



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

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

Kurzfassung

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 (DGSPJ)

Heike Philippi (DGKJ)

Fritz Poustka

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). 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 (von Gontard, 2010). 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.

Psychische Störungen im frühen Kindesalter sind häufig und betreffen in verschiedenen Studien: 14-25 % aller Kleinkinder (USA) – 9-12% sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen (Egger und Angold, 2006a); 8,9 % bzw. 6,9 % der 3 bis 6jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 % bzw. 3,7% mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten (Deutschland; KiGGS Bundesgesundheitsblatt, 2007); 7,1 % der 4jährigen Kinder (Norwegen; Wichstroem et al., 2012); 10,1% der 4 bis 6jährigen Kinder (Island; Gudmundsson et al., 2012). Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).

Auch für Störungen bei jungen Kindern hat sich eine kategoriale Ausrichtung bewährt. Natürlich sind Verhaltenssymptome dimensional verteilt und eine scharfe Abgrenzung zwischen Störung und Normalverhalten, sowie bei unterschiedlichen Störungen ist nicht für alle Problembereiche möglich. Dennoch haben sich die bisherigen traditionellen Klassifikationen nach ICD und DSM in Praxis und Forschung bewährt und können mit entsprechenden Modifikationen sinnvoll ab dem Alter von 2 Jahren eingesetzt werden (Angold und Costello, 2009). Für jüngere Kinder unter zwei Jahren sind alternative Klassifikationen, wie z.B. die DC:0-3R (Zero to Three, 2005) notwendig.

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.

Bei psychischen Störungen in dem Vorschulalter stehen drei Klassifikationssysteme zur Verfügung:

1. Die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation. Darauf beruht das multiaxiale Klassifikationssystem für Kinder- und Jugendliche mit 6 Achsen (WHO, 1993; Remschmidt et al., 2001) und die Mehrdimensionale Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) (Bode et al. 2009, Hollmann et al. 2009).
2. Die Revision und Modifikation der DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) für das Vorschulalter vorgenommen durch die amerikanische kinderpsychiatrische Vereinigung vorgenommen (AACAP, 2003): die „Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA, 2002).
3. Das Klassifikationssystem für junge Kinder im Alter von 0-3 Jahren: die Zero-to-Three Klassifikation (DC:0-3R; 2005).

Neue Vorschläge der DSM-5 wurden in diesen Leitlinien 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.

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 und deshalb 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/Hyperaktivitäts-Störung) und ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten).

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 (Schlüsselempfehlungen) beruhen auf einem formalen

Konsensusfindungsprozess, der sich auf die bisherige Forschungslage (und damit indirekt auf den Grad der Evidenz) stützt.

Wichtige Aspekte des Vorschulalters werden in diesem Rahmen ausgespart. Die Leitlinien behandeln nicht körperliche Erkrankungen und Behinderungen, die primär Gegenstand der Kinder- und Jugendmedizin sind, insbesondere der Neuropädiatrie. Eine genaue körperliche Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen ist Grundlage der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Vorschulalter. Primärer Ansprechpartner ist 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) oder mit Intelligenzminderung, d.h. geistiger Behinderung mit einem IQ < 70 eingegangen. Ferner werden Teilleistungsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen (der motorischen Funktionen, des Sprechens, der Sprache und anderer spezifischer kognitiver Funktionen) nicht thematisiert. Für alle diese drei Gruppen (körperliche Erkrankungen, geistige Behinderung, Teilleistungsstörungen) gilt aber, dass die Rate von komorbiden psychischen Störungen eindeutig erhöht ist.

Die Kurzversion soll einen raschen Überblick über alle Schlüsselempfehlungen ermöglichen, die jeweils kurz begründet werden. Die ausführlichen Leitlinien finden sich unter www.awmf.de und in einer Druckversion.

1. Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein

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.

Es ist theoretisch und praktisch sinnvoll, auch für das frühe Kindesalter eine kategoriale Einteilung von Störungsbildern zu übernehmen. Dabei stehen drei Klassifikationssysteme zur Verfügung, die sich sinnvoll ergänzen (Postert et al., 2009): die ICD-10, die RDC-PA und die DC:0-3R. Für jede Störung wird ein Mindestalter definiert. Eine Diagnose soll nur unter Berücksichtigung der Interaktion gestellt werden und nur, wenn die Kriterien der jeweiligen Störung erfüllt sind. Gerade in der Gruppe der 0-3;11-Jährigen 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.

Die ICD-10 bleibt auch im Vorschulalter die Grundlage zur Klassifikation von psychischen Störungen. 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. 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. Der 3. Bereich erfasst die psychischen Störungen nach ICD-10.

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.

In den Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt die Diagnostik der dort behandelten Kinder seit 1992 als Mehrdimensionale Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) entsprechend dem „Altöttinger Papier“ Band 1-3 (siehe auch Straßburg et al., 2012):

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. 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). 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.

Von der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung wurden Vorschläge zur Revision und Ergänzung der DSM-IV Kriterien mit altersentsprechender Anpassung für das Vorschulalter veröffentlicht (AACAP, 2003), die „Research Diagnostic Criteria – Preschool Age“ (RDC-PA; 2002; www.infantininstitute.org). 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 Basis 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 erfüllen, 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-/Beziehungsdagnostik 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 (AACAP, 1997). Der Schwerpunkt auf der Anamnese und auf nicht strukturierten, klinischen Interaktionsbeobachtungen. Erst im zweiten Schritt werden standardisierte Untersuchungsinstrumente vorgestellt und empfohlen.

Besonders wichtig ist dabei eine ausführliche und detaillierte Anamnese (AACAP, 1997). Es folgt die klinische Beobachtung des spontanen Verhaltens, der Interaktion und der 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. Eine semi-strukturierte videobasierte Interaktionsdiagnostik kann als Ergänzung verwendet werden. Wie bei älteren Kindern wird ein psychopathologischer Befund erhoben, z.B. mit der ITMSE (Infant and Toddler Mental Status Exam) (AACAP, 1997).

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. Zu den diagnostischen Verfahren gehören:

- Entwicklungstests
- Intelligenztests
- Leistungstests, z.B. der Sprache und der motorischen Funktionen
- Verhaltensskalen
- Allgemeine Verhaltensfragebögen
- Spezifische Fragebögen
- Interaktionsinstrumente
- Standardisierte Beobachtungsinstrumente
- Strukturierte psychiatrische Interviews
- Kinderinterviews
- Projektive Tests
- Neuropsychologische Tests

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. Eine Beratung stellt oft die Grundlage einer Therapie dar. Bei vielen Störungen, vor allem bei leichter Ausprägung, kann Beratung allein ausreichend sein.

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, häuslicher Rahmen, Kindergarten) sind unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Anwendungsformen indiziert. Dabei kommt eine Vielzahl von Therapieformen in Frage. Diese umfassen:

- Eltern-Kind- und Elterntrainings
- Eltern-Säuglings- und Eltern-Kleinkind-Psychotherapien
- Einzelpsychotherapien des Kindes
- Therapie mit Fokus auf die Paar- und Familiendynamik
- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Eltern
- Systemische Familientherapie
- Tagesklinische und stationäre Behandlungen

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:

- Assoziierte Therapien (wie Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Physiotherapie und/oder Psychomotorik)
- Behandlung körperlicher Erkrankungen
- Jugendhilfemaßnahmen

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 von 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. 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 im Alter bei 5;11 Jahren. Die Hauptindikation für eine Pharmakotherapie im Vorschulalter ist die ADHS.

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 klassifiziert und kodiert für jeweils eine Dyade (Kind und seine jeweilige Bezugsperson). 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.

Eine Beziehungsstörung nach DC: 0-3R (2005) kann 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.

Das Vorliegen einer elterlichen psychischen Störung soll erfasst werden.

Falls bei den Eltern eine psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, soll eine Behandlung empfohlen 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 oder unstrukturierte Spielsituationen können gewählt 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. Die elterliche Depression ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die weitere kindliche Entwicklung.

Bei einer mütterlichen Depression ist eine Einzeltherapie der Mutter notwendig. Es finden sich deutliche Hinweise auf Besserung des kindlichen Verhaltens allein durch die erfolgreiche Behandlung der elterlichen Depression (Gunlicks et al., 2008). Auch bei anderen psychischen Störungen soll eine Behandlung der Eltern empfohlen werden.

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.

Eine Beratung ist bei Beziehungsstörungen in jedem Fall indiziert – mit und ohne Vorliegen einer kindlichen Störung. Bei schweren Beziehungsstörungen reicht eine Beratung nicht aus, sondern eine Therapie ist notwendig. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf Eltern-Kind-Therapien. Eltern-, wie auch kindbezogene Interventionen kommen in Frage.

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.

Kern des am 1.1.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Darin stellt der §4 klar, dass Berufsgeheimnisträger, 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 sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Ist dies offenkundig nicht möglich, sind sie verpflichtet, dem Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen, so dass dieses dann weitere Schritte einleiten kann.

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).

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

Fütter- und Essstörungen sollen unterschieden werden.

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

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

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

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

Die ICD-10 Diagnose der „Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)“ ist zu allgemein definiert, so dass sie klinisch von geringer Relevanz ist. Die zweite Störung der ICD-10, die Pica, ist so selten im klinischen Alltag, dass sie ebenfalls keine große Bedeutung hat.

Am genauesten sind die identischen Vorschläge der RDC-PA, der DC:0-3 R (2005) und von Chatoor (2009). Es werden insgesamt 6 Subtypen unterschieden:

- Regulations-Fütterstörung
- Fütterstörung der reziproken Interaktion

- Frühkindliche Anorexie
- Sensorische Nahrungsverweigerung
- Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen
- Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (Posttraumatische Fütterstörung)

Obwohl die Klassifikation von Chatoor (2009), 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
- Selektive Essstörung
- Nahrungsphobien
- Funktionelle Dysphagie
- Nahrungsverweigerung

Beide Klassifikationssysteme, die DC:0-3R (2005) und die WCEDCA (2007), sind im klinischen Alltag wichtig und notwendig.

Eine umfassende somatische Diagnostik soll bei Fütter- und Essstörungen durchgeführt und im weiteren Verlauf überprüft werden.

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

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

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

Mehr als bei anderen Störungen ist eine intensive pädiatrische Diagnostik unbedingt notwendig. Organische Ursachen müssen ausgeschlossen und dürfen nicht übersehen werden. Die medizinische Vorgeschichte soll genau erhoben werden. Wegweisend sind Hinweise auf Frühgeburt, Sondenernährung sowie Schluckstörungen. Eine komplette körperlich internistische und neurologische Untersuchung sollte auf jeden Fall erfolgen. Gewichts-, Längen- und Kopfumfangsmaße sind obligat auch im Verlauf zu erfassen. Die Gruppe der Kinder mit einer Gedeihstörung brauchen eine sehr viel intensivere Diagnostik mit umfangreichen Laboruntersuchungen und weiteren diagnostischen Maßnahmen. Auch im Verlauf der Therapie sind häufige körperliche Untersuchungen, Gewichtskontrollen und oft auch Wiedervorstellungen bei erfahrenen Kinderärzten/innen notwendig.

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 können einerseits mehrere komorbide Essstörungen gleichzeitig vorliegen; andererseits müssen auch andere komorbide psychische Störungen, vor allem depressive und autistische Störungen, Angststörungen sowie ODD 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 ist nicht nur in einer Spielsituation, sondern gerade beim Essen erforderlich, um dysfunktionale Interaktionen zu erkennen. Hierbei bietet sich eine videogestützte Diagnostik an.

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

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

Eine Beratung soll in jedem Fall erfolgen. Oft sind dabei allgemeine Essensregeln hilfreich (Bernard-Bonnin, 2006):

- 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-/Esstörungen soll eine multimodale Therapie durchgeführt werden.

Eine Beratung reicht bei Kindern mit manifesten Fütter- und Essstörungen oft nicht aus. Die Behandlung von Fütter- und Essstörungen 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 ein multimodales Therapieprogramm.

Bei schweren Störungen ist ein stationäres Setting mit einem multiprofessionellen Team unverzichtbar. Zu den Therapiebausteinen gehören: Ernährungsberatung, logopädische Behandlung mit Training der oralen Sensibilität und der Mundmotorik, Ergotherapie und Jugendhilfemaßnahmen.

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

Über die allgemeinen Therapieprinzipien hinaus gibt es für die einzelnen Fütter- und Essstörungen spezifische Empfehlungen, die ein gezieltes therapeutisches Vorgehen ermöglichen (siehe Chatoor, 2009; Bernard-Bonnin, 2006). Diese Empfehlungen umfassen:

- Regulationsfütterstörung: Die Eltern sollten unterstützt werden, das Stimulationsausmaß während der Essenszeiten zu regulieren.
- Fütterstörung der reziproken Interaktion: Die vorliegende Interaktionsstörung wird in Eltern-Kind-Therapien behandelt.
- Frühkindliche Anorexie: Schwerpunkt der Behandlung sind Beratung der Eltern und eine psychoedukative Vermittlung der besonderen Temperamentseigenschaften ihres Kindes. Eltern werden unterstützt, mehr Strukturierungen und Grenzsetzungen durchzusetzen.
- Sensorische Nahrungsverweigerung: Langsam sollen neue Nahrungsmittel im Sinne einer allmählichen Desensibilisierung eingeführt werden.
- Fütterstörung assoziiert mit gastrointestinalen Insulten (Posttraumatische Fütterstörung): Es erfolgt eine behutsame und stufenweise Desensibilisierung der gefürchteten Objekte. Weniger gefürchtete Nahrung wird zuerst eingeführt, dann die stärker abgewehrten Nahrungsmittel.
- Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen: Hier steht die Behandlung der medizinischen Erkrankung in enger Zusammenarbeit mit dem Pädiater im Vordergrund.

Eine Psychopharmakotherapie soll nicht erfolgen.

Es gibt keine Indikationen für eine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern mit 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).

Bei den Schlafstörungen sollen Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden werden.

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

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

In der ICD-10 sind keine speziellen kindlichen Schlafstörungen vorgesehen. 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 und beunruhigt die Eltern. Interventionen sind nicht notwendig. Eine 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 zu einer Störung möglich, die durch 5-7 Episoden pro Woche über mehr als einen Monat definiert ist und eine aktive Intervention erfordert.

Einschlafstörungen 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). Durchschlafstörungen sind durch Aufwachen gekennzeichnet, die entweder elterliche Intervention oder Wechsel zum elterlichen Bett erfordern. Genaue diagnostische Kriterien werden von der RDC-PA vorgegeben. Die Diagnosen der DC:0-3 R (2005) sind ähnlich wie der RDC-PA, nur nicht so detailliert ausgeführt.

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.

Komorbide Störungen sollen erfasst und im Verlauf kontrolliert werden.

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

Bei der Ein- und Durchschlafstörung müssen organische Grunderkrankungen ausgeschlossen und komorbide psychische Störungen erfasst werden. Einen besonderen Stellenwert hat die Schlafanamnese. Diese sollte durch ein Schlaftagebuch über mindestens ein bis zwei Wochen ergänzt werden. Auch standardisierte Fragebögen werden empfohlen. Besonders sollte auf die Erfassung von schlafhygienischen Maßnahmen und –routinen geachtet 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). Komorbide internalisierende und externalisierende Störungen der Kinder sind erhöht. Schlafstörungen finden sich auch gehäuft bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen, Entwicklungsstörungen und körperlichen Erkrankungen.

Schlafstörungen entwickeln sich in komplexen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind. Eltern sind nicht nur physisch und psychisch belastet, sondern können auch eigene komorbide psychische Störungen aufweisen. Eine Behandlung sollte in diesen Fällen empfohlen werden.

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.
- Psychoedukation: Das Ziel ist es positive Schlaf Routinen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten.

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). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind am wirksamsten. Folgende verhaltenstherapeutischen Interventionen stehen zur Verfügung:

- Unmodifizierte Extinktion: Hierbei legen die Eltern ihr Kind ins Bett zu der vorgesehenen Schlafzeit und ignorieren das Verhalten des Kindes (wie Weinen, Wutausbrüche, Rufen). Die unmodifizierte Extinktion ist für Eltern extrem belastend.
- 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.
- 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.
- 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 aufgewacht wäre. Im Verlauf werden die Intervalle verlängert, sodass es zu einem Fading kommt.

Wichtig ist dabei festzuhalten, dass 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).

Psychodynamische Therapien können hilfreich sein, falls Extinktionsverfahren nicht ausreichen oder umgesetzt werden können. Da bei Schlafstörungen in sehr vielen Fällen eine Trennungsproblematik oder Ängste der Eltern zugrunde liegen, ermöglicht die psychodynamische Eltern-Kind-Therapie (SKEPT) eine effiziente Möglichkeit diese Problematik zu bearbeiten (Windaus und Cierpka, 2007).

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). Falls doch eine Pharmakotherapie erwogen wird, ist Melatonin das Mittel der Wahl bei Einschlafstörungen. Andere Medikamente (pflanzliche Präparate, Chloralhydrat) sind nur in absoluten Ausnahmen indiziert. Jede weitere Pharmakotherapie ist nicht zu empfehlen.

5. Persistierendes exzessives Schreien

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

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.

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.

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. Diese haben sich in Praxis und Forschung etabliert.

Darüber hinaus kann jedes exzessive Schreien für Eltern sehr belastend sein. Die subjektive Beeinträchtigung der Eltern soll in jedem Fall erfasst werden.

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

Psychosoziale Belastungen und psychische Störungen der Eltern sollen beim persistierenden exzessiven Schreien erfasst 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. Die Häufigkeit des Schreiens sollte in einem Tagebuch erfasst werden. Standardisierte Temperamentsfragebögen können hilfreich sein.

Ferner sollte die elterliche Belastung berücksichtigt 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).

Beratung und ggf. Modifikation der Umweltbedingungen sollen beim exzessiven Schreien durchgeführt werden.

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.

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 (d.h. mit exzessivem, aber nicht persistierendem Schreien) sind eine Beratung und o.g. Maßnahmen ausreichend. Die Beratung kann am besten durch Hebammen und Kinderärzte 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 überdies 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. Bei gezielter Indikation können assoziierte Therapien hilfreich sein.

6. Regulationsstörungen

Definition und Klassifikation

Regulationsstörungen werden unterschiedlich definiert, operationalisiert und diskutiert. 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)

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:

- Der überempfindliche Typ
 - Der ängstlich-überevorsichtige Subtyp
 - Der negativ-oppositionelle Subtyp
- Der unterempfindlich-unterreagierende
- Der stimulationssuchende, impulsive Typ

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

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

Die Diagnose von Regulationsstörungen (Typen A und B) muss 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 beruht auf einer klinischen Einschätzung. Anamnese, Beobachten der Eltern-Kind-Interaktion und die körperliche Untersuchung spielen dabei eine große Rolle. Standardisierte Instrumente sind bislang nicht vorhanden.

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 ihres 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. 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.

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

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.

Randomisierte Studien (Barton und Robbins, 2000) mit unterschiedlichen Interventionen (Interventionen zu Hause, familienzentriert, elternzentriert, allgemeine Beratung, multimodale Therapieansätze) bei Säuglingen und Kleinkindern mit zusätzlicher Gedeihstörung zeigen keine Überlegenheit einer einzelnen Methode bei insgesamt nur sehr begrenzten positiven Auswirkungen auf den langfristigen Ernährungsstatus sowie die Entwicklungs- und sozial-emotionale Prognose des Kindes. 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 (Cierpka und Windaus, 2007). Auch das Münchner Konzept einer integrativen, kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings- /Kleinkind-Beratung und –Psychotherapie wird seit vielen Jahren erfolgreich angewendet. (Wollwerth de Chuquisengo & Papousek 2004).

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

Eine Psychopharmakotherapie soll nicht erfolgen.

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

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.

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).

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 eine Frequenz von einmal pro Monat müssen 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

Das Toilettenverweigerungssyndrom (TVS) gilt als belastendes Symptom, ist aber als Diagnose nicht in den Klassifikationssystemen aufgenommen. Beim TVS verwenden Kinder 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.

Jüngere Kinder ab dem Säuglingsalter können an einer behandlungsbedürftigen Obstipation leiden. 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.

Organische Ursachen der Ausscheidungsstörungen sollen ausgeschlossen werden.

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

Gerade im Vorschulalter gilt besonders, dass organische Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen, dass die Diagnostik aber möglichst wenig invasiv und belastend gestaltet werden sollte.

Komorbide psychische Störungen, die bei 20-50% der Kinder vorhanden sind, sollen erfasst werden. Zu deren Diagnostik ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik sinnvoll. In anderen medizinischen Settings sollte zumindest eine eingehende Anamnese oder ein Screening mit einem Verhaltensfragebogen erfolgen. Kinder mit auffälligen Problemscores sollten 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.

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. 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.

Die Behandlung der Enuresis am Tag (funktionelle Harninkontinenz) richtet sich nach der Diagnose. Urotherapeutische, verhaltenstherapeutisch-kognitive Interventionen stehen im

Vordergrund. Nur bei der Dranginkontinenz kann eine Kombination mit einem Anticholinergikum (Oxybutinin oder Propiverin) sinnvoll sein.

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

Bei der Grundbehandlung der Enkopresis werden Kinder aufgefordert, dreimal am Tag nach den Mahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen) jeweils 5-10 Minuten entspannt auf der Toilette zu sitzen. Falls eine Obstipation vorliegt, sind zusätzlich abführende Maßnahmen erforderlich. Als Erstes müssen die zurückgehaltenen Stuhlmassen entfernt werden (Desimpaktion). Danach ist neben dem Toiletentraining eine Erhaltungstherapie mit oralen Laxanzien über längere Zeit (6-24 Monaten) zu empfehlen. Das Mittel der ersten Wahl ist Polyethylenglykol (Macrogol).

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 durch die mit der späten Defäkation verbundenen Schmerzen in einen Teufelskreis münden und derart 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. Bei schweren chronischen Verläufen des TVS sind die gleichen Therapieschritte notwendig wie bei einer Enkopresis.

8. Depressive Störungen

Introversive Störungen sind im Vorschulalter häufig: die Rate von introversiven Störungen beträgt 10,5 % bis 14,9 %, die von externalisierenden Störungen 9,0 % bis 14,9 %. Die Rate von depressiven Störungen beträgt 2,1 % und nimmt mit zunehmendem Alter zu (Egger und Angold, 2006a). 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 modifizierten RDC-PA oder DC:0-3R Kriterien sollen zur Diagnose einer depressiven Störung verwendet werden.

Die Diagnose einer depressiven Störung kann ab dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden und zeigt sich mit typischer Symptomatik. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die Diagnose eine hohe Stabilität nach sechs Monaten aufweist und mit erheblichen sozialen Beeinträchtigungen einhergeht (Luby et al., 2002). Depressive Symptome (aber nicht das Vollbild der Störung) können auch schon vor dem Alter von 3;0 Jahren vorhanden sein.

Die ICD-10 Kriterien der depressiven Störungen sind für junge Kinder nicht sensibel genug. Die DSM-IV Kriterien wurden in der RDC-PA für das Vorschulalter verändert. 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 nicht zuletzt ist die Anhedonie (keine Freude bei Aktivitäten und Spiel) mit Abstand das wichtigste Symptom bei Vorschulkindern. Die DC: 0-3R (2005) Klassifikation der depressiven Störungen orientiert sich weitgehend der RDC-PA.

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

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

Komorbide Störungen der depressiven Störung sollen erfasst werden.

Auch bei depressiven Störungen gelten die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik. Ein spezielle Depressionsfragebogen wurde entwickelt (Luby et al., 2004). Eine besondere Relevanz hat die Beobachtung des Spielverhaltens (Luby et al., 2006); dazu 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. Auch Kinder können in Interviews Hinweise auf depressive Symptome angeben, weshalb ein Multiinformanten-Ansatz bei der Diagnostik zu befürworten ist.

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).

Ein typisches Merkmal ist die hohe Komorbiditätsrate mit externalisierenden und internalisierenden Störungen. Diese sollen erfasst werden.

Bei depressiven Störungen soll eine Beratung erfolgen

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

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

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. Falls eine elterliche Psychopathologie vorliegt, wird eine Therapie der Eltern empfohlen.

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). Eine Variante der Parent-Infant-Interaction-Therapy (PCIT), die PCIT-ED (Emotion Development), war signifikant wirksamer als Psychoedukation. Eltern-Kind-Therapien haben sich auch in der Behandlung anderer emotionaler Störungen als wirksam erwiesen (Njoroge und Yang, 2012), wie die Child-Parent-Psychotherapy (CPP) für die PTBS und die PCIT für Angststörungen. Retrospektive Daten von Target und Fonagy (1994) zeigen, dass psychoanalytische Behandlungen effektiv sind - und zwar umso mehr, je jünger ein Kind ist.

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

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

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). Sie gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag einher.

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

Es sollen vier Angststörungen unterschieden werden: Trennungsangst, spezifische Phobien, soziale Ängstlichkeit und generalisierte Angststörung

Nach ICD-10 werden Angststörungen 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).

Die genaueste Klassifikation der Angststörungen im frühen Alter liefert die DC:0-3R (2005). Die einzelnen Items werden exakt beschrieben mit den zum Teil typischen Beispielen für das Vorschulalter. Auch hier werden die o.g. vier Subtypen unterschieden:

- Die emotionale Störung mit Trennungsangst
- Die spezifischen Phobie
- Die soziale Phobie
- Die generalisierte Angststörung

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

Die Validität der vier Angstsyndrome konnten in mehreren Faktorenanalysen nachgewiesen werden, so dass sie sollen deshalb in der Diagnosestellung unterschieden werden sollen.

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

Komorbide Störungen der Angststörungen sollen erfasst werden.

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der Angststörungen soll durchgeführt werden.

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), betrifft 10-15 % aller Kinder und zeigt eine mäßige Stabilität vom Vorschul- zum Jugendalter, zum Teil bis ins Erwachsenenalter.

Die meisten Angststörungen treten nicht alleine auf, sondern in Kombination mit anderen Störungen – vor allem mit anderen Angststörungen, depressive Störungen und PTBS.

Zum jetzigen Zeitpunkt beruht die Diagnose der Angststörungen überwiegend auf einer klinischen Einschätzung. Dabei hat die Anamnese einen besonderen Stellenwert. Auch die unstrukturierte Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern bzw. dem Untersucher dient der klinischen Einschätzung. Bisher gibt es wenige standardisierte Fragebögen. Die Angaben der Kinder selbst in strukturierten Instrumenten sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine Beratung und/oder Psychoedukation sollen bei Angststörungen durchgeführt werden.

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

Eine Beratung ist besonders wichtig, da Eltern oft eigene Ängste und Angststörungen haben. Eltern mit eigener Angststörung haben sie 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. Ihre Eltern schränken sie in ihrer Autonomie ein, diskutieren Konflikte, sind überprotektiv, können schlecht Grenzen setzen und unterstützen aktiv Vermeidungsverhalten. Wegen der besonderen Bedeutung elterlicher Angststörungen soll bei Verdacht eine Diagnostik und ggf. Therapie der Eltern empfohlen werden.

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.

So wurde ein manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Programm für 5 bis 7jährige Kinder mit Trennungsangst mit guten Effekten entwickelt (TrennungsAngstprogramm Für Familien, TAFF) (Schneider et al., 2011). Auch eine Adaptation der Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT) zeigte positive Effekte (Choate et al., 2005). 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. (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 in 15 bis 20 Sitzungen nachgewiesen werden.

Auch reine Elterntrainings zeigten positive Effekte (Kennedy et al., 2009). 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 (Cierpka und Windaus, 2007).

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 Schulkindern indiziert sind (AACAP, 2007d). Dabei werden spezifische Phobien kognitiv verhaltenstherapeutisch behandelt, während bei der generalisierten Angststörung auch psychodynamische Verfahren sinnvoll sein können. Auch bei jungen Kindern ab dem Alter von 3 Jahren zeigt die kognitive Verhaltenstherapie in randomisiert-kontrollierten Studien signifikante Effekte für alle Angststörungen (Njoroge und

Yang, 2012). Für psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie liegt ebenfalls eine Wirksamkeitsstudie vor (Kronmüller et al., 2005).

Eine Psychopharmakotherapie der Angststörung soll nicht erfolgen.
--

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

10. Anpassungsstörungen

Obwohl häufig diagnostiziert, gibt es zu Anpassungsstörungen im Vorschulalter kaum Forschungsergebnisse.

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

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

Anpassungsstörungen sollen detailliert und spezifisch diagnostiziert werden.

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.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt bei der DC: 0-3R Klassifikation auf der verlängerten Trauerreaktion. 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.

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.

Anpassungsstörungen können trotz der guten Prognose für Eltern und Kindern belastend sein.

Bei einer Anpassungsstörung sollen eine Beratung und Psychoedukation erfolgen.

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

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 Aktivierung der Ressourcen (Hill et al., 2006).

Bei schweren oder chronisch verlaufenden Anpassungsstörungen (vor allem der verlängerten Trauerreaktion) kann eine Psychotherapie sinnvoll und indiziert sein. Bei schwerer Ausprägung richtet sich die Therapieform nach der jeweiligen Symptomatik.

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.

Die ICD-10 ist wenig geeignet, einer PTBS im Vorschulalter gerecht zu werden. 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 und von Graf et al. (2008) übersetzt.

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

Komorbide Störungen der PTBS sollen erfasst und behandelt werden.

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

Auch junge Kinder können das Vollbild einer PTBS ab dem Alter von 18 Monaten aufweisen. Der Verlauf bei jungen Kindern ist ungünstig mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag (Scheeringa, 2006). Auch können subklinische Symptome wie Vermeidung und Hyperarousal (ohne das Vollbild der PTBS) persistieren und den Alltag beeinträchtigen.

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 (Scheeringa, 2006; Graf et al., 2008).

Oft tritt die PTBS nicht alleine auf, sondern mit mindestens mit einer weiteren psychischen komorbiden Störung vor allem ODD, emotionale Störung mit Trennungsangst, ADHS und

depressive Störungen. Diese komorbiden Störungen können entweder vorausgehen und somit das Risiko für eine PTBS erhöhen – oder sekundär als Folge der PTBS auftreten.

Komorbide Störungen (vor allem PTBS und Depression) sind bei Eltern von Kindern mit PTBS häufig. Man muss von einer bidirektionalen Interaktion ausgehen: Betroffene Eltern können ihre Kinder nicht genügend schützen; andererseits ist das Miterleben des Leidens ihres Kindes für Eltern enorm belastend.

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 sind Beratung und Psychoedukation selbstverständlich. Wegen der Persistenz der PTBS-Symptomatik reichen diese jedoch 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; Graf et al., 2008; Scheeringa et al., 2006). Zwei spezifische Psychotherapieformen wurden zur Behandlung der PTBS von Vorschulkindern entwickelt und in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert: die PTBS-spezifische Verhaltenstherapie und die Child-Parent-Psychotherapy (Njoroge und Yang, 2012).

Die psychodynamische Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie (SKEPT) ist zur Entlastung der betroffenen Kinder und Eltern insofern besonders geeignet, als sie sichere äußere und innere Räume herzustellen vermag (Cierpka und Windaus, 2007). Die Wirksamkeit der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) wurde bei

Kindern unter sechs Jahren bisher noch nicht systematisch überprüft. 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.

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 gleichwohl bei entsprechender Indikation mit MPH behandelt werden.

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.

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

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

Bindungsstörungen können ab dem Entwicklungsalter von 9 Monaten diagnostiziert 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.

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. Es werden die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) unterschieden.

Die RDC-PA Kriterien sind am genauesten. Viele DSM-IV Items wurden geändert: eine geistige Behinderung wird nicht als Ausschluss gesehen, ein Entwicklungsalter von mindestens neun Monaten muss vorliegen und Mischformen sind möglich. Schließlich wird eine „pathologische Versorgung“ nicht zwingend als ätiologische Voraussetzung gesehen, so dass die Diagnose auch bei Kindern mit weniger extremen Deprivationserfahrungen gestellt werden kann. Andere Klassifikationsvorschläge, die sich stärker an der Bindungstheorie orientieren (Zeanah, 2000), haben sich aufgrund fehlender empirischer Fundierung nicht durchgesetzt.

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

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

Komorbide Störungen bei Bindungsstörungen sollen erfasst und behandelt 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 sollen das freie Spiel mit Bezugspersonen, das Verhalten nach Trennung und Wiedervereinigung und die Beziehungsgestaltung zu fremden Personen und neuen Objekten beobachtet werden. Dabei wird vor allem registriert: 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 ermöglicht eine klinische (allerdings nicht standardisierte) Einschätzung des Bindungsverhaltens (AACAP, 2005; Ziegenhain 2009).

Bei Bindungsstörungen können Störungen des Sozialverhaltens oder ADHS komorbid auftreten bzw. müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden (Stafford und Zeanah, 2006). Die Abgrenzung zu Autismusspektrumsstörungen kann in Einzelfällen schwierig sein. Hinweise auf eine Deprivation/ Misshandlung sollten vorliegen. Schwieriger ist die Differentialdiagnose der PTBS. Trotz klinischer Ähnlichkeiten haben Kinder mit Bindungsstörungen eher längerfristige, andauernde Traumatisierungen erlebt, während bei der PTBS gravierende, aber umschriebene Traumata typisch sind.

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 eindeutig 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 Paragraph 8a 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 spielen Beratung und Psychoedukation eine noch größere Rolle als bei anderen Störungen. Selbst bei Fremdplatzierung ist eine begleitende Elternarbeit auch langfristig notwendig, um die Pflegeeltern in ihrem Umgang mit den spezifischen Bindungsschwierigkeiten des Kindes zu begleiten und ein feinfühliges elterliches Verhalten zu fördern.

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 (Ziegenhain und Fegert, 2012; Stafford und Zeanah, 2006). Oft bieten sich videogestützte Eltern-Kind-Therapien mit unterschiedlichem Fokus an. Der Fokus kann einerseits auf elterlichen Repräsentanzen liegen und andererseits auf der Reinszenierung und Bearbeitung ungelöster Konflikte aus der Kindheit der Eltern. 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. Andere Verfahren wie das Triple P (Sanders, 1999), SAFE und Stepping Stones beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein (Brisch, 2012). Weitere Interventionen und Programme, die bei Bindungsstörungen eingesetzt werden können, sind das STEEP-Programm (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting; Erickson und Egeland, 2004) 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.

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 Kinder mit komorbiden Störungen (wie ADHS) können von einer Pharmakotherapie profitieren.

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.

Nach ICD-10 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. 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).

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 3;11 Jahren gestellt werden. Diese Diagnose soll sicher erst ab dem Alter von 4;0 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). 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. Die Diagnose HKS/ADHS ist frühestens ab dem Alter von 3;0 Jahren valide und kann ab diesem Alter gestellt werden. Erst ab dem Alter von 4;0 Jahren kann die ADHS mit höherer Zuverlässigkeit diagnostiziert werden. Wegen der ungünstigen Langzeitprognose sollte sie in diesem Alter erfasst und behandelt werden.

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 3;0 Jahren gestellt werden. Dazu ist einerseits klinische Erfahrung notwendig, andererseits genügend Zeit, eine detaillierte Anamneseerhebung, den psychopathologischen Befund und klinische Interaktionsbeobachtung durchzuführen. Neben allgemeinen Fragebögen stehen auch spezifische Fragebögen zur Verfügung. Eine ADHS-Diagnose erfordert die Manifestation von Symptomen in mindestens zwei Lebensbereichen bzw. Settings (Familie plus Kindergarten, Tagesbetreuung etc.).

Eine psychologische Testung (Intelligenztests, Entwicklungstests) ist zur Diagnosestellung der ADHS nicht notwendig, sondern bedarf einer zusätzliche 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.

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). Mit 50% aller Vorschulkinder mit ADHS sind die Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD) am häufigsten. Weitere komorbide Störungen umfassen das Vollbild der Störung des Sozialverhaltens und seltener internalisierender Störungen wie Angst- und depressiven Störungen.

Zusätzlich finden sich bei den betroffenen Kindern eine Reihe typischer Risiken und Belastungen. Kinder mit ADHS 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.

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 Elterntrainings (Gleason et al., 2007).

Elterntrainings 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 Elterntrainings gehen weit über die obligate Beratung und Psychoedukation hinaus. Oft sind sie mit einem direkten „Coaching“ der Eltern verbunden, z.B. mit videogestützten Rollenspielen.

Zur Behandlung der ADHS gibt es einerseits allgemeine Elterntrainings, 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).

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 wie das New Forest Parenting Package (NFPP) (Sonuga-Barke et al., 2006).

Wenn ein Elterntaining 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 (Cierpka und Windaus, 2007). Assoziierte Therapien erfordern eine spezielle Indikation, z.B. Teilleistungsstörungen.

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 psychischen 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), die die Wirksamkeit von MPH nachweisen konnten.

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) adressiert an die primärärztliche pädiatrische Versorgung 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. Wegen der fehlenden Datenlage wird eine Verschreibung von Amphetaminen in der primärärztlichen Versorgung nicht empfohlen (AAP, 2011).

Falls allerdings 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.

Solange keine adäquaten Studien vorliegen, sollten andere Medikamente wie Atomoxetin im Vorschulalter nicht eingesetzt werden.

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. ODD mit frühem Beginn hat eine besonders ungünstige Prognose.

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

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

Komorbide Störungen von ODD sollen erfasst werden.

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

Die Prävalenz von ODD bei 307 2-5-jährigen Kindern betrug in einer epidemiologischen Studie 6,6 % (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.

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).

Die Grundprinzipien der allgemeinen Diagnostik gelten auch für die ODD/CD. Allgemeine und spezifische Fragebögen werden eingesetzt. Eine zunehmende Bedeutung haben Beobachtungsinstrumente wie das „Disruptive Behavior Diagnostic Disorder System“ (DB-DOS) (Wakschlag et al., 2008 a+b) gewonnen.

Eine Beratung soll in jedem Fall durchgeführt werden.

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

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

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.

Falls ein Elterntaining nicht ausreicht, sollen primär kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen gewählt 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). 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). Im deutschsprachigen Bereich ist vor allem das Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten (PEP) bekannt (Plück et al., 2006). 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 einer inneren Konflikthaftigkeit mit Verstrickung zwischen Kind und Eltern indiziert sein.

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

15. Weitere Störungen

Weitere Störungen, die in diesen Leitlinien nicht behandelt werden, können im Vorschulalter vorkommen. Zu diesen zählen:

- Autismus-Spektrum-Störungen
- Elektiver Mutismus
- Ticstörungen
- Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen

Es darf auf weiterführende Literatur und auf störungsspezifische Leitlinien verwiesen werden. 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 (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.

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)*. Washington, D.C.

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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.

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

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

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

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

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 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

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.

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.

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

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.

Hollmann H, Kretschmar 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

Kaplan A, Adelman 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

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) Three-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.

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

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 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 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.

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

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

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

Njoroge WFM, Yang D (2012). Evidence-based psychotherapies for preschool children with psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports* 14, 121-128.

Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff-Metternich, T. und Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP): Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.

Postert C, Averbek-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.

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.

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

Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet* 364:1340-1342.

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

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

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

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 (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 Guilford Press; S.: 165-185

Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren J, Adornetto C, In-Albon T, Lavalley 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.

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

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

Straßburg HM (2006) Der vermehrt schreiende Säugling – kinderärztliche Aspekte.

Kinderärztliche Praxis 77, 90 – 98

Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W (2012). *Entwicklungsstörungen bei Kindern – Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung (5. Auflage)*. München: Elsevier Urban & Fischer.

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

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.

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

von Gontard A (2010a). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie – ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2010

von Klitzing K (2009). *Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer Verlag.

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

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

Wolke, D., Gray, P. & Meyer, R. (1994). Excessive infant crying: A controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94, 322-332.

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

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

World Health Organisation (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders - diagnostic criteria for research. Geneva

Zeanah, C.H. (Hrsg) (2000). *Handbook of Infant Mental Health*. (2. ed) New York, Guilford Press

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

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.

Erstellungsdatum: 09/2015

Überarbeitung von:

Nächste Überprüfung geplant: 09/2020

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!**