratung (Fordern, Lernen, Prävention)*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

Papousek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg.) (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Paulson JF, Deuber S, Leiferman JA (2006). Individual and combined effect of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior (2006). *Pediatrics* 118, 659-668

Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 5, 1-18

Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200, 357-364

Perren S, von Wyl A, Stadelmann S, Bürgin D, von Klitzing K (2006). Associations between behavioral/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 867-876

Philippi H, Faldum A, Schleupen A, Pabst B, Jung T, Bergmann H, Bieber I, Kaemmerer C, Dijs P, Reitter B (2006). Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment : a randomised therapeutic trial. *Developmental Medicine and Child Neurology* 48, 5-9.

Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff-Metternich, T. und Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP): Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.

Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *British Journal of Psychiatry* 191, 378-386

Postert C, Averbeck-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T (2009). Five systems of psychiatric classification for preschool children: Do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complementary constellations? *Child Psychiatry and Human Development* 40, 25-41.

Poustka F, Bölte S, Feneis-Matthews S, Schmötzer G (2008). *Autistische Störungen – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (2.Auflage)*. Göttingen, Hogrefe Verlag

Prasse JE, Kinkano GE (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical Pediatrics* 48, 247-251

Price AMH, Wale M, Ukoumunne OC, Hiscock H, Epi GD (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioural infant sleep intervention: randomised trial. *Pediatrics* 130, 643-651.

Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G (2000) A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal*, 320: 209 - 13

Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 390 – 398

Rao MR, Brenner RY, Schisterman EF, Vik T, Mills JL (2004). Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Archives of Disease in Childhood* 89, 989-992

Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J.S., Staiano A., Walker, L.S. (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 130, 1527-1537

RDC-PA (2002). Task force on research diagnostic criteria: infancy and preschool research diagnostic criteria – preschool age. www.infant institute.org

Reba-Harreleson L., Von Holle A., Hamer R.M., Torgersen L., Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M. (2010) Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating Behaviors*, 11: 54 – 61.

Reid GJ, Hong RY, Wade TJ (2009). The relation between sleep problems and emotional and behavioural problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research* 18, 49-59

Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA (2001). Excessive crying infant: The impact of varying definitions. *Pediatrics* 108, 893-897

Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet* 364:1340-1342.

Reijnefeld SA, Lanting CI, Crone MR, von Wouwe JP (2005) Exposure to tobacco smoke and infant crying. *Acta Paediatrica*, 94: 217 – 221

Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (4. Auflage)*. Bern, Verlag Hans Huber

Reuda M, Posner M, Rothbart M (2005) The development of executive attention; contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental Neuropsychology*, 28 (2): 573-94.

Rockhill CM, Collett BR, McClellan JM, Speltz ML (2006). Oppositional defiant disorder. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Guilford Press; S.: 80-114

Rodeck B, Zimmer KP (2008). *Pädiatrische Gastroenterologie, Hepathologie und Ernährung*. Heidelberg, Springer Verlag.

Romano E, Tremblay R, Abdeljelil F (2006) Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 – 7 years in a population-based sample. *Pediatrics*. 117: 2101 – 11.

Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, 529-543

Sadeh A, Mindell JA, Luedtke K, Wiegand B (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research* 18, 60-73

Sadeh A, Tikotzky L, Scher A (2010) Parenting and infant sleep. *Sleep medicine Review*, 14: 89 - 96

Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (2004). Treating parent-infant relationship problems – strategies for intervention. New York: Guilford Press

Sanders MR (1999). The Triple-P Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behaviour and emotional problems. *Child and Family Psychology Review* 2, 71-90.

Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 561-570

Scheeringa MS (2004). *Diagnostic Infant and Preschool Assessment*. Tulane University, New Orleans.

Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 899-906

Scheeringa MS (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical guidelines and research findings. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Gilford Press; S.: 165-185

Scheeringa MS, Zeanah CH (2008). Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37, 508-518

Scheeringa MS, Haslett N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development* 41, 299-312.

Schmidt, M.H., Poustka, F. (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Auflage). Köln: Deutscher Ärzteverlag

Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren J, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list controlled trial. *Psychother Psychosom* 80: 206-215.

Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV (2010). Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Reviews* 13, 348-365.

Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren J, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list controlled trial. *Psychother Psychosom* 80: 206-215.

Schweitzer J, von Schlippe, A & Ochs M (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B Strauß, F Caspar & F Hohagen (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (261-286), Göttingen (Hogrefe).

Senf, W und Broda, M (2005). *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart, Thieme Verlag.

Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV (2010). Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Reviews* 13, 348-365.

Simard V, Nielsen TA, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir (2009). Longitudinal study of preschool sleep disturbance. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 162, 360-367

Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jorgensen T, CCC 2000 Study Team, Olsen EM, Heering K, Kaas-Nielsen S, Samberg V, Lichtenberg A (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 62-70.

Smith Roley S, Blance EA, Schaaf RC,(2003). *Sensorische Integration: Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen*. Heidelberg, Springer

Sonuga-Barke EJS, Thompson M, Abikoff H, Klein R, Miller Brotman L (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD – the case for specialized parent training. *Infants and Young Children* 19, 142-155

Spence S, Rapee R, McDonald C, Ingram M (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and Therapy* 39, 1293-1316

Stafford BS, Zeanah CH (2006). Attachment disorders. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Guilford Press; S.: 231-251

Steinhoff KW, Lerner M, Kapilinsky A, Kotkin R, Wigal S, Steinberg-Epstein R, Wigal T, Swanson JM (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Guilford Press; S.: 63-79

Sterba S, Egger H, Angold A (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 1005-1013

St.James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E (2006) Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a proximal form of care. *Pediatrics*, 117 (6) 1146 – 55

Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W (2012). *Entwicklungsstörungen bei Kindern – Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung (5. Auflage)*. München: Elsevier Urban & Fischer.

Straßburg HM (2006) Der vermehrt schreiende Säugling – kinderärztliche Aspekte. *Kinderärztliche Praxis* 77, 90 – 98

Straßburg HM (2013) Diagnostische Klassifikationskonzepte in der Neuro- und Sozialpädiatrie versus Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kinder- und Jugendmedizin*, im Druck

Swanson J, Greenhill L, Wigal T, Kollins S, Stehli A, Davies M, Chuang S, Vitiello B, Skrobala A, Posner K, Abikoff H, Oatis M, McCracken J, McGough J, Riddle M, Ghuman J, Cunningham C, Wigal S (2006). Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 1304-1313

Talvik I, Alexander RC, Talvik T. (2008), Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica* 97, 782-785.

Target, M & Fonagy P. (1994): The Efficacy of Psychoanalysis for Children: Prediction of Outcome in a Developmental Context: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 1134-1144.

Taubman B. (1997). Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics* 99, 54-58

Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P – Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35: 475-495

Touchette E, Petit D, Trambly RE, Montplaisir JY (2009) Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: new perspectives. *Sleep Medicine Review*, 13: 355-361

Van der Wal MF, Van Eijsden M, Bonsel GJ (2007). Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28, 431-437.

van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakersmans-Kranenburg MJ (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Developmental Psychopathology* 11, 225-249.

van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TWJ, L'Hoir MP(2007) Swaddling: A Systematic Review. *Pediatrics*;120:e1097-1106.

Vonderlin E, Ropeter A, Pauen S (2012). Erfassung des frühkindlichen Temperaments mit dem Infant Behavior Questionnaire Revised – Psychometrische Merkmale einer deutschen Version. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 40, 307-314.

von Gontard A, Lehmkuhl G (2003a). Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels. I. Allgemeine Einführung und traditionelle Zugänge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52, 18-27

von Gontard A, Lehmkuhl G (2003b). Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels. II. Neue Entwicklungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52, 88-97

von Gontard, A., Neveus, T. (2006). *Management of disorders of bladder and bowel control in childhood*. London, MacKeith Press

von Gontard, A., Lehmkuhl, G. (2009). *Leitfaden Enuresis (2. Auflage)*. Göttingen, Hogrefe Verlag

von Gontard A (2010a). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie – ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2010

von Gontard, A. (2010b). *Enkopresis: Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag

von Gontard, A. (2010c). *Leitfaden Enkopresis*. Göttingen, Hogrefe Verlag

von Hofacker N (2009). Frühkindliche Fütterstörungen – neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 157, 567-573.

von Klitzing K (2009). *Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer Verlag.

von Kries R, Kalies H, Papousek M (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(5), 508-511.

von Sydow K (2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In M. Ochs & J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 105-122). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vreeke LJ, Muris P, Mayer B, Huijding J, Bos AER, van der Veen M, Raat H, Verheij F (2012). The assessment of an inhibited, anxiety-prone temperament in a Dutch multi-ethnic population of preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 21, 623-633.

Wakschlag LS, Hill C, Carter AS, Danis B, Egger HL, Keenan K, Leventhal BL, Cicchetti D, Maskowitz K, Burns J, Briggs-Gowan MJ (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 622-631

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C, Danis B, Leventhal BL, Keenan K, Egger HL, Cicchetti D, Burns J, Carter AS (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 632-641

Weinberg MK, Tronick EZ (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics* 102, 1298-304.

Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 695-705.

Wiefel A, Titze K, Kuntze L, Winter M, Seither C, Witte B, Lenz K, Grütters A, Lehmkuhl U (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, 59-81

Wigal T, Greenhill L, Chuang S, McGough J, Vitiello B, Skrobala A, Swanson J, Wigal S, Abikoff H, Kollins S, McCracken J, Riddle M, Posner K, Ghuman J, Davies M, Thorp B, Stehli A (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 1294-1303

Windaus, E (2012). Die Ergebnisforschung zur Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. In M Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (S. 503 – 512). Berlin: Springer.

Wolke, D., Gray, P. & Meyer, R. (1994). Excessive infant crying: A controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94, 322-332.

Wolke D, Rizzo P, Woods S (2002) Persistent crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 109, 1054-1060

Wollwerth de Chuquisengo R, Papousek M (2004) Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und –Psychotherapie. In: Papousek M, Schieche H, Wurmser H (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber Verlag, Bern, S. 281-309

World Health Organisation (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders - diagnostic criteria for research. Geneva

Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents (WCEDCA) (2007). Classification of child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40, S117-S122

Wortmann-Fleischer S, von Einsiedel R, Downing G (2012). Stationäre Eltern-Kind-Behandlung – ein interdisziplinärer Leitfadens. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 120, e1069-e1075

Wurmser H., Rieger M., Domogalla C., Kahnt A., Buchwald J., Kowatsch M., Kuehnert N., Buske-Kirschbaum A., Papousek M., Pirke K.-M., von Voss H. (2006) Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Early Human Development*;82:341-349.

ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999). Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Wien, New York, Springer Verlag.

ZERO TO THREE. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC: 0-3R). Washington, D.C., ZERO TO THREE Press

Zeanah, C.H. (Hrsg) (2000). Handbook of Infant Mental Health. (2. ed) New York, Guilford Press

Ziegenhain U (2009). Bindungsstörungen. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Störungen im Kindes- und Jugendalter (Band 3). Heidelberg, Springer Verlag; S. 314-330

Ziegenhain U, Fegert JM (2012). Frühkindliche Bindungsstörungen. In J.M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (937-947). Heidelberg: Springer.

Ziegenhain U, Fegert JM, Möhler E (2012). Infant Psychiatry – frühe Eltern-Kind-Interaktionen. In J.M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (949-957). Heidelberg: Springer.

Erstellungsdatum: 10/2013

Überarbeitung von:

Nächste Überprüfung geplant: 10/2018

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 des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**