

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Handbuch:

SIVA: 0-6

Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021)

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021). SIVA: 0-6. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter [Verfahrensdokumentation, Interviewleitfaden mit den Modulen 0-16, Handbuch, Zuordnung Module und Interview und Diagnoseblatt]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4583>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:
<https://www.testarchiv.eu/de/test/9007915>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).
By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

SIVA: 0-6

Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter

Handbuch

Margarete Bolten, Monika Equit, Alexander von Gontard, Tina In-Albon

INHALT

1	PSYCHISCHE STÖRUNGEN IM SÄUGLINGS-, KLEINKIND- UND VORSCHULALTER	7
1.1	ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN	9
1.1.1	<i>Die Sprachentwicklung</i>	10
1.1.2	<i>Bindung und Autonomieentwicklung</i>	12
1.1.3	<i>Die Emotionsentwicklung und Emotionsregulation</i>	17
1.1.4	<i>Entwicklung der Aufmerksamkeitssteuerung und Handlungskontrolle</i>	21
1.1.5	<i>Abgrenzung alterstypischer Verhaltensmuster</i>	24
2	DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION IM VORSCHULALTER	32
2.1	KLASSIFIKATIONSSYSTEME FÜR DAS VORSCHULALTER	33
2.1.1	<i>Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5)</i>	33
3	ENTWICKLUNG DES SIVA	38
3.1	GRUNDLAGEN	38
3.2	MODULE UND ALTERSBEREICH	39
4	DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DES SIVA: 0-6	40
4.1	DURCHFÜHRUNG	40
4.2	AUSWERTUNG	42
5	ERSTE ANWENDUNGSERFAHRUNGEN MIT DEM SIVA: 0-6	43
5.1	INTERRATER RELIABILITÄT	43
5.1.1	<i>DC: 0-3R</i>	44
5.1.2	<i>ICD-10</i>	45
5.2	VALIDITÄT	46
5.2.1	<i>Inhaltsvalidität</i>	46
5.2.2	<i>Konvergente und Diskriminante Validität</i>	48
5.2.3	<i>Akzeptanz des SIVA: 0-6</i>	51
4	FALLBEISPIELE ZUM SIVA	53
4.1	EXZESSIVES SCHREIEN	53

4.1.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	53
4.1.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	54
4.1.3	<i>Epidemiologie</i>	54
4.1.4	<i>Pathogenese</i>	54
4.1.5	<i>Differentialdiagnose</i>	54
4.1.6	<i>Fallvignette „Paula“ (5 Monate)</i>	55
4.2	SCHLAFSTÖRUNGEN	57
4.2.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	57
4.2.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	57
4.2.3	<i>Epidemiologie</i>	58
4.2.4	<i>Pathogenese</i>	59
4.2.5	<i>Differentialdiagnose</i>	59
4.2.6	<i>Fallvignette „Johanna“ (2 Jahre)</i>	60
4.3	SENSORISCHE VERARBEITUNGSSTÖRUNGEN	61
4.3.1	<i>Fallvignette „Miguel“ (36 Monate)</i>	62
4.4	FÜTTER/ESSSTÖRUNG IM SÄUGLINGS- & KINDESALTER	64
4.4.2		67
4.4.3	<i>Fallvignette „Sophie“ (5 Jahre): Fütter-/Essstörung im Säuglings- und Kleinkindalter</i>	67
4.5	REAKTIVE BINDUNGSSTÖRUNG UND BINDUNGSSTÖRUNG MIT ENTHEMMUNG	68
4.5.2	<i>Fallvignette „Jason“ (3 Jahre): Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters</i>	70
4.5.3	<i>Fallvignette „Steve“ (4 Jahre): Bindungsstörung mit Enthemmung</i>	72
4.6	ANPASSUNGSSTÖRUNGEN	74
4.6.2	<i>Fallvignette „Aaron“ (5 Jahre)</i>	76
4.7	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	78
4.7.2	<i>Fallvignette „Raphael“ (3 Jahre)</i>	80
4.8	HYPERKINETISCHE STÖRUNG, AUFMERKSAMKEITSDEFIZITHYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG, STÖRUNG MIT ÜBERAKTIVITÄT	82
4.8.2	<i>Fallvignette „Paul“ (5 Jahre)</i>	84
4.9	STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS MIT OPPOSITIONELLEM, AUFSÄSSIGEM VERHALTEN; STÖRUNG DER DYSREGULATION VON WUT UND AGGRESSION	86
4.9.2	<i>Fallvignette „Lasse“ (4 Jahre)</i>	90

4.10	DEPRESSIVE STÖRUNG, DEPRESSIVE EPISODE	92
4.10.2	<i>Fallvignette „Anna“ (5 Jahre)</i>	95
4.11	ANGSTSTÖRUNGEN IM VORSCHULALTER	96
4.11.1	<i>Epidemiologie der Angststörungen im Vorschulalter</i>	97
4.11.2	<i>Pathogenese von Angststörungen</i>	99
4.12	EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST, STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST	101
4.12.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome</i>	101
4.12.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	102
4.12.3	<i>Epidemiologie</i>	103
4.12.4	<i>Differentialdiagnose</i>	103
4.12.5	<i>Fallbeispiel „Tom“ (4 Jahre)</i>	104
4.13	STÖRUNG MIT SOZIALER ÄNGSTLICHKEIT DES KINDESALTERS, SOZIALE ANGSTSTÖRUNG	105
4.13.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	105
4.13.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	106
4.13.3	<i>Epidemiologie</i>	106
4.13.4	<i>Differentialdiagnose</i>	106
4.13.5	<i>Fallbeispiel „Lisa“ (5 Jahre)</i>	107
4.14	PHOBISCHE STÖRUNG DES KINDESALTERS, SPEZIFISCHE PHOBIE, STÖRUNG MIT VERMEIDUNG NEUER ERFAHRUNGEN	108
4.14.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	108
4.14.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	109
4.14.3	<i>Epidemiologie</i>	109
4.14.4	<i>Pathogenese</i>	109
4.14.5	<i>Differentialdiagnose</i>	109
4.14.6	<i>Fallbeispiel „Yasar“ (4 Jahre)</i>	110
4.15	GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG DES KINDESALTERS, GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	111
4.15.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	112
4.15.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	112
4.15.3	<i>Epidemiologie</i>	113

4.15.4	<i>Pathogenese</i>	113
4.15.5	<i>Differentialdiagnostik</i>	113
4.15.6	<i>Fallbeispiel „Antonia“ (5 Jahre)</i>	113
4.16	NICHTORGANISCHE ENURESIS / ENURESIS	115
4.16.2	<i>Epidemiologie</i>	116
4.16.3	<i>Pathogenese</i>	116
4.16.4	<i>Differentialdiagnose</i>	117
4.16.5	<i>Fallvignette „Lena“ (5 Jahre)</i>	117
4.17	NICHTORGANISCHE ENKOPRESIS/ENKOPRESIS	118
4.17.2	<i>Fallvignette „NICO“ (5 Jahre)</i>	120
4.18	SELEKTIVER MUTISMUS	122
4.18.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	122
4.18.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	122
4.18.3	<i>Epidemiologie</i>	123
4.18.4	<i>Pathogenese</i>	123
4.18.5	<i>Differentialdiagnostik</i>	123
4.18.6	<i>Fallbeispiel „Eva“ (4 Jahre)</i>	123
4.19	ZWANGSSTÖRUNGEN	125
4.19.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	125
4.19.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	127
4.19.3	<i>Epidemiologie</i>	127
4.19.4	<i>Pathogenese</i>	127
4.19.5	<i>Differentialdiagnostik</i>	128
4.19.6	<i>Fallbeispiel „Peter“ (5 Jahre)</i>	128
4.20	TICSTÖRUNGEN	130
4.20.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	130
4.20.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	131
4.20.3	<i>Epidemiologie</i>	131
4.20.4	<i>Pathogenese</i>	132
4.20.5	<i>Differentialdiagnostik</i>	132
4.20.6	<i>Fallbeispiel „Anna“ (5 Jahre)</i>	133
4.21	STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN	134

4.21.1	<i>Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter</i>	134
4.21.2	<i>Definition und Klassifikation</i>	134
4.21.3	<i>Epidemiologie</i>	135
4.21.4	<i>Pathogenese</i>	135
4.21.5	<i>Differentialdiagnose</i>	135
4.21.6	<i>Fallbeispiel „Sean“ (3 Jahre)</i>	135
5	LITERATURVERZEICHNIS	138

1 Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

Verhaltensprobleme und psychische Störungen können bereits bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern vorkommen. Jedoch gibt es im Vergleich zum Erwachsenenalter oder zu älteren Kindern und Jugendlichen nur sehr wenige epidemiologische Studien für diesen Altersbereich. Zudem variieren die Prävalenzzahlen für emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen in den verschiedenen Studien beträchtlich. Die zum Teil großen Unterschiede in den Prävalenzzahlen der unterschiedlichen Studien gehen auf den Gebrauch verschiedener Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-10 vs. DC:0-5), verschiedener diagnostischer Instrumente aber auch auf die verschiedenen Stichproben zurück.

So berichtet beispielsweise Skovgaard (2010) in ihrer Übersichtsarbeit zur psychischen Gesundheit von 0-3-Jährigen Prävalenzen von 7,3 % und 26,5 %. Dabei wurden Studien, welche zwischen 1975 und 2007 publiziert wurden, berücksichtigt. Bei der Mehrzahl der Studien wurden die Diagnosen auf der Basis von Fragebögen, welche die Eltern ausfüllten, gestellt.

In einer norwegischen Studie wurden insgesamt 1250 Kinder mittels des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) gescreent. Zudem wurde mit 995 Eltern dieser Stichprobe ein strukturiertes Interview (The Preschool Age Psychiatric Assessment, PAPA) durchgeführt (Wichstrøm et al., 2012). Die Autoren fanden Prävalenzraten für alle psychischen Störungen im Vorschulalter (exkl. Enkopresis) von 7,1 %. Die häufigsten Störungen waren dabei Aufmerksamkeitsdefizit/- und Hyperaktivitätsstörung (1,9 %), Oppositionelles Trotzverhalten (1,8 %), Störungen des Sozialverhaltens (0,7 %), Angststörungen (1,5 %) und Depressive Störungen (2,0 %).

In der Copenhagen Child Cohort CCC 2000 Studie fanden die Autoren bei 16 – 18,5 % der untersuchten 1,5-jährigen Kindern emotionale oder Verhaltensstörungen gemäß ICD-10 bzw. DC:0-3R (Skovgaard, 2010; Skovgaard et al., 2007). Die häufigsten ICD-10 Diagnosen waren emotionale und Verhaltensstörungen (4,3 %), Entwicklungsstörungen (2,8 %), Essverhaltensstörungen (2,8 %) und Hyperaktivität- und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (2,4 %), Bindungsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und Anpassungsstörungen traten bei weniger als zwei Prozent der Kinder auf. Nach den Kriterien der DC:0-3R waren Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung mit 7,1 % die häufigste Diagnose. Weiterhin erhielten Kinder die Diagnose einer Multisystemischen Entwicklungsstörung (3,3 %), Affektstörungen (2,8 %) und Essverhaltensstörungen (2,4 %). Reaktive Bindungsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und

Anpassungsstörungen wurden entsprechend der DC:0-3R Kriterien ebenfalls bei zwei Prozent der Fälle diagnostiziert.

In einer neueren dänischen epidemiologischen Untersuchung, welche den SDQ nutzte, zeigten sich 6-Monatsprävalenzen für psychische Störungen bei Vorschulkindern von 4,8 % (Elberling, Linneberg, Olsen, Goodman, & Skovgaard, 2010). Dabei war die Störung des Sozialverhaltens mit 3,0 % die häufigste Störung, gefolgt von emotionalen Problemen mit 1,5 % und ADHS mit 0,7 %. Auch in der KiGGS-Studie (Holling, Kurth, Rothenberger, Becker, & Schlack, 2008), einer 2003 bis 2006 im Auftrag der Robert Koch-Instituts durchgeführten Langzeitstudie zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wurde der SDQ verwendet. Die Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten waren mit den dänischen Zahlen vergleichbar: 5,3 % der Kinder im Alter von 3-6 Jahren waren psychisch auffällig und weitere 8 % wurden als grenzwertig beurteilt.

Tabelle 1: Studien zu Prävalenzzahlen im Vorschulalter

Diagnosegruppe	Autoren	Alter der Kinder	Prävalenzraten
Psychische Störungen insgesamt	Buffert et al. (2012)	3 Jahre	27.5%
	Elbling et al. (2010)	3 Jahre	4.8%
	Skovgard et al. (2010)	3 Jahre	7.3-26.5%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	12.5%
Exzessives Schreien bzw. Regulationsstörungen (der sensorischen Verarbeitung)	von Kries et al. (2006)	0-6 Monate	2.5-16.3%
	Reijneveld et al. (2001)	0-3 Monate	1.5-11.9%
Schlafstörungen	von Kries et al. (2006) ¹	(0-1 Jahre)	(12.9%)
Fütterstörungen/ Essverhaltensstörungen	Skovgard et al. (2010)	3 Jahre	2.4%
Bindungsstörungen	Zeanah et al. 2004 ²	1 – 5 Jahre	40%
	Ziegenhain (2009) ³		<1%
Anpassungsstörungen/ Posttraumatische Belastungsstörung	Mongillo et al. (2009)	1-3 Jahre	
Hyperaktivität- und Aufmerksamkeitsstörungen	Egger und Angold (2006)	2-5 Jahre	3.3%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	1.9%

¹ Gemäß RDC-PA: Diagnose von Schlafstörungen erst ab 12 Monaten

² bei Kindern mit Missbrauchserfahrungen

³ In der Allgemeinbevölkerung

Oppositionelles Trotzverhalten	Egger und Angold (2006)	2-5 Jahre	6.6%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	1.8%
Störung des Sozialverhaltens	Egger und Angold (2006)	2-5 Jahre	3.3%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	0.7%
Angststörungen	Fuhrmann et al. (2013)	3-6 Jahre	10%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	1.5%
Depressive /Affektstörungen	Fuhrmann et al. (2013)	3-6 Jahre	2.1%
	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	1.8%
Enuresis (nocturna)	Schultz-Lampel (2003)	5 Jahre	33.0%
Enkopresis	Wichstrøm et al. (2012)	4 Jahre	6.4%

1.1 Entwicklungspsychologische Grundlagen

Störungen im frühesten Kindesalter sind sehr eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft. Daraus folgt, dass sich die Symptomatik bei sehr jungen Kindern zumeist anders als bei älteren Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen äußert; aber auch, dass sich die Symptomatik mit zunehmendem Alter verändern kann. Ferner müssen bei der Beurteilung eines Kindes altersentsprechende Normvarianten von pathologischen Abweichungen unterschieden werden. So zeigen beispielsweise ADHS-Symptome im Vorschulalter eine ähnliche Struktur wie bei älteren Kindern, jedoch sind die typischen Symptome wie Impulsivität oder Hyperaktivität bei Kindern im Vorschulalter generell stärker ausgeprägt (Smidts & Oosterlaan, 2007). Entsprechend ist es grundlegend, dass Diagnostiker über Kenntnisse der normalen Entwicklungsschritte und deren Variationsbreite verfügen, insbesondere über die Emotionsentwicklung, die Entwicklung der Aufmerksamkeitssteuerung und der Handlungskontrolle. Weiterhin muss beachtet werden, dass sich die frühkindliche Entwicklung im wechselseitigen Austausch mit den Hauptbezugspersonen vollzieht und somit psychische Probleme in dieser Altersspanne nicht von Interaktionen mit der direkten Umwelt getrennt betrachtet werden dürfen.

Dem Entwicklungsmodell von Sroufe (1989) folgend, sind die Entwicklungsaufgaben der ersten sechs Lebensjahre eines Kindes:

- (1) Grundlegende Regulierung (0-6 Monate)
- (2) Bindung und motorische Selbstkontrolle (6-12 Monate)
- (3) Sprache, Exploration und Autonomie (1-3 Jahre)
- (4) Impulskontrolle und Beziehung zu Peers (3-6 Jahre)

Basierend auf diesen grundlegenden Entwicklungsaufgaben soll in den folgenden Abschnitten ein kurzer Abriss über wichtige Entwicklungsschritte der frühen Kindheit in den Bereichen Sprache, Bindung und Autonomie, Emotionen und Emotionsregulation, Aufmerksamkeitssteuerung und Impulskontrolle gegeben werden. Dabei ist wichtig zu beachten, dass an dieser Stelle jeweils prototypische Abläufe mit zentralen Meilensteinen dargestellt werden. Zudem wird auf die Bedeutung von sozialen Interaktionen für die frühkindliche Entwicklung eingegangen.

1.1.1 Die Sprachentwicklung

1. Lebensjahr

Neugeborene äußern ihre Bedürfnisse wie Hunger, Müdigkeit, Schmerzen oder der Wunsch nach Nähe und Aufmerksamkeit durch lautes, durchdringendes Schreien kundgetan, was die Bezugspersonen dazu motivieren soll, die Bedürfnisse des Kindes zu stillen. Werden diese erfüllt, beruhigt es sich in der Regel wieder. Im dritten Lebensmonat fällt das Auftreten des sozialen Widerlächelns zusammen mit den ersten Formen von Lauten durch das Baby. Das Kind ist somit in der Lage, sowohl mimisch als auch akustisch auszudrücken, dass es sich wohlfühlt. Da dem Kind der Klang der eigenen Stimme noch nicht vertraut ist, testet es seine Stimme in sich wiederholenden „Monologen“ (Gurren, Brabbeln, Jauchzen etc.), um diese besser kennenzulernen. Im Alter von sieben bis zehn Monaten beginnt der Säugling Laute der Umwelt nachzuahmen. Er wiederholt Silben, bildet Ketten oder verdoppelt Silben.

Das Sprachverständnis beginnt sich mehr und mehr zu entwickeln. Das Kind erkennt seinen Namen. Es kann einfache Sätze und Fragen verstehen und mit „Ja!“ oder „Nein!“ beantworten. Es reagiert zunächst durch Gesten auf Fragen wie "wo ist dein Teddy?". Etwas später kann es einfache Aufträge begreifen und ausführen (z.B. "Gib mir den Ball!"). Das Kind spricht nun

neben einer großen Anzahl an Lalllauten in langen Lallmonologen auch erste Wörter. In dieser Phase beginnen die meisten Kinder Silbenverdopplungen ("Wauwau", „Nunu“) und Wörter ("Mama", "Ball") gezielt auf Personen oder Gegenstände zu richten.

2. Lebensjahr

Zu Beginn des zweiten Lebensjahres können die meisten Kinder ca. 80 bis 100 Wörter verstehen. Der aktive Wortschatz hingegen beschränkt sich auf zwei bis zehn Wörter. Oftmals benutzen Kinder in dieser Altersphase sogenannte Protowörter, die mit bestimmten Personen oder Gegenständen verbunden sind („Wau-wau“, „Lala“). Typisch sind auch Einwortsätze, die meist nur aus einem Substantiv, seltener aus einem Verb bestehen. Vorgesprochene Wörter werden sofort echohaft nachgesprochen, jedoch meistens verkürzt und verändert (z.B. wird aus Schokolade - Lade). Im Verlaufe des zweiten Lebensjahres wächst der aktive Wortschatz auf 20 bis 50 Wörter. Es werden erste Zwei- und Drei-Wortsätze geformt (z.B. „Ball haben!“). Kinder in diesem Alter verwenden in ihrer Sprache hauptsächlich Alltagswörter aus ihrer Umgebung.

3. Lebensjahr

Im dritten Lebensjahr nimmt die sprachliche Entwicklung in der Regel einen rasanten Verlauf. Die Sprache wird flüssiger und verständlicher. Während der passive Wortschatz zu Beginn etwa 200-300 Wörter umfasst, kennt das Kind mit ca. dreieinhalb Jahren die Bedeutung von ca. 1000 Wörtern. Der aktive Wortschatz wächst ebenfalls und die Sprache differenziert sich. Der aktive Wortschatz vieler Kinder beläuft sich in der Mitte des dritten Lebensjahres auf ca. 450 Wörter und einfache Sätze werden grammatikalisch korrekt gebildet. Das Kleinkind gebraucht erstmals das Wort "ich", die Grundfarben "rot", "gelb" und "blau" werden ebenfalls benutzt. Im Verlaufe des dritten Lebensjahres kann ein Kind komplexe Aufforderungen befolgen und entwickelt mehr und mehr ein Verständnis für abstrakte Begriffe, welche sich auf räumliche oder zeitliche Sachverhalte beziehen. Das Kind ist in der Lage, Gedanken und Gefühle durch Sprache mitzuteilen. In diese Zeitspanne fällt auch der Beginn des Fragealters.

4. Lebensjahr

Der Wortschatz der Kinder vergrößert sich weiter. Im Allgemeinen umfasst er im vierten Lebensjahr etwa 1500 Wörter. Die Aussprache ist meist sehr deutlich und Laute werden fehlerfrei gebildet. In diesem Alter entwickeln Kinder auch ein zunehmendes Verständnis für zeitliche Relationen (heute, gestern, morgen). 4-jährige Kinder können inzwischen auch längere

und komplexere Sätze bilden. Sie können Geschichten so erzählen, dass man ihrer Erzählung folgen kann.

5. und 6. Lebensjahr

Die Sprachentwicklung ist im Regelfall im fünften oder sechsten Lebensjahr abgeschlossen. Kinder im Vorschulalter verfügen über einen aktiven Wortschatz von circa 2500 Wörtern und verstehen bis zu 13000 Wörter (passiver Wortschatz). Ab dem fünften Lebensjahr sind Kinder in der Lage, Sätze bestehend aus Haupt- und Nebensatz grammatikalisch korrekt zu bilden. Ebenfalls kann das Kind sich an Erlebnisse erinnern, und diese in der zeitlich richtigen Reihenfolge wiedergeben. Wünsche werden jetzt deutlich geäußert. Es werden auch Vorschläge gemacht oder Fragen gestellt.

Tabelle 2: Überblick über die wichtigsten Meilensteine des Spracherwerbs

... bis 6 Monate: Lall-, Gurr- und Schnalzlaute
... bis 12 Monate: Vokallaute, Silbenreihen („La-La“, „Ma-Ma“), Kind reagiert auf seinen Namen
... bis 18 Monate: erste Wörter, Einwortsätze
... bis 3 Jahre: Mehrwortsätze, erster Gebrauch von „ich“
... bis 5 Jahre: längere Sätze, stark zunehmender Wortschatz

1.1.2 Bindung und Autonomieentwicklung

Sowohl eine sichere Bindungsbeziehung als auch die eigene Selbstständigkeit sind wesentliche Voraussetzungen für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Man könnte sogar so weit gehen, zu behaupten, dass das eigene Autonomiestreben der Hauptmotor für die Entwicklung von Kindern ist, denn kein Baby fängt an zu laufen wegen einer besonders guten Förderung, sondern aufgrund des in jedem Menschen angelegten Drangs zur Exploration seiner Umgebung. Dabei verhält sich das Streben nach Exploration komplementär zur intuitiven Verhaltensbereitschaft bei Gefahr, Angst oder Unsicherheit bei vertrauten Personen (z.B. den Eltern) Schutz und Sicherheit zu suchen. Diese Bindungs-Explorations-Balance steuert also das Verhalten des Kindes und ist zwingende Voraussetzung für die gesunde Entwicklung (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1997). Einerseits brauchen Kinder Schutz und Sicherheit, andererseits sind sie neugierig und wollen die Welt entdecken.

Etwa im letzten Drittel des ersten Lebensjahres beginnen Kinder, sich mit ihren Bezugspersonen über Referenzobjekte oder eine Referenzsituation auszutauschen. Ab diesem Zeitpunkt können beim Kind erste Angstreaktionen beobachtet werden (Sroufe, 1996). In neuen und ambivalenten Situationen schauen sie deshalb vermehrt zu ihrer Bezugsperson, um anhand deren emotionalen Gesichtsausdrucks oder Verhaltens die Situation einzuschätzen und damit das eigene Verhalten zu organisieren (Stenberg, 2003; Vaish & Striano, 2004). Dieses Verhalten wird „soziale Rückversicherung“ („social referencing“) genannt. Es konnte gezeigt werden, dass positive Informationen (z.B. „Was für ein lustiges Ding“ oder Lächeln) in Bezug auf ein ambivalentes Objekt das Annäherungsverhalten beeinflussen und dass negative Informationen (z.B. „Uuh ist das ekelig“) die Vermeidung des Zielobjektes fördern (Stenberg & Hagekull, 1997). Das Explorationsverhalten von Kleinkindern hängt also nicht nur von der angeborenen Neugier des Kindes, sondern auch vom Verhalten der Bezugspersonen ab. So zeigte beispielsweise die Arbeitsgruppe um Lynn Murray, dass das Verhalten von Kindern gegenüber fremden, unvertrauten Personen maßgeblich vom zuvor beobachteten Verhalten der eigenen Mutter gegenüber einer fremden, unbekannt Person abhängt (de Rosnay, Cooper, Tsigaras, & Murray, 2006; Murray et al., 2008). Waren die Mütter in der sozialen Interaktion ängstlicher, reagierten auch ihre Kinder ängstlicher auf die fremde Person.

Neben dem Verhalten der Bezugspersonen in der jeweiligen Situation spielen aber auch das Temperament des Kindes, also die genetisch fundierte Art und Weise wie ein Kind auf neue Reize reagiert und sich an diese anpasst als auch die Qualität der Beziehung zu seinen primären Bindungspersonen, eine wichtige Rolle. Bei Angst, Bedrohung oder einfach in einer für das Kind unvertrauten Situation, sucht ein sicher gebundenes Kind die Nähe seiner Eltern bzw. Bezugspersonen. Es kann sich darauf verlassen, dass es beschützt und gleichzeitig nicht in seiner Neugier eingeschränkt wird. Unsicher gebundene Kinder haben weniger Vertrauen in die Verfügbarkeit und den Schutz ihrer Bezugsperson. Dadurch sind sie weniger offen für neue Erfahrungen und können sich weniger gut auf neue Situationen einlassen, da sie nicht darauf vertrauen können, dass ihnen im Falle von Gefahr geholfen wird. Manche unsicher gebundenen Kinder reagieren auf Neues mit starker Angst und Ablehnung. Dadurch probieren sie weniger aus, sind weniger neugierig, was wiederum ihre Entwicklung beeinträchtigt.

Das Bindungs- aber auch Explorationsverhalten verändert sich im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung, was sich wiederum auf andere Bereiche des Erlebens und Verhaltens auswirken kann. Dabei vollzieht sich die Bindungsentwicklung in den ersten sechs Lebensjahren im engen

Wechselspiel zwischen der Hirnreifung und den damit verbundenen Kompetenzen (motorisch, sprachlich, kognitiv) und den Erfahrungen mit den Eltern bzw. Bezugspersonen.

Zu Beginn des Lebens beruht das Bindungsverhalten in erster Linie auf körperlicher Nähe und emotionaler Entlastung durch die Bindungsperson. Bereits nach der Geburt ist das Bindungsverhalten eines Säuglings so weit entwickelt, dass er durch angeborene soziale Verhaltensweisen (Horchen, Anschauen, Schreien, Festsaugen, Umklammern und Anschmiegen) den Kontakt zu seiner Mutter herzustellen kann. Neugeborene sind vor allem an menschlichen Gesichtern interessiert (Barrera & Maurer, 1981; Maurer & Barrera, 1981) und können die mütterliche Stimme von anderen Stimmen unterscheiden (DeCasper & Fifer, 1980). Mary Ainsworth (1985) bezeichnete diese Phase als „Vorphase“ (*Pre-Attachment Phase*) der unspezifischen sozialen Reaktionen, da der Säugling noch jeder menschlichen Person Aufmerksamkeit widmet und personenunspezifische Bindungsverhaltensweisen zeigt. Zwischen sechs und acht Monaten beginnen Säuglinge erstmals differenzierte Reaktionen auf bekannte bzw. unbekannte Personen zu zeigen. In dieser sogenannten „*Differenzierungsphase*“ (*Attachment-in-the-making*) wird eine Bindungsbeziehung zu einer oder mehreren primären Bindungspersonen aufgebaut. Im weiteren Entwicklungsverlauf bis etwa zum Alter von drei Jahren entwickelt sich schließlich eine klare Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen. Ainsworth bezeichnete diese Phase als „*Ausgeprägte Bindung*“ (*Clear-cut attachment*). Das Kind beginnt mit der aktiven und bewussten Kontaktaufnahme zu seinen Bindungspersonen und sucht aktiv die Nähe zu diesen. Unbekannten Personen gegenüber beginnt das Kind Symptome von Angst zu zeigen, es "fremdelt". Dieses "Fremdeln" zeigt, dass es zwischen vertrauten und fremden Personen unterscheidet. Diese Phase ist geprägt von enormen Entwicklungsfortschritten in der Motorik, der Sprache und auch der Selbstwahrnehmung. Das Kleinkind erkennt sich nun erstmals als eigenständige Person. In dieser Phase bemerken Säuglinge auch, dass sie auf ihre Umgebung Einfluss haben (z.B. meine Mama reagiert, wenn ich dieses oder jenes tue). Das Kind erlebt Selbstwirksamkeit und Ich-Bewusstsein.

Kindchen Schema	Säugling differenziert zwischen ihm bekannten und unbekanntem Personen	1. Ablösungsprozess: Kind wendet sich weiteren Personen zu	Ausdifferenzierung und Integration der erworbenen Bindungsbeziehungen.		
Kind hat besonderes Interesse an menschlichen Gesichtern und Stimmen	Einschränkung auf spezifische Bindungspersonen	Erkennen des „Ich“ als eigenständige Person mit Einfluss auf die Umwelt → Selbstwirksamkeit & Ich-Bewusstsein	Der soziale Radius des Kleinkindes erweitert sich → Kindergarten, Erzieher		
Kind schenkt jeder sich nähernden Person Aufmerksamkeit	Präferenz für vertraute Personen	Autonomiealter (Trotzphase)	Autonomiebestrebungen und Explorationsdrang nehmen weiter zu.		
Angeborene Signale bringen Personen in die Nähe des Säuglings	Fremdenangst Trennungängste		Selbstkonzepts und Selbstwertgefühls haben sich gebildet.		
Geburt	6 Monate	12 Monate	18 Monate	3 Jahre	4 Jahre bis 6 Jahre

Abbildung 1: Bindungs- und Autonomieentwicklung im Überblick

Etwa im Alter von zwei bis drei Jahren beginnt die „*Phase der zielorientierten Partnerschaft*“ (*goal directed partnership*). Diese Phase beginnt erst, wenn das Kind kognitiv und sprachlich in der Lage ist, neben seinen eigenen Gefühlen, Zielen und Bedürfnissen auch die Gefühle, Ziele und Bedürfnisse einer anderen Person in seine Gedanken mit einzubeziehen und sich darüber auszutauschen. Dadurch ist es den Kindern möglich, unterschiedliche Vorstellungen zu verhandeln. Steht beispielsweise bei einem fünfjährigen Kind eine vorübergehende Trennung von der Mutter an, wird es möglicherweise protestieren und die Mutter begleiten wollen, um in ihrer Nähe zu bleiben. Gleichzeitig kann es jedoch auch den Wunsch der Mutter verstehen, z.B. alleine zum Einkauf gehen zu wollen und das Kind in Obhut eines Babysitters zu lassen. Das Kind ist schließlich ohne größere Probleme in der Lage, die Trennung auf Zeit zu akzeptieren. Bei solchen Verhandlungen nutzt das Kind seine inzwischen erworbenen Möglichkeiten sich selbst zu beruhigen, eine Zeitdauer einzuschätzen und Verhaltensalternativen auszuwählen.

Diese Entwicklungsphase ist gekennzeichnet durch eine weitere Ausdifferenzierung und Integration der erworbenen Bindungsbeziehungen. Der soziale Radius des Kleinkindes erweitert sich, seine Autonomiebestrebungen und sein Explorationsdrang nehmen weiter zu.

Die Autonomieentwicklung vollzieht sich über Etappen vom zweiten Lebensjahr bis zum Ende der Pubertät. Dabei stellen die Eltern den Ort des Rückzugs und Schutzes, also die sichere Basis, dar. Entsprechend wirkt sich eine sichere Bindungsbeziehung positiv auf die Autonomieentwicklung und das Explorationsverhalten aus, da diese Kinder sich sicher sind, dass

sie im Falle einer Bedrohung Schutz von ihren Bezugspersonen erwarten können und diese zuverlässig verfügbar sind (Bowlby, 1997).

Insbesondere während der großen Entwicklungsfortschritte zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr nehmen die Autonomiebestrebungen und der Wunsch nach Selbstbestimmung ständig zu. Das Kind interessiert sich für seine Umwelt, andere Menschen und kann schließlich ohne Trennungsangst bei vertrauten Personen bleiben. Es will vieles selber machen und ist stolz auf seine neuen Fähigkeiten. In dieser Altersphase brauchen viele Kinder häufig „nein“, „ich will“ und „selber machen“ und werden sehr schnell wütend oder verzweifelt, wenn ihre Pläne und Vorstellungen misslingen bzw. von den Eltern unterbunden werden. In dieser Phase lernen Kinder auch mit Niederlagen und Frustrationen und den damit verbundenen negativen Emotionen umzugehen, denn sie wollen sehr viel, können aber noch nicht alles und müssen mit viel Geduld durch die Bezugspersonen unterstützt werden. Während früher diese Entwicklungsphase als „Trotzalter“ bezeichnet wurde und damit eher negativ konnotiert war, spricht man heute vom „*Autonomiealter*“, denn nicht Widerstand und Trotz sind das Wesentliche dieser Entwicklungsphase, sondern die Ablösung und das Selbstständig-werden des Kindes. Die Autonomiephase beginnt ca. am Ende des zweiten Lebensjahres und dauert bis ca. zum vierten Lebensjahr. In dieser Entwicklungsphase streben Kinder zunehmend nach Autonomie und versuchen sich aus der Verschmelzung mit den Eltern zu lösen. Kinder sind nun erstmals in der Lage, sich Handlungsziele vorzustellen. Dabei sind sie sehr motiviert und emotional engagiert. Das Kind möchte die Welt erobern und seine eigenen Wege gehen. Dabei stößt es unweigerlich und permanent an Grenzen. Gleichzeitig erfährt es auch, dass die eigenen Eltern nicht so „funktionieren“, wie es sich das vorstellt und wünscht. Diese Begrenzungen und Einschränkungen des eigenen Weges führen das Kind in eine tiefe Verzweiflung, da sein Wille nicht mit dem der Eltern oder mit den eigenen Vorstellungen und Fähigkeiten übereinstimmt, was wiederum in heftigen Wutanfällen bzw. Trotzreaktionen münden kann. Man kann in diesem Zusammenhang die Troztsituationen auch als „Panikreaktionen“ verstehen. Ein inneres Chaos von Gefühlen stellt sich ein, dem das Kind nicht Herr werden oder sich entziehen kann.

Zwischen drei und fünf Jahren hat sich beim Kind ein Selbstkonzept und Selbstwertgefühl gebildet. Dabei beinhaltet das *Selbstkonzept* Zuschreibungen von Eigenschaften, Fähigkeiten, Einstellungen und Wertvorstellungen (z.B. „Ich bin ein Mädchen. Ich bin vier Jahre alt. Ich kann sehr gut singen. Gemüse essen mag ich nicht. Hauen darf man nicht.“). Das *Selbstwertgefühl* umfasst Urteile über den eigenen Wert und die damit verbundenen Gefühle. Mit der Ausbildung

eines „Selbst“ beginnt das Kind, sich für andere Kinder zu interessieren und den Kontakt zu ihnen zu suchen. Es ist in der Lage, sich in Zustände anderer Personen hinein zu versetzen.

1.1.3 Die Emotionsentwicklung und Emotionsregulation

Die emotionale Entwicklung in den ersten Lebensjahren umfasst den Erwerb einer Vielzahl emotionaler Kompetenzen in den Bereichen des Emotionsausdrucks, des Emotionsverständnisses und der Emotionsregulation (Petermann & Wiedebusch, 2008).

Abbildung 2 stellt die hier beschriebenen Entwicklungsschritte schematisch zusammengefasst dar.

Die emotionale Entwicklung vollzieht sich über die gesamte Kindheit hinweg in dyadischen Beziehungen (Sroufe, 2000). So interpretieren beispielsweise sensible Bezugspersonen emotionale Ausdruckszeichen des Säuglings als an sie gerichtete Appelle und fühlen sich zu einer raschen, angemessenen Reaktion veranlasst. Dadurch ermöglichen sie dem Säugling, zeitliche, sensorische und räumliche Kontingenzen zwischen Emotionsanlass, Emotionsausdruck und Bewältigungshandlung zu erfahren. Darüber hinaus spiegeln Bezugspersonen die kindlichen Ausdruckszeichen in ihrem eigenen Ausdruck in besonders prägnanter Weise wider. Durch dieses affektreflektierende Spiegeln erfährt der Säugling Kontingenzen zwischen seinen Gefühlen, dem gespiegelten emotionalen Ausdruck und gegebenenfalls Konsequenzen, wodurch nach und nach die bewusste Gefühlswahrnehmung entsteht. Zudem erlangt das Kind durch Interaktionen mit den Bezugspersonen bzw. anderen Personen im sozialen Umfeld, aber auch durch das Erleben eigener Gefühle, ein immer größer werdendes Emotionswissen. So lernen Kinder beispielsweise, dass Emotionen in bestimmten Situationen auftreten und bestimmte Konsequenzen beim Gegenüber auslösen können.

Die Entwicklung des Emotionsausdrucks vollzieht sich in zwei Stufen: zuerst entwickeln sich die Basis- bzw. primären Emotionen (Freude, Ärger, Traurigkeit, Angst, Überraschung), welche sich bei der Mehrzahl aller Kinder im Verlaufe des ersten Lebensjahres erstmals beobachten lassen. Die Basisemotionen sind im Hinblick auf ihren mimischen Ausdruck kulturübergreifend und haben evolutionstheoretisch eine adaptive Bedeutung im Umgang mit grundlegenden Lebensaufgaben (Ekman, 1992). Ab dem zweiten Lebensjahr entwickeln sich im Kontext von Lernprozessen die sekundären Emotionen wie Schuld, Scham, Stolz, Neid oder Verlegenheit. Da diese Gefühle die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Kenntnis sozial anerkannter

Verhaltensregeln voraussetzen, wird auch von sozialen oder selbstbezogenen Emotionen gesprochen. Parallel zur Entwicklung des eigenen Emotionsausdruckes sind Säuglinge auch in der Lage den mimischen Emotionsausdruck ihres Gegenübers zu erkennen.

Im Zuge der sprachlichen Entwicklung sind Kinder ab Ende des zweiten Lebensjahres in der Lage, Gefühle zu beschreiben und damit über das eigene emotionale Befinden zu sprechen. Das Emotionsvokabular wird immer größer. Die fortschreitende kognitive Entwicklung befähigt Kinder zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr zur emotionalen Perspektivenübernahme. Diese wiederum bildet den Grundstein für empathisches Verhalten, welches sich bis ca. zum fünften Lebensjahr herausgebildet hat. Ab dem dritten Lebensjahr können Kinder ihr eigenes emotionales Erleben vom äußerlich sichtbaren emotionalen Ausdruck entkoppeln. Sie erlernen verschiedene Strategien, um erlebte Emotionen im Ausdruck abzuschwächen, zu verstärken oder zu ersetzen.

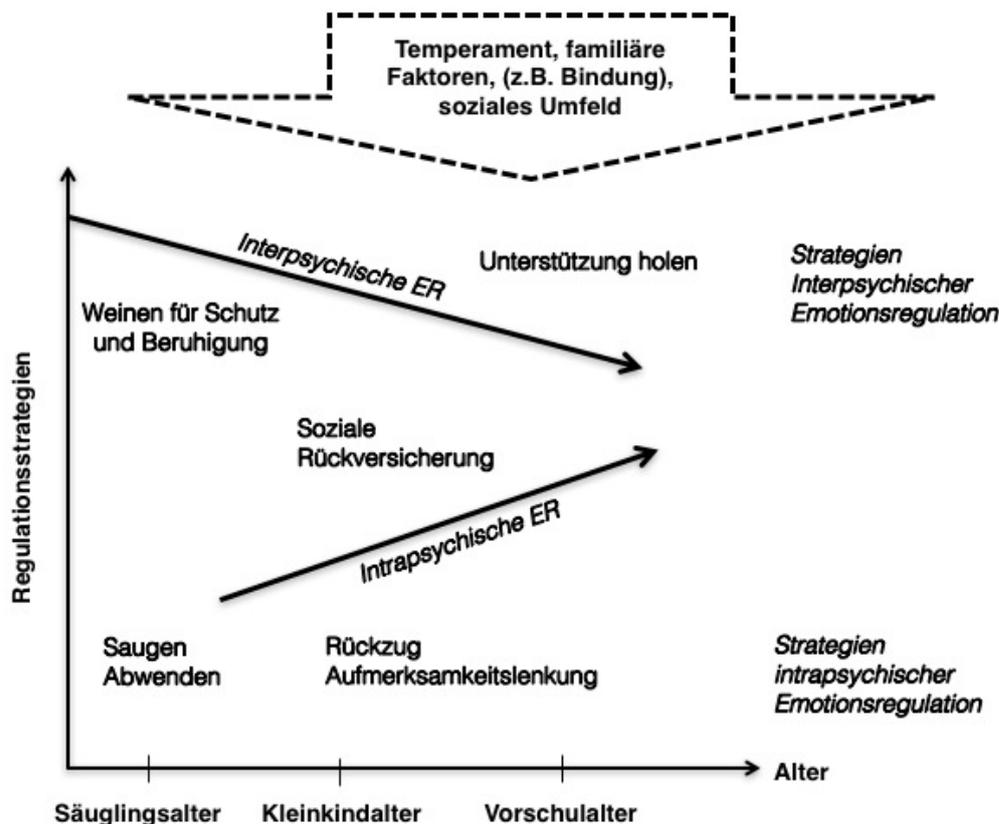


Abbildung 2: Emotionale Entwicklung im Vorschulalter (nach In-Albon, 2013)

Emotionsregulation kann als intrinsischer bzw. extrinsischer Prozess definiert werden, der dazu dient, Emotionen quantitativ und qualitativ zu modifizieren (Thompson, 1994).

Emotionsregulation dient Thompson zufolge der Modulation emotionaler Erregung, d.h. es werden emotionale Zustände bzw. Ausdrücke initiiert, moduliert, gehemmt, gesteigert oder koordiniert. Das Ziel ist hierbei negative Emotionen abzuschwächen, positive zu erhalten oder zu verstärken und das Ausmaß der Stimulation in einem individuell als angenehm empfundenen Bereich zu halten. Fortschritte in der Emotionsregulation sind direkt mit Prozessen der Hirnreifung verbunden (Lewis & Stieben, 2004). Durch die Entwicklung kognitiver, emotionaler, motorischer, sprachlicher und sozialer Kompetenzen, gelingt es Kindern auch zunehmend besser, ihre Emotionen zu regulieren. Dabei spielen jedoch auch Temperamentsmerkmale, insbesondere die emotionale Reaktivität sowie Sozialisationseinflüsse durch Eltern, Geschwister und Peers eine wichtige Rolle. Die Entwicklung der kindlichen Emotionsregulation vollzieht sich also im Kontext früher Interaktionserfahrungen des Kindes (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little, & Briggs-Gowan, 2001).

Die Emotionsregulation entwickelt sich in der frühen Kindheit von einer anfänglich primär interpersonellen Emotionsregulation, also der Regulation der Emotionen durch die Bezugsperson, hin zu einer intrapersonellen Emotionsregulation, in Form von selbstgesteuerten Regulationsstrategien (Holodynski, 2006). Bei sehr jungen Kindern übernehmen also die Bezugspersonen einen großen Anteil an der Regulation emotionaler Zustände. Sie deuten die noch ungerichteten kindlichen Emotionszeichen, spiegeln sie in Form sehr prägnanter Ausdruckszeichen und reagieren prompt mit Bewältigungshandlungen. Gergely und Watson (1996) fassen in einer Übersichtsarbeit zusammen, dass die Affektspiegelung durch die Eltern die zentrale Rolle in der Emotionsentwicklung spielt. Kinder lernen Emotionen durch das soziale Feedback innerhalb affektregulierender Interaktionen ihrer Umwelt kennen. Neben der Affektspiegelung unterstützen Eltern ihr Kind, sein Arousal innerhalb einer bestimmten Schwellenbandbreite zu halten und bei einem Unter- oder Überschreiten dieser Erregungsschwelle die Situation zu modifizieren (Friedlmeier & Holodynski, 1999). Außerdem ermöglichen sie dem Kind das Erkennen von Zusammenhängen zwischen den verschiedenen emotionalen Ausdrücken und deren Bedeutung für das kindliche Selbst und unterstützen die Entwicklung eines generalisierten kommunikativen Codes für charakteristische Emotionsausdrücke (Holodynski, 2006).

Etwa ab dem dritten Lebensmonat übernehmen Säuglinge zunehmend mehr Anteile in der interpsychischen Regulation. Sie ahmen vor allem positive mimische und stimmliche Affektäußerungen der Bezugsperson nach und eignen sich mehr und mehr Strategien zur Regulation ihrer Emotionen an, durch die sie die Stärke und Qualität ihrer Emotionen nach Maßgabe der sozialen Normen und situativen Anforderungen modifizieren können (Izard & Malatesta, 1987).

Im Laufe des zweiten Lebensjahres entwickelt sich mehr und mehr die Fähigkeit zur selbständigen Emotionsregulation. Diese eigenständige Emotionsregulationsfähigkeit erlaubt es Kindern auch zunehmend selbstständiger zu agieren und beispielsweise eine bestimmte Zeitperiode ohne die Bezugsperson zu verbringen. Durch die weiterentwickelten intrapersonellen Emotionsregulationsstrategien sind Kinder nun in der Lage, bestimmte emotionale Erlebnisse alleine zu durchleben (Holodynski, 2006).

Während also das Handeln des Säuglings und Kleinkinds noch ausschließlich von Emotionen geleitet wird, gehen Vorschulkinder nicht mehr ausschließlich ihren Emotionen nach, sondern regulieren diese, um ein übergeordnetes Motiv befriedigen zu können (Kopp & Neufeld, 2003). Durch diese Entwicklung nehmen auch die Häufigkeit und Intensität der gezeigten Emotionen im Laufe der kindlichen Entwicklung ab.

Durch Emotionswissen und das Bewusstwerden eigener Gefühle entwickelt sich bei Kindern im Laufe der frühen Kindheit auch die Empathiefähigkeit (Oberman & Ramachandran, 2007). Kinder erlangen zunehmend die Fähigkeit, den emotionalen Ausdruck anderer Personen zu erkennen und zu deuten. Dies wiederum ist eine unverzichtbare Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten (Denham, 1993; Herndon, Bailey, Shewark, Denham, & Bassett, 2013).

Tabelle 3: Überblick über die wichtigsten Formen der Emotionsregulation im Vorschulalter (nach Petermann und Wiedebusch, 2008)

- › *Interaktive Regulationsstrategien*: Kinder suchen die Unterstützung von Eltern oder Gleichaltrigen, um Emotionen zu regulieren.
- › *Aufmerksamkeitslenkung*: Kinder wenden ihre Aufmerksamkeit von der Erregungsquelle ab und richten ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes.
- › *Selbstberuhigungsstrategien*: Kinder beruhigen sich selbst, indem sie Verhaltensrituale einsetzen (z.B. Kuscheltier in den Arm nehmen) oder beruhigende Selbstgespräche führen („Jetzt ist alles wieder gut“).

- › *Rückzug aus der emotionsauslösenden Situation:* Kinder krabbeln z.B. weg.
- › *Manipulation der emotionsauslösenden Situation:* z.B. durch Spielen.
- › *Kognitive Regulationsstrategien:* durch positive Selbstgespräche („Ich muss mich erst einmal beruhigen“) oder Neubewertung der Situation („Eigentlich ist das gar nicht so schlimm“).
- › *Externale Regulationsstrategien:* Gefühle körperlich ausagieren, z.B. indem das Kind auf den Boden stampft.

Defizite in der Emotionsregulation können zu exzessiver emotionaler Reaktivität beim Kind führen, was wiederum ein Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Störungen im Laufe der Kindheit sein kann. So gibt es Befunde, dass Defizite in der Emotionsregulation sowohl bei der Entstehung von aggressiven Verhaltensstörungen (Olson, Lopez-Duran, Lunkenheimer, Chang, & Sameroff, 2011), als auch bei Angststörungen (Cisler, Olatunji, Feldner, & Forsyth, 2010) eine entscheidende Rolle spielen. Leider existieren nur sehr wenige Längsschnittstudien, die sich mit dem Zusammenhang von Emotionsdysregulation und Verhaltensproblemen im frühen Kindesalter beschäftigen. Crockenberg, Leerkes und Jo (2008) fanden einen Zusammenhang zwischen der Aufmerksamkeitslenkung als eine Strategie der Emotionsregulation und aggressivem Verhalten mit zweieinhalb Jahren. Bei Mädchen ging das Wegschauen von einem frustrierenden Reiz im Säuglingsalter mit weniger aggressivem Verhalten in der frühen Kindheit einher. Hohe Kompetenzen zur Emotionsregulation im Alter von fünf Jahren waren bei Mädchen mit weniger trotzigem und aggressivem Verhalten im weiteren Entwicklungsverlauf assoziiert (Stifter, Spinrad, & Braungart-Rieker, 1999). Für einen Überblick siehe auch In-Albon (2013).

1.1.4 Entwicklung der Aufmerksamkeitssteuerung und Handlungskontrolle

Unter Aufmerksamkeit versteht man die Lenkung des Bewusstseins auf eine bestimmte Empfindung, Wahrnehmung, ein Verhalten, einen Gegenstand oder einen Gedanken (Broadbent, 1957). Folglich spricht man von Aufmerksamkeit, wenn ein Individuum seine ganze Konzentration auf ein bestimmtes Objekt, eine Tätigkeit oder auf eine Aufgabe richtet. Während man konzentriert ist, gehört die gesamte Aufmerksamkeit der betreffenden Sache, so dass eine intensive Auseinandersetzung stattfindet. Eine Vielzahl der Forschungsbemühungen in den letzten vier Dekaden hat vor allem die Aktivierungs- und Selektionsfunktion als zentrale Komponente der Aufmerksamkeit weiter differenziert. Hier ist insbesondere das Modell von

Posner und Bois (1971) zu nennen, das drei sich nacheinander entwickelnde Aufmerksamkeitssysteme postuliert: „Aufmerksamkeitsausrichtung (orienting)“, „Aufmerksamkeitsselektivität (selection)“ und „Aufmerksamkeitsaktivierung/ Daueraufmerksamkeit (alerting/sustained attention)“.

Die Entwicklung der Aufmerksamkeitsspanne, also wie lange eine Person ihre Aufmerksamkeit bewusst steuern kann, verhält sich umgekehrt U-förmig (Acik, Sarwary, Schultze-Kraft, Onat, & König, 2010). Das heißt, dass sich die Leistungsfähigkeit in den ersten Lebensjahren sukzessive steigert, dann auf einem stabilen Niveau bleibt und sich im hohen Alter tendenziell wieder verschlechtert.

Bereits ab dem Zeitpunkt der Geburt werden Kinder mit einer Vielzahl von Reizen konfrontiert, die ihre Aufmerksamkeit erfordern. Man kann schon in diesem Alter erste Anzeichen von gerichteter Aufmerksamkeit in Form von Blickzuwendung, verlangsamtem Puls oder Saugen beobachten (Posner & Rothbart, 2001). Säuglinge zeigen eine starke Präferenz für neue Stimuli und können bereits in diesem Alter wiederkehrende Muster und Unterscheidungsmerkmale der Umwelt (z.B. Gesichter vs. Nicht-Gesichter) erkennen. Die dafür notwendige Fähigkeit des Ausfilterns unwesentlicher Reize ist also bereits sehr früh in der Entwicklung vorhanden. Da Säuglinge jedoch schnell von zu vielen Reizen überfordert sein können bzw. ihre Regulationsfähigkeiten bei der Geburt noch nicht vollständig ausgereift sind, wird ein erheblicher Teil der Aufmerksamkeitsregulation zu Beginn des Lebens durch die Eltern übernommen. Dieses Zusammenspiel kindlicher und elterlicher Kompetenzen nennt sich Co-Regulation und unterstützt die frühen psychophysiologischen Entwicklungsaufgaben in Bezug auf Schlaf-Wach-Organisation, Nahrungsaufnahme und basale Affektregulation des Kindes (Papoušek & Papoušek, 1996).

Mit etwa sechs Wochen sind die Augen der Säuglinge in der Lage, Objekte oder Gesichter visuell zu fixieren und diese Fixierung etwa 10-30 Sekunden aufrechtzuerhalten. Gegen Ende des dritten Monats ist das visuell-motorische System so weit ausgereift, dass das Kind Objekte visuell verfolgen oder eine Fixierung aufrechterhalten kann. Zudem ist das Auge nun fähig, sich rasch auf die fixierten Objekte scharf einzustellen. Dadurch kann das Kind seine Blickrichtung kontrollieren und damit die aufgenommenen visuellen Informationen selbst steuern. Dieser Zeitpunkt ist somit auch der Beginn der selbstgesteuerten Aufmerksamkeitslenkung beim Kind. Es ist damit in der Lage, sein physiologisches Erregungs- und Spannungsniveau innerhalb

bestimmter Grenzen eigenständig zu regulieren (z.B. durch Blickabwendung bei Überstimulation).

Zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensmonat machen Säuglinge große Entwicklungsfortschritte hinsichtlich der Aufmerksamkeitslenkungen bzw. des Fokuswechsels (Johnson, Posner, & Rothbart, 1991). Im Alter von vier Monaten waren 90 % der untersuchten Babys in der Lage, ihre Aufmerksamkeit umzulenken, bei den zwei und drei Monate alten Säuglingen waren es nur 36 % bzw. 46 %. Weiterhin berichten die Autoren, dass vier Monate alte Kinder, welche ein hohes Ausmaß an Aufmerksamkeitsumlenkung zeigten, von ihren Müttern als weniger furchtsam und leichter zu beruhigen beschrieben wurden. Durch die Fähigkeit des Fokuswechsels und der Aufmerksamkeitsabwendung hat der Säugling also die Möglichkeit erworben, sich vor unangenehmen Reizen zu schützen, was unter anderem eine Voraussetzung für die Emotionsregulation ist. Kinder, die ihre Aufmerksamkeit weniger gut von negativen Stimuli ablenken können, haben dagegen ein höheres Risiko für Ängstlichkeitssymptome (Derryberry & Rothbart, 1997).

Das anteriore Aufmerksamkeitssystem kann komplexere Reize verarbeiten und umfasst die willentliche Aufmerksamkeits- und Handlungskontrolle, im englischen "*Effort Control*" genannt. Diese willentliche, mit Aufwand und Anstrengung verbundene Kontrollleistung, welche die Hemmung einer dominanten Verhaltenstendenz zugunsten eines weniger dominanten Verhaltens ermöglicht, entwickelt sich ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bis ins Vorschulalter hinein. Insbesondere zwischen dem 27. und 36. Lebensmonat werden beträchtliche Fortschritte gemacht (Derryberry & Rothbart, 1997). Weiterhin wurde die *Effort Control* mit der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, der Entwicklung des Gewissens und der Regulation von Furcht in Verbindung gebracht.

Papoušek and Papoušek (1979) haben zeigen können, dass sich Säuglinge bereits sehr früh in ihrer Entwicklung auf die Blickrichtung eines Erwachsenen einstimmen können. Diese Kompetenz zur gemeinsamen Aufmerksamkeit beginnt ab dem dritten Lebensmonat und nimmt zwischen fünf und sieben Monaten bedeutsam zu. Ab dem Alter von sechs Monaten können Kinder einem Gegenstand oder einer Person ihre volle Aufmerksamkeit schenken. Mit ca. acht bis neun Monaten beginnen Kinder Objekte in die Interaktion mit anderen Personen miteinzubeziehen. Mit neun bis zwölf Monaten ist das Kind schließlich in der Lage, dem Blick des Erwachsenen zu folgen und mit ihr oder ihm zusammen einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsprozess zu verwirklichen. Man spricht hierbei von *Joint Attention*.

Im Kleinkindalter treten äußere Stimuli in ihrer Bedeutung in den Hintergrund. Nun beginnen höhere Kognitive Funktionen und das Gedächtnis Aufmerksamkeitsfunktionen in zunehmendem Maße zu steuern. Das Erkunden der Umwelt wandelt sich in einen aktiv gesteuerten Prozess. Das Kleinkind geht zunehmend bewusster auf die Suche nach Informationen.

Im Verlauf der Entwicklung vom Kleinkind zum Vorschulkind steigt schließlich die Fähigkeit des Kindes, die eigene Aufmerksamkeit zu kontrollieren und irrelevante Informationen auszufiltern weiter an. Dadurch ist die Anpassung der Aufmerksamkeit an verschiedene Situationen, Aufgaben und Probleme möglich. Sie können beispielsweise Suchaufgaben (z.B. in einem Wimmelbuch) ausführen.

Die Aufmerksamkeit ist entscheidend für eine Vielzahl kognitiver Prozesse (z.B. Problemlösen und Gedächtnis) und ist damit essentiell für erfolgreiches Lernen, aber auch soziales Verhalten und vorausschauendes Handeln (Posner & Petersen, 1990). Durch die fortschreitende Entwicklung der Aufmerksamkeit verändert sich auch das Verhalten des Kindes. So sind Vorschulkinder in der Lage, planmäßig vorzugehen bzw. bewusst Pläne umzusetzen. Auch nimmt impulsives Handeln ab, da die Kinder weniger durch automatische Reaktionen bzw. Umweltreize bestimmt werden, sondern zunehmend auch systematisches Denken, Aufgabenorientierung und Reflexion das Handeln selbst bestimmen. Dieser Entwicklungsschritt ist jedoch individuell sehr verschieden und hängt neben dem Temperament von einer Vielzahl von Faktoren ab: Modelle in der Familie (Eltern, Geschwister), Eltern-Kind-Interaktionen, Geschwisterzahl und Erziehungsstil (Posner & Rothbart, 2007).

1.1.5 Abgrenzung alterstypischer Verhaltensmuster

Schlafverhalten

Insbesondere der Schlaf von Säuglingen und Kleinkindern unterscheidet sich massiv von jenem älterer Kinder und Erwachsener (Singh, Gill, Soni, & Raizada, 1992). Diese Besonderheiten erfordern eine sorgfältige Abgrenzung von altersnormativem Schlafverhalten von auffälligen Schlafmustern.

Ein Neugeborenes verbringt etwa 16-18 Stunden täglich schlafend, dabei ist der Gesamtschlaf relativ gleichmäßig über den gesamten Tag hinweg auf mehrere Schlafphasen verteilt. Dabei bildet sich ein deutlicher Nachtschlaf erst im Verlaufe der ersten 6 Monate heraus (Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009). Durch die zunehmende Konsolidierung des Nachtschlafes

verringern sich auch die Schlafphasen tagsüber. Im Alter von sechs Monaten beträgt die längste Schlafphase im Mittel sechs Stunden. Somit scheint gemäß großangelegter Internetbefragungen von Eltern das nächtliche Erwachen im ersten Lebensjahr eher der Norm als einer Abweichung zu entsprechen (Sadeh et al., 2009).

Tagsüber weisen Säuglinge im Alter von 6 bis 12 Monaten im Mittel zwei kürzere Schlafepisoden auf. Mit zunehmendem Alter nimmt die tägliche Schlafdauer ab. So dass Kinder mit 6 Monaten nur noch etwa 14 bis 15 Stunden und mit einem Jahr durchschnittlich etwa 12 Stunden Schlaf täglich benötigen (Iglowstein, Jenni, Molinari, & Largo, 2003; Sadeh, 2008).

Gegen Ende des ersten Lebensjahres sind die meisten Säuglinge in der Lage durchzuschlafen. Der Nachtschlaf hat sich weitestgehend etabliert. Zwischen dem ersten und dem zweiten Lebensjahr reduziert sich zudem der Tagschlaf auf eine einzelne Schlafepisode (Iglowstein et al., 2003; Sadeh, 2008).

Die meisten Kinder hören zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr auf, tagsüber zu schlafen. Dies hängt insbesondere von der Anzahl älterer Geschwister und der Betreuungssituation tagsüber ab (Sadeh, 2004, 2008; Sadeh & El-Sheikh, 2015).

Mindell und Kollegen (2010) betonen im Zusammenhang mit der Entwicklung des Schlafverhaltens insbesondere die wichtige Rolle der Eltern als externe Taktgeber und bei der Unterstützung beim autonomen und selbstgesteuerten Einschlafen. Auch Sadeh, Tikotzky und Scher (2010) betonen in ihrem Überblick die hohe Abhängigkeit des Schlafes von Säuglingen und Kleinkindern von physiologischen Notwendigkeiten (Nahrungsaufnahme) und Umweltreizen (inkl. elterlichen Einflüssen). Elterliche Kognitionen und Emotionen, aber auch die Eltern-Kind-Beziehung und elterliche Psychopathologien beeinflussen den Erwerb eines gesunden Schlafverhaltens. Insbesondere die elterliche Einschlafpraxis und Beruhigungsmaßnahmen sind eng mit dem Schlaf des Kindes verknüpft und können durch die oben genannten Faktoren beeinflusst werden. So zeigen Studien, dass insbesondere elterliche Einschlafhilfen, welche ein zentrales Kriterium für die Vergabe einer Schlafstörung nach den RDC-PA sind, sehr häufig von Eltern eingesetzt werden. So fanden Sadeh und Mitarbeiter (2008) in einer repräsentativen Befragung von 5006 Eltern, dass 17 % der 2-3 jährigen Kinder im eigenen Bett mit elterlicher Anwesenheit, 15 % im elterlichen Bett mit Anwesenheit der Eltern und 11 % bei laufendem Fernsehen einschliefen. Weitere 7 % der Eltern berichteten, dass sie ihr Kind zum Einschlafen im Arm hielten, 4 % wiegten es und 3 % gaben ihm zum

Einschlafen ein Fläschchen. Dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte der untersuchten 2-3jährigen nicht ohne exogene Einschlafhilfe einschlafen konnten. Insofern ist die elterliche Belastung ein sehr entscheidendes diagnostisches Kriterium. Auch beim Durchschlafen wurden eine Vielzahl von elterlichen Einschlafhilfen berichtet: 32 % der Eltern gaben an ihr Kind im eigenen Bett zu streicheln, 22 % nahmen es aus dem Bett und legten es nach der Beruhigung zurück, 20 % nahmen ihr Kind mit ins elterliche Bett, 11 % hielten und wiegten es, 8 % sangen und 5 % gaben ein Fläschchen. Nur 40 % der Eltern gaben an, einige Minuten zu warten bis sie auf ihr Kind reagierten. 12 % der Eltern sagten, dass sie ihr Kind schreien ließen. Diese Zahlen deuten also darauf hin, dass offensichtlich nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Säuglinge und Kleinkinder in der untersuchten Stichprobe beim nächtlichen Erwachen ohne elterliche oder andere exogene Einschlafhilfen wieder einschlafen kann und wiederum dem subjektiven elterlichen Belastungsfaktor eine erhebliche Bedeutung zumisst.

Essen

Die kindliche Ernährungsform ist der jeweiligen Entwicklungsphase eines Kindes angepasst. Sie entspricht den Möglichkeiten, welche der Organismus hat, bestimmte Nahrungsmittel aufzunehmen und zu verdauen. Zu Beginn muss das Neugeborene bzw. der junge Säugling lernen, Hungergefühle wahrzunehmen, zu signalisieren und während der Nahrungszufuhr einen Zustand wacher Aufmerksamkeit zu erreichen und beizubehalten. Schließlich muss er seine Sättigkeit mitteilen. Die Fähigkeit, die Energieaufnahme über Hunger- und Sättigungsgefühle selbst zu regulieren und die aufgenommene Energiemenge auf die physiologischen Bedürfnisse abzustimmen (Selbstregulation), ist angeboren und bei Säuglingen und Kleinkindern am stärksten ausgeprägt. Bis ca. zum 6. Lebensmonat, wird die benötigte Energie ausschließlich durch die Aufnahme von Muttermilch bzw. Säuglingsmilch gedeckt. Zwischen dem 5. und dem 7. Lebensmonat kann jedoch der Bedarf an Mineralstoffen (z. B. Eisen, Zink), Proteinen und Ballaststoffen nicht mehr allein durch Milchnahrung gedeckt werden und das Kind muss lernen feste Nahrung aufzunehmen und zu verdauen. Säuglinge sind besonders in diesem Alter empfänglich für die Einführung fester Nahrung (Wolke, 2000). Wird dieses besonders sensitive Fenster für die Einführung fester Nahrung ignoriert, kann es zu Schwierigkeiten bei der späteren Einführung altersangemessener Nahrung kommen. Ähnliches gilt auch für die zunehmenden Autonomiebestrebungen des Kindes. Der Säugling bzw. das Kleinkind wird im Laufe seiner Entwicklung zunehmend selbstständiger und feinmotorisch geschickter, so dass es sich beispielsweise selbst füttern möchte. Respektieren Eltern solche Entwicklungsschritte zu

wenig, kann es zu Problemen mit der Ernährung des Kindes kommen (Chatoor, Schaefer, Dickson, & Egan, 1984). Dass solche Schwierigkeiten verhältnismäßig häufig auftreten, zeigen verschiedene große Untersuchungen. Jedes dritte bis vierte Elternpaar von Kindern im Vorschulalter kennt Ess- und Fütterungsprobleme (Benjasuwantep, Chaithirayanon, & Eiamudomkan, 2013; Phalen, 2013; Wolke, Schmid, Schreier, & Meyer, 2009). Meist handelt es sich jedoch um vorübergehende Schwierigkeiten. In einer repräsentativen Studie von Wright et al. (2007) wurden insgesamt 455 Eltern befragt, wobei 20 % der Eltern Essprobleme bei ihren Kindern angaben. Von diesen Kindern aßen 49 % nur eine eingeschränkte Zahl von Nahrungsmitteln, 39 % bevorzugten Getränke gegenüber fester Nahrung, 23 % aßen zu langsam, 18 % waren am Essen nicht interessiert, 18 % wehrten sich gegen das Füttern und 4 % verweigerten feste Nahrung. So macht die Studie deutlich, dass Symptome von Fütterstörungen in milderer Form bei vielen Kindern zu beobachten sind: Verzehr eines nur sehr eingeschränkten Repertoires an Nahrungsmitteln; wenig Interesse am Essen; aktive Nahrungsverweigerung. Alle diese Symptome finden sich bei Kindern mit manifesten Ess- und Fütterstörungen – nur in stärkerer Ausprägung. Auch macht die Studie deutlich, dass die Eltern-Kind-Interaktion oftmals sehr stark durch die Fütter- und Essschwierigkeiten belastet ist. Die Studie von Wright et al. (2007) erfasste aber auch die Strategien, wie Eltern auf die oben genannten Schwierigkeiten reagierten: 67 % ließen den Fernsehen oder Videofilme während des Essens laufen, 75 % spielten mit dem Kind, 72 % boten alternative Lebensmittel an und 53 % drohten damit, das Essen wegzunehmen.

Spätestens mit 12 Monaten ist ein Kind in der Lage, das Ernährungsangebot seiner Umgebung mit Hilfestellung (z.B. Hochstuhl oder Kinderlöffel) motorisch und gastroenterologisch zu bewältigen. Die Essensentwicklung ist funktionell, motorisch, olfaktorisch und geschmacksmäßig stark kulturell geprägt. Spezifische Geschmacksvorlieben entwickeln sich meist durch Erfahrung mit den angebotenen Speisen. In der aufgenommenen Nahrungsmenge gibt es dabei individuell jedoch erhebliche Differenzen, diese hängen zum einen vom Geschlecht und dem Gewicht des Kindes ab, zum anderen scheinen auch neuroendokrine Hunger-Sättigungs-Regulationsmechanismen eine Rolle zu spielen (Alexy & Kersting, 2006). Ist ein Kind gesund, aktiv und zufrieden, können Eltern davon ausgehen, dass es ausreichende Mengen isst. Bei Unsicherheiten sollte immer eine pädiatrische Untersuchung mit einem Abgleich des Gewichts mit einer Perzentilkurve erfolgen.

Ängste

Furcht und Angst sind zentrale menschliche Emotionen (Ekman, 1992; Izard, 1977). Angst ist eine in die Zukunft gerichtete Reaktion auf bedrohlich oder unkontrollierbar eingeschätzte Situationen. Sie veranlasst Menschen sich so zu verhalten, dass potentielle Gefahren vermieden oder bewältigt werden können. Damit stellen Ängste angemessene Reaktionen auf tatsächliche Bedrohungen dar, denn ohne Angstreaktionen hätten Menschen im Laufe der Evolutionsgeschichte nicht überleben können. Entsprechend sind Ängste sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen normale emotionale Reaktionen.

So gibt es beispielsweise bestimmte Umweltgegebenheiten (Dunkelheit, Feuer, Unwetter, Blitz und Donner, Höhen, Schlangen, Spinnen usw.) auf die viele Menschen stärker mit Angst reagieren als auf andere Reize. Man spricht hier von sogenannten primären Angstreizen. Auf der anderen Seite gibt es auch kindliche Ängste, welche typisch für ein bestimmtes Entwicklungsalter sind und die sich im weiteren Entwicklungsverlauf weitgehend wieder verlieren.

Neben Freude und Ärger gehört die Angst zu den Emotionen, welche Kinder als Erstes entwickeln. Furcht oder Angst entwickelt sich nach Sroufe (1996) im Laufe des ersten Lebensjahres, etwa ab 7 Monaten. Wie in Tabelle 4 dargestellt, stehen Ängste im Vorschulalter in enger Beziehung zur jeweiligen Stufe der kognitiven Entwicklung. Das bedeutet, dass sich die Angstinhalte mit dem Alter bzw. der jeweiligen Entwicklungsphase ändern. So haben beispielsweise viele Kinder ca. ab dem achten Lebensmonat besonders häufig Angst vor fremden Menschen und gegen Ende des ersten Lebensjahres vor Trennungen von der primären Bezugsperson. Andere Ängste die ebenfalls früh in der kindlichen Entwicklung auftreten können, sind z.B. laute Geräuschen. Im Verlauf des zweiten und dritten Lebensjahres ängstigen sich Kinder oft vor Tieren, vor Dunkelheit und vor dem Alleinsein. In der magischen Phase (ab etwa dem vierten Lebensjahr) wird das kindliche Denken und Handeln durch magische Vorstellungen beeinflusst. Für Kinder in dieser Entwicklungsphase sind Monster, Geister, Gespenster und ähnliche Gestalten real existent. Entsprechend haben Kinder in diesem Alter oft Ängste vor Fantasiegestalten wie Monstern, Geistern und Gespenstern aber auch vor Naturgewalten beispielsweise vor Gewitter.

Tabelle 4: Normative Ängste im Vorschulalter (modifiziert nach Carr, 2006)

Alter	Entwicklungsfortschritt	Entwicklungsphasentypische Ängste
0-6 Monate	Primär sensorische Fähigkeiten	Intensive sensorische Reize (laute Geräusche, intensive Gerüche) Verlust von Zuwendung
6-12 Monate	Sensomotorische Schemata	Fremde Menschen
1-2 Jahre	Ursache & Wirkung Objektpermanenz	Trennung
3-4 Jahre	Präoperationales Denken Magische Phase	Fantasiestalten Potenzielle Einbrecher Dunkelheit
5-6 Jahre	Konkret-operationales Denken	Naturgewalten: Blitz, Donnern Naturkatastrophen: Feuer, Überschwemmung

Aufgrund ihrer relativen Häufigkeit im Vorschulalter kann es schwierig sein, altersnormative Ängste von pathologischen Ängsten abzugrenzen. Entsprechend den, für das Vorschulalter relevanten, Klassifikationssystemen werden Ängste als dann klinisch bedeutsam eingeordnet, wenn sie sehr stark ausgeprägt und anhaltend sind, es zu einer anhaltenden Beeinträchtigung für das Kind bzw. seiner Eltern kommt sowie die gesunde Entwicklung des Kindes gefährdet ist.

Routinen und Rituale

Gewohnheiten, Bräuche und Rituale gehören zum ganz normalen Alltag. Rituale und Routinen sind besonders bei jüngeren Kindern sehr häufig. Ab etwa drei Jahren zeigen fast alle Vorschulkinder vielfältige Entwicklungsrituale und abergläubisches Verhalten. Dieses Verhalten steht ähnlich wie den Ängsten in Verbindung mit dem magischen Denken, welche Kinder in diesem Alter innehaben. Typische Beispiele für solche Routinen und Rituale sind beispielsweise das Vorlesen des immer gleichen Buches, das Ordnen der Farbstifte nach immer dem gleichen Muster, das alltägliche exakte Aufreihen von Kuscheltieren oder das Spiel mit den Gehsteigplatten, die nicht berührt werden dürfen. Solche Verhaltensweisen sind Teil einer normalen Entwicklung und lassen normalerweise ab Schuleintritt allmählich wieder nach.

Gewohnheiten und Rituale nehmen Entscheidungen ab und vermitteln dadurch Struktur und Sicherheit. Kinder lernen so Ängste besser zu bewältigen und ihren Alltag zu strukturieren. Vor allem in Zeiten von Umbrüchen und Übergängen sind daher die meisten zwanghaften Verhaltensweisen bei jüngeren Kindern harmlos und unbedenklich.

Der Übergang von der Normalität zur Krankheit ist auch hier fließend. Ähnlich wie bei den Ängsten, kann man sich auch bei den Zwängen bzw. Ritualen auf das Kriterium der Beeinträchtigung beziehen. Demnach werden Routinen und Rituale dann zum Zwang, wenn die Handlung die Kinder in ihrem Leben beeinträchtigt, ihr Wesen verändert und wenn sie nicht mehr frei spielen können oder sich zurückziehen. Zwangsgedanken und -handlungen werden oft ausgeführt, um sich oder andere vor Gefahr zu schützen, um Ängste zu bekämpfen oder drohendes Unheil zu verhindern.

Trotzverhalten und Wutanfälle

Auch die Emotion Wut zählt zum normalen Spektrum an Gefühlen, die bereits sehr junge Kinder erleben. Wie bereits im Abschnitt 1.1.2 beschrieben, durchlaufen die meisten Kinder zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensjahr eine Phase, in der es zunehmend seine Autonomie entdeckt, vieles selber machen will und schnell wütend wird, wenn seine Pläne unterbunden werden. Das Trotzverhalten ist also ein entwicklungsbedingtes Durchgangsphänomen, zu welchem auch erste körperliche und verbale Aggressionen gehören. In den Trotzphasen sind Kinder hoch erregt, wütend und neigen zu destruktiven und (auto-)aggressiven Handlungen. Oft kann sich ein Kind aus seiner Erregung heraus nicht mehr selbst beruhigen.

Bei den meisten Kindern beginnt das Trotzen im Rahmen der Autonomieentwicklung zwischen dem 15. und 19. Lebensmonat und kann sich bis ins 6. Lebensjahr hinziehen. So fanden Österman und Björkquist (2010) in einer Bevölkerungsstichprobe von 132 Kindern bei 87 % vermehrtes Trotzen. Ein Kind kann dann beispielsweise darauf bestehen, bestimmte Kleidung zu tragen, welche für die aktuelle Wetterlage völlig ungeeignet ist oder sich im Supermarkt auf den Boden werfen, weil ihm das gewünschte Spielzeug verweigert wird. Bei rund 65 % dieser Kinder traten diese Trotzanfälle im Alter zwischen 2-3 Jahren auf. Das Trotzverhalten nimmt im Allgemeinen im vierten Lebensjahr an Frequenz und Intensität ab (Potegal & Davidson, 2003). Jedoch zeigten immerhin 43 % der Kinder noch nach dem 5. Geburtstag solche Verhaltensweisen (Osterman & Bjorkqvist, 2010). Aggressives Verhalten zeigen bis zu 80 % aller Kinder im Alter zwischen 12 bis 17 Monaten, wobei der Höhepunkt etwa bei zwei Jahren liegt. Am häufigsten sind in diesem Zusammenhang die folgenden Verhaltensweisen zu

beobachten: Wegnehmen von Spielzeug, Schubsen und Stoßen, Beißen, Kratzen, Treten, Schlagen und an den Haaren ziehen (Reebye, 2005; Tremblay et al., 2004).

Eine Hilfe bei der Abgrenzung altersnormativer Wutanfälle und Aggressionen von übermäßigem Trotzverhalten kann beispielsweise die Dauer der Wutanfälle sein. Entsprechend den Untersuchungen von Osterman und Bjorkqvist (2010) dauern die Trotzanfälle in der Allgemeinbevölkerung im Schnitt 5 bis 10 Minuten. Kommt es also wiederholt zu Wutausbrüchen, welche wesentlich länger dauern, kann dies ein Hinweis auf exzessives Trotzen sein. Auch die absolute Häufigkeit im Verlaufe des Tages kann in die Beurteilung mit einbezogen werden. Needleman, Stevenson und Zuckerman (1991) gehen beispielsweise davon aus, dass mehr als drei Trotzanfälle pro Tag von jeweils mindestens 15 Minuten Dauer als auffällig zu bewerten sind, was auf 6,8 % der untersuchten Dreijährigen zutrifft. Andere Studien geben Häufigkeiten von 5 % bis 20 % an (Thomas & Pope, 2012).

Weiterhin rebellieren Kleinkinder im Normalfall nur gegen Personen, bei denen sie sich sicher und vertraut fühlen. Treten Wutanfälle bei Personen außerhalb der eigenen Familie wiederholt auf, kann dies ebenfalls als ein Hinweis für pathologisches Trotzen interpretiert werden.

Weiterhin wollen Kinder, welche im Rahmen ihrer normalen Autonomieentwicklung trotzen, andere nicht bewusst ärgern. Handelt ein Kind jedoch gezielt, um zu provozieren, missachtet es durchgängig Regeln und zeigt es wenig empathisch-mitfühlendes Verhalten anderen gegenüber, ist auch dies ein Hinweis darauf, dass die Wutanfälle und die aggressiven Ausbrüche über die normalen Entwicklungsvarianten hinausgehen. Dazu zählen Verhaltensweisen, in denen ein Kind gezielt jemanden schlägt, beißt, tritt oder anspuckt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (z.B. ein Spielzeug zu bekommen).

Exzessives Trotzen ist nicht automatisch pathologisch. Jedoch können diese Verhaltensweisen persistieren und sich hin zu einer oppositionellen Verhaltensstörung entwickeln. Diese Gefahr besteht vor allem dann, wenn es den Eltern nicht gelingt, das Kind in seiner Emotionsregulation zu unterstützen und es immer wieder zu maladaptiven Interaktionen kommt. Entsprechend kann festgehalten werden, dass nicht die Trotzanfälle und die Aggressionen an sich ein Problem darstellen, sondern die Faktoren, die dazu beitragen, dass dieses Verhalten persistiert und vom Kind zunehmend instrumentalisiert wird, denn Kinder lernen schnell, dass sie sich mit aggressiven Handlungen Vorteile verschaffen können.

Lügen

Bis zum Alter von drei bzw. vier Jahren sind Kinder noch nicht in der Lage, zwischen Realität und Fantasie zu unterscheiden. Das bedeutet, dass jüngere Kinder den Unterschied zwischen einer Lüge und der Wahrheit noch nicht erkennen können. Entsprechend sagen sie aus ihrer Sicht auch immer die Wahrheit. Sie erzählen Geschichten von imaginären Freunden, Monstern oder Feen, welche für sie sehr real sind. Auch wenn ein jüngeres Kind behauptet, dass es z.B. den Teller nicht zerschlagen hat, obwohl dies ganz offensichtlich ist, mag sein Wunsch so groß sein, es nicht gewesen zu sein, dass es seiner subjektiven Wahrheit entspricht. Erst im 5. Lebensjahr können Vorschulkinder die Bedeutung einer Lüge wirklich begreifen. Sie beginnen dann Lügen sowohl aus sozialen als auch aus antisozialen Gründen einzusetzen (Lee, 2013). Zentral für dieses gezielte Lügen ist eine soziale und kognitive Reife, die es dem Kind ermöglicht, sich in die Gedankenwelt anderer Personen hineinzusetzen. Insbesondere das moralische Verständnis und die Theory-of-Mind sind entscheidende Einflussfaktoren (Williams, Moore, Crossman, & Talwar, 2016). Talwar und Lee (2008) baten beispielsweise Drei- bis Siebenjährige zu raten, welches Stofftier hinter ihrem Rücken versteckt wurde. Dabei war es ihnen untersagt, sich umzudrehen. Nachdem die Versuchsleiter den Raum verlassen hatten, schafften es die meisten Kinder nicht diesem Verbot zu widerstehen. Auf ihren Verstoß hin angesprochen, gaben die meisten Dreijährigen ihren Verstoß sofort zu, während Vierjährige und ältere Kinder mehrheitlich behaupteten, dass sie sich nicht umgedreht hätten. Die Arbeitsgruppe von Talwar und Kollegen (Talwar, Arruda, & Yachison, 2015; Talwar & Lee, 2011) konnte weiterhin zeigen, dass Kinder insbesondere in einer sehr strafenden Umwelt vermehrt zu Lügen greifen.

2 Diagnostik und Klassifikation im Vorschulalter

Nach Wittchen (2011) hat Diagnostik bzw. die diagnostische Identifikation das Ziel einer Zuordnung bestimmter Merkmale eines Individuums zu diagnostischen Kategorien eines bestehenden Klassifikationssystems. Demnach ist die Klassifikation die Einteilung oder Einordnung von Phänomenen, die durch bestimmte gemeinsame Merkmale charakterisiert sind, in ein nach Klassen gegliedertes System. Dies soll am Ende des diagnostischen Prozesses die kategoriale Entscheidung für „abnorm“ oder nicht ermöglichen. Die Zuordnung eines klinischen Erscheinungsbildes zu einer spezifischen Diagnose kann somit als zwingende Voraussetzung für die richtige Behandlung betrachtet werden, denn die distinkte Abgrenzung verschiedener Krankheitsbilder ermöglicht zum einen den Austausch zwischen Behandlern, Patienten und

deren Familien, zum anderen ist sie notwendige Voraussetzung für Therapieindikation und wissenschaftliche Forschung.

2.1 Klassifikationssysteme für das Vorschulalter

Das Ziel von Klassifikationssystemen ist, die große Zahl klinischer Bilder nach übergeordneten Gesichtspunkten der Ähnlichkeit nach zu gruppieren und dadurch auf eine überschaubare Menge typischer Systemkonstellationen zu reduzieren (Wittchen, 2011). Die kategoriale Diagnostik dient dazu, eine sinnvolle Informationsreduktion darzustellen, eine klar definierte Nomenklatur zu bieten, die Kommunikation zu erleichtern und zu verbessern und darauf aufbauend einen schnellen Zugriff auf therapeutisches Störungswissen zu ermöglichen (Suppiger & Schneider, 2009). Des Weiteren sind sie Voraussetzungen für die Therapieindikation und Therapieforschung.

Die häufigsten eingesetzten diagnostischen Klassifikationssysteme zur Erfassung psychischer Störungen sind das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) und die „Internationale Klassifikation Psychischer Störungen“ (ICD-10; WHO, 1991). Beide Systeme haben das Ziel, unterschiedliche Störungsbilder und deren diagnostische Kriterien gegeneinander abzugrenzen. Wesentliches Merkmal ist dabei der deskriptive Ansatz, bei dem sich die Diagnosekriterien vor allem auf beobachtbare Merkmale einer Störung beziehen und hinsichtlich Ätiologie und Pathogenese weitgehend atheoretisch sind. Da jedoch die meisten Diagnosekriterien des ICD-10 und DSM-5 für Erwachsene erarbeitet wurden, gibt es bei der Anwendung im sehr frühen Altersbereich einige Schwierigkeiten. So fehlen beispielsweise an die verschiedenen Entwicklungsphasen angepasste Kriterien. Manche für diese Altersspanne typischen Verhaltensstörungen fehlen vollständig (z.B. Regulationsstörungen). Als Ergänzung wurde daher die Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (ZERO-TO-THREE) eingeführt, welches an dieser Stelle kurz vorgestellt werden soll.

2.1.1 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5)

Von der Arbeitsgruppe „ZERO-TO-THREE“ wurde am National Center for Infants, Toddlers and Families 1994 erstmals als ein multiaxiales Diagnosesystem zur Klassifikation psychischer Auffälligkeiten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr eingeführt (DC: 0-3) und 2016

überarbeitet. Die aktuell gültige Fassung der Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5, 2016) ist für Kinder bis zum vollendeten fünften Lebensjahr geeignet und berücksichtigt im Vergleich zu den anderen beiden Klassifikationssystemen in höherem Maße altersspezifische Besonderheiten und entwicklungspsychologische Zusammenhänge von Verhaltensstörungen in dieser Altersspanne. Insbesondere die schnellen Veränderungen in der sozioemotionalen Entwicklung und die hohe Relevanz des Beziehungssystems der Kinder in diesem Altersbereich werden bei der Diagnosevergabe mit beachtet.

Im DC:0-5 beibehalten wurden die fünf Achsen, wobei diese umfassend revidiert wurden (siehe Tabelle 5). Auf der Achse I werden die klinischen Diagnosen kodiert. Das DC: 0-5 unterscheidet dabei acht Störungskategorien. Achse II umfasst den Beziehungskontext. Dabei wird zum einen die Beziehungsqualität zur primären Bezugsperson eingeschätzt und zum anderen die Qualität der Fürsorge-Umgebung. Auf Achse III finden sich medizinische Krankheiten und Faktoren, die die psychische Gesundheit direkt oder indirekt beeinflussen können. Komplikationen in der Schwangerschaft oder perinatal werden ebenfalls auf Achse III berücksichtigt. Auf Achse IV werden die psychosozialen Belastungsfaktoren mit Hilfe von Kategorien und spezifischen Stressoren erfasst. Psychosoziale Faktoren beinhalten akute Ereignisse als auch andauernde Umstände wie z.B. Armut oder häusliche Gewalt. Stressoren können zudem direkt (z.B. Hospitation) oder indirekt (z.B. plötzliche Krankheit eines Elternteils) vorliegen. Auch Übergänge oder normale Ereignisse, wie die Geburt eines Geschwisters oder ein Umzug können stressreich sein. Achse V beschreibt Entwicklungskompetenzen. Dabei werden die folgenden Entwicklungsbereiche berücksichtigt: die emotionale, soziale, sprachliche, kognitive, als auch motorische und körperliche Entwicklung. Für die Einschätzung beinhaltet das DC:0-5 eine Übersicht an Meilensteinen der Entwicklung für das Alter von 3 bis 60 Monaten.

Folgende Veränderungen wurden im DC:0-5 vorgenommen:

- Jede Störung beinhaltet einen diagnostischen Algorithmus, um die Verwendung der Kriterien zu klären, mit dem Ziel die Interrater-Reliabilität zu erhöhen.
- Alterseinschränkungen und Angaben über die Mindestdauer der Symptome wurden aufgenommen, wenn sie aus entwicklungspsychologischer Sicht sinnvoll bzw. notwendig sind.
- Weiterhin wurde bei den meisten Störungen ein Leidenskriterium (inkl. Beeinträchtigung

und Leiden der Familie) bzw. eine Funktionseinschränkung eingeführt.

- Die meisten Störungen werden durch eine Beschreibung des Erscheinungsbildes, Verlauf und klinische Korrelate ergänzt.
- Verweise zu den entsprechenden Störungsbildern des DSM-5 und ICD-10 werden mit aufgeführt
- Achse II zum Beziehungskontext wurde umfassend überarbeitet
- Achse III wurde durch Beispiele ergänzt
- Achse IV wurde beibehalten und mit Kategorien und Stressoren ergänzt
- Achse V wurde umfassend überarbeitet und fokussiert auf die Entwicklungskompetenzen in den Bereichen: emotionale, soziale, sprachliche, kognitive, motorische und körperliche Entwicklung. Als Hilfestellung wurde im Anhang eine Übersicht zu Meilensteinen der Entwicklung hinzugefügt.

Entsprechend der Erweiterung der Altersspanne, für welche das DC: 0-5 anwendbar ist, wurden Störungsbilder für Kinder bis zum fünften Lebensjahr eingeschlossen. Einige der im DC: 0-3R klassifizierbaren Störungsbilder wiederum, sind im DC: 0-5 nicht mehr enthalten, andere Störungsklassen wurden vereinfacht bzw. zusammengefasst, um eine Angleichung an das DSM-5 zu erreichen. Die Veränderungen sind im Einzelnen:

- Die DC: 0-3R Störungen der Beziehung und Kommunikation (Disorders of Relating and Communicating) und die Multisystemischen Entwicklungsstörungen (Multisystem Developmental Disorder, MSDD) wurde in die Oberklasse der Neuroentwicklungsstörungen (Neurodevelopmental Disorders) integriert, welche neu die Störungsbilder Frühe Atypische Autismusspektrumsstörung (Early Atypical Autism Spectrum Disorder), Entwicklungsstörung der Sprache (Developmental Language Disorder), Entwicklungsstörung der Koordination (Developmental Coordination Disorder) und die Globale Entwicklungsverzögerung (Global Developmental Delay) einschließt.
- Weiterhin gehören zu dieser Oberklasse auch die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) und die Störung mit Überaktivität der frühen Kindheit (Overactivity Disorder of Toddlerhood), welche im DC: 0-5 neu aufgenommen wurden.
- Die Regulationsstörungen der Sensorischen Verarbeitung wurden in Sensorische

Verarbeitungsstörung umbenannt und enthalten neu nur noch zwei Hauptklassen (Sensorische Verarbeitungsstörung mit Überreaktivität, Sensory Over-Reactivity Disorder und Sensorische Verarbeitungsstörung mit Unterreaktivität; Sensory Under-Reactivity) sowie eine Restkategorie (Other Sensory Processing Disorder).

- Bei den Angststörungen gibt es im DC: 0-5 keine Spezifische Phobie mehr. Stattdessen wurde eine neue Störung eingeführt: die Störung mit Verhaltenshemmung (Inhibition to Novelty Disorder). Außerdem ist nun mit dem DC: 0-5 auch die Klassifikation Selektiver Mutismus (Selective Mutism) möglich.
- Die Depressiven Störungen wurden zusammen mit einer neuen Klasse, der Störung der Dysregulation von Wut und Aggression in der frühen Kindheit (Disorder of Dysregulated Anger and Aggression of Early Childhood) zu der Oberklasse der Stimmungsstörungen (Mood Disorders) zusammengefasst.
- Neu ist, aufgrund der Erweiterung der Altersspanne der DC: 0-5, auch die Oberklasse der Zwangsstörungen (Obsessive Compulsive and Related Disorders), zu der im DC: 0-5 neben den Zwangsstörungen selbst, auch die Klassen der Tic-Störungen, des Tourette-Syndroms, der Trichotillomanie und der Skin-Picking Störung im Säuglings- und Kleinkindalter zugeordnet werden.
- In der Oberklasse der Schlafstörungen gibt es zusätzlich noch die Störungskategorien Schlafstörung mit teilweisem Erwachen, zu denen das Schlafwandeln und der Pavor Nocturnus zählt, sowie die Schlafstörung mit Alpträumen.
- Fütterstörungen wurden umbenannt in „Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter“ und enthalten nicht mehr 6 Unterklassen, sondern nur noch zwei Hauptklassen (Essstörung mit Überessen; Overeating Disorder und Essstörung mit Nahrungsverweigerung; Undereating Disorder) sowie eine Restkategorie (Atypical Eating Disorder).
- Ebenfalls neu im DC: 0-5 ist die Klassifizierbarkeit des Exzessiven Schreiens. Zudem gibt es eine Kategorie, welche am ehesten den im deutschsprachigen Raum verwendeten Konzept der Regulationsstörungen entspricht: Other Sleep, Eating and Excessive Crying Disorder of Infancy/Early Childhood.
- Die Posttraumatischen Stresstörungen, Anpassungsstörungen und Reaktiven Bindungsstörungen wurden konzeptionell zur Oberklasse der Trauma-, Stress- und Deprivationsstörungen zusammengefasst.

- Neu im DC: 0-5 sind auch die Beziehungsstörung im Säuglings- und Kleinkindalter (Relationship Specific Disorder of Infancy/Early Childhood).

Tabelle 5: Die Achsen I bis V des DC: 0-5

Achse I: Klinische Störungen (7 Grundkategorien: Posttraumatische Stressstörung, Bindungsstörung, Affektstörungen/Emotionale Störungen, verlängerte Trauerreaktion, Angststörungen bzw. Depression des Säuglings- und Kleinkindalters, Anpassungsstörungen Regulationsstörungen, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörung, Multisystemische Entwicklungsstörung)

Achse II: Beziehung zur primären Bezugsperson (Skala zur Einschätzung der Beziehungsqualität, 0 = misshandelnd bis 90 = gut adaptiert und eine qualitative Beschreibung einer Beziehungsstörung)

Achse III: Medizinische Konditionen und umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse IV: Psychosoziale Belastungsfaktoren

Achse V: Emotionales Entwicklungs- und Funktionsniveau

Die meisten Studien zu den Gütekriterien wurden mit dem DC:0-3 bzw. DC:0-3R durchgeführt. In mehreren Studien wurden die Interrater-Reliabilitäten für verschiedene Störungen des DC:0-3 untersucht. Die prozentualen Übereinstimmungen lagen zwischen 66 % und 100 % je nach primärer Diagnose und Studie (Frankel, Boyum, & Harmon, 2004; Keren, Feldman, & Tyano, 2001; Skovgaard et al., 2005).

In der Studie von Skovgaard et al. (2005) beurteilten drei Kinder- und Jugendpsychiater, verblindet für die jeweilige Diagnose des Kindes, die Krankenakte und ein 10-minütiges Fallvideo. Die Autoren berichten in ihrer Studie Kappa Werte von $k = .72$ für die Achse I Diagnosen, $k = 1.0$ für die Achse II Beziehungsklassifikationen, $k = .71$ für die auf Achse III kodierten medizinischen Probleme, $k = .55$ für die Klassifikation der psychosozialen Stressoren auf Achse IV und $k = .71$ für die Klassifikation der funktionell-emotionale Entwicklung auf Achse V.

Evaluationsstudien zum DC: 0-3R liegen erst wenige vor bzw. diejenigen, die vorliegen (z.B. Skovgaard et al., 2005; Wiefel et al., 2005) haben die erste Auflage des DC: 0-3 untersucht. Eine Studie von Skovgaard et al. (2005) konnte zeigen, dass psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die nach den Kriterien der DC: 0-3 Klassifikation diagnostiziert wurden, bei einer Stichprobe von 116 eineinhalb jährigen Kindern im Vergleich zur ICD-10

reliabler diagnostiziert wurden. Die Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion auf Achse II fiel mit einer Übereinstimmung von Kappa-Wert = 1.00 ebenfalls sehr hoch aus.

In der Anwendung fanden sich jedoch auch einige Schwierigkeiten der Kriterien. In der Studie von Wiefel et al. (2005) fanden sich Probleme in der Klassifikation von Fütterstörungen, der Abgrenzung der Regulationsstörungen, insbesondere vom stimulationssuchend-impulsiven Typ. Zudem war die Kodierung von aggressiven Verhaltensstörungen und von affektiven Störungen schwierig. Für die Bindungsstörungen werden ausführlichere Kriterien gefordert. Was die Kodierung im Vergleich zu DSM bzw. ICD-Kriterien erschwerte, war die Tatsache, dass die Kriterien bis zum DC:0-3R als Text und nicht mit eindeutigen Kriterien beschrieben wurden.

3 Entwicklung des SIVA

3.1 Grundlagen

Das wachsende Interesse an der klinischen Symptomatik, den Entstehungsbedingungen und dem Verlauf von emotionalen und Verhaltensproblemen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter bringt die Notwendigkeit für eine reliable und valide Identifizierung solcher Störungsbilder bei jungen Kindern in den Fokus. Auch die Behandlung setzt eine adäquate Diagnostik voraus. Jedoch gibt es im deutschsprachigen Raum bisher kaum Verfahren für die strukturierte klinische Diagnostik im frühen Kindesalter. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter 0-6 (SIVA: 0-6) soll diese Lücke schließen.

Zum Zeitpunkt der Entwicklung des SIVA: 0-6 stand kein Klassifikationssystem zur Verfügung, welches die gesamte Bandbreite psychischer Auffälligkeiten im Vorschulalter berücksichtigt. Aus diesem Grund wurde das SIVA: 0-6 auf der Basis zweier Klassifikationssysteme entwickelt: dem ICD-10 und der DC: 0-5. Bei der Entwicklung des SIVA: 0-6 wurde zudem die hohe Entwicklungsdynamik in dieser Altersspanne und die Eltern-Kind-Beziehung mitberücksichtigt.

Beim SIVA: 0-6 handelt es sich um ein strukturiertes Interview, welches explizites Nachfragen und ggf. Umformulieren der Fragen erlaubt bzw. erwünscht. Es ist modular aufgebaut und umfasst einen Interviewteil mit Fragen für die Bezugsperson des Kindes und eine Checkliste zur Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion. Das SIVA: 0-6 soll sowohl Klinikern als auch Wissenschaftlern einen strukturierten Interviewleitfaden für die Diagnostik vom Säuglings- bis ins Vorschulalter bieten. Mit dem Instrument können die häufigsten Störungsbilder des Vorschulalters, wie in Tabelle 6 aufgeführt, erhoben werden. Die Fragen orientieren sich

maximal an den Diagnosekriterien der zwei Klassifikationssysteme (ICD-10, DC: 0-5), erfassen aber auch noch zusätzliche klinisch bedeutsame Informationen.

Es wird ausdrücklich empfohlen, dass zusätzlich zu dem mit den Eltern geführten Interview, auch das Kind gesehen wird, damit die Interaktion zwischen Kind und Eltern erfasst werden kann.

3.2 Module und Altersbereich

Das SIVA: 0-6 wurde für den Altersbereich 3 Monate bis 5 Jahre und 11 Monate entwickelt. Dieser ist durch eine hohe Entwicklungsdynamik gekennzeichnet, sodass je nach individuellem Alter auch typische entwicklungspsychopathologische Auffälligkeiten zu beobachten sind. Das SIVA: 0-6 trägt dieser Entwicklungsdynamik im Vorschulalter Rechnung und ist deshalb modular aufgebaut. Je nach Alter des Kindes werden entsprechend verschiedene Störungsbereiche abgefragt, was die Ökonomie und Benutzerfreundlichkeit des Verfahrens erhöht. Tabelle 6 gibt einen Überblick, welche Störungsmodule in den verschiedenen Altersstufen angewendet werden können. Für eine bessere Handhabbarkeit der einzelnen Module, wurden diese zu altersspezifischen Interviewheften zusammengefasst für die Altersgruppen: 0-1 Jahr, 1-2 Jahre, 2-3 Jahre, 3-4 Jahre und 4-6 Jahre. In jedem Interviewheft sind jeweils nur die Störungsmodule enthalten, welche für das jeweilige Alter des Kindes relevant sind.

Tabelle 6: Altersspezifische Module des SIVA: 0-6

Modul	Störungsbereiche
0-1 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exzessives Schreien 2. Schlafprobleme
0-3 Jahre	Regulationsstörungen
0-6 Jahre	Fütterstörungen
1-6 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bindungsstörungen 2. Schlafstörungen 3. Anpassungsstörungen 4. Posttraumatische Belastungsstörung
4-6 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enuresis 2. Enkopresis
3-6 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. ADHS 2. Oppositionelles Trotzverhalten

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Störung des Sozialverhaltens 4. Depressive Störung 5. Störung mit Trennungsangst 6. Spezifische Phobie 7. Soziale Angststörung 8. Generalisierte Angststörung
--	---

4 Durchführung und Auswertung des SIVA: 0-6

Im Folgenden sind einige wichtige Punkte zur Durchführung und Einführung des SIVA zusammengestellt.

4.1 Durchführung

In der Regel wird das SIVA: 0-6 mit der primären Bezugsperson des Kindes, also in den meisten Fällen den Eltern, durchgeführt. Es können aber auch andere primäre Bezugspersonen sein z.B. die Großeltern oder Pflegeeltern. Das zu diagnostizierende Kind sollte im Rahmen des diagnostischen Prozesses jedoch mindestens einmal vom Diagnostiker gesehen werden, um zum einen die Eltern-Kind Interaktion einzuschätzen, zum anderen aber auch eigene Beobachtungen des kindlichen Verhaltens in das Gesamturteil einfließen zu lassen. In einigen Fällen kann es zudem hilfreich sein, mit weiteren Betreuungspersonen des Kindes z.B. in der KiTa oder im Kindergarten Kontakt aufzunehmen.

Der Interviewleitfaden beginnt mit der Erhebung allgemeiner Daten, einer Familienanamnese, psychosozialer Risikofaktoren und wichtiger Entwicklungsmeilensteine. Danach werden jeweils nur die Module abgefragt, welche das Alter des Kindes umschließen (vgl. Abschnitt 3.2. Module und Altersbereich).

Die Durchführung des SIVA: 0-6 erfordert eine umfassende Einarbeitung in den Leitfaden und eine Trainingsphase mit eigenen Übungsfällen. Eine reliable und valide Diagnosevergabe erfordert zudem umfassendes Wissen über die zu diagnostizierenden Störungsbilder. Im Handbuch zum Interview werden deshalb die Leitsymptome jedes Störungsbildes für den Altersbereich 0 bis 6 Jahre kurz vorgestellt und anhand eines Fallbeispiels illustriert. Diese Falldarstellungen ersetzen jedoch nicht die klinische Erfahrung mit psychischen Störungen im Vorschulalter, welche Voraussetzung für die Durchführung des SIVA: 0-6 ist. Daher sollte das Interview auch nicht von ungeschulten Laien durchgeführt werden.

Um eine zuverlässige Diagnose zu erhalten und um sicher zu stellen, dass kein relevanter Bereich übersehen wird bzw. Informationen nicht erhoben werden, ist es notwendig, dass alle Störungsbereiche der jeweiligen altersrelevanten Module abgefragt werden. Jeder Störungsabschnitt beginnt mit 3 bis 5 Eingangsfragen, die dem Interviewer einen ersten Eindruck über das Vorliegen der Hauptsymptome des betreffenden Störungsbildes geben soll. Nur wenn alle Eingangsfragen verneint werden und es somit keinerlei Hinweise auf ein Vorliegen der entsprechenden Störung gibt, wird zum nächsten Störungsbild innerhalb des jeweiligen Moduls oder zum nächsten Modul ‚gesprungen‘. Dieses Vorgehen ermöglicht eine zeitökonomischere Diagnostik. Bei Unsicherheit über das Vorliegen von Symptomen sollten jedoch immer auch alle weiteren Fragen gestellt werden.

Alle Fragen des SIVA: 0-6 beziehen sich auf das aktuelle Verhalten bzw. Erleben des jeweiligen Kindes. Der genaue Zeitraum (z.B. in den letzten 2 Wochen, den letzten 3 Monaten oder den vergangenen 2 Jahren) variiert jedoch von Störungsbereich zu Störungsbereich und ist jeweils gesondert vermerkt.

Die Fragen sollten vom Interviewer möglichst wortgetreu wiedergegeben werden. Der Wortlaut wurde sorgfältig formuliert, um die altersspezifische Symptomatik zuverlässig erfassen zu können. Allerdings kann es möglich sein, dass bestimmte Formulierungen im Interviewleitfaden durch weitere Erklärungen und Beispiele vertieft werden müssen oder zusätzliche Fragen zu stellen sind. Unklare Antworten sollten unbedingt durch weiteres Nachfragen abgeklärt werden.

Folgende Regeln sollten bei der Durchführung durch den Interviewer beachtet werden (vgl. Tabelle 7):

Tabelle 7: Durchführungsregeln des SIVA: 0-6

- Das SIVA ist ein strukturiertes Interview, d.h. grundsätzlich sollten Sie sich an die vorgegebenen Fragen halten. Es ist jedoch entscheidend, dass bei Unklarheiten auf Seiten der Eltern, die Fragen umformuliert oder wiederholt werden.
- Bei Widersprüchen sollten diese vorsichtig angesprochen werden, z.B. „Ich glaube, jetzt habe ich etwas nicht richtig verstanden, könnten Sie mir ... bitte nochmals erläutern?“
- SIVA ist ein klinisches Interview, d.h. für die Einschätzungen der Häufigkeiten, Beeinträchtigung und Schweregrade nennen Sie **nicht** die Zahlen der Skalen gegenüber den Eltern, sondern die vorgegebenen Beschreibungen. Insbesondere zu Beginn des Interviews sollten Sie jeweils nachfragen, was die Eltern z.B. unter sehr oft, sehr stark usw. verstehen. Die schlussendliche Einschätzung nehmen Sie auch unter Berücksichtigung Ihrer klinischen Erfahrung vor. Daher ist

es auch erlaubt, die Angaben der Eltern aufgrund Ihrer Einschätzung und Erfahrung rauf- oder runter zu setzen.

Zentral für die Mitarbeit der Eltern ist die Einführung der Eltern in die Ziele und die Vorgehensweise des Interviews. Folgende Punkte sollten daher vor Beginn des Interviews mit den Eltern besprochen werden (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Punkte, welche in Vorbereitung auf das Interview mit den Eltern besprochen werden müssen

- Ziel des Interviews ist es einen breiten Überblick über Schwierigkeiten Ihres Kindes zu bekommen, dazu werde ich Ihnen viele Fragen zu ganz unterschiedlichen Bereichen stellen, in denen Kinder Schwierigkeiten aufweisen können. Einige treffen möglicherweise auf Ihr Kind zu, andere nicht. Das Interview hat daher einen diagnostischen Zweck und ist kein therapeutisches Gespräch.
- Da es viele Fragen sind und damit ich keine Fragen vergesse, werde ich mich an die vorgegebenen Fragen des Interviewleitfadens halten. Daher kann es auch einmal vorkommen, dass ich Sie unterbrechen werde. Das heißt nicht, dass mich Ihre Aussagen nicht interessieren, sondern dass wir mit den Fragen durchkommen. Falls am Ende noch Zeit übrig ist, können wir nochmals auf verschiedene Aspekte zurückkommen.
- Das Interview wird ca. 60-90 Minuten dauern, kann aber variieren, je nachdem über wie viele Bereiche wir sprechen werden.
- Falls Ihnen etwas unklar ist oder Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie bitte nach.
- Haben Sie noch Fragen bevor wir beginnen?

4.2 *Auswertung*

Die Auswertung des SIVA: 0-6 sollte in der Regel direkt nach der Durchführung des Interviews erfolgen.

Es liegen Auswertungschecklisten mit den für die Auswertung notwendigen Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme ICD-10, DC: 0-5 und DC: 0-5 vor. Jedem Kriterien sind die entsprechenden Fragen im Interview zugeordnet, so dass die Angaben der Bezugspersonen schnell erfasst und abgeglichen werden können.

Die psychopathologische Einschätzung des Kindes erfolgt immer anhand der Beurteilung von Dauer, Frequenz, Intensität und Qualität des jeweiligen Verhaltens im alterstypischen Vergleich.

Entsprechend ist es grundlegend, dass der Diagnostiker über Grundkenntnisse der normalen Entwicklungsschritte und deren Variationsbreite verfügt. Aus diesem Grund wurde in der Einleitung zu diesem Interviewleitfaden auch ein Überblick über die wichtigsten Entwicklungsschritte in den Bereichen Sprache, Bindung und Autonomieentwicklung, Emotionen und Aufmerksamkeit integriert. Der Schweregrad für die Einschätzung der Störungen reicht von 0-8, wobei der klinische Cut-off bei 4 liegt, d.h. wenn alle Diagnosekriterien einer Störung erfüllt sind, ist der Schweregrad mindestens als 4 einzuschätzen. Alle Werte unter 4 beschreiben eine subklinische Diagnose.

Das ICD-10 erlaubt die Vergabe komorbider Diagnosen. Dagegen sollte beim Vorliegen mehrerer Störungen nach DC: 0-5 nur die auffälligste kodiert werden. Auf die Vergabe von zwei oder mehr Diagnosen sollte im Regelfall verzichtet werden.

5 Erste Anwendungserfahrungen mit dem SIVA: 0-6

Im Rahmen von Abschlussarbeiten an der Universität Koblenz-Landau wurden erste Anwendungserfahrungen für das SIVA: 0-6 gesammelt. In einer aktuell noch laufenden Studie wurden die hier dargestellten Gütekriterien im Zeitraum von Juni 2015 bis Mai 2017 überprüft (In-Albon, Equit, von Gontard, Schwarz, Müller & Bolten, 2020). Anhand von 67 Interviews wurden die Interrater-Reliabilität, die Validität und die Akzeptanz des Interviews bestimmt. Die Daten wurden durch insgesamt 6 Interviewer (4 approbierte Psychotherapeuten und 2 Psychologiestudentinnen) in drei unterschiedlichen stationären und ambulanten kinderpsychiatrischen und psychologischen Einrichtungen gesammelt.

5.1 Interrater Reliabilität

Die Bestimmung der Interrater-Reliabilität stellt eine geeignete Methode in Bezug auf strukturierte Interviews dar. Dazu wurden alle durchgeführten Interviews als Audio- bzw. als Videodatei aufgezeichnet. Jedes Interview wurde zunächst vom durchführenden Diagnostiker und später ein zweites Mal von einem ebenfalls geschulten, aber verblindeten, Diagnostiker auf der Grundlage der Video-/Audioaufzeichnung des Interviews ausgewertet. Der zweite Diagnostiker nahm dabei eine eigenständige klinische Einschätzung vor. Zur Berechnung der Reliabilität des SIVA: 0-6 wurde sowohl auf Ebene der Oberklassen, Internalisierende, Externalisierende und keine Störung, als auch auf der Ebene spezifischer Störungen die prozentuale Übereinstimmung mit Hilfe des Kappa-Koeffizienten (Cohen, 1960) sowie Yule's Y-Koeffizienten (Yule, 1912) bestimmt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Reliabilitätsprüfung dargestellt. Zum Zeitpunkt Datenerhebung für die hier vorgestellte Evaluation des SIVA: 0-6 war das DC: 0-5 noch nicht erhältlich. Deshalb beziehen sich die Ergebnisse dieser ersten Studie auf die Gütekriterien des DC: 0-3R.

5.1.1 DC: 0-3R

Bei insgesamt 49 Kindern wurde mindestens eine Diagnose nach DC: 0-3R vergeben. In Tabelle 9 werden die Ergebnisse zur Interrater-Reliabilität auf der Ebene der Oberklassen nach DC: 0-3 R dargestellt. Die prozentuale Übereinstimmung für die Oberklassen Schlafstörungen und Fütterstörungen lag mit 84 % und 89 % sehr hoch. Bei den Oberklassen Angststörungen und Keine Diagnose lagen die Übereinstimmungen bei 88 % und 86 %. Bei den Regulationsstörungen und Traumafolgestörungen lagen hier die prozentualen Übereinstimmungen bei 100 %. Auch auf der Ebene der spezifischen Störungen lagen die prozentualen Übereinstimmungen für das Exzessive Schreien und die verlängerte Trauerreaktion bei jeweils 100 %, bei den Depressionen bei 97 %.

Die Kappa- und Y-Werte konnten sowohl bei den Oberklassen, als auch bei den spezifischen Störungen aufgrund der geringen Basisraten nicht für alle Störungen berechnet werden. Auf Ebene der Oberklasse lagen die Kappa-Werte zwischen 0.49 (Keine Diagnose) und 0.69 (Schlafstörungen), die Y-Werte zwischen 0.59 (Keine Diagnose) und 0.75 (Fütterstörungen). Der Kappa-Wert für die spezifische Störung Depressionen der frühen Kindheit betrug 0.73, der Y-Wert 0.86. Somit lagen alle Werte im für die DC: 0-3 R im guten bis akzeptablen Bereich.

Tabelle 9: Interrater-Reliabilität für Diagnosen nach DC: 0-3 R

DC: 0-3R	%	Kappa	Yule's Y	Validität _a
<i>Oberklassen</i>				
Regulationsstörungen (400; 410; 420; 430)	100	b	b	-
Schlafstörungen (510; 520)	84	.69	.71	p<.05
Fütterstörungen (601; 602; 603; 604; 605; 606)	89	.67	.75	-
Angststörungen (221; 222; 223; 224)	88	.61	.68	p<.01
Traumafolgestörungen (100; 150)	100	b	b	-
Keine Diagnose	86	.49	.59	p<.01
<i>Spezifische Störungen</i>				
Exzessives Schreien _b	100	b	b	-

Verlängerte Trauerreaktion (210)	100	b	b	-
Depressionen in der frühen Kindheit (230)	95	.64	.81	n.s.

Anmerkungen:

^a Es wird das Signifikanzniveau (p) der berechneten MANOVAs berichtet.

^b Es werden keine Angabe zu Kappa- bzw. Yule's Y-Koeffizienten gemacht, wenn bei der Berechnung mehr als ein Feld in der Vierfeldertafel zur Ermittlung des Reliabilitätskoeffizienten eine Nullbesetzung aufweist.

5.1.2 ICD-10

In Tabelle 10 sind die Ergebnisse zur Interrater-Reliabilität auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10 dargestellt. Auf Ebene der Oberklassen lagen die prozentualen Übereinstimmungen bei 100 % für die Bindungsstörungen und die Ausscheidungsstörungen sowie zwischen 94 % (Traumafolgestörung) und 98 % (Expansive Verhaltensstörungen). Bei der Oberklasse Keine Diagnose lag die Übereinstimmung bei 94 %. Auf Ebene der spezifischen Störungen waren die prozentualen Übereinstimmungen bei den Diagnosen Depressive Episode, Elektiver Mutismus, Zwangsstörungen und Ticstörungen sowie Stereotype Bewegungsstörungen 100 %. Für die anderen zwei Störungen (Nicht-organische Insomnie, Fütterstörung des Säuglings- und Kleinkindalters) lagen die Übereinstimmungen bei 97 % bzw. 92 %.

Die entsprechenden Kappa- und Y-Werte konnten wie beim Klassifikationssystem DC: 0-3R nicht für alle Oberklassen und spezifischen Störungen ermittelt werden. Auf Ebene der Oberklassen lagen die Kappa-Werte zwischen .78 (Ausscheidungsstörungen) und .96 (Expansive Verhaltensstörungen). Yules' Y-Werte konnten nur für die Traumafolgestörungen (.84) und für die Kategorie Keine Diagnose (.85) ermittelt werden. Auf der Ebene der spezifischen Störungen ergaben sich Kappa-Werte für Nichtorganische Insomnie von .93 und für die Fütterstörung des Säuglings- und Kleinkindalters von .69. Die Y-Werte lagen zwischen .60 und .68. Somit lagen alle Werte im guten bis sehr guten Bereich.

Tabelle 10: Interrater-Reliabilität für Diagnosen nach ICD-10

ICD-10	%	Kappa	Yule's Y	Validität ^a
<i>Oberklassen</i>				
Bindungsstörungen (F94.1; F94.2)	100	b	b	-
Traumafolgestörungen (F43.2; F43.2)	94	.80	.84	
Angststörungen (F93.0; F93.1; F93.2; F93.8)	97	.89	b	$p < .01$
Expansive Verhaltensstörungen (F90; F91; F91.3)	98	.96	b	$p < .05$
Ausscheidungsstörungen (F98.0; F98.1)	97	.78	b	-

Keine Diagnose	88	.71	.76	p<.01
<i>Spezifische Störungen</i>				
Nicht-organische Insomnie (F51.0)	97	.93	.68	p<.05
Fütterstörung des Säuglings- und Kleinkindalters (F98.2)	92	.69	.60	p<.05
Depressive Episode (F32)	94	.24	b	-
Elektiver Mutismus (F94.0)	100	b	b	-
Zwangsstörungen (42)	100	b	b	-
Ticstörungen (F95)	100	b	b	-
Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)	100	b	b	-

Anmerkungen:

^a Es wird das Signifikanzniveau (p) der berechneten MANOVAs berichtet.

^b Es werden keine Angabe zu Kappa- bzw. Yule's Y-Koeffizienten gemacht, wenn bei der Berechnung mehr als ein Feld in der Vierfeldertafel zur Ermittlung des Reliabilitätskoeffizienten eine Nullbesetzung aufweist.

Tabelle 11: Interrater-Reliabilität für DSM-5

DSM-5/RDC-PA	%	Kappa	Yule's Y	Validität ^a
<i>Oberklassen</i>				
Schlafstörungen	97	.93	b	P<.05
Fütterstörungen	92	.67	b	-
Bindungsstörungen	81	.43	.51	-
Angststörungen	86	.53	.69	p<.01
Depressive Störungen	100	b	b	-
Expansive Verhaltensstörungen	97	.91	b	p<.01
Ausscheidungsstörungen	97	.78	b	p<.05
Keine Diagnose	78	.67	.71	p<.01

Anmerkungen:

^a Es wird das Signifikanzniveau (p) der berechneten MANOVAs berichtet.

^b Es werden keine Angabe zu Kappa- bzw. Yule's Y-Koeffizienten gemacht, wenn bei der Berechnung mehr als ein Feld in der Vierfeldertafel zur Ermittlung des Reliabilitätskoeffizienten eine Nullbesetzung aufweist.

5.2 Validität

Die Validität des SIVA: 0-6 wurde in Form der Inhaltsvalidität (Expertenvalidierung), der konvergenten und der diskriminanten Validität bestimmt.

5.2.1 Inhaltsvalidität

Ein strukturiertes klinisches Interview ist inhaltsvalide, wenn die Interviewfragen inhaltlich das Konstrukt, welches erfasst werden soll, dessen wichtigste Merkmale tatsächlich erfassen. Um dies zu überprüfen, wurden die einzelnen Störungssektionen des SIVA: 0-6 Experten für psychische Störungen im Vorschulalter aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegt (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Diese wurden gebeten, die jeweiligen Fragen in den Störungssektionen dahingehend zu beurteilen, ob sich diese mit den Kriterien der drei Klassifikationssysteme DC: 0-3R bzw. DC: 0-5 und ICD-10 decken. Falls bedeutsame diagnostische oder therapierelevante Informationen fehlten, sollten diese von den Experten angemerkt werden. Nach Eingang aller Expertenurteile wurde der Interviewleitfaden entsprechend geändert bzw. angepasst.

Tabelle 12: Expertenvalidierung der diagnostischen Module des SIVA: 0-6

Störungsmodul	Name
Exzessives Schreien	Dr. med. René Glanzmann, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) Prof. Dr. Julia Martini, Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Regulationsstörungen	Prof. Dr. Julia Martini
Schlafstörungen	Prof. Dr. Angelika Schlarb, Universität Bielefeld, Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie und Psychotherapie Prof. Dr. Julia Martini
Fütterstörungen	Prof. Dr. Julia Martini
Bindungsstörungen	Dr. Jörg Michael Müller, Universität Münster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Externalisierende Störungen (ADHS, ODD, SSV)	PD Dr. med. Wolfgang Briegel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u.-psychotherapie am Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt Dr. Jörg Michael Müller

Angststörungen	Prof. Dr. Tina In-Albon, Universität Landau, Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie und Psychotherapie
Anpassungsstörungen, PTSD, Affektive Störungen	Dr. Jörg Michael Müller
Zwang	Dr. Frank Paulus, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg
Ausscheidungsstörungen	Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg

5.2.2 Konvergente und Diskriminante Validität

Die Bestimmung der konvergenten und diskriminanten Validität des SIVA: 0-6 erfolgte mit Hilfe einer Fragebogenbatterie bestehend aus einem störungsübergreifenden (CBCL 1 ½ - 5) und mehreren störungsspezifischen Fragebögen für das Vorschulalter. In **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** werden sowohl die Reliabilitäten der verwendeten Validierungsinstrumente als auch die jeweiligen Oberklassen, für welche die diskriminante Validität berechnet wurde, dargestellt.

Weiterhin wurde die Belastung der Eltern mit Hilfe der deutschen Adaptation des Brief Symptom Inventory (BSI), einer Kurzversion der Symptom-Checklist-90-R-Standard (SCL-90-R), erhoben. Da dieser Fragebogen in allen Fällen von der Mutter ausgefüllt wurde, waren auch nur Aussagen über die Psychopathologie der Mütter möglich.

Tabelle 13: Gütekriterien der Instrumente zur Validierung des SIVA: 0-6

Fragebögen / Autoren	Anzahl Items	Reliabilität	Validierte Störungsbereiche	Ergebnis der Validitätsprüfung
Child Behavior Checklist 1½-5 CBCL 1½-5; Deutsche Fassung (Achenbach & Rescorla, 2000)	100	$\alpha = .57-.95$	Angststörungen Depressionen Schlafstörungen Expansive Verhaltensstörungen	Gute Spezifität Geringe Sensitivität

Preschool Anxiety Checklist <i>SCAS-D; Deutsche Fassung</i> (Essau, 2003)	28	$\alpha = .81$	Angststörungen	Konvergente Validität sehr hoch
Preschool Feelings Checklist <i>PFC, Deutsche Fassung</i> (Luby, Hefflinger, Koenig-McNaught, Brown & Spitznagel, 2004)	16	$\alpha = .76$	Depressive Störungen	Gute Spezifität Sehr gute Sensitivität
Brief Symptom Inventory <i>BSI; Deutsche Fassung</i> Franke, 2000)	53	$\alpha = .71-.85$ $r_{tt} = .68 - .91$	Elterliche Psychische Symptomatik Alle Störungen	Konvergente Validität sehr hoch

Alle Fragebögen wurden den Eltern nach der Durchführung des Interviews zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben und anschließend mit den Ergebnissen des Interviews verglichen. Mit Hilfe von T-Tests wurde überprüft, ob sich Vorschulkinder mit spezifischen Störungen bzw. Störungsgruppen (z.B. Angststörungen) signifikant von Kindern mit anderen Störungen bzw. ohne Diagnose in den Fragebogenergebnissen unterschieden.

Für einige Oberklassen bzw. spezifische Störungen konnte zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Handbuchs noch keine Aussage über die Validität des SIVA: 0-6 gemacht werden, da die Basisraten an Patienten mit solchen Störungen zu gering waren. Dies wurde jeweils in den Tabellen 9 - 11 gekennzeichnet. Zurzeit führen die Autoren eine multizentrische Studie durch, um weitere Probanden in die Validitätsanalysen einbeziehen zu können. Die Ergebnisse werden dann in Fachzeitschriften veröffentlicht.

Wie aus den Tabellen 9 und 19 ersichtlich ist, gab es signifikante Unterschiede zwischen Kindern, die mit Hilfe des SIVA: 0-6 jeweils einer bestimmten Störungskategorie zugeordnet wurden. So hatten die Kinder mit einer Angststörung (DC: 0-3R/ICD-10) jeweils höhere Werte auf der CBCL Subskala „Internalisierende Störungen“ und im Fragebogen SCAS, während Kinder mit einer Expansiven Verhaltensstörung (ICD-10) jeweils höhere Werte auf der CBCL

Subskala „Externalisierende Störungen“ aufwiesen. Auch in Hinblick auf den Ausschluss psychischer Erkrankungen im Vorschulalter erwies sich das SIVA: 0-6 als valides Instrument, denn die Kinder, welche jeweils keine Diagnose (DC: 0-3R/ICD-10) erhalten hatten, wiesen durchgängig die niedrigsten Werte in der CBCL Gesamtskala und bei den störungsspezifischen Fragebögen auf.

Mit Hilfe einer Multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) wurde weiterhin geprüft, ob sich Mütter, bei deren Kindern anhand des SIVA: 0-6 eine psychische Störung diagnostiziert wurde, in ihrer psychischen Belastung von Müttern mit Kindern ohne Auffälligkeiten unterschieden. Hierfür wurden die Werte der BSI Subskalen und der Gesamtbelastungsscore (GSI) der interviewten Mütter als abhängige Variablen genutzt. Die Gruppenvariablen waren zum einen die Anzahl der Diagnosen (DC: 0-3R oder ICD-10), wobei die Gruppen „keine Diagnose“, „eine Diagnose“, „zwei und mehr Diagnosen“ gebildet wurden. Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, waren die BSI Gesamtscores (GSI) der interviewten Mütter in Abhängigkeit von der Anzahl der vergebenen Diagnosen (für die 3 verschiedenen Klassifikationssysteme) unterschiedlich hoch ausgeprägt. Die MANOVA ergab in Hinblick auf das Klassifikationssystem DC: 0-3R keinen signifikanten Effekt der einer Diagnose, weder in Bezug auf die Ausprägung der Subskalen noch auf den Gesamtbelastungsscore.

Wurden die Diagnosen mit Hilfe des Klassifikationssystems ICD-10 vergeben, ergab sich für die Ängstlichkeit der Mütter, $F(3,44) = 48.49, p < 0.05; \eta^2 = 0.15$) ein signifikanter Effekt in Hinblick auf die Anzahl vergebener Diagnosen. Weitere Analysen, bei denen nur die Gruppen „keine Diagnose“ und „mind. eine Diagnose“ verwendet wurden, zeigten jedoch auch signifikante Effekte der kindlichen Diagnose auf die mütterliche Depressivität ($F(1,46) = 3.87, p < 0.05$) und den Gesamtscore GSI ($F(1,46) = 4.60, p < 0.05$).

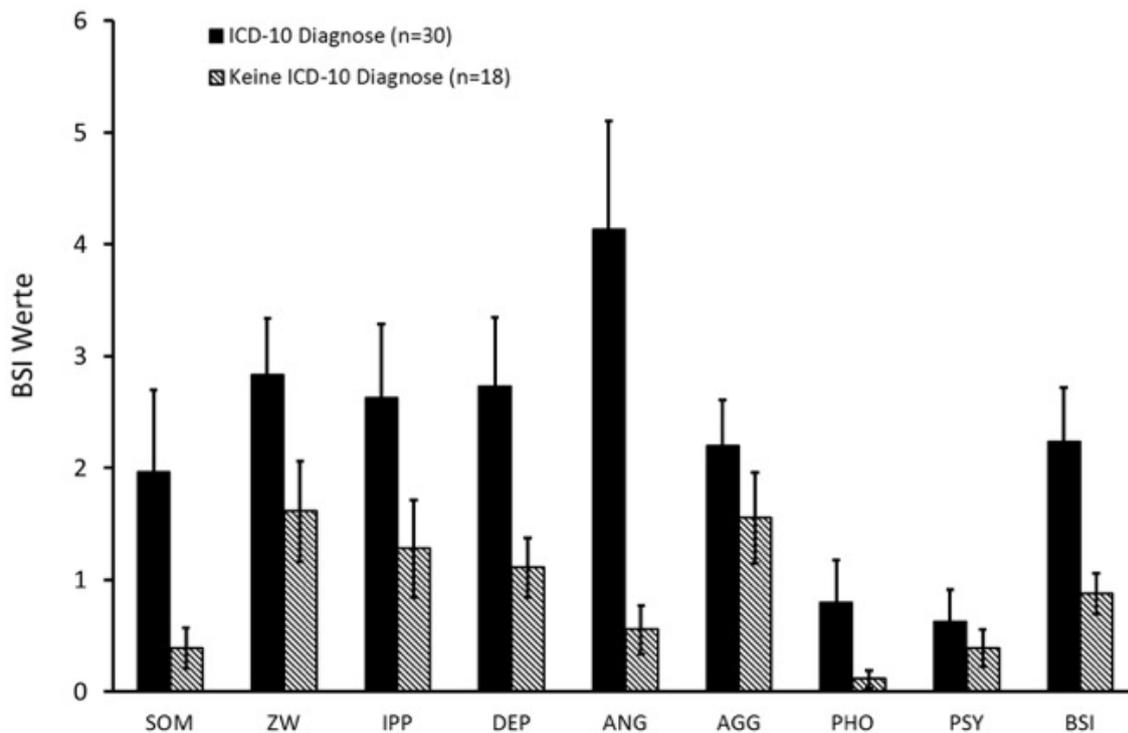


Abbildung 3: Ausprägung der BSI Skalen bei einer Gruppeneinteilung basierend auf der ICD-10

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass mit Hilfe des SIVA: 0-6 eine reliable und valide Diagnostik psychischer Störungen im Vorschulalter möglich ist. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die Stichprobengröße in der vorliegenden vorläufigen Evaluationsstudie noch sehr gering war, so dass auch die Basisraten einzelner Störungen ebenfalls gering ausfielen, was eine Überprüfung der Reliabilität und Validität schwierig machte.

5.2.3 Akzeptanz des SIVA: 0-6

Die Akzeptanz des Interviews durch die Diagnostiker und die teilnehmenden Eltern wurde mit Hilfe des Fragebogens zur Machbarkeit und Akzeptanz (Neuschwander, In-Albon, Meyer & Schneider, 2017) bestimmt. Die Ergebnisse zeigen, dass 100 % (n = 64) der befragten Eltern das Interview wiederholen würden. Außerdem gaben alle Eltern auf einer Zufriedenheitsskala von 0 - 100 einen Wert von mindestens 80 an, was eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem SIVA: 0-6 zum Ausdruck bringt (MW = 92, SD = 6.3).

Das Item „Ich fühle mich ausgefragt“ beantworteten $n = 61$ entweder mit „trifft überhaupt nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“, nur für $n = 3$ traf dies eher zu. Das Item „Es waren mir zu viele Fragen“ beantworteten $n = 59$ entweder mit „trifft überhaupt nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“, für $n = 5$ war dies eher der Fall. Das sich bisher abbildende Muster zeigte sich auch bei der Frage nach der Anstrengung des Interviews, auch hier gab die Mehrzahl der Eltern ($n = 59$) an, dass dies überhaupt nicht oder eher nicht zutreffe und sie das SIVA: 0-6 als nicht anstrengend erlebten. Keine der befragten Eltern gaben an, das Interview zwischendurch abbrechen zu wollen und auf die Frage „Über wichtige Teile des Problems haben wir nicht geredet“, gaben nur 5% ($n = 3$) der Eltern an, dass dies der Fall gewesen sei. Auch gaben alle Eltern auf die Frage „Ich habe die Fragen verstanden“ entweder „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“ als Antwort, ebenfalls ob sie sich vom Interviewer verstanden fühlten, beantworteten alle Eltern entweder mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“. Die Frage danach, ob die Eltern den Eindruck haben, dass der Interviewer die Probleme ihres Kindes ernstnehme, antworteten alle Eltern entweder mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“.

Im Mittel dauerten die durchgeführten Interviews 76 Minuten, wobei es einen klaren Alterseffekt gab ($r = .64, p < .001$). Interviews mit Eltern von jüngeren Kindern waren deutlich kürzer. Dies erstaunt nicht, da mit zunehmendem Alter des Kindes auch mehr Module abgefragt wurden.

Mit Hilfe von bivariaten Regressionsanalysen (Effekt der Dauer des Interviews) bzw. Varianzanalysen (Effekt der Anzahl der Diagnosen) wurde weiterhin die Annahme geprüft, ob sich die Dauer des Interviews bzw. die Anzahl der vergebenen Diagnosen auf die Akzeptanz des SIVA: 0-6 auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass die oben genannten Faktoren keinen negativen Einfluss auf die Akzeptanz des SIVA: 0-6 bei den Teilnehmern hatten.

Diese Ergebnisse deuten somit auf eine sehr hohe Akzeptanz des SIVA: 0-6 bei den befragten Eltern hin. Die Dauer des Interviews und die gestellten Diagnosen wirkten sich nicht negativ auf die Zufriedenheit mit dem Interview aus. Somit kann das SIVA: 0-6 für die klinische Praxis und Forschungszwecke eingesetzt werden.

4 Fallbeispiele zum SIVA

Im Folgenden werden die klinische Symptomatik, die Leitsymptome, die Epidemiologie, die Pathogenese und die Besonderheiten bei der Diagnosestellung, der mit Hilfe des SIVA 0-6 diagnostizierbaren Störungsbilder, vorgestellt. Zur besseren Verständlichkeit wird für jedes Störungsbild ein Fallbeispiel beschrieben.

4.1 *Exzessives Schreien*

4.1.1 **Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter**

Das exzessive Schreien wird auch häufig unter dem Namen „Drei-Monats-Koliken“ oder „Kolikenschreien“ beschrieben. Die passagere Schreiproblematik, welche auf die ersten drei Lebensmonate begrenzt ist, tritt meist in physiologischen Reifungs- und Adaptationsphasen auf und geht zudem oftmals mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation, aber auch mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme einher. Abzugrenzen ist die passager auftretende Schreiproblematik vom persistierenden Exzessiven Schreien, welches über den sechsten Lebensmonat hinaus anhält. Dieses ist oftmals mit Entwicklungsstörungen in anderen Bereichen assoziiert und muss deshalb entsprechend diagnostiziert und klassifiziert werden.

Hauptmerkmale des Exzessiven Schreiens sind das anfallartige und unstillbare Schreien, welches ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten körperlich gesunden Säugling auftritt (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954). Weitere beobachtbare Merkmale des Schreiens sind das Versteifen von Gliedmaßen oder das Überstrecken von Kopf und Rumpf, hochrote Hautfarbe und hohe schrille Schreie. Die Kinder sprechen auf angemessene Beruhigungsversuche nicht an. Zudem fallen die Säuglinge während ihrer Wachphasen durch eine erhöhte Schreckhaftigkeit sowie häufiges Quengeln und Schreien auf. Im Vordergrund stehen bei diesen Kindern eine erhöhte Irritabilität, die Unfähigkeit Reize auszublenden bzw. bei Übermüdung zur Ruhe und in den Schlaf zu kommen. Die betroffenen Kinder weisen Defizite in ihrer Fähigkeit zur eigenständigen Regulation innerer Erregungszustände auf. Zudem ist bei vielen exzessiv schreienden Kindern ein hoher Muskeltonus zu beobachten. Exzessiv schreiende Säuglinge haben oft nur kurze Tagschlafphasen und ausgeprägte Ein- und Durchschlafprobleme. Paradoxerweise kann der Säugling oftmals durch neue bzw. ständig wechselnde Stimuli und intensive vestibuläre Reize (Herumtragen, Schaukeln,

Hüpfen) in einer Art Pseudobalance gehalten werden. Durch maskierende Geräusche (Fön, Staubsauger oder Auto) können Schreizustände kurzfristig durchbrochen werden. Jedoch beruhigen sich die Kinder nicht wirklich, so dass es zu einer Steigerung der Überreizung kommen kann. Trotz der Übermüdung, kann der Säugling aufgrund seiner selbstregulatorischen Schwierigkeiten und der starken Überreizung nicht zur Ruhe und in den Schlaf kommen, so dass es schließlich zu eskalierendem Schreien kommen kann.

4.1.2 Definition und Klassifikation

Die Klassifikation des Exzessiven Schreiens ist im ICD-10 nicht möglich. Nur im Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5, 2016) gibt es spezifische Kriterien zur Klassifikation des Exzessiven Schreiens. Hier greift man auf die bereits von Wessel und Kollegen (1954) eingeführte Dreier Regel zurück, welche das Exzessive Schreien als ein anfallsartiges, unstillbares Schreien von mehr als drei Stunden am Tag, öfter als 3-mal die Woche und länger als drei Wochen ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten körperlich gesunden Säugling definiert. Zusätzlich muss noch eine Funktionsbeeinträchtigung bzw. Leiden des Kindes bzw. seiner Familie vorliegen.

4.1.3 Epidemiologie

Die Prävalenz des exzessiven Schreiens in den ersten drei Lebensmonaten schwankt je nach untersuchter Stichprobe zwischen 1,5-16,3 % (Bolten, 2013). Jedoch sind die Prävalenzen für das persistierende exzessive Schreien deutlich geringer. In einer Studie von von Kries, Kalies und Papousek (2006) schrien nur 5,8% über den dritten und 2,5% über den sechsten Lebensmonat hinaus exzessiv.

4.1.4 Pathogenese

Dem entwicklungs-dynamischen Modell von Papoušek und Papoušek (1979) folgend, kann das Exzessive Schreien im Kontext eines Ineinandergreifens und Zusammenwirkens von angeborenen Kompetenzen zur Erregungsregulation, Temperamentsmerkmalen sowie neurologischen Auffälligkeiten des Kindes auf der einen Seite und psychosozialen Belastungen der Eltern und ungünstigen elterlichen Verhaltensweisen auf der anderen Seite erklärt werden.

4.1.5 Differentialdiagnose

Entsprechend den bereits beschriebenen drei ätiologischen Komponenten, welche zur Entstehung des Exzessiven Schreiens beitragen können (selbstregulatorische Kompetenz des

Kindes, Überlastung des direkten sozialen Umfeldes und ungünstige Interaktionen), sollten bei der Diagnostik des Exzessiven Schreiens die Symptome des Kindes nicht isoliert erfasst werden. Neben einer umfassenden körperlichen und Entwicklungsdiagnostik des Kindes gilt es, auch das soziale Umfeld, die Belastungen der Eltern und die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu beachten. Weiterhin sollte der Verlauf des unstillbaren Schreiens, Alter und Entwicklungsstand eines Kindes berücksichtigt werden. Dabei ist insbesondere das passagere exzessive Schreien innerhalb der ersten drei Lebensmonate vom persistierenden Exzessiven Schreien über den sechsten Lebensmonat hinaus zu unterscheiden. Abzugrenzen ist das Exzessive Schreien von Entwicklungsstörungen, neurologischen Auffälligkeiten und Deprivationsstörungen, welche entsprechend diagnostiziert werden müssen.

4.1.6 Fallvignette „Paula“ (5 Monate)

4.1.6.1 Anmeldegrund

Die Eltern stellen sich und Paula wegen der anhaltenden Schreiphasen und der sehr großen Erschöpfung der Kindsmutter in einer Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder vor.

4.1.6.2 Symptomatik

Paula schreie täglich mehrere Stunden, insbesondere in den Abendstunden und sei dann nahezu nicht zu beruhigen. Sie schlafe tagsüber auch kaum. Wenn sie auf dem Arm der Mutter einschläft und abgelegt wird, erwacht sie meist nach kurzer Zeit wieder. Die Eltern haben schon sehr viel probiert, um ihre schreiende Tochter zu beruhigen, fühlen sich aber mehr und mehr hilflos und resigniert, da sie sich nahezu machtlos dem Schreien ausgeliefert fühlen. Lediglich das stundenlange Stillen bzw. Nuckeln an der Brust beruhigt ihre Tochter teilweise. Aufgrund der häufig eskalierenden Schreiphasen sind beide Elternteile sehr erschöpft und fühlen sich wenig kompetent im Umgang mit ihrer Tochter. Die Mutter ist sozial sehr isoliert und wirkt niedergeschlagen und depressiv, da sie sich inzwischen kaum noch aus dem Haus traut. Auch ist der gesamte Tagesablauf auf Paula ausgerichtet. So gehen die Eltern beispielsweise bereits um 21:00 Uhr gemeinsam mit ihrer Tochter zu Bett, da diese sonst nicht zur Ruhe kommt. Die Nacht verbringt Paula mehrheitlich in engem körperlichem Kontakt zur Mutter, meistens an der mütterlichen Brust nuckelnd. Tagsüber hat sie sehr lange Wachphasen (bis zu 6 Stunden), welche nur durch sehr kurze Schlafphasen (ca. 30 Minuten) unterbrochen werden. Während der Wachphasen wirkt Paula sehr an ihrer Umwelt interessiert. Sie scheint alle Reize und Angebote förmlich aufzusaugen.

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind kann als symbiotisch beschrieben werden, da es sowohl tagsüber als auch in der Nacht fast zu keiner körperlichen Trennung kommt. Frau K. ist ohne Unterbrechung in der Nähe ihrer Tochter, wobei sie Paula entweder herumträgt oder auf ihrem Arm bzw. der Brust schlafen lässt. Bisher gab es so gut wie keine Trennungen zwischen Mutter und Kind, so dass Frau K. kaum für sich selbst sorgen kann. Frau K. beschreibt, dass sie sofort Schuldgefühle und Ängste erliegt, sobald sie sich von ihrer Tochter trennen muss (z.B. um zu Duschen). Gleichzeitig verspürt sie aber auch immer mehr Wut und aggressive Gefühle gegenüber ihrer Tochter, da diese ihr gesamtes Leben so einschneidend verändert hat und ihr keinen Freiraum mehr lässt.

4.1.6.3 Familiärer Hintergrund

Paula ist das erste Kind der Familie. Die Schwangerschaft war geplant und beide Eltern hatten sich sehr auf ihre Tochter gefreut. Die Mutter war zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht berufstätig, hatte aber den Wunsch, nach insgesamt sechs Monaten Elternzeit wieder Teilzeit als Sachbearbeiterin arbeiten zu gehen. Der Vater, welcher sich sehr in der Familienarbeit engagiert, arbeitet als Statistiker.

4.1.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Paula wurde termingerecht nach einer komplikationsreichen Schwangerschaft unter für die Mutter traumatisierenden Bedingungen mit einem Geburtsgewicht von ca. 2700g geboren. Frau K. hatte zuvor mehrere Fehlgeburten. Während der Schwangerschaft als auch während der Geburt, waren die Gesundheit bzw. das Leben von Mutter und Kind mehrfach bedroht. Die frühkindliche Entwicklung von Paula verlief ohne weitere Auffälligkeiten. Lediglich die Gewichtsentwicklung war Anlass zur elterlichen Sorge, da das Gewicht von Paula konstant zwischen dem 3. und 5. Perzentil lag.

4.1.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Paula“ (5 Monate)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Nicht klassifizierbar	<i>Achse I:</i> Exzessives Schreien
---	<i>Achse II:</i> Level 2(angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Niedriges Geburtsgewicht Aktuelles Gewicht: 3.-5. Perzentile	<i>Achse III:</i> Niedriges Geburtsgewicht Aktuelles Gewicht: 3.-5. Perzentile

<i>Achse 5:</i> 4.0 (Elterliche Überfürsorge) 5.2 (Isolierte Familie)	<i>Achse IV:</i> Soziale Isolation der Mutter Depressive Verstimmung der Mutter
<i>Achse 6:</i> Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungsniveau im erwarteten Bereich mit Einschränkungen im Bereich der Emotionen

4.2 Schlafstörungen

4.2.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Im Allgemeinen lassen sich zwei Formen von Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter unterscheiden: die Ein- und die Durchschlafstörungen, wobei beide Formen häufig kombiniert auftreten können. Die *Einschlafstörung* ist durch die Eigenschaften gekennzeichnet, dass das Einschlafen nur mit Einschlafhilfe der Eltern (durch Herumtragen, Stillen oder andere durch die Eltern gesteuerte Hilfen) möglich ist und die Einschlafdauer im Durchschnitt mehr als 30 Minuten beträgt. Die Kinder versuchen das Einschlafen durch Weinen, Rufen, Anklammern oder Ähnliches hinauszuzögern. Nach Erwerb lokomotorischer Fähigkeiten kommen sie wieder aus dem Bett, verlangen nach Essen, Getränken und elterlicher Zuwendung. Bei der *Durchschlafstörung* erwacht das Kind mehrfach während der Nacht, kann nicht ohne elterliche Hilfe in den Schlaf zurückfinden und ist dadurch im Durchschnitt länger als 20 Minuten pro Nacht wach. Goodlin-Jones et al. (2001) zeigten in einer Querschnittstudie, in der sie Kindern im Alter von 3, 6, 9 und 12 Monaten mit Hilfe von Videosomnographie untersuchten, dass nahezu alle Kinder in der Nacht erwachten. Dabei waren jedoch vor allem die jüngeren Kinder auf elterliche Unterstützung angewiesen, um wieder in den Schlaf zu gelangen, während sich ältere Kinder häufiger selbst beruhigen konnten. Jedoch benötigten selbst bei den 12 Monate alten Kindern noch 50% elterliche Unterstützung.

4.2.2 Definition und Klassifikation

Das ICD-10 ist für die Diagnose von Schlafstörungen im Vorschulalter nur unzureichend geeignet. So liegt beispielsweise eine nicht-organische Insomnie (ICD 10: F51.0) dann vor, wenn der Patient unter Ein-, Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität mit einer Häufigkeit von mindestens dreimal pro Woche, nach Ausschluss organischer Ursachen, leidet. Jedoch werden sowohl die Ein- und Durchschlafstörungen als auch die schlechte Schlafqualität nicht näher definiert. Das DC: 0-5 verlangt ein Mindestalter von 6 Monaten für

die Vergabe von Einschlafstörungen und ein Mindestalter von 8 Monaten für die Vergabe von Durchschlafstörungen. Im DC: 0-5 wird nur bei den Einschlafstörungen eine Angabe zur Dauer, welche ein Kind jeweils zum Einschlafen benötigen muss, um von einer Störung zu sprechen, gemacht: mind. 30 Minuten. Bei den Durchschlafstörungen gibt es in diesem Klassifikationssystem keine genaue Angabe. Wichtig und sinnvoll erscheint, dass die DC: 0-5 ein Leidenskriterium einschließt, so dass immer dann von einer Schlafstörung (Ein- und Durchschlafstörung) gesprochen werden kann, wenn entweder das Kind selbst oder seine Eltern bzw. seine Familie durch die Symptome in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt ist oder leidet.

4.2.3 Epidemiologie

Die Prävalenzraten von Schlafstörungen sind sehr stark von der in der jeweiligen Studie verwendeten Definition und dem Alter der untersuchten Kinder abhängig. Gemäß Sadeh (2008) haben etwa 20-30% aller Säuglinge und Kleinkinder eine klinisch bedeutsame Ein- oder Durchschlafstörung. Jedoch stellen diese Probleme nur für 2 % aller Eltern ein schwerwiegendes und für 23 % aller Eltern ein leichtes Problem dar (Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009). Bei 4 bis 6-jährigen Kindern berichteten in einer australischen Studie 18% der befragten Eltern von Ein- und Durchschlafstörungen bei ihrem Kind (Blunden et al., 2004).

Wenn es sich um eine schwere Schlafstörung handelt und diese keine spezifische therapeutische Intervention erfährt, zeigen Schlafstörungen eine Tendenz zur Chronifizierung und Persistenz ins spätere Kindesalter. Dies kann negative Folgen für die Beziehung zu Gleichaltrigen und teilweise auch die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit haben. Auch die Eltern-Kind-Beziehung kann durch eine Schlafstörung deutlich beeinträchtigt werden. In einer Studie von Goodlin-Jones et al (2009), hatten 29% der untersuchten Kinder intermittierende, leichte (bei ein oder zwei Terminen), aber nur 2% persistierende, schwere Einschlafstörungen. Ähnlich verhielt es sich in Bezug auf die Durchschlafstörungen. Während 33 % aller Kinder intermittierende Durchschlafstörungen aufwiesen, waren die Probleme nur bei 3% der Kinder persistierend. Aus diesen Ergebnissen kann man also folgern, dass bei einem erheblichen Anteil der Säuglinge und Kleinkinder die Symptomatik fluktuierend und nur von kurzer Dauer ist, während bei einer kleinen Subgruppe die Störung persistierend verläuft.

4.2.4 Pathogenese

Aktuellen Studien zufolge scheinen Schlafstörungen vielfältige Ursachen zu haben. Sowohl kindliche (Temperament, pränatale Bedingungen, perinatale Ereignisse und organische Ursachen) als auch elterliche Faktoren tragen zur Entstehung der Störung bei (Sadeh, 2008). Auf der Seite der Eltern werden sehr häufig eigene Verlust- und Trennungserlebnisse, traumatische Geburtserlebnisse oder Fehlgeburten sowie eigene Schlafstörungen berichtet. Das Zubettgehen wird also für die Eltern als eine Trennung, die eigene Verlusterlebnisse und traumatische Beziehungsabbrüche reaktiviert, wahrgenommen. Dies kann wiederum Ängste und Unsicherheiten auslösen, welche sich auf das Kind übertragen und Ängste sowie Vermeidungsverhalten auslösen können. Auch elterliche Depressionen, begleitet von Schuldgefühlen und der Unfähigkeit, altersadäquate Grenzen zu setzen, können eine Rolle spielen (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010). Zudem kann es durch dysfunktionale Interaktionen und fehlende Rituale im Alltag zu einer permanenten Überreizung des Kindes kommen.

4.2.5 Differentialdiagnose

Im Rahmen einer umfassenden Anamnese der Schlafgewohnheiten sollte die Dauer des Tages- und Nachtschlafes, sowie die Dauer und die Frequenz der Wachphasen, insbesondere während der Nacht erfasst werden. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Einschlafgewohnheiten, wie sie sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung im intrafamiliären Beziehungsgefüge gestalteten. In diesem Kontext muss erfasst werden, wie lange das Kind zu Einschlafen am Abend benötigt und ob es allein oder nur in Anwesenheit eines vertrauten Erwachsenen bzw. mit Einschlafhilfen (z.B. in den Schlaf Stillen) einschlafen kann. Tagebücher, auch in elektronischer Form z.B. als Apps, bieten sich dabei besonders an. Weiterhin ist es zentral, dass die Hintergründe der Einschlafinteraktionen erfragt werden. Haben die Eltern Befürchtungen, die mit der Trennung vom Kind verbunden sind? Welchen Bezug haben diese Befürchtungen zur Beziehungs- und Entwicklungsgeschichte? Bei einer gut etablierten Therapie-Beziehung sollten auch potentiell anamnestisch relevante Ereignisse oder Beziehungsmuster aus der elterlichen Biographie erfragt werden, z.B. Trennungstraumata, emotionale Vernachlässigung, Überprotektion und nicht zuletzt die Schlafgewohnheiten in der elterlichen Herkunftsfamilie.

4.2.6 Fallvignette „Johanna “ (2 Jahre)

4.2.6.1 Anmeldegrund

Herr M. meldet seine Tochter Johanna auf Anraten einer Bekannten in der Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder an. Seine Tochter leide an ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen sowie zunehmend oppositionellem und aufsässigem Verhalten. Seine Frau sei am Ende ihrer körperlichen und psychischen Kräfte und auch die Ehe ist durch die kindlichen Schlafprobleme sehr belastet.

4.2.6.2 Symptomatik

Johanna ist ein sehr aufgewecktes und neugieriges Mädchen, welche bereits kurz nach dem zweiten Geburtstag aufgehört hatte, tagsüber zu schlafen. Ihr Ein- und Durchschlafverhalten ist massiv gestört. Johanna kann nur in unmittelbarer körperlicher Nähe zu ihrer Mutter einschlafen. Meist schläft sie beim Stillen ein. In der Nacht erwacht sie bis zu zehn Mal und verlangt dann ebenfalls nach der mütterlichen Brust. Wenn die Mutter ihr diese Verweigert reagiert sie mit lautem Protest, schreit und schlägt teilweise um sich. Johanna schläft im Bett der Mutter. Der Vater schläft inzwischen in einem anderen Zimmer. Der Leidensdruck ist bei den Eltern sehr hoch, trotzdem sind beide Elternteile sehr ambivalent hinsichtlich einer Änderung des Schlafarrangements und hinsichtlich des Stillens als Einschlafhilfe.

4.2.6.3 Familiärer Hintergrund

Johanna ist das erste Kind von Herrn und Frau M. Sie wurde in der 36. SSW mit einem Geburtsgewicht von knapp 2500g geboren. Frau M. berichtet von sehr starken beruflichen Belastungen während der Schwangerschaft, besonders kurz vor der Entbindung. Sie vermutet deshalb auch darin den Auslöser für die Frühgeburt. Bis zur Entbindung arbeitete Frau M. als Krankenschwester. Ihr Mann ist Vollzeit als Informatiker tätig. Die Familie gibt an, kaum Kontakt zu Nachbarn oder anderen Familien mit Kindern in ihrer näheren Umgebung zu haben. Die Großeltern wohnen zu weit weg, um Frau M. zu entlasten. Informationen zu Erziehungsfragen bzw. zur Entwicklung von Kindern holt sich Frau M. ausschließlich aus dem Internet. Die Partnerschaft ist sehr angespannt und beide Ehepartner haben bereits über eine Trennung nachgedacht.

4.2.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Trotz der Frühgeburt verlief die frühkindliche Entwicklung bisher unauffällig. Johanna machte sehr gute Entwicklungsfortschritte, so dass alle Entwicklungsmeilensteine bisher erreicht wurden.

4.2.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Johanna“ (2 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> F 51.0 Nichtorganische Insomnie	<i>Achse I:</i> Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
---	<i>Achse II:</i> Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Frühgeburt mit niedrigem Geburtsgewicht	<i>Achse III:</i> Frühgeburt mit niedrigem Geburtsgewicht
<i>Achse 5:</i> 1.1. (Disharmonie zwischen den Erwachsenen) 2.0 (Psychische Störung eines Elternteils) 5.2 (Isolierte Familie)	<i>Achse IV:</i> Partnerschaftskonflikte Soziale Isolation der Familie
<i>Achse 6:</i> Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungsniveau im erwarteten Bereich

4.3 Sensorische Verarbeitungsstörungen

Eine Sensorischen Verarbeitungsstörungen ist nur mittels DC: 0-5 diagnostizierbar. Eine solche Störung liegt dann vor, wenn der Säugling bzw. das junge Kind Verhaltensweisen zeigt, welche auf Auffälligkeiten bei der Regulation von sensorischen Reizen hindeuten. Dabei handelt es sich um deskriptiv-phänomenologisch begründete Konstrukte, welche die besondere Abhängigkeit dieser Störungsklasse von externen Stimuli betonen. Sensorische Verarbeitungsstörungen werden als anlagebedingte Störungen Verarbeitung von sensorischen Reizen (taktile, visuell, auditiv, vestibulär, olfaktorisch, den Geschmackssinn betreffend und interozeptiv) verstanden. Kinder zeigen persistierende, einschränkende Schwierigkeiten in der adäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, jeweils als Antwort auf sensorische Reize, oder eine durchgängige Vermeidung von solchen aversiven Reizen. Dabei unterscheidet das DC: 0-5 zwei Ausprägungen der Störung: Sensorische

Verarbeitungsstörung mit Überreaktivität und Sensorische Verarbeitungsstörung mit Unterreaktivität.

Die Störung muss Leiden bzw. Funktionseinschränkungen bei den Betroffenen hervorrufen und in mindestens zwei Kontexten zu beobachten sein. Außerdem müssen die Kinder mindestens 6 Monate alt sein und die beschriebenen Symptome müssen mindestens 3 Monate anhalten.

Insgesamt muss bei dieser Störung kritisch bemerkt werden, dass die Kriterien rein auf klinischen Beobachtungen beruhen und bisher kaum empirisch untermauert wurden (DeGangi & Breinbauer, 1997). Auch ist die Spezifität der einzelnen Subtypen eher mangelhaft. Jedoch sollte die Abwesenheit empirischer Studien dazu verleiten, diese Störungskategorien per se als invalide zu betrachten, da die Face Validität aufgrund von klinischem Konsensus und Expertise durchaus als gegeben betrachtet werden kann.

In der Copenhagen Child Cohort CCC 2000 Studie fanden Skovgaard und Kollegen (Skovgaard, 2010; Skovgaard, Houmann, et al., 2007) bei 7,1 % der untersuchten Kinder eine Regulationsstörung der sensorischen Verarbeitung nach DC: 0-5. Mothander und Moe (2008) fanden bei 19% der untersuchten Kinder einer klinischen Stichprobe eine Regulationsstörung nach DC: 0-3. Desantis et al. (2004) beobachteten bei 75% aller Kinder, welche wegen exzessiven Schreiens behandelt wurden, dass diese im Verlauf weiterhin atypische Reaktionen auf sensorische Reize zeigten.

4.3.1 Fallvignette „Miguel“ (36 Monate)

4.3.1.1 Anmeldegrund

Miguel wird vom Kinderarzt an eine Spezialambulanz für Kleinkinder einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik überwiesen, nachdem seine Eltern den Platz in einer Kindertagesstätte nach einer Probezeit von sechs Wochen wieder verloren hatten. Miguel sei in der Einrichtung nicht tragbar. Er zeige sehr aggressives Verhalten, sei motorisch extrem unruhig, habe eine sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne und kaum expressive Sprache.

4.3.1.2 Symptomatik

Beim ersten Kontakt zeigte Miguel „autistisches“ Verhalten mit wenig Augenkontakt und inkonsistenten Reaktionen, wenn er angesprochen wurde. Außerdem wurde schnell eine deutliche Sprachverzögerung sichtbar. Miguel interessierte sich sehr für den Untersuchungsraum und die angebotenen Spielsachen. Jedoch fiel schnell auf, dass er sich

immer nur sehr kurz mit einem Spielzeug beschäftigte und dann sehr schnell zum nächsten wechselte. Sein Gesichtsausdruck war während der gesamten Untersuchung eher ausdruckslos bis sehr traurig.

Zu Hause und in der Kindertagesstätte sei Miguel vor allem durch seine sehr starke motorische Aktivität mit ständigem Herumrennen und Klettern, sowie durch sein zunehmend aggressiveres Verhalten (Schlagen, an den Haaren ziehen) aufgefallen. Er werde sehr schnell frustriert und habe extreme Wutanfälle, welche sehr lange anhalten und sich über den gesamten Tag hinweg erstrecken bzw. in sehr vielen Situationen auftreten. Auch habe Miguel eine sehr hohe Schmerzschwelle. Wenn er sich stoße, würde er kaum reagieren, selbst wenn der Zusammenstoß offensichtlich sehr heftig war. Auch das Essverhalten wurde von den Eltern als schwierig beschrieben. Miguel bleibe nie am Tisch sitzen, sodass die Mutter mit dem Teller hinter ihm herrenne, um ihn zu füttern.

4.3.1.3 Familiärer Hintergrund

Miguel ist das erste Kind von Herr und Frau S.. Herr S. stammt aus Spanien, seine Frau ist Deutsche. Der Vater ist Arbeiter in einer Fabrik für Autoteile. Frau S. war zum Zeitpunkt der Anmeldung erneut arbeitslos, da sie ihre Anstellung in einem Supermarkt aufgrund des Betreuungsplatzverlustes wieder kündigen musste. Die Familie wohnt isoliert in einem Dorf mit wenig Kontakt zu den Nachbarn. Der Vater berichtet, dass er als Kind an nicht näher spezifizierten Lern- und emotionalen Problemen gelitten habe. Innerhalb des Paares gibt es ganz offensichtliche Konflikte. Der Vater gibt seiner Frau immer wieder die Schuld am Verhalten seines Sohnes. Frau S. fühlt sich von ihrem Mann zu wenig unterstützt und allein gelassen. Außerdem berichtet sie, dass sie aktuell wegen depressiver Symptome in psychiatrischer Behandlung sei. Herr S. klagt über chronische Rückenschmerzen, welche immer wieder zu Arbeitsausfällen führen. Er fürchte, dass er seinen Job aufgrund seiner gesundheitlichen Probleme verlieren könnte.

4.3.1.4 Frühkindliche Entwicklung

Miguel wurde termingerecht mit normalem Geburtsgewicht geboren. Die Mutter berichtet, dass sie während der Schwangerschaft geraucht habe. Es gab keine Komplikationen vor, während oder kurz nach der Geburt. Die Eltern beschreiben ihren Sohn als schon immer sehr wachen und aktiven Jungen, der sehr früh zu Laufen (mit 10 Monaten) begonnen hatte. Jedoch hätte er sich bereits als Baby dagegen gewehrt, im Arm gehalten zu werden. Die Eltern beschreiben ihren Sohn als „ständig auf dem Sprung“ und sehr quirlig. Die

Sprachentwicklung verlief verzögert. Er lautete kaum während des Spiels und produzierte kaum expressive Sprache. Ansonsten verlief die Entwicklung bisher unauffällig.

4.3.1.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Miguel“ (36 Monate)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Nicht klassifizierbar	<i>Achse I:</i> Sensorische Verarbeitungsstörung: Störung mit Überreaktivität
---	<i>Achse II:</i> Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> 1.1. (Disharmonie zwischen den Erwachsenen) 2.0 (Psychische Störung eines Elternteils) 5.2 (Isolierte Familie)	<i>Achse IV:</i> Partnerschaftskonflikte Soziale Isolation der Familie Depression der Mutter
<i>Achse 6:</i> Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Übertrifft die Erwartungen im Bereich der Motorik; Im Bereich der Emotionen, der sozial-kommunikativen Fähigkeiten und der Sprache wurden wichtige Meilensteine noch nicht erreicht

4.4 FÜTTER/ESSSTÖRUNG IM SÄUGLINGS- & KINDESALTER

4.4.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Während die ICD-10 nur eine Form der Fütterstörungen unterscheidet, beschreibt die DC: 0-5 zwei Ausprägungen von Essstörungen im frühen Kindesalter. Die Essstörung mit Überessen und die Essstörung mit Nahrungsverweigerung

4.4.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Die ICD-10 beschreibt die Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2) als eine spezifische Störung beim Gefüttert werden des frühen Kindesalters, die mit unterschiedlicher Symptomatik einhergehen kann. Allgemein umfasst sie Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot, einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson und in Abwesenheit einer organischen Erkrankung. Begleitend kann Rumination vorhanden sein. Folgende Kriterien müssen dabei erfüllt sein: anhaltende Unfähigkeit adäquat zu essen oder anhaltende Rumination oder Regurgitation von Speisen, Gewichtsstörungen über einen Monat, Beginn vor dem sechsten Lebensjahr und Ausschluss anderer psychischer und organischer Störungen.

4.4.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologische Studien zeigen, dass Fütter- und Esssymptome im Vorschulalter häufig sind, dass sie eine Tendenz zur Persistenz zeigen und dass die Qualität der Ernährung auch langfristige Entwicklungseffekte zeigt. (Wright, Parkinson, Shipton, & Drewett, 2007) zeigten, dass bei 20 % von 455 Kindern im Alter von zweieinhalb Jahren nach Elternangaben eine Ess- bzw. Fütterstörung vorlag. Zusätzlich aßen 18% nur eine eingeschränkte Zahl von Nahrungsmitteln und 8% wurden eindeutig als wählerische Esser („faddy“ oder „picky eaters“) bezeichnet.

In einer prospektiven Langzeitstudie gaben 20.2 % der 5.122 Mütter von 2-4-jährigen Kindern an, dass ihr Kind manchmal und 7.6% dass es oft unregelmäßig isst (McDermott et al., 2008). Die Essstörungen zeigten eine hohe Persistenz: 48 % der sechs Monate alten Kinder mit Essstörungen zeigten im Alter von 2-4 Jahren ebenfalls ein irreguläres Essverhalten. Eine deutsche populationsbasierte Studie mit 1.090 Einschulkindern zeigte, dass atypische Essprobleme im Vorschulalter häufig vorkommen: 53% vermieden bestimmte Nahrungsmittel, 23% zeigten ein selektives Essverhalten und 26% zeigten eine Abneigung gegen neue Nahrungsmittel (Equit et al., 2013).

Trotz dieser eindeutigen Häufigkeit von Fütter- und Esssymptomen bei jungen Kindern gibt es keine epidemiologischen Daten zu der Prävalenz der DC:0-3 R-Störungen.

4.4.1.4 PATHOGENESE

Ess- und Fütterstörungen sind generell multifaktoriell bedingt, wobei die Faktoren bei den einzelnen Störungen eine unterschiedliche Gewichtung haben. Genetische Faktoren spielen die größte Rolle bei der frühkindlichen Anorexie und der sensorischen

Nahrungsverweigerung. Traumatische Auslöser spielen bei der Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes die wichtigste Rolle. Schließlich ist die elterliche Psychopathologie bei der Fütterstörung der reziproken Interaktion ausschlaggebend.

Generell sind psychische Störungen der Eltern als Risikofaktoren für kindliche Auffälligkeiten anzusehen. Bei Kindern mit Essstörungen sind eigene Essstörungen der Eltern von besonderer Bedeutung (Blissett, Meyer, & Haycraft, 2007; Patel, Wheatcroft, Park, & Stein, 2002).

4.4.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Differentialdiagnostisch müssen verschiedene organische Ursachen, die zu Fütter- oder Essstörungen führen können, ausgeschlossen bzw. abgeklärt werden, so dass eine enge Zusammenarbeit mit der Pädiatrie notwendig ist. Organische Ursachen (vor allem strukturelle und neurologische Störungen) müssen ausgeschlossen und dürfen nicht übersehen werden. Zu den strukturellen Störungen gehören Fehlbildungen des Naso-Oro-Pharynx-Bereichs, wie z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Fehlbildungen des Larynx und der Trachea, wie Zysten, Stenosen und Tracheomalazie, müssen ebenfalls beachtet werden. Auch strukturelle Störungen des Ösophagus, wie Fisteln und Stenosen, können vorkommen. Zu den neurologischen Entwicklungsstörungen gehören vor allem die infantile Zerebralparese, Myelomeningozelen, muskuläre Dystrophien und Myopathien. Ein Überblick über mögliche organische Ursachen von Fütterstörungen findet sich bei (Rommel, De Meyer, Feenstra, & Veereman-Wauters, 2003).

Generell sollte die medizinische Vorgeschichte genau erhoben werden. Wegweisend sind Hinweise auf Frühgeburt, Sondenernährung sowie Schluckstörungen. Eine vollständige körperlich internistische wie auch neurologische Untersuchung sollte auf jedem Fall erfolgen. Gewichts-, Längen- und Kopfumfangsmasse sind obligat auch im Verlauf zu erfassen. Außerdem sollten Allergien (z.B. Milcheiweißallergie) und ein gastroösophagealer Reflux ausgeschlossen werden.

Komorbid können auch mehrere Fütter- und Essstörungen gleichzeitig vorliegen. So ist es durchaus möglich, dass z.B. eine frühkindliche Anorexie und eine sensorische Nahrungsverweigerung gleichzeitig bestehen. Auch andere komorbide psychische Störungen, vor allem depressive, autistische, Angststörungen sowie ODD müssen erfasst werden. Gerade bei den Kindern mit Gedeihstörungen ist eine komplette Entwicklungsdiagnostik erforderlich, um 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. Es wird dabei unter anderem die Abstimmung zwischen Mutter bzw. Vater und Kind beurteilt. Die Aktivität der Eltern liefert wichtige Hinweise, ob z.B. forciert mit Zwang gefüttert wird oder ob die Eltern hilflos wirken. Beim Kind können das Interesse am Essen, die Abwehr gegenüber angebotenen Nahrungsmitteln und Spielen und andere Aktivitäten während des Essens bedeutsam sein.

4.4.2

4.4.3 Fallvignette „Sophie“ (5 Jahre): Fütter-/Essstörung im Säuglings- und Kleinkindalter

4.4.3.1 Anmeldegrund

Sophie (5 Jahre 11 Monate) wird von ihren Eltern in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder wegen Fütter- und Essproblemen vorgestellt, die schon seit dem Säuglingsalter bestehen.

4.4.3.2 Symptomatik

Die Eltern berichten, dass Sophie kaum Interesse am Essen zeige und wenig Appetit habe. Zum Frühstück esse sie beispielsweise nur drei Löffel Müsli und trinke eine halbe Tasse Milch. Sie müsse immer wieder aufgefordert werden, weiter zu essen. Beim Mittagessen im Kindergarten oder am Wochenende zu Hause sei das Verhalten ähnlich, sie esse immer nur sehr wenig und müsse praktisch zu jedem Bissen aufgefordert werden. Generell esse Sophie eine breite Palette an Nahrungsmitteln. Bestimmte Nahrungsmittel bevorzuge sie (z.B. Nudel und Reis jeweils ohne Soße) und einige wenige vermeide sie vollständig (bestimmte Gemüsesorten wie Blumenkohl, Brokkoli). Bei Tisch werde jedoch nicht gespielt und das Essen ende in der Regel nach 30 Minuten. Zwischen den Mahlzeiten trinke Sophie Apfelsaft und esse häufig Gummibärchen. Ansonsten sei Sophie ein freundliches, ausgeglichenes Mädchen, das im Kindergarten gut integriert sei. Laut Angaben der Erzieherinnen sei Sophie vielseitig interessiert, sei eine Bereicherung für die Kindergartengruppe, übernehme gerne kleine Aufgaben und habe ein lebhaftes Temperament.

4.4.3.3 Familiärer Hintergrund

Sophie lebt mit ihren Eltern (Mutter, 35 J., Bankkauffrau, in Teilzeitbeschäftigung; Vater 36 J., ebenfalls Bankkaufmann) im eigenen Haus. Die familiäre Atmosphäre sei liebevoll. Beide Eltern geben an, in ihrer Kindheit nur wenig bzw. sehr selektiv gegessen zu haben.

4.4.3.4 Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos verlaufen. Sophie sei sechs Monate gestillt worden. Beim Übergang zur Breinahrung habe es die ersten Fütterschwierigkeiten gegeben. Sophie habe sehr wenig gegessen und sei immer unter Ablenkung gefüttert worden. Die motorische und sprachliche Entwicklung sei unauffällig. Die Sauberkeitserziehung sei seit dem dritten Lebensjahr abgeschlossen. Die aktuelle körperliche Untersuchung zeige einen guten Allgemeinzustand bei reduziertem Ernährungszustand (Körperlänge 99,5 cm (3. Perzentile), Gewicht 13,4 kg (3. Perzentile). Organische Ursachen seien ausgeschlossen worden.

4.4.3.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Sophie“ (5 Jahre 11 Monate)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)	<i>Achse I:</i> Essstörung mit Nahrungsverweigerung
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Keine aktuellen abnormen psychosozialen Umstände	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 0 (herausragende/gute soziale Funktionen)	<i>Achse V:</i> Funktionsfähigkeit altersgemäß

4.5 REAKTIVE BINDUNGSSTÖRUNG und Bindungsstörung mit Enthemmung

4.5.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Kinder mit einer Reaktiven Bindungsstörung sind emotional gehemmt, ziehen sich zurück und zeigen kaum positive Emotionen. Sie wirken abgestumpft, gleichzeitig beobachtend und

suchen keinen Trost bei Bezugspersonen. Die Exploration und das Kontaktverhalten sind eingeschränkt.

Kinder mit einer Bindungsstörung mit Enthemmung zeigen dagegen ein vollkommen anderes klinisches Bild. Sie suchen Trost bei Bezugspersonen, sind in ihrer Auswahl der Personen aber unspezifisch und wahllos. Insgesamt zeigen sie ein distanzgemindertes Verhalten, auch gegenüber fremden Personen, ohne adäquate Zurückhaltung.

4.5.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

In der ICD-10 werden Bindungsstörungen allgemein 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.

Die Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) muss vor dem fünften Lebensjahr beginnen und zeichnet sich durch vielfältige Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Emotionsregulation aus: deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen Situationen, emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein und ängstliche Überempfindlichkeit. Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung muss ausgeschlossen werden.

Die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) wird nach ICD-10 definiert durch: anhaltende diffuse Bindungen während der ersten fünf Lebensjahre; ein relatives Fehlen selektiver sozialer Bindungen: Trost wird bei Unglücklichsein nicht gesucht, die Auswahl der tröstenden Personen ist wahllos; wenig modulierte soziale Interaktion mit unvertrauten Personen; Anklammerungsverhalten oder aufmerksamkeitsheischendes und unterschiedlich freundliches Verhalten ohne Situationsspezifität. Die Klassifikation der Bindungsstörungen in der DC:0-5 ist vergleichbar mit der Einordnung in die ICD-10.

4.5.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Die Prävalenz von Bindungsstörungen wird insgesamt relativ niedrig eingeschätzt. Allgemein wird von einer Prävalenz von unter 1% ausgegangen (AACAP, 2005). In vielen epidemiologischen Studien wurde kein Kind mit einer Bindungsstörung diagnostiziert (siehe Egger & Angold, 2006a; Lavigne, Lebailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009). In einer dänischen Studie hatten 0,9% der eineinhalb jährigen Kinder eine Bindungsstörung nach ICD-10 und 0,5% nach DC:0-3 (Skovgaard, 2010; Skovgaard, Olsen, et al., 2007). In

Risikogruppen (Kinder in Pflegefamilien oder Heimen) ist die Prävalenz von Bindungsstörungen mit 10-25% jedoch deutlich erhöht (AACAP, 2005).

4.5.1.4 PATHOGENESE

In der Definition der Bindungsstörungen finden sich explizit ätiologische Aspekte: Deprivations- und Misshandlungserfahrungen oder soziale Vernachlässigung müssen vorgelegen oder ein häufiger Wechsel der primären Bezugspersonen muss stattgefunden haben. Da unter ähnlichen Bedingungen nicht alle Kinder eine Bindungsstörung entwickeln, müssen protektive und Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für eine Bindungsstörung in dem individuellen Kind erhöhen bzw. reduzieren. Diese sind durch die bisherige Forschung nicht adäquat identifiziert worden – bis auf Faktoren wie die Dauer der Deprivation und Zahl der betreuenden Bezugspersonen des Kindes.

4.5.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Bei der Diagnose der Bindungsstörung ist die Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen und fremden Personen von besonderer Bedeutung. Dabei sollte das freie Spiel mit Bezugspersonen, das Verhalten nach Trennung und Wiedervereinigung und die Beziehungsgestaltung zu fremden Personen und neuen Objekten beobachtet werden. Besonders relevant sind dabei der emotionale Stress des Kindes; die Trostfindung bei „anderen Personen“ und die Bevorzugung einer Bezugsperson (Stafford & Zeanah, 2006).

Bei der Bindungsstörung mit Enthemmung ist darauf zu achten, dass das Kind mindestens ein Entwicklungsalter von neun Monaten aufweist, da erst dann davon ausgegangen werden kann, dass selektive Bindungen eingegangen werden können (APA, 2015).

Generell müssen Bindungsstörungen differentialdiagnostisch vor allem von Autismus-Spektrum-Störungen, intellektueller Beeinträchtigung sowie depressiven Störungen und hyperkinetischen Störungen /ADHS abgegrenzt werden (APA, 2015).

4.5.2 Fallvignette „Jason“ (3 Jahre): Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

4.5.2.1 Anmeldegrund

Jason wurde von seiner Großmutter in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder wegen Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt.

4.5.2.2 Symptomatik

Die Großmutter berichtete, dass Jason und sein 21 Monate alter Halbbruder seit fünf Monaten bei ihr lebten, da die Kindesmutter wegen Betrugs im Gefängnis sei. Die Großmutter berichtete weiter, dass Jason sehr auffällig sei. Er sei häufig aggressiv gegenüber seinem Bruder. Wenn dieser weine, tröste er ihn aber auch wieder ganz fürsorglich. Im sozialen Kontakt sei er distanziert, halte Abstand zu anderen Menschen, lasse sich nicht drücken oder küssen. Er könne nicht abwarten, sei impulsiv, höre nicht auf Anweisungen der Großmutter und zerstöre Gegenstände im Haus. Sie beschreibt auch, dass J. oft abwesend sei und seine Umwelt nicht mehr wahrnehme. Manchmal schreie er ohne Grund los und sei nur schwer wieder zu beruhigen. Er rieche an allem und wolle alles essen, was er in die Hände bekomme. Des Weiteren spreche er nur sehr undeutlich und bilde meist keine zusammenhängenden Sätze. Zur Mutter habe er zwei Mal im Monat Kontakt.

Die Erzieherinnen im Kindergarten berichteten, dass Jason in letzter Zeit immer öfter aggressive Durchbrüche habe und sich selbst verletze.

4.5.2.3 Familiärer Hintergrund

Die Mutter (33 J., in Ausbildung zur Frisörin) und der Vater (26 J., ohne Ausbildung) seien momentan beide wegen Betrugs inhaftiert. Jason hat einen jüngeren Halbbruder (21 Monate). Die Großmutter gab an, dass beide Eltern unter psychischen Störungen litten. Die Kindesmutter leide seit ihrer Jugend an Depressionen. Der Vater leide an Angstzuständen und sei oft ins Krankenhaus gefahren, da er dachte er werde sterben.

4.5.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Schwangerschaft sei gut verlaufen. Unter der Geburt sei es jedoch zu Sauerstoffmangel des Säuglings gekommen, weshalb ein Kaiserschnitt durchgeführt werden musste. Die postpartale Anpassung sei unauffällig gewesen. Jason habe gut getrunken und viel geschlafen. Wenn er geschrien habe, habe der Vater ihn oft in seinem Zimmer eingesperrt, da er den „Lärm“ nicht ertragen habe. Die Großmutter beschreibt, dass Jason schon aus Verzweiflung darüber die Tür angeknabbert habe. Die motorische und sprachliche Entwicklung seien verzögert verlaufen. Jason sei mit eineinhalb Jahren gelaufen. Erste Worte habe er mit einem Jahr gesprochen. Allerdings könne man ihn auf Grund seiner schlechten Aussprache nicht gut verstehen. Mit zweieinhalb Jahren habe Jason eine große Menge Psychopharmaka der Mutter gefunden und gegessen. Es seien so viele Tabletten gewesen, dass ein Herzstillstand

eingetreten sei. Er sei daraufhin reanimiert worden. In diesem Zusammenhang sei auch eine Epilepsie festgestellt worden.

4.5.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Jason“ (3 Jahre 10 Monate)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Reaktive Bindungsstörung (F94.1)	<i>Achse I:</i> Reaktive Bindungsstörung
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch deutliche sprachliche Entwicklungsverzögerungen	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung) zur Großmutter
<i>Achse 4:</i> Sauerstoffmangel bei Geburt; Zustand nach Herzstillstand; Epilepsie	<i>Achse III:</i> Sauerstoffmangel bei Geburt; Zustand nach Herzstillstand; Epilepsie
<i>Achse 5:</i> Mangel an Wärme in Eltern-Kind-Beziehung (1.0); psychische Störung eines Elternteils (2.0); abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Psychische Störung der Eltern, Vernachlässigung; Inhaftierung der Eltern; Kind wohnt bei Großmutter
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Meilensteine der sozialen, emotionalen und sprachlichen Kompetenzen nicht erreicht

4.5.3 Fallvignette „Steve“ (4 Jahre): Bindungsstörung mit Enthemmung

4.5.3.1 Anmeldegrund

Steve wurde von seiner Adoptivmutter in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder wegen Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt.

4.5.3.2 Symptomatik

Die Adoptivmutter beschreibt, dass Steve sehr distanzlos und wahllos auf ihm fremde Personen zugehe und Körperkontakt (Anschmiegen, Anklammern) suche. Auch im größeren

Familienkreis versuche er immer von allen Personen Aufmerksamkeit zu bekommen und setze sich bei fast allen auf den Schoß und „kuschele“. Im Kindergarten habe er oberflächliche Kontakte zu den anderen Kindern, spiele zwar mit ihnen, habe aber keine besonderen Freunde. Auch hier klammere er sich sehr an alle Erzieherinnen, wenn diese es zulassen.

4.5.3.3 Familiärer Hintergrund

Steve wohne seit ca. zwei Jahren bei seinen Adoptiveltern (beide 37 J., Adoptivmutter Erzieherin, Adoptivvater Ingenieur). Vom 13. Lebensmonat bis zur Adoption ist Steve in einem Kinderheim aufgewachsen, da die leibliche Mutter drogenabhängig gewesen sei. Die Großmutter mütterlicherseits habe schließlich das Jugendamt informiert, da sie immer mehr den Eindruck gewonnen habe, dass die Kindsmutter das Kind nicht weiter alleine versorgen könne. Die leibliche Mutter sei nach Informationen des Jugendamtes häufig mehrere Stunden außer Haus gewesen und habe den Säugling sich selbst überlassen. Informationen über den leiblichen Vater liegen nicht vor.

4.5.3.4 Frühkindliche Entwicklung

Zur Schwangerschaft und frühkindlichen Entwicklung kann die Adoptivmutter keine Angaben machen. Als Steve mit zwei Jahren in die Adoptivfamilie kam, lagen deutliche sprachliche und motorische Defizite vor. Durch intensive Ergo- und Logotherapie konnten gute Fortschritte erzielt werden. Der IQ liegt im unteren Normbereich.

4.5.3.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Steve“ (4 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2)	<i>Achse I:</i> Deprivations-/Misshandlungsstörung, enthemmtes Muster (150)
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch deutliche sprachliche und motorische Entwicklungsverzögerungen	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung) zu Adoptiveltern

<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Auffälligkeiten; sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen
<i>Achse 5:</i> Psychische Störung eines Elternteils (2.0); unzureichende elterliche Aufsicht (4.1); Erziehung in einer Institution (5.0) abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Drogenabhängigkeit der Mutter; unzureichende elterliche Aufsicht, Erziehung in einer Institution, Adoption, häufiger Wechsel der Bezugspersonen
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Meilensteine bei den sozialen und emotionalen Kompetenzen nicht erreicht

4.6 ANPASSUNGSSTÖRUNGEN

4.6.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Im Vorschulalter können viele verschiedene kritische Lebensereignisse oder Lebensveränderungen zur Entstehung einer Anpassungsstörung führen: z.B. Trennung/Scheidung, Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, Veränderungen im Alltag und neue Bezugspersonen. Typische Symptome sind einerseits internalisierende Symptome, wie Alpträume, Schuldgefühle und Verlassenheitsgefühle, Ängste, depressive Symptome; es kann andererseits auch zu einer Zunahme der Eltern-Kind-Konflikte mit externalisierenden Symptomen wie vermehrten Wutausbrüchen oder aggressivem Verhalten kommen. Weitere Symptome umfassen Klammern, Trennungängste, Einnässen, Füttern und Trinkprobleme.

4.6.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Nach ICD-10 ist die Anpassungsstörung ein Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer einschneidenden Lebensveränderung auftreten. Zur Diagnose ist somit eine psychosoziale Belastung von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß notwendig. Die Symptome beginnen innerhalb eines Monats nach dem Ereignis und bilden sich meistens innerhalb von sechs Monaten zurück. Nur eine depressive Reaktion kann auch länger bis zu zwei Jahren andauern. Die Symptomatik der

Anpassungsstörung ist variabel und umfasst depressive und Angstsymptome, sowie Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Nach ICD-10 wird unterschieden zwischen der Kurzen Depressiven Reaktion (F43.20); der Längeren Depressiven Reaktion bis zu zwei Jahren (F43.21); der Angst- und Depressiven Reaktion, gemischt (F43.22); der Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23); mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24); mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25); sowie einer Restkategorie (F43.28).

Die Klassifikation der Anpassungsstörung in der DC: 0-5 erfordert ebenfalls den Zusammenhang mit einem Stressor, das Auftreten eines breiten Spektrums von Symptomen innerhalb eines Monats sowie den Ausschluss einer anderen psychischen Störung und ist somit relativ vergleichbar zur Klassifikation nach ICD-10.

4.6.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Prävalenzangaben zur Anpassungsstörung im Vorschulalter variieren teilweise beträchtlich zwischen den einzelnen Studien. In bestimmten Inanspruchnahmepopulationen sind sie relativ hoch. Nach Emde and Wise (2003) litten 8% von 1.083 Kindern aus fünf verschiedenen kleinkinderpsychiatrischen Spezialambulanzen unter dieser Störung (klassifiziert nach DC:0-3). In einer Studie von Frankel, Boyum, and Harmon (2004) hatten 20% der ambulant vorgestellten Kinder eine Anpassungsstörung nach DSM-IV und 19% nach DC:0-3. In einer eigenen Studie von Equit, Paulus, Fuhrmann, Niemczyk, and von Gontard (2011) wiesen 6% bzw. 5,4% der Kinder einer Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder eine Anpassungsstörung nach ICD-10 bzw. DC: 0-5 auf. Dagegen waren in einer dänischen epidemiologischen Studie nur 0,9% aller 18 Monate alten Kinder von einer Anpassungsstörung betroffen (Skovgaard, Houmann, et al., 2007). Dies spricht dafür, dass Anpassungsstörungen häufig übersehen werden.

Definitionsgemäß dauert eine Anpassungsstörung nicht länger als sechs Monate, nachdem die Belastung bzw. deren Folgen beendet sind. Ist die Belastung jedoch langandauernd, so kann auch die Anpassungsstörung persistieren (APA, 2015).

Zum Langzeitverlauf der Anpassungsstörung gibt es wenige ältere Studien. Es ist nicht gut untersucht, ob sich andere psychische Störungen aus einer Anpassungsstörung heraus entwickeln können, wie es nach klinischer Einschätzung bei vielen Kindern zu sein scheint.

4.6.1.4 PATHOGENESE

Die Entwicklung einer Anpassungsstörung ist vom Auftreten eines Stressors, also einem kritischen Lebensereignis, abhängig. Die Auswirkung der Stressoren ist dabei davon abhängig, wie viele Stressoren auftreten und ob mehrere Stressoren zusammen auftreten oder nicht. Auch ist es von Bedeutung, ob sie für das Kind unvorhersehbar sind oder auf vorherigen Erfahrungen beruhen. Zusätzlich sind die subjektive Einschätzung sowie der Coping-Stil des Kindes für das Auftreten einer Anpassungsstörung von entscheidender Bedeutung. Obwohl die ICD-10 von einer individuellen Disposition oder Vulnerabilität ausgeht, gibt es keine Studien zu einer möglichen genetischen Disposition.

4.6.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Hill (2006) weist darauf hin, dass der tatsächliche zeitliche Zusammenhang zwischen Stressor und Symptomatik bei der Diagnose einer Anpassungsstörung nachgewiesen werden muss. Auch ist es wichtig, die subjektive Bedeutung des Stressors für das Kind sowie die subjektiven elterlichen Einstellungen und Coping-Mechanismen zu explorieren.

Differentialdiagnostisch müssen vor allem depressive Störungen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen von Anpassungsstörungen abgegrenzt werden. Da im Vorschulalter häufig auch externalisierende sowie regressive Symptome bei Anpassungsstörungen auftreten, müssen auch Störungen wie ODD/Störungen des Sozialverhaltens mit Oppositionellem, Aufsässigen Verhalten sowie Entwicklungsverzögerungen etc. ausgeschlossen werden.

4.6.2 Fallvignette „Aaron“ (5 Jahre)

4.6.2.1 Anmeldegrund

Aaron wurde von seiner Mutter wegen starker Trennungsängste in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder vorgestellt.

4.6.2.2 Symptomatik

Die Mutter berichtet, dass sich A. seit der Trennung der Eltern zehn Wochen zuvor im Kindergarten nur schwer von ihr trennen könne. Er weine und äußere die Sorge, dass der Mutter etwas zustoßen könne. Auch wenn diese ihm versichere wiederzukommen, bleibe A. in angespanntem Zustand. Nachts zeige A. ebenso Trennungsängste. Er schlafe zwar in seinem Bett ein, komme jedoch jede Nacht zur Mutter ins Bett. Zusätzlich wirke A. in den

letzten Wochen vermehrt ängstlich und niedergestimmt, was auch von den Erzieherinnen im Kindergarten rückgemeldet worden sei.

Die Mutter beschreibt A. als liebes und sensibles Kind, das schon immer anhänglich gewesen sei. Seit der elterlichen Trennung „vergöttere“ A. seine Mutter, fordere viel körperliche Nähe und Sicherheit ein. Zum Vater habe A. laut der Mutter eine gute Beziehung, obwohl dieser nicht oft zuhause gewesen sei. Seit der Trennung habe er seinen Vater jedoch erst zwei Mal gesehen.

4.6.2.3 Familiärer Hintergrund

Die Mutter (35 J., Arzthelferin, derzeit arbeitssuchend) leide seit vielen Jahren an Depressionen und werde derzeit medikamentös behandelt. Die Mutter habe einen 12-jährigen Sohn aus erster Ehe, der mit in der gemeinsamen Wohnung lebe und zu A. ein gutes Verhältnis habe. Der Vater (32 J., Speditionskaufmann, ebenfalls arbeitssuchend) lebe seit zehn Wochen von der Familie getrennt. Die Eltern haben das gemeinsame Sorgerecht.

4.6.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos verlaufen. Die motorische und sprachliche Entwicklung seien normgerecht verlaufen. Die Sauberkeitserziehung nachts sei noch nicht abgeschlossen, tagsüber sei A. jedoch seit dem dritten Lebensjahr sauber und trocken.

4.6.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Aaron“ (5 Jahre 1 Monat)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch keine Entwicklungsverzögerungen	<i>Achse II:</i> Level 2 (angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Psychische Störung eines Elternteils (2.0); abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Psychische Störung eines Elternteils, Trennung der Eltern

<i>Achse 6:</i> Stufe 2 (leichte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersgemäß
--	---

4.7 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

4.7.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den Störungen im Vorschulalter, die bereits relativ intensiv erforscht wurden und über eine gut fundierte Datenlage verfügen.

Im Vorschulalter zeigen Kinder mit PTBS Symptome, die sich von Symptomen älterer Kinder und Jugendlicher unterscheiden: Intrusive und wiederholte Erinnerungen an das Trauma sind häufig vorhanden, aber oft nicht ersichtlich. Kinder wirken emotional wenig belastet.

Vorschulkinder zeigen oft ein eingeschränktes Spielverhalten sowie häufige Wutanfälle.

Flashbacks sind vorhanden, aber für die jungen Kinder oft nicht verbal mitteilbar, sondern nur im Verhalten sichtbar. Auch können Kinder das Gefühl der Entfremdung nicht in Worte fassen. Vermeidung und Gefühle der Betäubung sind bei Kindern im Vorschulalter geringer ausgeprägt. Stattdessen zeigen sich andere Verhaltensweisen: Sie können schon erworbene Fähigkeiten verlieren (beginnen z.B. wieder einzunässen), sie werden trennungsängstlich und aggressiv oder entwickeln neue Ängste.

Typische Traumata, 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 (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003).

4.7.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Die ICD-10 ist nur wenig geeignet, eine PTBS im Vorschulalter zu diagnostizieren, da die Kriterien in erster Linie auf das Erwachsenen-, nicht aber auf das Kindes- und noch weniger auf das Vorschulalter anwendbar sind. Eine PTBS (F43.1) entsteht nach ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das bei nahezu jedem Menschen tiefgreifenden Verzweiflung auslösen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas durch sich aufdrängende Erinnerungen in Träumen, das Gefühl betäubt zu sein, Anhedonie und Vermeidung von traumaassoziierten Situationen.

Sowohl eine Amnesie wie auch eine erhöhte Sensitivität und Erregung mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit können vorkommen. Die PTBS tritt mit einer Latenz von Wochen bis üblicherweise sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auf.

Die DC: 0-5 Kriterien sind deutlich spezifischer für das Kindesalter. Speziell für das Vorschulalter werden gesonderte Kriterien für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren definiert. Neben dem direkten Erleben des traumatischen Ereignisses bzw. dem persönlichen Miterleben, dass relevanten Bezugspersonen ein traumatisches Ereignis widerfahren ist, gilt als traumatisches Ereignis auch das Erfahren, dass nahen Familienmitgliedern ein traumatisches Ereignis zugestoßen ist. Zusätzlich muss eines oder mehrere Symptome des Wiedererlebens vorliegen, z.B. Intrusionen, Flashbacks, belastende Träume, die mit dem Trauma zusammenhängen können, aber nicht müssen. Statt Flashbacks können junge Kinder das Trauma in Handlungen oder im Spiel nachstellen. Außerdem muss eines oder mehrere Symptome der Bereiche ‚Anhaltende Vermeidung von Reizen‘ (Vermeidung von Orten, Personen, die an das Trauma erinnern etc.) und ‚Negative kognitive Veränderungen‘ (Furcht, Schuld Traurigkeit, vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme am Spiel, sozialer Rückzug etc.) vorliegen. Zusätzlich ist das Erregungsniveau erhöht, was durch Symptome wie Wutausbrüche, Reizbarkeit, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen, Konzentrationsschwierigkeiten oder Schlafstörungen gekennzeichnet ist. Als Dauer wird mindestens ein Monat angegeben.

4.7.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Aufgrund der fehlenden Sensitivität der DSM- bzw. ICD-10 Kriterien für das Vorschulalter, ist es nicht verwunderlich, dass die Prävalenzangaben in den epidemiologischen Studien entsprechend niedrig sind. Insgesamt beträgt die Prävalenz in den bisherigen Studien zwischen 0,1-0,6% (H. L. Egger & Angold, 2006a; McDonnell & Glod, 2003).

Bevölkerungsbezogene Studien mit den alternativen Kriterien gibt es noch nicht. Man kann davon ausgehen, dass bis zu einem Drittel der Kinder nach schweren Traumata eine PTBS nach diesen Kriterien entwickelt (Graf, Irblich, & Landolt, 2008). In einer Studie von Frankel et al. (2004) litten 20% der Kinder einer klinischen Inanspruchnahmepopulation an einer PTBS nach DSM-IV und DC:0-3.

Der Verlauf der PTBS ist bei Vorschulkindern ungünstig. Symptome sind oftmals selbst zwei Jahre später noch vorhanden – häufig mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag.

Einzelne, subklinische Symptome wie Vermeidung und Hyperarousal nahmen sogar über den Verlauf von zwei Jahren zu (M.S. Scheeringa, 2006). Man kann also nicht davon ausgehen, dass sich die PTBS bei jungen Kindern spontan zurückbildet – im Gegenteil, Kinder sind auch langfristig beeinträchtigt und benötigen aktive Psychotherapie.

4.7.1.4 PATHOGENESE

Auch bei der PTBS handelt es sich um eine multifaktoriell bedingte Störung (Scheeringa, 2006). Mädchen haben ein höheres Risiko für eine PTBS als Jungen. Auch sind jüngere Kinder stärker betroffen als ältere Vorschulkinder. Während der Schweregrad des Traumas einen Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS hat, sind die unmittelbaren emotionalen und kognitiven Reaktionen, die bei Erwachsenen ein wichtiger Prädiktor für den weiteren Verlauf sind, bei Vorschulkindern nicht zu erfassen. Manche komorbiden Störungen scheinen nicht Folge der PTBS zu sein, sondern das Risiko für diese Störung zu erhöhen. Auch elterliche Psychopathologie und eigene elterliche PTBS stellen wichtige Risikofaktoren für das Kind dar. Besonders belastend für Kinder scheint das Miterleben der Bedrohung ihrer Eltern zu sein, z. B. im Rahmen von häuslicher Gewalt.

Weitere Risikofaktoren sind: niedriger sozioökonomischer Status, dysfunktionale Familienstrukturen, niedriger Intelligenzquotient, familiäre Belastung bezüglich psychischer Störungen. Soziale Unterstützung stellt einen protektiven Faktor dar.

4.7.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Generell muss die Posttraumatische Belastungsstörung vor allem abgegrenzt werden gegenüber Anpassungsstörungen, akuten Belastungsreaktionen, Angststörungen und depressiven Störungen. PTBS tritt im Vorschulalter in bis zu 90 % mit mindestens einer weiteren komorbiden Störung auf. So hatten in der Studie von M. S. Scheeringa et al. (2003) 75% der Kinder mit PTBS eine ODD, 63% eine emotionale Störung mit Trennungsangst, 38% eine ADHS und 6% eine depressive Störung. Diese komorbiden Störungen können entweder vorausgehen und somit das Risiko für eine PTBS erhöhen – oder, im Gegenteil, sekundär als Folge der PTBS auftreten.

4.7.2 Fallvignette „Raphael“ (3 Jahre)

4.7.2.1 Anmeldegrund

Raphael wurde von seinen Eltern in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und

Vorschulkinder vorgestellt, da er seit einem schweren Unfall ein Jahr zuvor häufig ängstlich wirke und Verhaltensauffälligkeiten zeige.

4.7.2.2 Symptomatik

Die Eltern berichten, dass Raphael ein Jahr zuvor von der Druckwelle eines vorbeifahrenden Zuges erfasst und später zwischen den Gleisen schwer verletzt gefunden worden sei. Er habe einige Tage im Koma gelegen und habe multiple Verletzungen (Narben am Kopf und Armen; Verlust der Zähne oben und unten), jedoch keine bleibenden organischen Schädigungen erlitten. Heute habe er nun häufig bei lauten Geräuschen Angst, verkrampfe sich, beiße teilweise in die Stuhllehne, den Tisch oder in Taschen. Er reagiert wütend und werfe mit Gegenständen um sich. Im Kindergarten gerate er häufiger in Streit mit anderen Kindern, was vorher nicht der Fall gewesen sei. Nachts habe er Alpträume, schreke oft hoch und schreie.

4.7.2.3 Familiärer Hintergrund

Raphael lebe bei seiner Mutter (28 J., Fremdsprachenkorrespondentin) und seinem Vater (32 J., Bürokaufmann). Die familiäre Situation sei intakt und harmonisch. Psychische Erkrankungen in der Familie seien nicht bekannt.

4.7.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos verlaufen. Die kindliche Entwicklung sei bis zu dem Unfall normgerecht verlaufen. Seit dem Unfall spreche Raphael nicht mehr bzw. sehr schwer verständlich.

4.7.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Raphael“ (3 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	<i>Achse I:</i> Posttraumatische Belastungsstörung
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch keine Entwicklungsverzögerungen	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Multiple Verletzungen durch Unfall	<i>Achse III:</i> multiple Verletzungen durch Unfall

<i>Achse 5:</i> -	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 2 (leichte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersgemäß

4.8 *HYPERKINETISCHE STÖRUNG, Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung, Störung mit Überaktivität*

4.8.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Die Hyperkinetische Störung (HKS; ICD-10) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; DC- 0-5) ist gekennzeichnet durch einen frühen Beginn, d.h. meist vor dem fünften Lebensjahr, einen Mangel an Aufmerksamkeit, überaktive sowie impulsive Verhaltensweisen. Kinder mit HKS/ADHS haben meist nur wenig Ausdauer bei der Durchführung einer Tätigkeit, d.h. sie wechseln oft zwischen verschiedenen Aufgaben hin und her, ohne etwas zu Ende zu bringen. Sie sind häufig desorganisiert, impulsiv und achtlos und haben eine überschießende Aktivität, wodurch sie nur schwer zu regulieren sind.

4.8.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Bei diesem Störungsbild gibt es große Diskrepanzen zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DC: 0-5. Gemäß ICD-10 müssen Symptome aus allen drei Bereichen (Unaufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität) situationsübergreifend mindestens 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. Eine reine Aufmerksamkeitsstörung (ohne Überaktivität und Impulsivität) ist als eigenständige Klassifikationsmöglichkeit nicht vorgesehen und nur unter der Restkategorie „sonstige nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98.8) zu klassifizieren. Bei der Durchsicht der einzelnen Kriterien wird deutlich, dass diese für das Schulalter formuliert wurden, z.B. „sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten“ oder „verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird“. Eine Modifikation der ICD-10-Kriterien für das Vorschulalter gibt es nicht.

Mit Hilfe der DC: 0-5 kann im Vergleich zur Vorgängerversion die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung klassifiziert werden. Dabei haben die Autoren auf eine altersensitive Formulierung der einzelnen Kriterien geachtet. Ansonsten gibt es hier eine deutliche Überschneidung mit dem DSM-5. Die die Symptomatik muss sechs Monate vorliegen. Auch in der DC: 0-5 ist es notwendig, dass Symptome aus allen drei Clustern (Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität) vorliegen. Jedoch darf diese Störung erst bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr klassifiziert werden. Um auch jüngere Kinder (24 – 36 Monate) mit einer pathologischen motorischen Aktivität klassifizieren zu können, wurde eine neue Störungskategorie gebildet, die «Störung mit Überaktivität im Kleinkindalter», welche auf die Symptome der Unaufmerksamkeit verzichtet.

4.8.1.3 EPIDEMIOLOGIE

HKS/ADHS ist schon im Vorschulalter eine sehr häufige Störung, die bei manchen Kindern sehr früh beginnt. So wurde in einer dänischen epidemiologischen Studie bei 2,4% der eineinhalb jährigen Kinder eine HKS festgestellt, wobei die Zuverlässigkeit dieser Diagnose in diesem Alter in Frage gestellt werden muss (Skovgaard, Houmann, et al., 2007). Nach Egger, Kondo, and Angold (2006b) ist ADHS erst ab dem Alter von zwei Jahren eine valide Diagnose nach DSM-IV. In einer umfassenden Übersicht lag die Prävalenz der ADHS bei den 2-5-jährigen Kindern bei 3,3 % (Range 2,0-7,9 %) (Egger et al., 2006b). Damit ist die Prävalenz niedriger als bei älteren Kindern (Greenhill, Posner, Vaughan, & Kratochvil, 2008). Insgesamt ist die ADHS sehr viel häufiger bei älteren (4-5 Jahren) als bei jüngeren Vorschulkindern (2-3 Jahren). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (Verhältnis 2:1). Die ADHS im Vorschulalter zeigt eine weitere Besonderheit, nämlich dass der unaufmerksame Subtyp sehr selten ist. In manchen Studien wurde sogar kein Kind mit dem unaufmerksamen Typ diagnostiziert (Prävalenzzahlen 0-1,7%), während der hyperaktiv-impulsive Typ (Prävalenzzahlen 1,8-13,8 %) und der kombinierte Subtyp (Prävalenzzahlen 1,5-2,8%) sehr viel häufiger waren (Egger et al., 2006b).

Die Störung ist bis in die frühe Adoleszenz relativ stabil, wobei die Symptome der Hyperaktivität im Jugend- und Erwachsenenalter häufig weniger im Vordergrund stehen. Stattdessen dominieren eher Symptome wie Rastlosigkeit, Unaufmerksamkeit, Impulsivität und mangelndes Planungsvermögen. Das psychosoziale Funktionsniveau bleibt meist bis ins Erwachsenenalter relativ beeinträchtigt.

Besonders ungünstige Entwicklungsverläufe können entstehen, wenn zusätzlich komorbide Störungen wie dissoziale Verhaltensweisen oder Substanzabhängigkeit auftreten.

4.8.1.4 PATHOGENESE

Genetische Faktoren spielen die Hauptrolle in der Entstehung der HKS/ADHS und erklären ca. 70-80% der Varianz. Modulierende Umweltfaktoren spielen insbesondere bei der Komorbidität von ADHS und ODD eine wichtige Rolle und können diese genetische Disposition aktivieren und verstärken. In diesen Fällen ist ein strafendes, negatives, inkonsistentes elterliches Verhalten typisch, das in der Folge reaktiv erneute Opposition des Kindes hervorruft. So entwickeln sich negative Interaktionskreise, die sich immer weiter verstärken (Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, & Miller, 2006).

4.8.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Wenn eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt wird, kann die Diagnose ADHS ab dem Alter von zwei Jahren sicher gestellt werden (Egger et al., 2006b).

Besonders wichtig ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber alters- und entwicklungstypischer Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Inzwischen liegen Angaben zu der Häufigkeit von subklinischen ADHS-Symptomen bei Vorschulkindern allgemein vor, so dass beurteilt werden kann, welche Symptome für das jeweilige Alter noch im normalen Entwicklungsrahmen liegen. In der Arbeit von Egger und Angold (2006) werden die einzelnen Symptomitems aus verschiedenen Studien aufgeführt. Am häufigsten waren Items wie „häufig in Bewegung“ mit einer Prävalenz von 6,3-72,7%; „unterbricht oft“ mit einer Prävalenz von 4-46,6%; „scheint nicht zu zuhören“ mit einer Prävalenz von 3,5-36,9%; „ist oft abgelenkt“ mit einer Prävalenz von 4,8-47,8%.

Häufige komorbide Störungen sind Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens, aber auch Lernstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen oder Bindungsstörung mit Enthemmung (APA, 2015).

4.8.2 Fallvignette „Paul“ (5 Jahre)

4.8.2.1 Anmeldegrund

Die Mutter stellt Paul (5 Jahre) in der psychiatrischen Ambulanz vor, da Paul aufgrund seines ungesteuerten und unkonzentrierten Verhaltens zunehmend Schwierigkeiten in der Familie und im Kindergarten habe.

4.8.2.2 Symptomatik

Die Mutter beschreibt, dass Paul sich seit zwei Jahren immer auffälliger verhalte. Wenn die Mutter sich unterhalten wolle, unterbreche er sie ständig und störe. Bei den Mahlzeiten falle Paul das Stillsitzen extrem schwer; er springe zwischenzeitlich immer wieder auf. Außerdem sei er sehr leicht ablenkbar, verbale Aufforderungen würden ihn oft gar nicht erreichen. Die gesamte Familie (Mutter, aber auch getrennt lebender Vater und die erweiterte Familie) leide zunehmend unter den täglichen Auseinandersetzungen um Alltagsprobleme. Im Kindergarten sei es ähnlich. Paul sei zwar ein relativ beliebtes Kind und gut integriert, in strukturierten Situationen (z.B. Spielkreis, Frühstück, beim Malen oder Basteln) komme es jedoch zunehmend zu Problemen, da Paul keine Ausdauer habe, seinen Platz immer wieder verlasse oder andere Kinder störe. Problematisch sei auch, dass er das Ende eines Spieles nicht akzeptieren könne und er auch nicht verstehen könne, wenn andere Personen Ruhe benötigen. Paul habe kaum Schmerzempfinden, zeige wenige Ängste und könne Gefahren schlecht einschätzen.

4.8.2.3 Familiärer Hintergrund

Paul ist das einzige Kind seiner Mutter (32 J., Dipl.-Betriebswirtin) und seines Vaters (36 J., Dipl.-Betriebswirt). Die Mutter gibt an, in ihrer Kindheit genau das Gegenteil von P. gewesen zu sein. Sie sei sehr ruhig gewesen. Der Vater wird als sehr ruhig, aber auch sehr stur beschrieben. Er sei damals als Kind oft von zu Hause „ausgebüchst“, habe immer seinen eigenen Kopf gehabt. Die Eltern von Paul sind seit zweieinhalb Jahren getrennt, den Kontakt beschreibt die Mutter allerdings als weiterhin gut. Paul besuche seinen Vater jedes zweite Wochenende. Momentan lebe Paul zusammen mit seiner Mutter im Elternhaus der Mutter, in einer abgetrennten Wohnung. Ebenfalls im Haus lebe die Schwester der Mutter mit ihrem Ehemann. Die Großmutter mütterlicherseits besuche die beiden Familien häufig. Paul fühle sich dort sehr wohl mit all seinen Verwandten.

4.8.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Geburt sei termingerecht und ohne Komplikationen verlaufen. Die Mutter beschreibt, dass Paul im Säuglingsalter ganz ruhig gewesen sei, er allerdings nur wenig getrunken habe.

Er habe viel geschlafen und kaum geschrien. Im vierten Lebensmonat sei aufgefallen, dass Paul hyperten sei, woraufhin er ein Jahr lang Krankengymnastik erhalten habe. Die motorische sowie sprachliche Entwicklung seien jeweils verzögert erfolgt. Paul habe erst mit eineinhalb Jahren die ersten Schritte gelaufen und erst mit 1,5-2 Jahren die ersten Worte gesprochen. Allerdings habe er dann auch ganze Sätze formuliert. Die Reinlichkeitserziehung sei seit dem dritten Lebensjahr tags und nachts abgeschlossen.

4.8.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Paul“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Hyperkinetische Störung (F90.0)	<i>Achse I:</i> Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es wurden motorische und sprachliche Entwicklungsverzögerungen berichtet.	<i>Achse II:</i> Level 2 (angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Trennung der Eltern
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Soziale und emotionale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (Meilensteine nicht erreicht)

4.9 *Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten; Störung der Dysregulation von Wut und Aggression*

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten wie auch die schwerwiegendere Störung des Sozialverhaltens können bereits im Vorschulalter auftreten und sollten deshalb bei der psychiatrischen/psychotherapeutischen Anamneseerhebung berücksichtigt werden. Gerade die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten tritt im Vorschulalter besonders häufig auf, so dass diese Störung nun nachfolgend genauer dargestellt wird.

4.9.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME

Typisches Merkmal der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist ein wiederkehrendes, persistierendes, trotziges, ungehorsames und feindseliges Verhalten gegenüber Autoritätspersonen. Kinder mit dieser Störung werden schnell wütend, streiten häufig mit Erwachsenen, widersetzen sich aktiv ihren Anweisungen und weigern sich, Regeln zu befolgen. Sie verärgern andere vorsätzlich und schieben die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere. Außerdem sind sie leicht reizbar oder reagieren schnell zornig.

4.9.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

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

In der DC: 0-5 wurde die Störungskategorie Störung der „Dysregulation von Wut und Aggression in der Frühen Kindheit“, diese ist zwar der Oberklasse der „Mood Disorders“ zugeordnet, weißt aber inhaltlich eine hohe Überschneidung mit den zwei oben genannten Störungen auf. Die Störung ist gemäß DC: 0-5 geprägt von Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, welche sich in sehr häufigen und starken Wutanfällen, Ärger und Aggressionen sowie einer hohen Irritabilität. Außerdem halten sich diese Kinder häufig nicht an Regeln, sind nicht compliant, diskutieren viel mit Erwachsenen.

4.9.1.3 EPIDEMIOLOGIE

In einer epidemiologischen Studie von Egger and Angold (2006) betrug die Prävalenz für eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (Oppositional Defiant Disorder) bei 2-5-jährigen Kindern 6,6%. Die Prävalenzangaben für diese Störung variieren mit Werten von 4,0-16,8% teilweise erheblich zwischen verschiedenen Studien (Egger & Angold, 2006). Damit scheint die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten im Vorschulalter häufiger zu sein als bei älteren Kindern und Jugendlichen, die eine Prävalenz von 2-3% aufweisen (Rockhill, Collett,

McClellan, & Speltz, 2006). Das Geschlechtsverhältnis beträgt 2:1 (Jungen zu Mädchen) (Rockhill et al., 2006). Die Komorbiditätsrate ist hoch: 25-50% der Kinder mit einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten 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).

Obwohl es sich bei der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten um eine leichtere und umschriebene Variante einer Störung des Sozialverhaltens handelt, ist die Prognose, insbesondere bei frühem Beginn, eher ungünstig (AACAP, 2007b). Bei 30% der Kinder mit Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten entwickelt sich später im Kindes- und Jugendalter eine Störung des Sozialverhaltens/Conduct Disorder, bei 10% langfristig sogar eine antisoziale Persönlichkeit im Erwachsenenalter. Auch die Rate an komorbiden Störungen ist höher, wenn sich die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten bereits im Vorschulalter entwickelt hat. Eine besonders ungünstige Prognose hat die Komorbidität von Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und ADHS.

Dieser ungünstige Verlauf konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden. Harvey, Youngwirth, Thakar, and Errazuriz (2009) untersuchten 168 dreijährige Kinder mit auffälligen Verhaltensscores für Hyperaktivität und Aktivität. 58% dieser Kinder erfüllten später mit sechs Jahren die Diagnose für ADHS und/oder Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten. Die Genauigkeit der Vorhersage für eine spätere Diagnose betrug 76% für ADHS und 67% für die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten/Störung des Sozialverhaltens.

Auch Lavigne et al. (2001) konnte die Persistenz der Diagnose Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nachweisen. 510 2-5-jährige Kinder wurden zu vier Zeitpunkten bis zu sechs Jahren später nachuntersucht (d.h. im Alter von 8-11 Jahren). 140 Kinder erfüllten zu Beginn der Studie die Diagnose einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten. Es zeigte sich eine hohe Stabilität zu einer späteren Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und zu ADHS, aber nicht zu Angst- oder affektiven Störungen.

Die aufschlussreichste Übersicht zum Langzeitverlauf von externalisierenden Störungen bei Jungen findet sich bei Campbell, Shaw, and Gilliom (2000). Die Autoren differenzieren vier Gruppen. Die „Early Starters“ zeigen ein durchgängig aggressives, antisoziales Verhalten vom Vorschul- bis zum Jugendalter. Die „Late Starters“ beschreibt eine Gruppe von Kindern, bei denen die Aggressionen und Störung des Sozialverhaltens erst im Jugendalter auftraten und die vorher unauffällig waren. Die „Rückbilder“ waren im jungen Alter auffällig. Die

Symptome bildeten sich jedoch im späten Kindes- und Jugendalter zurück. Und schließlich gab es eine Gruppe von Kindern, die nie auffälliges externalisierendes Verhalten zeigten. Campbell et al. (2000) betonen, dass die Gruppe der „Early Starters“ 5-7% der dreijährigen Kinder ausmacht und ein besonders hohes Risiko aufweist. Während die anderen drei Gruppen durch einzelne Risiken belastet sein können, ist bei den „Early Starters“ typisch, dass sie multiple Risiken in allen Domänen aufweisen: Zu diesen gehören schwieriges Temperament, Aggressivität, Hyperaktivität, ineffektive elterliche Erziehung, geringe häusliche Struktur, mütterliche Depression, negative Lebensereignisse, niedriges Einkommen und gefährliche Nachbarschaft. Diese Gruppe gilt es früh zu identifizieren, da sie einen chronischen Verlauf mit hohen Auffälligkeiten bis zum Jugendalter aufweist.

4.9.1.4 PATHOGENESE

Wie bei den meisten psychischen Störungen handelt es sich bei der Störung des Sozialverhaltens mit Oppositionellem, aufsässigem Verhalten um eine Störung mit einer multifaktoriellen Ätiologie, die biologische, intrafamiliäre und Umweltfaktoren umfasst (AACAP, 2007b; Rockhill et al., 2006).

Zu den biologischen Faktoren gehört eine genetische Belastung für externalisierende Störungen in Familien. Allerdings finden sich deutliche Hinweise für eine starke Gen-Umwelt-Interaktion. Ein niedriger Ruhepuls, Veränderung des Serotoninstoffwechsels und intrauterine Faktoren zählen ebenfalls zu den biologischen Dispositionen. Ein schwieriges Temperament und fehlende Flexibilität in der Aufmerksamkeit sind prädisponierende kindliche Faktoren. Neuropsychologische Auffälligkeiten umfassen einen höheren Handlungs- als Verbal-IQ sowie Störungen der Exekutivfunktion. Intrafamiliäre Faktoren wie Gewalt, Strafen, fehlende elterliche Überwachung, fehlende positive Interaktion, inkonsistente Disziplin und Misshandlung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle (AACAP, 2007b). Die elterliche Erziehung ist durch inkonsistente und ineffektive elterliche Reaktion gekennzeichnet. Schließlich tragen Umweltfaktoren wie niedriger sozioökonomischer Status, Armut, fehlende familiäre Struktur und Gewalt zur Entstehung der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten bei.

Elterliche und kindliche Risikofaktoren beeinflussen sich auch gegenseitig im Langzeitverlauf dieser Störung (Gross, Shaw, Burwell, & Nagin, 2009). In einer Studie mit 289 Jungen im Alter von 1,5-13 Jahren konnte gezeigt werden, dass kindliche Auffälligkeiten im Kleinkindalter zur mütterlichen Depressivität führen und diese wiederum das kindliche Verhalten verstärkt. Die Studie konnte zeigen, dass fehlender Gehorsam der robusteste

Risikofaktor für eine spätere mütterliche Depression war. Die mütterliche Depressivität wiederum war mit externalisierenden, antisozialen Verhaltensweisen im Alter von 11-13 Jahren assoziiert.

4.9.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Die Störung des Sozialverhaltens mit Oppositionellem, Aufsässigem Verhalten muss generell abgegrenzt werden gegen entwicklungstypische trotzige und oppositionelle Verhaltensweisen, die nicht dem Vollbild der Störung entsprechen und im Vorschulalter durchaus häufig vorkommen (APA, 2015).

Des Weiteren muss die Störung des Sozialverhaltens mit Oppositionellem, Aufsässigem Verhalten differenziert werden von anderen Störungen des Sozialverhaltens, die mit schwerwiegenderen Verletzungen sozialer Normen wie Aggressionen gegenüber Menschen und Tieren, Zerstörung von Eigentum, Diebstahl etc. einhergehen.

Weitere Störungen, die häufig komorbid auftreten oder als Differenzialdiagnose in Erwägung gezogen werden müssen, sind ADHS oder auch depressive Störungen.

4.9.2 Fallvignette „Lasse“ (4 Jahre)

4.9.2.1 Anmeldegrund

Die Mutter kommt auf Empfehlung des Kindergartens mit dem 4;10-jährigen Lasse zum ambulanten Vorstellungsgespräch, da er im Kindergarten immer wieder durch oppositionelles Verhalten auffalle.

4.9.2.2 Symptomatik

Die Mutter beschreibt im Vorstellungsgespräch, dass es Lasse sehr schwer falle, auf andere Kinder zuzugehen und mit ihnen ohne Streitereien zu spielen. Er könne nur schwer Kompromisse eingehen, wolle meist ‚seinen Kopf durchsetzen‘. Wenn ihm dies nicht gelinge, werde er sehr schnell wütend, schreie und schlage um sich. Er halte sich kaum an das, was von ihm gefordert werde. Dies sei vor allem im Kindergarten sehr stark ausgeprägt. Zu Hause gebe es diese Problematik auch, jedoch etwas abgeschwächer, da Lasse dort meist seinen Willen durchsetze und die Eltern nur wenig Anforderungen an ihn stellten bzw. Grenzen setzten, um Konflikte zu vermeiden. Lasse sei sehr auf die Mutter bezogen und spiele am liebsten nur mit ihr.

4.9.2.3 Familiärer Hintergrund

Lasses Vater (30 J., Mechaniker) und Mutter (25 J., Verkäuferin) lebten seit einem Jahr getrennt. Lasse habe noch einen dreijährigen Bruder. Beide Kinder lebten bei der Mutter und würden jedes zweite Wochenende beim Vater verbringen. Vor der Trennung habe der Vater immer viel gearbeitet, sei gestresst gewesen und habe viel geschrien. Die Mutter gibt an, dass der Vater als Kind auch sehr wild und teilweise aggressiv gewesen sei. Die Mutter sei als Kind sehr unruhig gewesen und habe sich nicht konzentrieren können.

4.9.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Bei Lasses Geburt habe es Komplikationen gegeben. Die Mutter habe 48 Stunden in den Wehen gelegen. Für einen Kaiserschnitt sei es letztlich zu spät gewesen. Gegen Ende der Entbindung seien die Herztöne extrem abgesunken, es sei ein Sauerstoffmangel eingetreten (Geburtsgewicht 51cm; Größe 3225 g; Apgar-Werte oB). Die postpartale Anpassung sei unproblematisch verlaufen. Lasse habe sehr gut getrunken, viel geschlafen und nur wenig geschrien. Er sei ein sehr ruhiges und pflegeleichtes Baby gewesen. Auch heute schlafe er noch sehr viel. Die Sprach- und motorische Entwicklung seien altersgerecht verlaufen. Die Sauberkeitserziehung sei seit dem dritten Lebensjahr tags und nachts abgeschlossen.

4.9.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Lasse“ (4 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F91.3)	<i>Achse I:</i> Dysregulation von Wut und Aggression in der Frühen Kindheit
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt	<i>Achse II:</i> Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Trennung der Eltern

<p><i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)</p>	<p><i>Achse V:</i> Soziale und emotionale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (Meilensteine nicht erreicht)</p>
--	---

4.10 DEPRESSIVE Störung, Depressive Episode

4.10.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Depressive Störungen können sicher ab dem Alter von drei Jahren diagnostiziert werden (Luby & Belden, 2006). Zwei Symptome sind bei Vorschulkindern besonders bedeutsam: Die 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 & Belden, 2006). Das sensibelste Symptom, das 98% aller Kinder mit einer Depression aufweisen, ist „Traurigkeit/Irritabilität“ (Luby et al., 2003).

Im Vorschulalter sind außerdem folgende spezifische Symptome wichtig und konnten in Abgrenzung zu Kindern mit externalisierenden Störungen und gesunden Kontrollen signifikant häufiger nachgewiesen werden: Anhedonie, Traurigkeit/Irritabilität, vermindertes Energielevel, Aktivitätsänderung, Schwierigkeiten beim Denken/Konzentrieren, Gewicht/Appetitprobleme, Schlafprobleme, Themen von Tod/Suizid im Spiel oder in Aussagen. Weitere assoziierte Symptome umfassten Weinen, aggressives Spiel, trauriges, beängstigendes traumatisches Spiel, Unterreaktivität, Regression, somatische Beschwerden, fehlende Begeisterung, Rückzug und Angst, von Zuhause wegzugehen. Auch das Spielverhalten von Kindern mit einer depressiven Störung ist beeinträchtigt (Luby et al., 2006). Vorschulkinder mit einer depressiven Störung und Anhedonie zeigten häufig eine geringere Compliance, mehr Vermeidung, weniger Begeisterung und weniger positive Erfahrung im Spiel.

Ein weiteres typisches Merkmal ist die hohe Komorbiditätsrate mit externalisierenden Störungen (ADHS, ODD).

4.10.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Nach ICD-10 werden depressive Störungen definiert durch bedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung. Zusätzlich sind oft Konzentration, Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und -vertrauen vermindert. Weitere

Symptome umfassen erhöhte Ermüdbarkeit, Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsgedanken, Schlaf- und Appetitstörungen, Gewichtsabnahme und Suizidgedanken. Depressive Störungen werden nach ICD-10 deskriptiv, phänomenologisch in leichte (F32.0), mittelschwere (F32.1) und schwere Episoden (F32.2), sowie in rezidivierende depressive Episoden eingeteilt (F33). Episoden werden schon ab einer Dauer von zwei Wochen diagnostiziert. Für das Vorschulalter gibt es keine angepassten ICD-10 Kriterien.

Die Klassifikation depressiver Störungen entlang der DC: 0-5 orientiert sich weitgehend an der DSM-5 Klassifikation. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die Störung des Affekts deutlich von der allgemeinen Grundstimmung des Kindes abweichen muss und nicht von belastenden Ereignissen abhängig sein darf. Die Symptomatik soll situationsübergreifend auftreten und mit emotionaler Belastung und Einschränkungen einhergehen. Viele der Kriterien wurden auch in der Formulierung für das junge Alter in eine passende Wortwahl umformuliert. Statt eines depressiven Affekts ist bei Kindern oft eine Irritabilität bzw. reizbare Stimmung vorhanden, statt Gewichtsverlust gilt bei Kindern im Wachstumsalter die fehlende zu erwartende Gewichtszunahme als Symptom. Da Kinder in der Regel nicht durchgängig depressive Symptome zeigen, sondern eine größere Fluktuation affektiver Zustände aufweisen, wurde vor allem das Kriterium der Dauer variiert. Demnach sollten die Symptome über den größten Teil des Tages, an über der Hälfte der Tage in zwei Wochen auftreten. Außerdem zeigt sich eine mögliche Beschäftigung mit dem Tod bei sehr jungen Kindern nicht in Gedanken, sondern im Spiel. Und zuletzt ist die Anhedonie (keine Freude bei Aktivitäten und Spiel) mit Abstand das wichtigste Symptom bei Vorschulkindern, wie die Studien von Luby et al. (2003); Luby et al. (2002) zeigen konnten.

4.10.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Die Prävalenzangaben depressiver Störungen im Vorschulalter sind in epidemiologischen Studien gering, was durch eine geringe Sensitivität der DSM- bzw. ICD-Kriterien für diesen Altersbereich bedingt sein könnte. Luby et al. (2002) konnten zeigen, dass 76% der nach den modifizierten RDC-PA Kriterien als depressiv klassifizierten Kinder nicht erfasst werden, wenn die traditionellen DSM-IV Kriterien verwendet werden. So betrug die Prävalenz für eine Major Depression 0,3% und für eine Dysthymie ebenfalls 0,3% in der Studie von Lavigne et al. (2009). Die bei Egger and Angold (2006a) referierten Studien ergeben Depressionsraten zwischen 0% und 2,1% für das Vorschulalter. In der großen dänischen Studie von eineinhalb jährigen Kindern betrug die Rate von Störungen des Affekts nach

DC:0-3 2,8%, wobei jedoch nicht zwischen depressiven und Angststörungen differenziert wurde. In einer spanischen epidemiologischen Studie von 1.427 3-6-jährigen Kindern betrug die Rate für eine Major Depression nach DSM-IV 1,12% (Domenech-Llaberia et al., 2009).

Die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu und ist bei älteren Kindern häufiger. Während nur 0,3% der zweijährigen von einer depressiven Störung betroffen waren, waren es 3,0% der fünfjährigen. Das Geschlechtsverhältnis ist im Vorschulalter, ebenso im späteren Kindesalter, ausgeglichen – erst bei Jugendlichen sind zweimal mehr Mädchen als Jungen betroffen (Costello, Erkanli, & Angold, 2006).

Leider liegen keine Langzeitstudien zur Depression sehr junger Kinder vor, so dass im Gegensatz zu anderen Störungen (wie ODD, ADHS) auch die wirksamen prognostischen Faktoren nicht bekannt sind.

4.10.1.4 PATHOGENESE

Wie bei älteren Kindern spielen genetische, biologische und anlagebedingte 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 wichtigen Bezugspersonen eine große Rolle (Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006). Ein besonders bedeutsamer Risikofaktor ist die mütterliche Depressivität. Schon bei Säuglingen und Kleinkindern von Müttern mit depressiven Störungen können weniger positive, mehr negative Affekte und eine Reihe psychophysiologischer Änderungen (unter anderem verminderte Pulsvariabilität, EEG-Asymmetrien) nachgewiesen werden.

4.10.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Bei der Diagnostik depressiver Störungen im Vorschulalter ist vor allem die Beobachtung des Spielverhaltens von besonderer Relevanz. Die Spielbeobachtung sollte Teil jeder Diagnostik sein. Es kann entweder eine unstrukturierte Spielsituation beurteilt werden oder eine strukturierte, vorgegebene Situation mit spezifischen Aufgaben (Spiel mit Bauklötzen und Labyrinth, Namen benennen) (Luby et al., 2006)

Generell muss bei der Diagnostik depressiver Störungen im Vorschulalter die hohe Rate an Komorbiditäten, sowohl andere internalisierende Störungen wie beispielsweise Trennungsangst als auch externalisierende Störungen wie ODD und ADHS beachtet werden (Luby et al., 2003).

Die nicht immer durchgängig depressive, sondern häufig eher gereizte Stimmung mit Wutausbrüchen kann eine differentialdiagnostische Einordnung erschweren.

4.10.2 Fallvignette „Anna“ (5 Jahre)

4.10.2.1 Anmeldegrund

Anna wird von ihrer Mutter in einer psychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder vorgestellt, da sie seit einigen Monaten häufig traurig wirkt.

4.10.2.2 Symptomatik

Die Mutter beschreibt, dass Anna in den letzten Monaten vermehrt traurig und verängstigt wirke. Sowohl zu Hause als auch im Kindergarten zeige sie zunehmend weniger Interesse am Spiel. Im Kindergarten spiele sie nur noch selten mit anderen Kindern, obwohl sie eigentlich gut integriert sei. Außerdem beschreibt die Mutter Stimmungsschwankungen und Wutausbrüche, die vorher nicht vorgekommen seien. Nachts habe Anna oft Alpträume, schlafe aber durch. In der Preschool-Feelings-Checklist (J. L. Luby et al., 2004), einem Fragebogen zu Depressivität im Vorschulalter, wird Anna von ihrer Mutter extrem auffällig beurteilt (Summe, der mit „ja“ beantworteten Items = 13; kritischer Cut-Off-Wert = 3). Vergleichbar auffällige Werte zeigten sich in der Child Behavior Checklist 1,5-5 (Achenbach & Rescorla, 2000) für die Skalen ‚internalisierende Verhaltensweisen‘, ‚sozialer Rückzug‘ und ‚ängstlich/depressiv‘. Aus Sicht der Erzieher zeigten sich ebenfalls auffällige Werte in den Fragebögen.

Im Gesprächskontakt wirkte Anna sehr schüchtern, zurückhaltend und eher traurig und verschlossen. Sie lachte wenig, war nur bedingt schwingungsfähig und auflockerbar. Sie sprach von sich aus sehr wenig und auch nur in kurzen Sätzen, wenn sie gefragt wurde.

4.10.2.3 Familiärer Hintergrund

Die Mutter (39 J., aus Algerien stammend, seit 20 Jahren in Deutschland lebend, Hauswirtschafterin, derzeit nicht berufstätig) lebt seit zwei Jahren in Trennung vom leiblichen Vater (42 J., Bürokaufmann). Seit der Trennung befindet sich die Mutter in psychologischer Behandlung. Anna hat noch einen kleinen Bruder (2 J.). Die Geschwister verstünden sich gut, lebten bei der Mutter und würden jedes zweite Wochenende beim Vater verbringen.

4.10.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Mutter berichtet von innerfamiliären Streitigkeiten während und wegen der Schwangerschaft. Die Geburt und die postpartale Anpassung verliefen komplikationslos. Anna sei ein liebes und ruhiges Kind gewesen. Sie sei nicht gestillt worden. Die motorische und sprachliche Entwicklung sei unauffällig verlaufen. Die Sauberkeitsentwicklung tagsüber sei seit dem dritten Lebensjahr abgeschlossen, nachts sei sie noch nicht abgeschlossen.

4.10.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Anna“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Mittelgradige depressive Episode (F32.1)	<i>Achse I:</i> Depressive Störung der frühen Kindheit
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch keine Entwicklungsverzögerungen	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Disharmonie in der Familie (1.0); psychische Störung eines Elternteils (2.0); abweichende Elternsituation (5.1)	<i>Achse IV:</i> Psychische Störung eines Elternteils; Trennung der Eltern
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersgemäß

4.11 Angststörungen im Vorschulalter

Ängste bei jungen Kindern sind typisch und gehören zur normalen Entwicklung dazu. Die meisten Kinder erleben erste Angstreaktionen in unterschiedlichem Ausmaß zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat bei Kontakt mit Fremden oder der Trennung von der primären Bezugsperson. Dieses Fremdeln oder 8-Monatsangst stellt eine universelle, kulturunspezifische Entwicklungsaufgabe dar. Diese Angst nimmt dann wieder selbstständig

a/////b (Warren & Soufre, 2004). Das Fremdeln ist vorübergehend und beeinträchtigt nicht die kognitive, soziale oder emotionale Entwicklung. Dies im Gegensatz zu klinisch relevanten Angststörungen, welche gekennzeichnet sind durch anhaltende, im Vergleich zu Kindern gleichen Alters und gleichen Geschlechts übermäßig stark ausgeprägte Angst, die zu Leiden und Beeinträchtigung auf verschiedenen Ebenen (Familie, Schule, soziale Beziehungen) führt und die gesunde Entwicklung des Kindes beeinflusst.

4.11.1 Epidemiologie der Angststörungen im Vorschulalter

Angststörungen sind wie im Kindesalter auch im Vorschulalter die häufigsten psychischen Störungen (Costello, Egger, & Angold, 2005; Franz et al., 2013). Wobei die Störung mit Trennungsangst die häufigste Angststörung darstellt (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006).

Tabelle 14 zeigt eine Übersicht epidemiologischer Studien zu Prävalenzraten von Angststörungen im Vorschulalter.

Tabelle 14: Prävalenzraten von Angststörungen im Vorschulalter

Autor	Stichprobe	Alter	Messverfahren	Prävalenzraten
Paulus et al., 2014	N = 1342	4-7 Jahre (MW = 6,1 SD = 4,8)	Elternfragebogen: CBCL und DISYPS-II (DSM-IV)	Punktprävalenz Total = 22,2% (m=w) TA = 7% (m>w) SozPh = 10.7 % (m<w) SpezPh = 9.8% (m<w) GAS = 3.4% (m<w)
Wichstrøm et al., 2012	N = 2475	4 Jahre (MW = 4.16, SD = 2.1)	Elternfragebogen: SDQ 4-16 Diagnostisches Interview: PAPA (Eltern) DSM-IV	3 Monatsprävalenz Total = 1.5% TA = 0.3 % (m=w) SozPh = 0.5% (m=w) SpezPh = 0.7% (m=w)
Earls, 1982	N = 100	3 Jahre	Fragebogen, klinische Übereinstimmung	TA = 5% SozPh = 2%
Lavigne et al., 2009	N = 796	4 Jahre (MW = 4.44)	Elterninterview: DISC-YC Elternfragebogen: CSI (Child Symptom - Inventory) DSM-IV	Punktprävalenz GAS = 0.6% (.1-1.2% 3-Monatsprävalenz) TA = 3.9%
Angold et al., 2006	N = 307	2-5 Jahre (MW = 3.38)	Elterninterview: PAPA	Total = 9.4% TA = 2.4%

		2 Jahre 30% 3 Jahre 24% 4 Jahre 24% 5 Jahre 22%	Elternfragebogen: CBCL	GAS = 6.5% SozPh = 2.1% SpezPh = 2.3%
Lavigne et al., 1996	N = 510 (40.1% weiblich)	2-5Jahre; MW = 3.42 Jahre 2 Jahre 25,8% 3 Jahre 24,3% 4 Jahre 31.9% 5 Jahre 18%	Klinische Übereinstimmung; CBCL, Rochester Adaptive Behavior Inventory DSM-III-R	TA = 0.3% GAS = 0.3% SpezPh = 0.7%
Keenan et al., 1997	N = 104 (43.8% weiblich)	5 Jahre (MW = 4.89) (4,9 Jahre – 5,8 Jahre)	Elterninterview: K- SADS, 1987 Nach DSM-III-R	TA = 2.3% SozPh = 4.6% SpezPh = 1.5%

Anmerkungen: TA = Störung mit Trennungsangst, SozPh = Soziale Phobie, SpezPh = Spezifische Phobie, GAS = Generalisierte Angststörung

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird, gibt es in den meisten Studien keine Geschlechterunterschiede (Egger & Angold, 2006; Gadow, Sprafkin & Nolan, 2001; Lavigne et al., 2009). In der Studie von Paulus, Backes, Sander, Weber und von Gontard (2015) lagen die Prävalenzraten der meisten Angststörungen bei Mädchen höher, außer bei der Störung mit Trennungsangst, bei der mehr Jungen betroffen waren.

Komorbiditätsraten sind bereits im Vorschulalter hoch, insbesondere mit anderen Angststörungen, aber auch mit depressiven Störungen (Egger & Angold, 2006). Eine hohe Komorbidität zwischen GAS und Major Depression wurde über die Lebensspanne gezeigt (Moffitt et al., 2007), wobei Wichstrøm and Berg-Nielsen (2014) in einer Stichprobe von vierjährigen zwischen diesen beiden Störungsbildern nicht differenzieren konnten (siehe auch Sterba, Egger & Angold, 2007).

Zur Unterscheidung der verschiedenen Angststörungen zeigte sich bei Kindern im Vorschulalter anhand einer Fragebogenstudie die beste Passung eines fünf-korrelierenden Faktoren Modells, mit den Bereichen Soziale Phobie, Trennungsangst, generalisierte Angst, Zwangsstörung und Angst vor körperlichen Verletzungen, welche weitgehend mit der DSM-Klassifikation konsistent sind (Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001). Des Weiteren zeigte sich eine hohe Kovariation zwischen den Faktoren, was durch den übergeordneten Faktor allgemeine Angst erklärt werden konnte. Ebenfalls fünf Faktoren wurden in einer

großen Zwillingsstudie mit vierjährigen identifiziert (Eley et al., 2003): Allgemeines Leiden, Trennungsangst, Furcht, zwanghafte Verhaltensweisen und schüchtern-gehemmt.

Zum Verlauf von Angststörungen im Vorschulalter kann festgehalten werden, dass auch in dieser Altersgruppe Ängste relativ stabil sind (Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larsson, Crockett & Sheppard, 1994, 1995). Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose und Klein (2012) untersuchten die Kontinuität von DSM-IV Diagnosen im Alter von drei bis sechs Jahren. Für die Angststörungen zeigte sich eine homotypische Kontinuität für alle Angststörungen, außer bei der GAS kam es im Verlauf zu einer Abnahme der Häufigkeit an Diagnosen. Eine Erklärung haben die Autoren nicht angegeben.

4.11.2 Pathogenese von Angststörungen

Theoretische Modelle zur Entstehung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beinhalten mehrere Faktoren und Prozesse, wie beispielsweise biologische (z.B. Genetik, Temperament), verhaltensmäßige (z.B. Lernmodelle, Beobachtungslernen), interpersonale Faktoren (z.B. Eltern-Kind-Interaktionen) und Kognitionen (z.B. Informationsverarbeitung, Interpretation von Reizen und Situationen) (z.B. Hudson & Rapee, 2004).

Die familiäre Transmission von Angststörungen ist gut belegt. Es liegen eindeutige empirische Hinweise vor, dass Kinder von Eltern mit Angst- und depressiven Störungen ein erhöhtes Risiko haben, selber eine Angststörung zu entwickeln (Micco et al., 2009).

Als Temperamentsmerkmal des Kindes ist die Verhaltenshemmung „Behavioral Inhibition“ aufzuführen. Kinder, die stabil in neuen, für sie unvertrauten Situationen, sehr schüchtern und zurückhaltend sind, haben ein erhöhtes Risiko, in ihrer weiteren Entwicklung eine Angststörung zu entwickeln (Frenkel et al., 2015; Muris, van Brakel, Arntz, & Schouten, 2011).

Als Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen wird zudem ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil angenommen (Metaanalyse von Colonesi et al., 2011). Jedoch ist die empirische Evidenz aufgrund fehlender replizierter Ergebnisse von Längsschnittstudien gering.

Daher gehen integrative Modelle der Angst von der Interaktion zwischen externen (z.B. familiären) und internen (z.B. genetischen) Risiko- und Schutzfaktoren aus, die zur Entstehung von Angsterkrankungen beitragen. So postulieren Rubin und Mills (1990), dass ein Zusammenspiel zwischen dem Temperament des Kindes, seinen Sozialisationserfahrungen mit den Eltern und Umweltfaktoren zur sozioemotionalen

Anpassungsfähigkeit des Kindes beitragen. Vergleichbar nehmen auch Manassis, Hudson, Webb und Albano (2004) an, dass die Interaktion zwischen Temperament, Bindung und dem größeren sozialen System durch die Entwicklung von internalisierenden Schwierigkeiten beeinflusst wird.

Des Weiteren werden auch die elterliche Überinvolviertheit und Kontrolle als zentrale Faktoren für die Entstehung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter angesehen. So gehen beispielsweise Chorpita und Barlow (1998) in ihrem Modell davon aus, dass frühe Erfahrungen von fehlender Kontrolle und Vorhersagbarkeit dazu führen, dass Situationen häufig als unkontrollierbar interpretiert werden. Dieser kognitive Stil stellt eine Vulnerabilität für die Entwicklung einer Angsterkrankung dar. Ein anderes Modell geht davon aus, dass ein kontrollierender Erziehungsstil eine negative Erwartungshaltung von Kindern fördert. Diese Erwartungshaltung kann dann eine höhere Trait-Angst begünstigen. Im Gegensatz dazu fördert ein unterstützender Erziehungsstil die Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen von Kindern (Krohne & Hock, 1994). Das Modell von Hudson und Rapee (2004) beschreibt, dass ein Zusammenspiel des kindlichen Temperaments und des elterlichen Verhaltens zur Entwicklung von Angststörungen beiträgt. Eltern von Kindern mit ängstlichem Temperament können als Reaktion darauf einen beschützenden und kontrollierenden Erziehungsstil zeigen. Diese Überinvolviertheit kann wiederum die Kontrollwahrnehmung von Kindern beeinflussen und ihnen die Botschaft vermitteln, dass die Welt ein gefährlicher Ort ist, über den sie keine Kontrolle haben und vor dem sie geschützt werden müssen. Das Zusammenspiel dieser beiden Variablen kann die Vulnerabilität eines Kindes verstärken, insbesondere, wenn bedrohliche Situationen vermieden werden. Das Modell geht des Weiteren davon aus, dass die elterliche Ängstlichkeit den Grad der elterlichen Überinvolviertheit beeinflusst. Ängstliche Eltern neigen eher dazu, ihr Kind zu kontrollieren und zu beschützen, da sie selbst die Umwelt als gefährlich interpretieren. Eltern, die nicht übermäßig ängstlich sind, tendieren hingegen eher dazu, die Autonomie und Selbstständigkeit eines Kindes zu fördern (Gar, Hudson & Rapee, 2005).

Im Hinblick auf den Zusammenhang von Erziehung und Angststörungen verweist die Meta-Analyse von McLeod, Wood und Weisz (2007), welche den Zusammenhang anhand von 47 Studien untersucht haben, dass über alle Studien hinweg die Erziehung insgesamt nur gerade 4% der Varianz von Angststörungen im Kindesalter erklärte.

Weitere Faktoren, die zur Entwicklung von Angststörungen beitragen können, sind Lernerfahrungen durch das Erleben belastender Lebensereignisse sowie Lernerfahrungen

durch Modell- und Instruktionlernen (Modell nach Rachman, 1977). Für alle drei Pfade finden sich in der Forschung umfangreiche Belege (z.B. de Rosnay, Cooper, Tsigaras & Murray, 2006; Field & Lawson, 2003; Merckelbach & Muris, 1997).

Kognitionen spielen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen eine relevante Rolle. Becks Schematheorie der Angststörungen (Beck & Haigh, 2014) nimmt an, dass Menschen aufgrund ihrer Erfahrungen kognitive Gefahrenschemata ausbilden, die dazu dienen, Informationen auszuwählen, zu interpretieren und aus dem Gedächtnis abzurufen. Diese Schemata führen dazu, dass die Betroffenen für bestimmte Situationen spezifische Erwartungen ausbilden. Da Personen mit Angststörungen sich für besonders verletzlich halten, erwarten sie in vielen Situationen Gefahr. Sie nehmen die schemakongruenten Informationen bevorzugt wahr, neigen zu Fehlinterpretationen im Sinne von Gefahr und erinnern sich selektiv an gefahrenbezogene Informationen. Ängstliche Kinder interpretieren mehrdeutige Informationen häufig als bedrohlich, weisen einen negativen Attributionsstil (internal, stabil und global) auf, erwarten negative Ergebnisse und schreiben einem erfolgreichen Umgang mit bedrohlichen Situationen und ängstlichen Gefühlen eine geringe Wahrscheinlichkeit zu. Aufgrund dieser kognitiven Defizite und Verzerrungen kommt es dann dazu, dass ängstliche Kinder eher Vermeidungs- und Fluchtstrategien wählen, um sich sicher zu fühlen. Interessanterweise scheint es aber so zu sein, dass ängstliche Kinder ein Wissensdefizit bezüglich proaktiver, nicht-vermeidender Copingstrategien aufweisen, sondern vielmehr dieses Wissen nicht anwenden. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Studienergebnisse zu kognitiven Verzerrungen bei Kindern mit Angststörungen im Vergleich zu Erwachsenen mit Angststörungen inkonsistenter sind und zukünftig vermehrt automatische Informationsverarbeitungsprozesse untersucht werden sollten (In-Albon, Dubi, Rapee & Schneider, 2009).

Die vorgestellten Faktoren und Modelle tragen zum Verständnis der zahlreichen Mechanismen interagierender Faktoren wie Erziehungsstil, kindliches Temperament oder Bindung bei, differenzieren jedoch nicht zwischen den unterschiedlichen Angststörungen.

4.12 EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST, STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

4.12.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome

Die Störung mit Trennungsangst ist gekennzeichnet durch eine übermäßig starke Angst in Erwartung oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen. Sie befürchten, den Eltern oder ihnen selbst könnte in solchen Situationen

etwas Schlimmes zustoßen, was sie dauerhaft voneinander trennen würde (z.B. Autounfall der Eltern, Entführung des Kindes). Situationen, wie alleine zu Hause bleiben, im eigenen Bett schlafen, abends alleine, ohne Licht oder bei geschlossener Tür einschlafen, bei Freunden übernachten oder in die KiTa oder den Kindergarten gehen, werden häufig vermieden. Die Situationen, die Ängste auslösen, sind individuell verschieden. Einige Kinder gehen zur Schule, vermeiden aber, zu Freunden spielen zu gehen, oder schlafen nicht in ihrem eigenen Bett. In Verbindung mit Trennungssituationen kommt es oft zu einer für Kind und Eltern stressreichen Zeit und das Kind kann eine gereizte, aggressive oder auch apathische Stimmung zeigen. So kann das Kind weinen, schreien, um sich schlagen oder sich an die Bezugsperson klammern, mit dem Ziel, die anstehende Trennung zu verhindern. Häufig treten auch körperliche Symptome, wie Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen auf. Vielfach auftretende körperliche Symptome erfordern, falls noch nicht geschehen, zunächst eine medizinische Untersuchung, um organische Ursachen der Beschwerden auszuschließen. Bei der Störung mit Trennungsangst zeigen die körperlichen Symptome ein etwas anderes Bild als beim Vorhandensein einer organischen Ursache. So lassen die Beschwerden häufig nach, wenn die Trennungssituation doch nicht geschieht. Beispielsweise, wenn die Eltern entscheiden, dass sie doch zu Hause bleiben oder das Kind nicht in den Kindergarten muss. Gerade diese körperlichen Symptome können bei den Eltern eine große Verunsicherung hervorrufen. Mit dem Wunsch, das Kind zu schützen, erlauben sie die Vermeidung der Trennungssituation, was kurzfristig die Angst des Kindes reduziert und die körperlichen Symptome beseitigt, aber langfristig zur Aufrechterhaltung der Trennungsangst beiträgt. Viele Eltern schildern, dass sie kaum noch etwas alleine unternehmen und gar nicht mehr versuchen, das Kind mit jemand anderem alleine lassen. Weitere jedoch eher seltene Symptome von Kindern mit Trennungsangst sind Träume, von den Eltern getrennt zu sein (Allen, Lavallee, Herren, Ruhe & Schneider, 2010). Jüngere Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst haben oftmals das Bedürfnis, immer in unmittelbarer Nähe der Bezugsperson zu sein (z.B. Spielen nur im Zimmer, wo sich auch die Mutter aufhält).

4.12.2 Definition und Klassifikation

Sowohl die ICD-10 als auch die DC: 0-5 beschreiben die Störung mit Trennungsangst als eine übermäßig starke Angst in Erwartung oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen. Diese Ängste zeigen sich gemäß beider Klassifikationssysteme in unterschiedlichen Zeichen von Angst und Panik und führen oft zur Vermeidung von Trennungen. Körperliche Symptome als Folge der doch vollzogenen Trennung sind häufig, wobei organische Ursachen der Angstbeschwerden auszuschließen

sind. Im ICD-10 ist als Alterskriterium aufgeführt, dass die Trennungsangst vor dem sechsten Lebensjahr vorliegen muss und dass eine Störung mit Trennungsangst nicht vergeben werden darf, wenn die Diagnose einer Generalisierten Angststörung des Kindes- und Jugendalters erfüllt ist. Auch im DC: 0-5 gibt es kein Alterskriterium für die Vergabe der Diagnose.

4.12.3 Epidemiologie

Die Störung mit Trennungsangst tritt bei etwa 3% der Kinder auf (siehe Tabelle 14). Der Median der Erstmanifestation liegt bei sieben Jahren (Kessler et al., 2005). Die Störung mit Trennungsangst tritt bei Mädchen und Jungen gleich häufig auf (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006).

In mehreren Längsschnittstudien konnte beobachtet werden, dass Kinder mit Trennungsangst im Erwachsenenalter besonders häufig eine Panikstörung und/oder Agoraphobie (z.B. Brückl, Wittchen, Höfler, Pfister, Schneider & Lieb, 2007) oder andere psychische Störungen entwickeln (Lewinsohn et al., 2008).

4.12.4 Differentialdiagnose

Bei Kindern im Vorschul- und Kleinkindalter muss realistisch betrachtet werden, ob die Symptomatik bereits einen Krankheitswert aufweist oder als entwicklungsphasentypische Angst angesehen werden kann. Die Trennungsangst wird am besten über den Zeitpunkt ihres Auftretens von der entwicklungsphasentypischen Trennungsangst abgegrenzt: Die Störung mit Trennungsangst kann ab dem Alter von etwa drei Jahren auftreten, einem Alter, in dem die Mehrzahl der Kinder die Trennung von der Bezugsperson ohne größere emotionale Belastung vollzieht; häufige und übermäßig starke Ängste bei der Trennung von Bezugspersonen sind dann nicht mehr altersentsprechend. Darüber hinaus ist die Störung mit Trennungsangst dadurch charakterisiert, dass sie mit einer deutlichen Beeinträchtigung des Kindes im Alltag und seiner normalen Entwicklung einhergeht.

Des Weiteren ist eine Generalisierte Angststörung abzugrenzen, wenn sich das Kind nicht nur Sorgen über Trennungssituationen macht, sondern sich die Sorgen in mehreren Bereichen zeigen.

Kinder, die die Schule vermeiden, sollten im Hinblick auf ihre Kognitionen befragt werden, bspw. erfolgt die Schulvermeidung aufgrund von Ängsten sich vor anderen zu blamieren oder von anderen bewertet zu werden (Soziale Ängstlichkeit), aufgrund eines spezifischen Objektes in der Schule (Spezifische Phobie), Ängste vor Verunreinigung (Zwangsstörung), Sorgen in den Hausaufgaben Fehler zu haben (Generalisierte Angststörung) oder haben sie

keine Lust und wollen lieber mit Peers zusammen sein (Oppositionelles Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens).

4.12.5 Fallbeispiel „Tom“ (4 Jahre)

4.12.5.1 Anmeldegrund

Die Eltern meldeten sich in der psychotherapeutischen Ambulanz, weil ihr Sohn Tom (4;5 Jahre) nicht in den Kindergarten gehe und große Mühe damit habe, alleine zu sein.

4.12.5.2 Symptomatik

Die Eltern berichteten im Erstgespräch, dass Tom schon immer ein ängstliches Kind war und auf neue Situationen zurückhaltend reagierte. An einen Auslöser oder ein bestimmtes Ereignis, dass die Trennungsangstproblematik ausgelöst haben könnte, können sie sich nicht erinnern. In der Spielgruppe als Tom drei Jahre alt war, zeigte sich die Trennungsproblematik erstmals im verstärkten Ausmaß.

Die Eltern berichteten, dass Tom große Mühe habe, alleine zu sein. Er traue sich beispielsweise nicht, alleine den kurzen Weg in den Kindergarten zu gehen und sei bisher noch nicht ein einziges Mal alleine hingegangen. Sobald Tom ihm bekannte Kinder sehe, gehe es besser und er habe weniger Probleme damit, sich von der Mutter zu trennen. Die Trennungsangst zeige sich jedoch auch abends, wenn die Mutter zum Sport gehe. Dies möge er gar nicht und er wolle nicht, dass sie gehe, auch wenn der Vater bei ihm zu Hause bleibe. Tagsüber lasse die Mutter den Jungen niemals alleine, sie nehme ihn immer mit z.B. zum Einkaufen oder in den Keller zum Wäsche waschen. Das Schlafen sei häufig auch sehr schwierig und die Mutter müsse am Bett bleiben, bis Tom eingeschlafen sei. Toms Spielkameraden würden vorwiegend zu ihm kommen. Einladungen würde er nur annehmen, wenn die Mutter ihn begleite. Tom äußerte, dass er Angst habe, dass seinen Eltern etwas Schlimmes z.B. einen Unfall passieren könnte. Jeden Morgen, wenn er in den Kindergarten müsse, habe er Bauchschmerzen und ein komisches Gefühl im Bauch, manchmal würde er weinen und die Mutter festhalten.

4.12.5.3 Familiärer Hintergrund

Die familiären Interaktionen sind geprägt durch feinfühliges und warmes Verhalten der Eltern. Die Partnerschaft der Eltern kann ebenfalls als gut und stabil beurteilt werden, wobei sich die Eltern sehr wünschen, auch wieder einmal etwas als Paar unternehmen zu können.

4.12.5.4 Frühkindliche Entwicklung

Die frühkindliche Entwicklung verlief altersentsprechend und Tom zeigte keine Auffälligkeiten.

4.12.5.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Tom“ (4 Monate)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Emotionale Störung mit Trennungsangst (F 93.0)	<i>Achse I:</i> Störung mit Trennungsangst
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	<i>Achse II:</i> Keine Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Keine aktuellen abnormen psychosozialen Umstände	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (Mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen

4.13 STÖRUNG MIT SOZIALER ÄNGSTLICHKEIT DES KINDESALTERS, SOZIALE ANGSTSTÖRUNG

4.13.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Die Soziale Angststörung/Störung mit Sozialer Ängstlichkeit ist durch eine anhaltende Angst in sozialen Situationen charakterisiert, in denen das Kind auf fremde Erwachsene oder Gleichaltrige trifft. Das Kind zeigt große Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit seines Verhaltens gegenüber der fremden Person. In Erwartung oder während der gefürchteten sozialen Situation kommt es zu körperlichen (Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten, Schwächegefühl, Übelkeit) und kognitiven Reaktionen (die anderen werden mich auslachen) sowie Verhaltensänderungen (Weinen, Schweigen, Weglaufen). In der Regel ist durch die Soziale Phobie die soziale Kontaktfähigkeit des Kindes eingeschränkt und es besteht ein erheblicher Leidensdruck. Zu

Familienmitgliedern und gut bekannten Gleichaltrigen besteht meist ein recht inniges Verhältnis. Anders als Erwachsene sind Kinder oft nicht in der Lage, den Grund ihrer Ängste zu benennen. Insbesondere bei jüngeren Kindern kann es sein, dass die Einsicht bezüglich der Unangemessenheit ihrer Ängste nicht vorhanden ist.

4.13.2 Definition und Klassifikation

Die Störung mit Sozialer Ängstlichkeit (F93.2) in der ICD-10 muss vor dem sechsten Lebensjahr beginnen, mindestens vier Wochen anhalten und darf nicht mit einer Generalisierten Angststörung des Kindesalters einhergehen. Bei der Sozialen Angststörung nach ICD-10 wird außerdem hervorgehoben, dass bei Kindern gewährleistet sein muss, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechenden sozialen Kompetenzen verfügen, und die Angst auch gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten muss. Für die Diagnose einer Sozialen Phobie (F40.1) wird keine Altersbeschränkung bezüglich des Beginns und auch keine Mindestdauer der Störung festgelegt.

In der DC:0-5 kann die Soziale Angststörung erst ab einem Alter von 24 Monaten klassifiziert werden. Sie Kriterien sind für den Altersbereich 2-5 Jahre angepasst und orientieren sich aber weitestgehend an den Kriterien der ICD-10. Die Diagnose darf nur vergeben werden, wenn die Angst oder Vermeidung zu einer klinisch bedeutsamen Beeinträchtigung und starker Belastung führt. Zusätzlich sollte die Soziale Angststörung über mindestens sechs Monate anhalten und darf nicht besser durch eine Autismusspektrumsstörung oder eine andere Angststörung erklärt werden.

4.13.3 Epidemiologie

In der Studie von Wichstrøm et al. (2012) zeigte sich eine 3-Monatsprävalenzrate bei Vierjährigen von 0.5%. In einer Verlaufsstudie von Essex und Kollegen (2010) zeigte sich eine extreme soziale Gehemmtheit im Kleinkindalter als Risikofaktor für die Diagnose einer Sozialen Angststörung im Jugendalter.

4.13.4 Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch ist nebst der Abgrenzung einer Sozialen Phobie zu sozialem Unbehagen zu beachten, dass auch Agoraphobie oder depressives Verhalten zu Vermeidung sozialer Situationen führen können. Falls eine Schulverweigerung vorliegt, müssen die

Ursachen zwischen Sozialer Phobie, Trennungsangst und Schulschwänzen unterschieden werden.

4.13.5 Fallbeispiel „Lisa“ (5 Jahre)

4.13.5.1 Anmeldegrund

Die Mutter der fünfjährigen Lisa meldete sich in der Psychotherapie-Ambulanz auf Anraten der Kindergärtnerin.

4.13.5.2 Symptomatik

Frau M. berichtete ihre Tochter hätte Ängste in verschiedenen sozialen Situationen. Lisa sei oft sehr ängstlich und aufgeregt, wenn sie mit fremden Kindern oder Erwachsenen zusammen sei. Lisa ziehe sich in solchen Situationen stark zurück und suche die Nähe der Mutter. Sie habe Angst, dass sie etwas Falsches sagen oder etwas Falsches tun könnte, dies dann peinlich wäre und die anderen schlecht über sie denken würden. Diese Ängste habe sie bei Kindern und Erwachsenen. Die Mutter berichtete auch, dass sie denke, dass es Lisa schwerfalle, neue Freunde zu finden. Dies sei jedoch nicht, weil Lisa nicht wüsste, wie man auf andere Kinder zugehe, sondern weil sie sich nicht traue. Diese Ängste in sozialen Situationen seien für Lisa sehr belastend und die Mutter denkt, dass Lisa durch diese sozialen Ängste in der Schule und in der Freizeit beeinträchtigt sei und wünscht sich für Lisa Hilfe. Es würde Lisa auch Angst machen und sie würde es auch vermeiden, im Mittelpunkt zu stehen. In sozialen Situationen komme es vor, dass Lisa rot werde und zittere und sie habe auch schon Angst vor dem Erbrechen genannt. Wenn sie mit neuen Kindern oder Erwachsenen zusammenkomme, leide sie stark darunter, dies zeige sich durch Weinen und Schreien.

4.13.5.3 Familiärer Hintergrund

Frau M. ist alleinerziehend und hat noch eine jüngere Tochter (3 Jahre). Die Töchter haben keinen regelmäßigen Kontakt zu ihrem Vater.

4.13.5.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Schwangerschaft wurde als erwünscht und frei von medizinischen Komplikationen beschrieben, jedoch berichtet die Mutter von großen Sorgen, die sie sich um die Gesundheit und die Entwicklung ihrer Tochter während der Schwangerschaft gemacht habe.

Die frühkindliche Entwicklung verlief ohne Auffälligkeiten, jedoch war Lisa bereits als Kleinkind sehr schüchtern und zurückhaltend.

4.13.5.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Lisa“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)	<i>Achse I:</i> Soziale Angststörung
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Alleinerziehende Mutter, wenig Kontakt zum Vater	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 4 (ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen

4.14 PHOBISCHE STÖRUNG DES KINDESALTERS, SPEZIFISCHE PHOBIE, Störung mit Vermeidung neuer Erfahrungen

4.14.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Kinder mit einer Spezifischen Phobie bzw. einer Phobischen Störung des Kindesalters zeigen eine unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht. Die Angst tritt in der Regel unmittelbar durch die Konfrontation mit dem phobischen Stimulus (z.B. Hund) auf. Das Kind reagiert häufig in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmt sein oder Anklammern an eine Bezugsperson. Üblicherweise beginnen die betroffenen Kinder mit der Zeit, die gefürchtete Situation zu vermeiden. Stark ausgeprägte Phobien führen zu erheblichen Beeinträchtigungen des Kindes in den Bereichen Familie, Schule und Freizeit.

Die häufigsten Inhalte der Phobischen Emotionalen Störung des Kindesalters bzw. der Spezifischen Phobie sind bei Kleinkindern Angst vor lauten Geräuschen und Angst vor

Fremden und Dunkelheit. Bei Vorschulkindern kommt die Angst vor Tieren und imaginären Gestalten (z.B. Monster, Geister) hinzu. Häufige physiologische Reaktionen sind Herzklopfen, Bauchschmerzen, Zittern und Schwitzen. Bei der Konfrontation mit einem angstauslösenden Objekt oder Situation wird oft die Nähe von Bezugsperson aufgesucht; manche Kinder klammern sich an die Bezugsperson und weinen, andere zeigen auch aggressives Verhalten wie Schreien, Wutanfälle oder um sich schlagen.

4.14.2 Definition und Klassifikation

In der ICD-10 werden zwei Formen von phobischen Störungen unterschieden. Für entwicklungsphasenspezifische Ängste (z.B. Angst vor Phantasiegestalten, Dunkelheit), die anhaltend oder wiederkehrend auftreten, ein abnormes Ausmaß angenommen und zu einer deutlichen sozialen Beeinträchtigung geführt haben, steht in der ICD-10 die Kategorie Phobische Emotionale Störung des Kindesalters (F93.1) zur Verfügung. Handelt es sich um eine eng umgrenzte Furcht (z. B. enge Räume), die nicht entwicklungsphasenspezifisch ist, kann die Diagnose Spezifische Phobie (F40.2) gegeben werden. Es werden jedoch keine Angaben gemacht, welche Diagnose zu vergeben ist, wenn die Kriterien beider Störungsbilder erfüllt sind. In der ICD muss die Phobie über mindestens vier Wochen bestehen und darf nicht mit einer Generalisierten Angststörung des Kindesalters einhergehen. Phobische Störungen können nicht mit der DC:0-5 diagnostiziert werden. Jedoch wurde in der DC: 0-5 eine neue Kategorie aufgenommen, welche bei sehr jungen Kindern (bis 24 Monaten) die Klassifikation von extrem ängstlichem Verhalten in neuen Situationen oder bei der Konfrontation mit neuen Reizen ermöglicht.

4.14.3 Epidemiologie

In der Studie von Wichstrøm et al. (2012) zeigte sich bei vierjährigen Kindern eine Prävalenzrate von 0.7%.

4.14.4 Pathogenese

Wie bereits weiter oben zur Pathogenese von Angststörungen aufgeführt, spielen auch bei phobischen Störungen die genetische Prädisposition, das stabile Temperamentsmerkmal der Verhaltenshemmung, kritische Lebensereignisse sowie das Modell- und Instruktionlernen eine wichtige Rolle.

4.14.5 Differentialdiagnose

Die Diagnose einer Phobischen Störung/Spezifischen Phobie sollte nicht vergeben werden, wenn die Angst ausschließlich auf Trennungssituationen oder soziale Situationen begrenzt ist. Bei der Abgrenzung einer Zwangsstörung sind zum einen die Zwangshandlungen zu nennen, die bei der Spezifischen Phobie nicht auftreten, sowie dass Situationen vermieden werden, damit eine Befürchtung nicht eintritt, z.B. sich nicht zu kontaminieren. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörungen können Situationen vermieden werden, nachdem sich dort ein traumatisches Ereignis ereignete.

4.14.6 Fallbeispiel „Yasar“ (4 Jahre)

4.14.6.1 Anmeldegrund

Yasars Eltern suchen den Kontakt zur Psychotherapieambulanz aufgrund seiner häufig und stark aufgeprägten Wutanfälle. Die Eltern beschreiben Ihren Sohn als eine Art „Tyran“, welcher zu Hause darauf besteht, dass alles nach seinem Kopf geht. Im Gegensatz dazu, verhält er sich im Kindergarten eher unauffällig und wird als freundliches Kind beschrieben, welches sich mit anderen Kindern seiner Gruppe gut versteht.

4.14.6.2 Symptomatik

Während des umfassenden Diagnoseprozesses zeigte sich, dass Yasar eine Vielzahl von Ängsten vor sehr spezifischen Dingen hatte. Im Vordergrund stehen bei ihm vor allem die massive Angst vor Dunkelheit, vor Wasser und vor verschiedenen Tieren (u.a. Hunde, Katzen, Spinnen). Aufgrund dieser Ängste kommt es im Verlaufe des Tagesablaufs immer wieder zu eskalierenden Auseinandersetzungen mit den Eltern, wobei die Mutter eher verständnisvoll-besorgt auf das Verhalten ihres Sohnes reagiert, während der Vater wenig Verständnis zeigt und oft „genervt“ auf das Verhalten seines Sohnes reagiert. Gemeinsam ist beiden Eltern, dass sie es ihrem Sohn weitgehend ermöglichen, allen von ihm gefürchteten Situationen bzw. Dingen aus dem Weg zu sehen. So verbringt Yasar beispielsweise die meiste Zeit des Tages zu Hause, geht kaum aus dem Haus bzw. zu Freunden oder auf Spielplätze. Da er sich weigert, alleine die Toilette zu benutzen, begleitet ihn immer jemand dorthin. Auch brennt in der Wohnung der Familie während der gesamten Nacht das Licht im Flur, so dass es niemals wirklich dunkel ist. Beim Duschen zeigt Yasar ein extremes Abwehrverhalten, so dass die Familie dieses auf ein Minimum reduziert hat.

Yasar fällt außerdem durch seine sehr große Überangepasstheit auf. Er sagte während der Untersuchung kaum etwas und versicherte sich immer erst bei seiner Mutter zurück.

4.14.6.3 Familiärer Hintergrund

Yasar ist das einzige Kind der Familie Ü. Herr und Frau Ü. sind Kinder türkischer Einwanderer. Neben den Eltern gibt es noch eine Vielzahl weiterer Verwandter (Großeltern, Tanten/Onkels, Cousins/Cousinen), welche in unmittelbarer räumlicher Nähe wohnen und regelmäßigen Kontakt zu Yasar und seiner Familie haben und welche ebenfalls in der Erziehung des Sohnes involviert sind. Die Familie ist sozial gut integriert, spricht sehr gut Deutsch und pflegt einen westlichen Lebensstil.

4.14.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Mutter gibt an, dass Yasar bis zum Alter von sechs Monaten sehr viel geschrien habe. Außerdem sei er bereits als Kleinkind sehr ängstlich und zurückhaltend gewesen, was er auch im Wesentlichen immer noch ist.

Mit etwa zweieinhalb Jahren wurde bei Yasar zudem die Diagnose Asthma bronchiale gestellt, was dazu führte, dass ab diesem Zeitpunkt Yasar immer im Bett der Mutter schlief, da diese um das Leben ihres Sohnes fürchtete und sich sicherer fühlte, wenn dieser in ihrer Nähe schlief.

4.14.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Yasar“ (4 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)	<i>Achse I:</i> nicht klassifizierbar
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt.	<i>Achse II:</i> Level 2 (angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Asthma bronchiale	<i>Achse III:</i> Asthma bronchiale
<i>Achse 5:</i> Elterliche Überfürsorge	<i>Achse IV:</i> Migrationsstatus der Eltern
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Meilensteine für die emotionalen, sozialen Entwicklungskompetenzen nicht erreicht

4.15 GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG DES KINDESALTERS,

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

4.15.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Kinder mit Generalisierter Angststörung des Kindesalters machen sich übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit, Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben. Des Weiteren werden diese Kinder häufig als „kleine Erwachsene“ beschrieben, weil sich ihre Sorgen um Finanzen, Gesundheit oder katastrophale Ereignisse drehen, die eher für Erwachsene typisch sind. Sie zeichnen sich oft auch durch ein perfektionistisches Verhalten aus. Viele dieser Kinder haben zudem ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Rückmeldung über erbrachte Leistungen und das alles in Ordnung sei. Kennzeichnend für diese Störung ist weiterhin das Auftreten körperlicher Symptome der Nervosität und Anspannung. So klagen diese Kinder häufig über Ein- und Durchschlafprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule oder bei den Hausaufgaben, Muskelverspannungen, Müdigkeit und Reizbarkeit. Die aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen am häufigsten angegebenen Symptome sind laut einer Untersuchung von (Masi et al., 2004):

- Gefühle der Anspannung
- angespannte Erwartungen
- Wunsch nach Rückversicherung
- negatives Selbstbild
- körperliche Beschwerden
- Reizbarkeit
- Grübeln
- Konzentrationsschwierigkeiten

4.15.2 Definition und Klassifikation

Gemäß der ICD-10 müssen die Symptome der Generalisierten Angststörung mindestens sechs Monate anhalten und an mehr als der Hälfte der Tage vorhanden sein. Die Sorgen und Ängste dürfen nicht Folge einer Substanzaufnahme (z.B. psychotrope Substanzen, Medikamente) oder einer organischen Erkrankung (z.B. Hyperthyreose) sein. Die Generalisierte Angststörung kann auch mittels der DC:0-5 diagnostiziert werden, jedoch darf besonders bei sehr jungen Kindern (jünger als 24 Monate) die Diagnose nur mit besonderer Vorsicht

vergeben werden. Insgesamt orientiert sich das DC: 0-5 aber stark am DSM-5, wobei die Kriterien für das Vorschulalter adaptiert wurden.

4.15.3 Epidemiologie

Nach Egger et al. (2006) liegt die Prävalenzrate unter Anwendung eines strukturierten Interviews (PAPA) einer GAS bei Kindern im Vorschulalter bei 6.5%. Bei 6-Jährigen lag die 3-Monatsprävalenz bei 1.8% (Bolton et al., 2005). Bezüglich des Verlaufs der GAS zeigte sich im Unterschied zu den anderen Angststörungen, welche eine homotypische Kontinuität aufwiesen, eine Abnahme der Häufigkeit an Diagnosen (Bufferd et al., 2012).

4.15.4 Pathogenese

Wie bei den anderen Angststörungen zeigt sich auch bei der GAS ein genetischer Einfluss. Wobei Zwillingsstudien darauf hinweisen, dass eher von einer allgemeinen Prädisposition für Angst und Depression statt von einer störungsspezifischen genetischen Vermittlung ausgegangen werden kann (Kendler et al., 1992). Die genetischen Studien verweisen auf den Einfluss von Umweltfaktoren, so zeigen Familienstudien, dass Kinder von Eltern mit einer GAS ein höheres Risiko haben, selber eine GAS zu entwickeln (Newman & Bland, 2006). Dabei können Lernerfahrungen, wie Annahmen über die eigenen Kompetenzen und Ressourcen zur Problemlösung und die Kontrollierbarkeit eine Rolle spielen. Die stabile Temperamenteigenschaft Verhaltenshemmung gilt als allgemeiner Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen.

4.15.5 Differentialdiagnostik

Die Sorgen und Ängste müssen sich auf mehrere Bereiche beziehen (z.B. Gesundheit, Schule und Familie) und beinhalten nicht nur soziale Sorgen (Soziale Angststörung) oder Sorgen zur Trennung von Bezugspersonen (Störung mit Trennungsangst). Sorgen und Zwangsgedanken werden als unangenehm und unkontrollierbar erlebt. Inhaltlich beziehen sich die Zwangsgedanken jedoch häufig auf Themen wie Verunreinigung, Ansteckung und Kontrolle. Zudem bestehen sie nicht aus Gedankenketten wie die Sorgen bei der GAS. Wie Kinder mit einer GAS können Kinder mit ADHS häufig nervös und ruhelos wirken und Konzentrationsprobleme haben. Jedoch machen sich Kinder mit ADHS keine übermäßigen Sorgen, während Kinder mit GAS im Vergleich nicht so starke Aufmerksamkeitsprobleme haben.

4.15.6 Fallbeispiel „Antonia“ (5 Jahre)

4.15.6.1 Anmeldegrund

Die Anmeldung von Antonia in der Tagesklinik für Vorschulkinder erfolgte durch den schulpsychologischen Dienst, da sich die Situation im Kindergarten in den letzten Monaten so stark zugespitzt hatte, dass ein weiterer Verbleib im Regelkindergarten nicht mehr möglich war.

4.15.6.2 Symptomatik

Die Eltern berichten, dass ihre Tochter sehr viel grübeln würde und ständig angespannt wäre. Sie habe vor sehr vielen Dingen Angst und würde sich ständig bei ihnen rückversichern, ob die dieses oder jenes tun könne oder ob eventuell etwas passieren könne. Antonia ziehe sich auch insgesamt eher zurück und habe wenig Interesse am gemeinsamen Spiel mit ihrem jüngeren Halbbruder bzw. gleichaltrigen Kindern. Aufgrund ihrer Ängste bzw. der Anspannung habe ihre Tochter sehr große Schwierigkeiten mit dem Einschlafen. Sie brauche oft bis zu zwei Stunden, bis sie am Abend schließlich eingeschlafen sei. Aus diesem Grund schläft sie inzwischen auch im Schlafzimmer der Eltern, da ihr dies etwas Sicherheit geben würde und sie so besser einschlafen könne. Zudem fällt bei Antonia das sehr stark ausgeprägte Nägelkauen auf.

Im Kindergarten mache Antonia bei angebotenen Gruppenaktivitäten kaum mit und reagiert ausgesprochen aggressiv auf Versuche der Kindergärtnerinnen, sie doch zu einer Teilnahme zu bewegen. Deshalb ging sie auch in den letzten Wochen vor Eintritt in die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik nicht mehr in den Regelkindergarten.

4.15.6.3 Familiärer Hintergrund

Antonia lebt zusammen mit ihrem jüngeren Halbbruder, ihrer Mutter und dem Stiefvater. Beide Eltern leben von der Sozialhilfe und sind wegen psychischer Probleme in psychiatrischer Behandlung. Die Beziehung zwischen Frau W. und Herr K. ist durch häufige Konflikte und gewalttätige Auseinandersetzungen geprägt. Frau W. sei bereits einmal in ein Frauenhaus geflüchtet und erwägt inzwischen die Trennung von ihrem Partner.

4.15.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Schwangerschaft und Geburt von Antonia verliefen ohne Komplikationen und Auffälligkeiten, jedoch war diese weder geplant noch erwünscht. Nach der Geburt gab es eine Phase mit Anpassungsproblemen. Die Mutter berichtet von Stillschwierigkeiten. Antonia habe anfänglich zu wenig Milch bekommen und dann immer vor Hunger geschrien. Die

weitere Entwicklung verlief ohne Komplikationen und Auffälligkeiten. Schwere oder chronische körperliche Krankheiten wurden von der Mutter nicht berichtet. Ihre Tochter sei eher eine schlechte Esserin, aber der Kinderarzt habe sie beruhigt, da sie sich trotz geringen Gewichts gut entwickelte.

4.15.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Antonia“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.8)	<i>Achse I:</i> Generalisierte Angststörung
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt	<i>Achse II:</i> Keine Beziehungsklassifikation
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine körperlichen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Disharmonie in der Familie Psychische Störung beider Elternteile	<i>Achse IV:</i> Armut, psychische Erkrankungen der Eltern, Gewalt in der Partnerschaft
<i>Achse 6:</i> Stufe 5 (Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Meilensteine der emotionalen und sozialen Entwicklung nicht erreicht

4.16 NICHTORGANISCHE ENURESIS / Enuresis

4.16.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Kinder mit einer Enuresis (Nocturna = dem Einnässen im Schlaf) nassen im Schlaf immer wieder meist große Mengen Urin ein. Häufig schlafen die Kinder sehr tief und werden durch das Einnässen nicht wach.

Beim Einnässen tagsüber, das in der ICD-10 Klassifikation ebenfalls unter Enuresis kodiert wird (vgl. nächster Abschnitt), ist die Symptomatik je nach Subform sehr unterschiedlich. Kinder, die tagsüber einnässen, weil sie nur sehr selten zur Toilette gehen, leiden unter einer Funktionellen Harninkontinenz bei Miktionsaufschub, während Kinder mit einer Idiopathischen Dranginkontinenz sehr häufig zur Toilette gehen (meist >10-15x/Tag) und kleine Mengen Urin einnässen.

4.16.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Nach ICD-10 wird die Enuresis als unwillkürlicher Harnabgang ab dem Alter von fünf Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Das Einnässen muss über eine Dauer von drei Monaten und mit einer Frequenz von zweimal pro Monat vorkommen. In der ICD-10 werden unter dieser Klassifikation sowohl das Einnässen am Tage als auch das Einnässen nachts zusammengefasst. Die grobe Einteilung der Subtypen entspricht jedoch nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand. Deshalb wurden von der ICCS (*International Children's Continence Society*) neue, aktuelle Klassifikationsvorschläge unterbreitet (Austin et al., 2014). Hier werden die Begriffe Enuresis bzw. Enuresis Nocturna ausschließlich für das Einnässen im Schlaf verwendet, wohingegen das Einnässen tagsüber als Funktionelle Harninkontinenz bezeichnet wird.

Enuresis kann mit der DC: 0-5 nicht klassifiziert werden.

4.16.2 Epidemiologie

Das nächtliche Einnässen kommt bei 43,2% der dreijährigen und 20,2% der vierjährigen Kinder vor, d.h. vor Definition der Störung (Mindestalter fünf Jahre). Bei den fünfjährigen Kindern sind noch ca. 16% betroffen. Die spontane Rückbildungsrate ist mit 13% pro Jahr relativ hoch. Jungen sind ca. 1,5-2 Mal häufiger betroffen als Mädchen. Das Einnässen tagsüber liegt je nach Definition bei 2-4% bei 5-7-jährigen Kindern. Im Gegensatz zum nächtlichen Einnässen findet man keine kontinuierliche spontane Remission, sondern das Einnässen tagsüber persistiert während des Schulkindalters und nimmt erst zur Pubertät hin ab: 3-4% der Schulkinder sind betroffen. Hier ist das Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichen (von Gontard & Lehmkuhl, 2009).

4.16.3 Pathogenese

Die ätiologischen Zusammenhänge der Enuresis bzw. Funktionellen Harninkontinenz können hier nur grob zusammengefasst werden. Insgesamt wird auch bei diesen Störungen von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen.

Bei der Enuresis handelt es sich vor allem um eine genetisch bedingte Reifungsverzögerung des zentralen Nervensystems mit drei Hauptmechanismen: Einer vermehrten Urinbildung nachts (Polyurie), einer erschwerten Erweckbarkeit und einer fehlenden Inhibition des Entleerungsreflexes der Blase. Je nach Subform spielen Umweltfaktoren oder belastende Lebensereignisse eine unterschiedlich große Rolle (Equit et al., 2013; von Gontard & Lehmkuhl, 2009).

Bei der funktionellen Harninkontinenz zeigt die Dranginkontinenz eine deutliche genetische Komponente. Bei der Harninkontinenz bei Miktionsaufschub spielen genetische Faktoren keine Rolle; hier handelt es sich eher um ein erlerntes, oft oppositionelles verweigerndes Verhalten.

4.16.4 Differentialdiagnose

In vielen Fällen nässen Kinder nachts oder tagsüber ein, ohne dass eine weitere psychische Störung vorliegt. In diesen Fällen wird nur die Form des Einnässens diagnostiziert. Nässt das Kind ein und sind zusätzlich Zeichen einer weiteren psychischen Störung vorhanden, so werden beide Störungen getrennt voneinander diagnostiziert.

Somatische Grunderkrankungen müssen auf jeden Fall ausgeschlossen werden: z.B. Fehlbildungen oder Fehlanlagen des Harntraktes; Innervationsstörungen der Blase (z.B. Spina bifida occulta; Tethered Cord Syndrom) oder Harninkontinenz aufgrund Diabetes mellitus.

4.16.5 Fallvignette „Lena“ (5 Jahre)

4.16.5.1 Anmeldegrund

Die 5;6-jährige Lena wurde wegen nächtlichen Einnässens in einer Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen vorgestellt.

4.16.5.2 Symptomatik

Die Mutter berichtet, dass Lena jede Nacht große Mengen einnässe. Sie sei im Alter von vier Jahren für 4-5 Monate trocken gewesen, danach habe sie wieder begonnen einzunässen, ohne dass es äußere Auslöser dafür gegeben habe. Aus dem 48-Stunden-Miktionsprotokoll wird ersichtlich, dass Lena einen deutlichen Miktionsaufschub hat (3-5 Miktionen pro Tag) und zu wenig trinkt (max. 1 Liter). Im Alter von 2,5-3 Jahren habe Lena erstmalig einen epileptischen Anfall gehabt, seitdem würden regelmäßig EEG-Kontrollen durchgeführt. Die Mutter trage stets eine Notfallmedikation (10mg Diazepamrectiole) bei sich, eine antiepileptische Dauermedikation gäbe es derzeit nicht.

4.16.5.3 Familiärer Hintergrund

Die Mutter (27J., Hauptschulabschluss) habe eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau abgebrochen. Auch sie habe bis zum siebten Lebensjahr nachts eingenässt. Der Vater (36 J.,

Hauptschulabschluss, Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann) arbeite bei einer Abrissfirma. Lenas Eltern seien nicht verheiratet, lebten seit acht Jahren in einer Beziehung. Lena habe keine Geschwister. In der Familie des Vaters seien keine Ausscheidungsstörungen bekannt. Zum Großvater mütterlicherseits bestehe guter Kontakt. Die Großeltern väterlicherseits seien bereits beide verstorben.

4.16.5.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Geburt erfolgte termingerecht via Vakuumextraktion bei Geburtsstillstand (3260 g, 50 cm, Kopfumfang 34,5 cm). Lena sei nicht gestillt worden. Sie sei im Alter von 17 Monaten gelaufen und habe mit 14 Monate die ersten Worte gesprochen. Tagsüber habe sie ab dem Alter von zwei Jahren keine Windeln mehr benötigt. Mit drei Jahren sei Lena in den Kindergarten gekommen, hier sei sie zunächst trennungsängstlich, dann jedoch gut integriert gewesen.

4.16.5.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Lena“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Nichtorganische Enuresis (F98.0)	<i>Achse I:</i> Nicht klassifizierbar
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> -	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 0 (herausragende/gute soziale Funktionen)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen

4.17 NICHTORGANISCHE ENKOPRESIS/ENKOPRESIS

4.17.1.1 KLINISCHE SYMPTOMATIK UND LEITSYMPTOME IM VORSCHUL- UND KLEINKINDALTER

Kinder mit Enkopresis koten tagsüber (selten auch nachts) ein, ohne dass dafür eine organische Ursache vorliegt. Bei der Enkopresis mit Obstipation (Verstopfung) sind folgende

Symptome typisch: seltener Stuhlgang auf der Toilette, große, meist harte Stuhlmeng und Schmerzen bei der Defäkation. Die Kinder klagen über Bauchschmerzen und über reduzierten Appetit. Skybala sind tastbar, im Ultraschall sieht man ein erweitertes Rektum als Zeichen der Stuhlretention. Bei der Enkopresis ohne Obstipation ist der Stuhlgang auf der Toilette häufig. Die Stuhlkonsistenz ist normal und weitere somatische Zeichen fehlen.

4.17.1.2 DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Nach ICD-10 wird Enkopresis als willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen bei einem Kind ab vier Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Eine Dauer von sechs Monaten und eine Frequenz von einmal pro Monat müssen vorliegen. Die ICD-10 differenziert außerdem danach, ob das Kind bisher unfähig war die Darmkontrolle zu erwerben, eine adäquate Darmkontrolle vorliegt und Faeces an unpassenden Stellen abgesetzt wird oder ob eine Überlaufenkopresis bei Retention vorliegt, was eine klinische relevante Unterscheidung ist.

Enkopresis kann mit der DC: 0-5 nicht klassifiziert werden.

4.17.1.3 EPIDEMIOLOGIE

Bei dreijährigen Kindern (also vor dem Störungsdefinitionsalter) kommt das Einkoten noch mit einer Prävalenz von 18-46% vor. Im Alter von vier Jahren liegt die Prävalenzrate nur noch bei 1-8%, und im gesamten Schulalter koten 1-3% der Kinder ein (Bellmann, 1966; von Gontard & Lehmkuhl, 2009).

4.17.1.4 PATHOGENESE

Bei der Enkopresis handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen. Genetische Faktoren spielen bei der Obstipation eine deutliche, bei der nicht-retentiven Enkopresis keine Rolle. Eine epidemiologische Studie mit 1.0819 Kindern im Alter von 1,5-9,5 Jahren konnte zeigen, dass außerdem sowohl kindliche als auch elterliche Faktoren bei der Pathogenese der Enkopresis eine Rolle spielen (Joinson et al., 2008). Bei Kindern mit Enkopresis (auch mit Einnässen tags) fanden sich sowohl kindliche Entwicklungsstörungen, schwieriges Temperament, aber auch mütterliche Depressionen und Angststörungen als Risikofaktoren in der Vorgeschichte. Das elterliche Sauberkeitstraining hat nur einen mäßigen Einfluss auf die Erreichung der Stuhlkontinenz. Sowohl ein zu frühes, aktives und negatives Sauberkeitstraining als auch eine zu passive, zu späte und Laisser-faire-Haltung der Eltern erhöhen das Risiko für Enkopresis ebenso wie für Obstipation. Am günstigsten ist es, die

aktiven Signale des Kindes und dessen Wunsch nach Sauberkeit aufzugreifen und diese aktiv zu unterstützen, wie es die meisten Eltern erfreulicherweise auch tun (Largo, Molinari, von Siebenthal, & Wolfensberger, 1996).

4.17.1.5 DIFFERENTIALDIAGNOSE

Die Diagnosestellung der Enkopresis ist relativ leicht, da das Symptom des Einkotens (egal ob als Stuhlschmierer oder als Absetzen von Kothäufchen) so offensichtlich ist. Ca. 30-50% der Kinder mit Enkopresis weisen weitere psychische Auffälligkeiten auf. Internalisierende Störungen wie Angststörungen und Depression treten ähnlich häufig komorbid auf wie externalisierende Störungen (z.B. ADHS, Störung des Sozialverhaltens) (von Gontard, Baeyens, van Hoecke, Warzak, & Bachmann, 2011).

An somatischen Differentialdiagnosen müssen verschiedene potentielle Ursachen des Einkotens ausgeschlossen werden: anatomische (anale Fissuren), metabolische (Elektrolytverschiebungen im Rahmen schwerer Grunderkrankungen), endokrinologische (z.B. Diabetes mellitus), neurogene (Spina bifida occulta, Tethered Cord Syndrom), neuropathische (Morbus Hirschsprung) oder medikamentöse Nebenwirkungen, die mit einer Obstipation einhergehen können. Eine ausführliche Darstellung somatischer Differenzialdiagnosen findet sich bei von Gontard (2004) oder von Gontard and Lehmkuhl (2009).

4.17.2 Fallvignette „NICO“ (5 Jahre)

4.17.2.1 Anmeldegrund

Der 5;4-jährige Nico wurde von seiner Mutter wegen Einkoten in einer Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen vorgestellt.

4.17.2.2 Symptomatik

Nico halte immer wieder Stuhlgang zurück und habe ca. zweimal pro Woche „Bremsspuren“ in der Unterhose. Nico habe schon immer festen Stuhlgang gehabt. Mit Feigensirup konnte nicht der erwünschte laxierende Effekt erzielt werden. In der Kinderchirurgie seien bereits Darmbiopsien zum Ausschluss von Morbus Hirschsprung entnommen worden. Seit ca. zwei Jahren erhalte Nico Laktulose und Obstinol, was eine abführende Wirkung gezeigt habe. Nico kote vor allem vormittags ein. Wenn er von seinen Eltern zum Toilettengang aufgefordert werde, reagiere er wütend. Die Flüssigkeitszufuhr sei ausreichend (ca. 1,5l/Tag). Außerdem

ernähre sich Nico relativ gesund (ballaststoffreiche Nahrungsmittel sowie Obst, Gemüse).

Bei der Ultraschalluntersuchung zeigt sich ein deutlich erweiterter Enddarm (Rektumdurchmesser 3,7 x 5,3 cm).

In der Anamnesesituation zeigte sich eine deutliche Artikulationsstörung.

4.17.2.3 Familiärer Hintergrund

Die Mutter (27 J., keine Ausbildung) und der Vater (28 J., Elektrotechniker) sind verheiratet. Nico hat einen zwei Jahre alten Bruder. Ein 4;6j. Cousin setze Stuhlgang nur in Windeln ab und habe eine Sprachentwicklungsverzögerung.

4.17.2.4 Frühkindliche Entwicklung

Ungestörter Schwangerschaftsverlauf, Spontanentbindung in der 40. SSW, unter der Geburt Schlüsselbeinfraktur rechts. Nico sei nicht gestillt worden. Laufalter 13 Monate, die Sprachentwicklung ist leicht verzögert. Nico besuche seit dem dritten Lebensjahr den Kindergarten, dort sei er gut integriert. Aufgrund von fein- und grobmotorischen Defiziten erhalte Nico seit sechs Monaten Ergotherapie.

4.17.2.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Nico“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Nichtorganische Enkopresis (F98.1)	<i>Achse I:</i> Nicht klassifizierbar
<i>Achsen 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt Artikulationsstörung wurde deutlich (F80.0) Fein- und grobmotorische Defizite wurden berichtet.	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren

<i>Achse 5:</i> -	<i>Achse IV:</i> Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
<i>Achse 6:</i> Stufe 0 (herausragende/gute soziale Funktionen)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen

4.18 SELEKTIVER MUTISMUS

4.18.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Der Elektive (ICD-10) bzw. Selektive Mutismus (DC: 0-5) ist eine Störung, die durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert ist. Hauptmerkmal ist die anhaltende Unfähigkeit, in bestimmten sozialen Situationen, in denen Sprechen erwartet wird, zu sprechen. Das Kind zeigt seine normale Sprachkompetenz in einigen Situationen (z.B. zu Hause), in anderen Situationen (z.B. im Kindergarten, KiTa) jedoch nicht. Kinder mit Mutismus können individuell unterschiedliche, stabile Sprechmuster aufweisen: Einige sprechen in keiner Situation, andere flüstern vorwiegend, wieder andere sprechen mit lauter Stimme.

Betroffene Kinder verwenden häufig alternative Kommunikationsformen, um nicht sprechen zu müssen wie z.B. mit dem Kopfnicken, Kopfschütteln, auf etwas zeigen oder kurze, monosyllabische Äußerungen. Weitere assoziierte Merkmale können sein: Schüchternheit, geringes Selbstbewusstsein, Anhänglichkeit und Verlegenheit. Das Sprechverhalten von Kindern mit Selektivem Mutismus kann geprägt sein durch: Schwierigkeiten mit Dialog und Gestaltungsformen (z.B. unzureichende Kenntnis der Höflichkeitsformen, kleinkindhaftes Anreden, mangelndes Wissen, wem was wann erzählt werden kann); sehr positives oder negatives Anpassungsverhalten (das nicht mehr altersgemäß ist) wird gezeigt, um sich vor Sprechforderungen zu schützen (z.B. streicheln der Lehrerin); asynchrone Verwendung nonverbaler Kommunikation (z.B. Festhalten des Gesprächspartners bei Blickkontakt-Verweigerung); Unsicherheit oder Auffälligkeiten in der Wortwahl, der Treffsicherheit des Ausdrucks, der Äußerungslage, der Wortfindung und der Grammatik; verzerrte, unnatürliche Mimik und Gestik z.B. ein läppisches Grinsen, verarmte Ausdrucksmimik, verändertes Blickverhalten mit Blickscheu und Blickflucht, Erröten, Schweißausbrüche, verkrampfte Körperhaltung bis hin zum Erstarren bei gleichzeitiger Unruhe, besonders in der Handmotorik (siehe Melfsen & Warnke, 2009)

4.18.2 Definition und Klassifikation

In beiden Klassifikationssystemen (ICD-10, DC: 0-5) wird der Mutismus der Oberklasse der Angststörungen zugeordnet, da Angstsymptome häufig begleitend auftreten. Komorbide Störungen sind beim Mutismus deshalb vor allem soziale Angststörungen aber auch oppositionelles Trotzverhalten.

4.18.3 Epidemiologie

Bergman, Piacentini und McCracken (2002) fanden bei 4-8-Jährigen eine Prävalenzrate von 0.7%. Die Störungsdauer beträgt 4-6 Jahre (Hartmann, 1997). Im Verlauf kann es zu einer Einengung der sozialen Entwicklung kommen. Zudem zeigte sich auch bei remittierten Patienten, dass diese weiterhin Kontakt- und Sprechscheu waren (Remschmidt, 1988).

4.18.4 Pathogenese

Ein Erklärungsansatz ist die sprachliche Überforderung, dass die Anforderungen, die an das Kind gestellt werden, kognitiv, kommunikativ und sozial sehr anspruchsvoll sind, während das Kind jedoch nur über unzureichende Erfahrungen verfügt (Melfsen & Warnke, 2009). Als Risikofaktoren kann wie bei der Sozialen Angststörung das Temperamentsmerkmal „Verhaltenshemmung“ aufgeführt werden. Auch Migration und die Anforderung, unterschiedliche Sprachen zu erlernen, bzw. Bilingualität sind als Risikofaktoren zu nennen. Des Weiteren können inner- und außerfamiliäre Lernerfahrungen aufgeführt werden. Ein frühkindliches Trauma als Ursache liegt mehrheitlich nicht vor. Ein aufrechterhaltender Faktor liegt zu Beginn in der verstärkten Aufmerksamkeit und wenigen bis keinen sprachlichen Anforderungen. Das Schweigen kann auch als Machtinstrument eingesetzt werden.

4.18.5 Differentialdiagnostik

Abzugrenzen sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache.

4.18.6 Fallbeispiel „Eva“ (4 Jahre)

4.18.6.1 Anmeldegrund

Die Mutter meldete sich in der Ambulanz, weil sich die Eltern Sorgen hinsichtlich des bevorstehenden Schuleintritts von Eva machen.

4.18.6.2 Symptomatik

Die Mutter berichtete, dass Eva in bestimmten Situationen mit Erwachsenen und Kindern nicht sprechen würde. Hingegen spreche sie viel mit ihren engeren Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister). Ihr Wortschatz sei gut und altersentsprechend. Die Kontaktschwierigkeiten und Angst gegenüber Fremden seien den Eltern erstmals im Alter von eineinhalb Jahren aufgefallen. Von Beginn an habe Eva mutistisches Verhalten gezeigt. Dieses Verhalten sei anhaltend und äußere sich vorwiegend in Situationen außerhalb von zu Hause. Wenn Eva Angst habe und nicht spricht, klammere sie sich häufig an die Mutter oder ziehe sich zurück. Die Mutter berichtete, dass sie und der Vater das Sprechen für Eva in der Kindergartenzeit übernommen haben, da es ihnen peinlich war, wenn Eva auf Fragen anderer Personen nicht antwortete. Dies habe laut der Mutter sicher dazu beigetragen, dass das Problem aufrechterhalten blieb. Im Verlauf des Problems hätten die Eltern jedoch bemerkt, dass sie mit ihrem Verhalten das Problem nicht lösen können, daher haben sie beschlossen, das Sprechen nicht mehr für Eva zu übernehmen. Aus Gewohnheit hätten sich die Mutter und der Vater zunächst gegenseitig kontrollieren müssen, um nicht doch für Eva zu antworten. Mittlerweile würden sie nur noch sehr selten für Eva sprechen.

Die Mutter berichtete, dass Eva sehr große Mühe im Kontakt mit Fremden habe. Mit fremden Menschen oder Bekannten, die nicht zur Kernfamilie gehören, spricht sie überhaupt nicht. Sie mache dabei keinen Unterschied zwischen Erwachsenen oder Kindern. Besonders stark sei sie im Kindergarten beeinträchtigt. Obwohl sie die Erzieherin seit einigen Jahren kenne, verweigere sie es, mit ihr zu sprechen. Selbst die eingeforderte Begrüßung am Morgen erfolge nicht. Selbst zur Toilette gehe sie nicht, weil sie hierfür der Erzieherin Bescheid sagen müsste. Eine weitere typische Situation sei, dass sie die Nachbarin, die sie auch schon sehr lange kennt, nicht grüßen würde. Selbst bei nahen Verwandten spreche sie nicht. Auch im Schwimmkurs würde Eva nicht sprechen. Des Weiteren bejahte die Mutter, dass Eva Angst habe, dass sie von anderen ausgelacht werden könne oder etwas Dummes tun oder sagen könne. Sobald sie in soziale Situationen komme, ziehe sie sich zurück und spreche nicht mehr. Sie leide sehr darunter und sei auch in ihrem Alltag eingeschränkt. Die Mutter berichtete, dass sie mit der Familie, ihren beiden Freundinnen, einem Nachbarskind und der Oma sprechen würde. Eva würde zu Hause auch das Telefon abnehmen, aber falls der Anruf nicht für sie wäre, den Hörer ohne Kommentar weiterreichen. Wenn Eva Angst hat, reagiere sie aggressiv und kneift z.B. ihre Mutter, gleichzeitig versuche sie sich hinter ihr zu verstecken. Des Weiteren berichtete die Mutter, dass Eva das Schweigen teilweise auch als Machtinstrument einsetze, um ihren Willen durchzusetzen. Die Eltern hätten dies in der Zwischenzeit erkannt und lassen sich nicht mehr so leicht auf ihre Forderungen ein. Die

Mutter berichtete zudem, dass es nichts bringen würde, Eva zum Sprechen zu zwingen, denn dann würde sie erst recht nichts sagen.

4.18.6.3 Familiärer Hintergrund

Eva lebt mit ihren Eltern und zwei älteren Geschwistern. Der Vater berichtete von sozialen Ängsten seinerseits.

4.18.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Die frühkindliche Entwicklung (einschließlich Schwangerschaft und Geburt) verlief bei Eva ohne weitere Auffälligkeiten. Die Ängstlichkeit zeigte sich bereits im Frühkindesalter.

4.18.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Eva“ (4 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Selektiver Mutismus (F 94.0)	<i>Achse I:</i> Selektiver Mutismus
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	<i>Achse II:</i> Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> v.a. psychische Störung des Vaters	<i>Achse IV:</i> v.a. psychische Störung des Vaters
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen mit Ausnahme des sprachlichen Bereichs (hier Meilensteine nicht erreicht)

4.19 ZWANGSSTÖRUNGEN

4.19.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Zwangsstörungen bestehen in der Regel aus Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, welche oft aufeinander bezogen sind. So folgen auf Zwangsgedanken mit Verunreinigungsbefürchtungen meist Waschrouten. Vor allem bei jüngeren Kindern können auch Zwangshandlungen ohne vorausgehende Zwangsgedanken auftreten. Zwangsgedanken

werden als aufdringliche, unwillkürliche Gedanken erlebt, die zu Angst und Unsicherheit führen. Meist beziehen sich Zwangsgedanken auf Tabus. Typische Zwangsgedanken bei Kindern drehen sich um Verunreinigung/Kontamination, Aggression, Symmetrie und Genauigkeit. Zwangshandlungen sind dagegen willkürliche, aber häufig unfreiwillige Handlungen, die dazu dienen, Angst und Unsicherheit zu reduzieren. Häufig fürchtet derjenige, der sich einer Zwangshandlung unterwirft, schlimme Folgen, wenn er sie unterlässt. Zwangshandlungen können sich auch in der Vermeidung bestimmter Objekte (z.B. alles, was grün ist) äußern.

In einer Studie mit 1,5-4-jährigen Kindern zeigten sich folgende Zusammenhänge von Zwangshandlungen und -gedanken (Coskun, Zoroglu, & Ozturk, 2012):

- 76% Sauberkeit
- 64% Ordnung/ Symmetrie
- 60% Kleiderfarbe
- 56% Geruch von sich selbst/ Gegenständen/anderen Personen
- 48% Horten
- 48% rückversicherndes Fragen
- 32% Nachkontrollieren
- 32% Haare
- 28% Einhalten von Ritualen
- 20% Sorge um Farbe von Gegenständen
- 8% Angst „böse Dinge“ zu tun
- 8% Religiöse Zwangsvorstellungen
- 4% Sexuelle Zwangsvorstellungen
- 4% Angst, verletzt, vergiftet oder krank zu werden

In 75% der Fälle sind multiple Zwangsgedanken vorhanden (Coskun et al., 2012).

Nicht wenige Patienten können den Zeitpunkt der Zwangshandlung aufschieben, wenn eine sofortige Durchführung nicht möglich ist. Hierauf ist insbesondere bei der „Reaktionsverhinderung“ im Rahmen der Verhaltenstherapie zu achten. Im Kindesalter sind die häufigsten Zwangshandlungen Waschen, Kontrollieren, Wiederholen, Ordnen und Berühren. Auch als Zwangshandlung kann der Einbezug von anderen Personen betrachtet werden. In einer Untersuchung von Wewetzer et al. (2003) zeigte sich, dass 85% der Eltern in die Zwangssymptomatik ihrer Kinder einbezogen sind. Des Weiteren ist auch zu beachten,

dass verbale und tätliche Aggressionen von Kindern und Jugendlichen mit einer Zwangssymptomatik gegenüber Familienmitgliedern häufig sind. Ausgeprägt sind auch Fragerituale und das Einholen von Rückversicherungen. Weitere Merkmale sind ein stark ausgeprägter Perfektionismus und ausgeprägte Entscheidungsschwierigkeiten im Alltag.

4.19.2 Definition und Klassifikation

Kindern fehlt oft die Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Zwangshandlungen/-gedanken. Oft zeigen sie keinen Widerstand diesen gegenüber (Walitza et al., 2011). Daher ist das Kriterium der Einsicht in die Unangemessenheit der Zwangshandlungen/-gedanken, im Gegensatz zum ICD-10, im DC: 0-5 bei der Vergabe der Diagnose nicht erforderlich. Im DC: 0-5 wird zudem, im Gegensatz zur ICD-10 ein Mindestalter von 36 Monaten verlangt.

4.19.3 Epidemiologie

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 1 bis 3% gehören Zwangsstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Bei ungefähr 50% aller Patienten mit einer Zwangssymptomatik liegt der Erkrankungsbeginn im Kindes- und Jugendalter im Mittel zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr. In der Pubertät sind die Häufigkeiten vergleichbar mit Prävalenzraten Erwachsener (2-4%). In der britischen Studie mit mehr als 10.000 Kindern zeigte sich für das Alter zwischen fünf und sieben Jahren eine Prävalenzrate von 0.026% (Heyman et al., 2001). Das früheste Einsetzen der Störung liegt bei zwei Jahren, Symptome treten ab 18 Monaten auf (Coskun et al., 2012). Einige Studien verzeichnen ein häufigeres Auftreten bei Jungen als bei Mädchen (ca. 3:2) (Walitza et al., 2011).

Wie bei anderen psychischen Störungen ist auch bei der Zwangsstörung Komorbidität die Regel. Die häufigsten komorbiden Störungen sind weitere Angststörungen, Affektive Störungen, Ticstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

4.19.4 Pathogenese

Beim Entstehungsmodell der Zwangsstörungen werden neurobiologische-, lerntheoretische-, kognitive- und familiäre Faktoren diskutiert. Zwangsstörungen zeigen in Zwillings- und Familienstudien eine hohe Erbllichkeit (Heritabilität), besonders bei frühem Beginn (Walitza et al., 2014). Neuroimmunologisch ist die Infektion mit beta-hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A (PANDAS) zu nennen, nach der im Verlauf Patienten ausgeprägte Zwänge zeigen können. Charakteristisch sind der sehr plötzliche Beginn und die massiv ausgebildete Symptomatik. Als familiäre Faktoren wird ein rigides Erziehungsverhalten (z.B. hoher Stellenwert von Ordnung, Tabuisierung von Sexualität). Lerntheoretische und kognitive

Erklärungsmodelle können insbesondere für die Aufrechterhaltung der Symptomatik herangezogen werden.

4.19.5 Differentialdiagnostik

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive ist eine wichtige Abgrenzung der Zwangsstörung das oftmals zwanghaft anmutende Verhalten von Kindern im Vorschulalter. So beharren viele Kleinkinder auf einem ganz bestimmten Ablauf beim Essen, beim Anziehen oder beim Zubettgehen und sie ordnen ihre Stofftiere nach bestimmten Regeln, zählen Treppenstufen oder dürfen nicht auf Ritzen auf Gehwegen treten. All dies sind normale, die Entwicklung des Kindes fördernde Handlungen, die dem Kind Sicherheit und Zuverlässigkeit vermitteln. Während die meisten kindlichen Rituale im Alter von acht Jahren abgeklungen sind, nehmen die Zwangserkrankungen ab diesem Alter an Häufigkeit zu. Zwangsstörungen sind auch bei Kindern und Jugendlichen mit einem erheblichen Leidensdruck und bedeutsamen Beeinträchtigungen schulischer Leistungen, der Freizeitaktivitäten, sowie der Beziehungen zu Familienmitgliedern und Gleichaltrigen verbunden (Piacentini, Bergman, Keller, & McCracken, 2003).

Die Abgrenzung zwischen Zwangsstörungen und komplexen Tics kann schwierig sein. Auch die Unterscheidung zwischen Sorgen im Rahmen einer GAS und der Zwangsstörung.

4.19.6 Fallbeispiel „Peter“ (5 Jahre)

4.19.6.1 Anmeldegrund

Peter wird durch den Kinderarzt zur Abklärung in die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik überwiesen, da er aufgrund sehr aufwendiger und zeitraubender Zwänge sehr stark beeinträchtigt ist.

4.19.6.2 Symptomatik

Peter leide sowohl unter einem sehr ausgeprägten Waschzwang als auch an Symmetrie- und Ordnungszwängen in extremem Ausmaß. Diese Zwänge seien erstmals im Alter von drei Jahren aufgetreten. Peter habe zunächst großen Wert darauf gelegt, sich nach dem Toilettengang bzw. vor den Mahlzeiten gründlich die Hände zu waschen. Nach und nach hatte er jedoch immer größere Angst vor Verunreinigung beim Berühren vieler Gegenstände. Inzwischen wäscht sich Peter ständig die Hände nach einem ganz bestimmten und sehr aufwendigen Schema. Außerdem habe er begonnen, Gegenstände (z.B. Kuscheltieren, Stifte, Kleidung) nach einem bestimmten Schema zu sortieren, was oft Stunden in Anspruch

genommen habe. Kleidung muss immer nach einem bestimmten Schema angezogen werden und Gegenstände im Haushalt werden in ganz bestimmte Positionen angeordnet. Die Symptomatik sei so ausgeprägt, dass der Besuch des Kindergartens oder der Besuch bei Freunden oder auf dem Spielplatz nicht mehr möglich seien.

Peter bindet seine Eltern so oft wie möglich in seine Zwänge ein. Um ihren Sohn zu beruhigen, gingen diese bisher auch darauf ein. Inzwischen beherrschen die Zwänge das ganze Familienleben. Die Einschränkungen im Lebensalltag sind für Peter und seine Familie gravierend.

4.19.6.3 Familiärer Hintergrund

Die Familie lebt mit insgesamt vier Kindern und den Großeltern in einer ländlichen Gegend in einem großen Mehrgenerationenhaus. Frau H. ist Hausfrau und in ihrer Freizeit sehr in der Kirchgemeinde des Ortes engagiert. Herr H. ist selbstständiger Schreiner. In der Familie sei bisher kein Fall von psychischen Problemen aufgetreten. Die Eltern machen sich sehr große Vorwürfe, dass sie sich für die Zwänge ihres Sohnes verantwortlich fühlen.

4.19.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Peter wurde nach komplikationslos verlaufender Schwangerschaft geboren. Bei zeitgerechter Geburt und normwertigen Geburtsparametern habe Peter eine unauffällige Neonatalperiode erlebt. Auch die Entwicklung der frühkindlichen Parameter sei regelrecht verlaufen, die Sprachentwicklung habe früher eingesetzt als bei anderen Kindern. Nach Ansicht der Eltern sei Peter im Vergleich zu seinen drei Geschwistern stets früher entwickelt gewesen und sei aus ihrer Sicht der intelligenteste der vier Kinder.

4.19.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Peter“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Zwangsstörungen (F42)	<i>Achse I:</i> Zwangsstörungen
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	<i>Achse II:</i> Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> Keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren

<i>Achse 5:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände	<i>Achse IV:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände
<i>Achse 6:</i> Stufe 5(ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen mit Ausnahme des sozialen Bereichs (hier Meilensteine nicht erreicht)

4.20 TICSTÖRUNGEN

4.20.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Tics sind plötzliche, schnelle, sich wiederholende, unwillkürliche motorische Bewegungen oder Lautäußerungen. Motorische und vokale Tics können einfach (Beteiligung weniger Muskeln, einfache Geräusche) oder komplex (Beteiligung mehrerer Muskelgruppen, Wörter oder Sätze) sein. Die Einteilung der Tics nach Art und Komplexität wird in Tabelle 17 dargestellt.

Die Tics dienen keinem offensichtlichen Zweck. Obwohl die Tics als nicht willkürlich beeinflussbar erlebt werden, können diese meist für kurze Zeit unterdrückt werden. Dies kann manchmal zu Missverständnissen führen, da viele der Betroffenen eine gewisse Eigenkontrolle über die Symptome haben. Diese Eigenkontrolle bedeutet jedoch nur ein zeitliches Hinausschieben der Tics, was dann zu „Tic-Entladungen“ führen kann. Der Drang zur Ausübung eines Tics kann mit dem Drang zum Niesen oder einem Schluckauf verglichen werden. Tics nehmen unter psychischer Belastung zu und bei Ablenkung ab. Häufig gehen den Tics sensomotorische Vorgefühle voraus, die als innere Anspannung, Kribbeln oder Unruhe-Gefühle erlebt werden. Durch das Ausführen der Tics wird dieses Spannungsgefühl gelöst.

Tics treten häufig anfallsartig in Form von einem oder mehreren Tics auf, wobei zwischen diesen Anfällen Sekunden bis Stunden liegen können, in denen keine Tics auftreten. Die Schwere und Häufigkeit der Tics ändert sich häufig im Verlauf eines Tages. So können Kinder ihre Tics zum Beispiel in der Schule oder beim Spielen mit Freunden eher unterdrücken als zu Hause. Während des Schlafs kommt es fast in allen Fällen zu einem Verschwinden der Tics.

Tabelle 15: Einteilung der Tics nach Art und Komplexität

	Motorisch Tics	Vokale Tics
Einfach	Augenzwinkern, Nasenrumpfen, Schulterzucken	Bedeutungslose Geräusche wie Räuspern, Zwitschern, Husten
Komplex	Hüpfen, Berühren, Drehungen beim Laufen, Klatschen	Wörter, Sätze, Sprechblockaden
Besonderheiten	Kopropraxie (sexuelle oder obszöne Gesten) Echopraxie (unwillkürliche, spontane Bewegungsnachahmungen)	Echolalie (Wiederholung des zuletzt gehörten Wortes, Satzes) Palilalie (Wiederholung der eigenen Geräusche oder Worte) Koprolalie (gesellschaftlich nicht akzeptierte Begriffe oder Formulierungen)

4.20.2 Definition und Klassifikation

Diagnostisch wird zwischen den folgenden Tic-Störungen unterschieden:

- Vorübergehende Tic-Störung (F95.0). Es handelt sich um motorische und/oder vokale Tics, die mindestens vier Wochen, aber weniger als ein Jahr andauern.
- Chronische Motorische oder Vokale Tic-Störung (F95.1, DC: 0-5). Hierbei handelt es sich ebenso um motorische oder vokale Tics, die jedoch im Gegensatz zur vorübergehenden Tic-Störung mindestens ein Jahr andauern.
- Tourette-Syndrom (F95.2, DC: 0-5). Diese Störung ist gekennzeichnet durch motorische und vokale Tics, welche mehr als ein Jahr auftreten.

Im DC: 0-5 wird nicht explizit zwischen vorübergehenden und chronischen Tic-Störungen unterschieden. Hier gibt es nur eine Störungskategorie. Die Diagnose Motorische oder vokale Tics nach DC: 0-5 wird dann vergeben, wenn das Kind mindesten 36 Monate alt ist und Symptome seit mindestens 12 Monaten aufweist.

4.20.3 Epidemiologie

Vorübergehende Tics können bei 4-12% aller Kinder im Grundschulalter festgestellt werden. 3-4% leiden an chronischen Tics und ca. 0.05-3% am Tourette-Syndrom (Robertson, 2008). Tic-Störungen sind bei Jungen etwa dreimal häufiger als bei Mädchen. Gewöhnlich liegt der Beginn in der Kindheit. Bereits im Alter von zwei Jahren können Tic-Störungen beginnen. Das Durchschnittsalter liegt bei sechs bis sieben Jahren. Kinder und Jugendliche sind zehnfach häufiger von Tic-Störungen betroffen als Erwachsene. Dies zeigt, dass die Spontanheilung bei den Tic-Störungen (ausgenommen Tourette-Syndrom) sehr hoch ist. Die

häufigsten komorbiden Störungen sind Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, Hyperaktivität, Impulsivität und Ablenkung (Spencer et al., 2001).

4.20.4 Pathogenese

Als Ursache für Tic-Störungen wird eine Fehlfunktion im Bereich der Basalganglien vermutet, einem Teil des Gehirns, welches für die Kontrolle von Bewegungen wichtig ist. Des Weiteren wird von einem gestörten Stoffwechsel des Neurotransmitters Dopamin ausgegangen, das im Gehirn für die Informationsweiterleitung von Bewegungen wichtig ist. Vielfältige Wechselwirkungen genetischer, neurobiologischer und psychologischer Faktoren und Umwelteinflüsse bestimmen das Erkrankungsrisiko, die Schwere der Symptomatik und den Verlauf der Krankheit.

4.20.5 Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch sind psychische Störungen und organische Erkrankungen zu bedenken. Auch wenn AHDS eine sehr häufige komorbide Störung darstellt, sind Tics von allgemeiner motorischer Unruhe abzugrenzen. Motorisch zeigt sich bei den Tic-Störungen: Fragmente normaler Bewegungen, plötzlich einschließende Bewegungen, festes Muster rascher Abläufe, gleichförmig-wiederholte Bewegungen. Bei Kindern mit ADHS zeigt sich im Unterschied eine allgemein erhöhte Aktivität des gesamten Bewegungssystems, allmählich sich steigernde motorische Unruhe, vom Ablauf zeitlich unregelmäßig-intermittierend und desorganisierte Bewegungen. Auch Zwangsstörungen können häufig komorbid zu Tic-Störungen auftreten. Beide Diagnosen werden auch gegeben bei sogenannten „Just-Right“-Zwängen, wenn die Tics so lange wiederholt werden, „bis es gut ist“. Im Unterschied zu Tics sind Zwangshandlungen eher komplex (z.B. Hände waschen) und werden in Folge von Zwangsgedanken ausgeführt. Entscheidend ist die Intentionalität der Handlungen: Tics sind vorwiegend ungewollt und kommen einfach. Zwangshandlungen werden mit Absicht ausgeführt, um Anspannung, Ängste oder Ekel zu reduzieren, die von einem Zwangsgedanken ausgelöst worden sind. Stereotypien im Rahmen von autistischen Störungen wirken im Gegensatz zu Tics eher beabsichtigt, lustbetont und zeigen harmonischere Bewegungsabläufe.

Zu den organischen Erkrankungen die differentialdiagnostisch abzuklären sind, gehören: Dystonien, welche permanent vorhanden sind, in der Ausführung langsamer erscheinen und nicht willentlich unterdrückbar sind. Tics aufgrund einer PANDAS Infektion (siehe Zwangsstörungen), Chorea minor, Chorea major oder infolge von Medikamenteneinnahme (z.B. Neuroleptika).

4.20.6 Fallbeispiel „Anna“ (5 Jahre)

4.20.6.1 Anmeldegrund

Annas Eltern stellen ihre Tochter vor, da die fünfjährige Anna begonnen hat, abwechselnd mit den Augen zu zwinkern, die Schultern hochzuziehen oder an den Haaren zu drehen.

Außerdem machen sie sich wegen der Zurückgezogenheit und Isolation ihrer Tochter Sorgen. Sie habe eigentlich keine Freunde und sei auch kaum daran interessiert, mit anderen zu spielen.

4.20.6.2 Symptomatik

Im Kindergarten verfolge Anna nur die eigenen Interessen und nehme kaum Rücksicht auf andere Kinder. Im Rahmen der diagnostischen Abklärung zeigte sich jedoch, dass Anna häufig Opfer von Hänseleien wurde, was ihre Scheu vor anderen Kindern erklären könnte. Die Tics treten insbesondere im Kindergarten auf, wenn Anna im Stuhlkreis gemeinsam mit den anderen Kindern etwas tun soll.

Eine Leistungsdiagnostik zeigte, dass Annas intellektuelle Fähigkeiten im guten Durchschnittsbereich lagen. Eine neurologische Abklärung ergab einige Softsigns. Die EEG Untersuchung war gerade noch unauffällig. Eine Allergieabklärung erbrachte eine Allergie auf Tierhaare.

4.20.6.3 Familiärer Hintergrund

Anna ist das erste Kind eines Lehrers und einer Steuerfachangestellten. Frau S. ist im Moment mit einem zweiten Kind schwanger. Anna war ein Wunschkind. Die Eltern hatten über einen längeren Zeitraum vergeblich versucht, ein Kind zu bekommen. Die Mutter erscheint in der Beobachtung sehr überfürsorglich. Sie lässt ihre Tochter keine Sekunde aus den Augen und kann sich kaum auf das Gespräch konzentrieren.

4.20.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Anna wurde termingerecht geboren. Als Säugling zeigte sie einen erhöhten Muskeltonus und eine Dysbalance zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung. Auch sei sie insgesamt sehr häufig krank gewesen, so dass die Mutter ihren ursprünglich geplanten Berufseinstieg aufgab, um sich der Erziehung der Tochter zu widmen.

4.20.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Anna“ (5 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse 1:</i> Vorübergehende Ticstörung (F95.0)	<i>Achse I:</i> keine Diagnose, da Symptome seit weniger als 12 Monaten
<i>Achse 2 und 3:</i> intellektuelle Fähigkeiten im guten Durchschnittsbereich	<i>Achse II:</i> Level 2 (angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> keine körperliche Symptomatik	<i>Achse III:</i> Keine medizinischen Krankheitsfaktoren
<i>Achse 5:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände	<i>Achse IV:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände
<i>Achse 6:</i> Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Entwicklungskompetenzen altersangemessen

4.21 STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN

4.21.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter

Unter Stereotypen Bewegungsstörungen werden willkürliche, wiederholte, stereotype, nicht funktionale und oft rhythmische Bewegungen, die nicht Teil einer anderen psychischen oder neurologischen Krankheit sind, verstanden. Häufige nichtselbstbeschädigende Bewegungen sind z.B. Körperschaukeln, Kopfschaukeln- oder schütteln, Haare drehen, Händeklatschen oder Fingerschnipsen. Häufige selbstschädigende Bewegungen sind z.B. Kopfanschlagen, sich beißen, sich kratzen, sich schlagen (Kurtz et al., 2003). Die meisten stereotypen Bewegungsstörungen treten in Kombination mit Intelligenzminderung auf (Hall, Oliver & Murphy, 2001).

4.21.2 Definition und Klassifikation

Hauptmerkmal sind repetitive, scheinbar getriebene und keinem offensichtlichen Zweck dienende motorische Verhaltensweisen. In der ICD-10 wird die stereotype Bewegungsstörung (F98.4) in der Kategorie andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend eingeordnet. ICD-10 verlangt eine Dauer von mind. einem Monat und den Ausschluss von anderen psychischen oder Verhaltensstörungen der ICD-10 (außer Intelligenzminderung, F7). Mit der fünften Stelle kann die Bewegungsstörung näher gekennzeichnet werden: F98.40 ohne Selbstverletzung, F98.41 mit Selbstverletzung, F98.42 gemischt.

4.21.3 Epidemiologie

Einfache stereotype Bewegungen sind bei jüngeren, sich normal entwickelnden Kindern weit verbreitet. Das durchschnittliche Alter bei Störungsbeginn liegt bei 17 Monaten (Kurtz et al., 2003). Die Prävalenzrate liegt bei 15% im Alter von 9-18 Monaten, bei 9% bei Kindern im Alter von zwei Jahren (Romanczyk, Kistner, & Plienis, 1982). Bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ist das Risiko höher.

4.21.4 Pathogenese

Ein geringes kognitives Funktionsniveau stellt einen Risikofaktor für stereotype Verhaltensweisen einher. Stereotype Bewegungen treten häufiger bei Personen mit mittlerer bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung auf. Als Umweltfaktoren kann soziale Isolation ein Risikofaktor für Selbststimulation sein.

4.21.5 Differentialdiagnose

Das stereotype Verhalten ist nicht als Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines neurologischen Krankheitsfaktors und wird nicht besser durch eine andere Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung (z.B. Lesch-Nyhan, Rett-Syndrom) oder anderen psychischen Störung (z.B. Tic-Störung, Trichotillomanie) erklärt. Stereotype Verhaltensweisen können auch die Folge eines schmerzhaften medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Zahnschmerzen, Mittelohrentzündung) sein.

4.21.6 Fallbeispiel „Sean“ (3 Jahre)

4.21.6.1 Anmeldegrund

Sean wird in einem Sozialpädiatrischen Zentrum vorgestellt, da er selbst nach einem Jahr im Kindergarten, bei jedem Bringen mit extremer Angst und Panik reagiert. Auch sei er nach Aussage der Kindergärtnerinnen nicht gruppenfähig und könne nicht weiter in den Regelkindergarten gehen.

4.21.6.2 Symptomatik

Im Alltag fällt den Eltern immer wieder auf, dass Ihr Sohn sehr stark auf das Einhalten fester Abläufe besteht. Sobald sich etwas im Umfeld des Jungen verändert, zeigt er deutliche Anzeigen von Stress und starker Erregung. Er lässt sich dann nur sehr schwer beruhigen und es kommt häufig zu autoaggressiven Handlungen wie beispielsweise Kopfanschlagen, Händeklatschen und -wedeln. Dagegen beschäftigt er sich oft stundenlang mit Gegenständen

des täglichen Gebrauches und schaukele dann oft wiederkehrend auf und ab.

Wenn seine Eltern ihn morgens in den Kindergarten bringen, sträubt er sich bereits auf dem Weg dorthin deutlich. Er schlägt dann auch um sich oder zeigt auch dann autoaggressive Handlungen.

Die Kindergärtnerinnen berichten, dass Sean eine 1:1 Betreuung benötigt, so dass für sie eine Weiterführung der Betreuung ausgeschlossen ist.

Eine diagnostische Abklärung hinsichtlich Entwicklungsstörungen erbrachte eine deutliche Intelligenzminderung und eine tiefgreifende Entwicklungsstörung.

4.21.6.3 Familiärer Hintergrund

Sean ist das einzige Kind eines Rechtsanwalts und einer Musikerin. Frau N. stammt aus Japan und lebt seit ca. fünf Jahren in Deutschland.

4.21.6.4 Frühkindliche Entwicklung

Die Schwangerschaft wird von Frau N. als sehr belastend beschrieben. Es habe sehr viele Komplikationen gegeben. Schließlich musste ihr Sohn fünf Wochen vor dem errechneten Termin per Kaiserschnitt entbunden werden, da bei ihr eine Gestose diagnostiziert wurde. Als Säugling zeigte sie einen erhöhten Muskeltonus und eine Dysbalance zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung. Auch sei sie insgesamt sehr häufig krank gewesen, so dass die Mutter ihren ursprünglich geplanten Berufseinstieg aufgab, um sich der Erziehung der Tochter zu widmen.

4.21.6.5 Diagnostische Zusammenfassung Fallvignette „Sean“ (3 Jahre)

ICD-10 MAS	DC: 0-5 MAS
<i>Achse I:</i> Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)	<i>Achse I:</i> Nicht klassifizierbar
<i>Achse 2 und 3:</i> wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt	<i>Achse II:</i> Level 2 (angespannte Beziehung)
<i>Achse 4:</i> erhöhter Muskeltonus, Dysbalance zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung	<i>Achse III:</i> erhöhter Muskeltonus, Dysbalance zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung

<i>Achse 5:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände	<i>Achse IV:</i> Keine abnormen psychosozialen Umstände
<i>Achse 6:</i> Stufe 5 (ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung)	<i>Achse V:</i> Meilensteine der sozialen und sprachlichen Entwicklungskompetenzen nicht erreicht

5 Literaturverzeichnis

- 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. (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.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Acik, A., Sarwary, A., Schultze-Kraft, R., Onat, S., & Konig, P. (2010). Developmental Changes in Natural Viewing Behavior: Bottom-Up and Top-Down Differences between Children, Young Adults and Older Adults. *Frontiers of Psychology*, 1, 207.
- Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792-812.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*. Vol 46(4), 333-341.
- Alexy, U., & Kersting, M. (2006). Schwankungen im Nahrungsverzehr. Studie zu Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154, 998-999.
- Allen, J. L., Lavalley, K. L., Herren, C., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 946-952.
- APA. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Austin et al., 2014 – Austin, P., Bauer, S., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., VandeWalle, J., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S., Neveus, T. (2014). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Urol*;191:1863-1865.
- Barrera, M. E., & Maurer, D. (1981). The perception of facial expressions by the three-month-old. *Child Development*, 52(1), 203-206.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Bellmann, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 170, 1-151.
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S., & Eiamudomkan, M. (2013). Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatric Reports*, 5(2), 38-42.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behavior*, 8(3), 311-318.

- Blunden, S., Lushington, K., Lorenzen, B., Ooi, T., Fung, F., & Kennedy, D. (2004). Are sleep problems under-recognised in general practice? *Archives of Disease in Childhood*, 89(8), 708-712.
- Bolten, M. I. (2013). Infant psychiatric disorders. *Eurean Child Adolescent Psychiatry*, 22 Suppl 1, S69-74.
- Bolten, M., Equit, M., von Gontard A. & In-Albon, T. (Im Druck). Strukturiertes Interview für das Vorschulalter 0-6 (SIVA. 0-6). ZPID
- Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Rijdsdijk, F., & Smith, P. (2005). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36(3), 335–344.
- Bowlby, J. (1997). *Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz*. In Z. P. Spangler G (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (2. Aufl.) (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Broadbent, D. E. (1957). A mechanical model for human attention and immediate memory. *Psychology Review*, 64(3), 205-215.
- Brückl, T. M., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 47–56.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *The American journal of psychiatry*, 169(11), 1157–1164.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (2. Aufl.): Taylor & Francis.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 18-26.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 163-183.
- Chatoor, I., Schaefer, S., Dickson, L., & Eagan, J. (1984). Non-organic failure-to-thrive: A developmental perspective. *Pediatric Annals*, 13, 829–843.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychology Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68-82.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan, J. M. S. G., Van der Bruggen, C. O., Bogels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology, 40*(4), 630-645.
- Coskun, M., Zoroglu, S., & Ozturk, M. (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*, 6-36.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*(4), 631-648, vii.
- Costello, E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1263-1271.
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Jo, P. S. B. (2008). Predicting aggressive behavior in the third year from infant reactivity and regulation as moderated by maternal behavior. *Development and Psychopathology, 20*(1), 37-54.
- de Rosnay, M., Cooper, P. J., Tsigaras, N., & Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm. *Behavioral Research and Therapy, 44*(8), 1165-1175.
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science, 208*(4448), 1174-1176.
- DeGangi, G. A., & Breinbauer, C. (1997). The symptomatology of infants and toddlers with regulatory disorders. *Journal of Developmental and Learning Disorders, 1*, 183-215.
- Denham, S. A. (1993). Maternal emotional responsiveness and toddlers' social-emotional competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(5), 715-728.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Developmental Psychopathology, 9*(4), 633-652.
- Desantis, A., Coster, W., Bigsby, R., & Lester, B. (2004). Colic and fussing in infancy, and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Mental Health Journal, 25*, 522-539.
- Domenech-Llaberia, E., Vinas, F., Pla, E., Jane, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *Eurean Child and Adolescent Psychiatry, 18*(10), 597-604.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 313-337.
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/ hyperactivity disorder: A review *Infants and Young Children, 19*, 109-122.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychology Review, 99*(3), 550-553.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Goodman, R., & Skovgaard, A. M. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eurean Child and Adolescent Psychiatry, 19*(9), 725-735.
- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(7), 945-960.

- Emde, R. N., & Wise, B. K. (2003). The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0–3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal, 24*(4), 437-446.
- Equit, M., Palmke, M., Becker, N., Moritz, A. M., Becker, S., & von Gontard, A. (2013). Eating problems in young children -- a population-based study. *Acta Paediatrica, 102*(2), 149-155.
- Equit, M., Paulus, F., Fuhrmann, P., Niemczyk, J., & von Gontard, A. (2011). Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R Diagnoses in Infants, Toddlers and Preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development, 42*(6), 623-633.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H., & Kalin, N. H. (2010). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry, 167*(1), 40-46.
- Field, A. P., & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behavior Research and Therapy, 41*(11), 1277-1293.
- Frankel, K. A., Boyum, L. A., & Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(5), 578-587.
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(12), 1294-1303 e1291.
- Frenkel, T. I., Fox, N. A., Pine, D. S., Walker, O. L., Degnan, K. A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Early childhood behavioral inhibition, adult psychopathology and the buffering effects of adolescent social networks: a twenty-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(10), 1065-1073.
- Friedlmeier, W., & Holodynski, M. (1999). Emotionale Entwicklung. Heidelberg: Spektrum.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Nolan, E. E. (2001). DSM-IV Symptoms in community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(12), 1383-1392.
- Gar, N. S., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders. In J. L. Hudson & R. M. Rapee (Hrsg.), *Psychopathology and the family* (S. 125–145). Oxford, UK: Elsevier.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis, 77* (6), 1181-1212.
- Goodlin-Jones, B. L., Burnham, M. M., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2001). Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics, 22*(4), 226-233.
- Goodlin-Jones, B., Tang, K., Liu, J., & Anders, T. F. (2009). Sleep problems, sleepiness and daytime behavior in preschool-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(12), 1532-1540.
- Graf, A., Irblich, D., & Landolt, M. A. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*(4), 247-263.

- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 347-366.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Burwell, R. A., & Nagin, D. S. (2009). Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Developmental Psychopathology*, 21(1), 139-156.
- Hall, S., Oliver, C., & Murphy, G. (2001). The early development of self-injurious behavior: An empirical study. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 189-199.
- Hartmann, B. (1997). *Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus*. Berlin: Spiess.
- Harvey, E. A., Youngwirth, S. D., Thakar, D. A., & Errazuriz, P. A. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 349-354.
- Herndon, K. J., Bailey, C. S., Shewark, E. A., Denham, S. A., & Bassett, H. H. (2013). Preschoolers' emotion expression and regulation: relations with school adjustment. *Journal of Genetic Psychology*, 174(5-6), 642-663.
- Hill (2006) - 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
- Holling, H., Kurth, B. M., Rothenberger, A., Becker, A., & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 34-41.
- Holodyski, M. (2006). *Ontogenese der Emotionen und der Emotionsregulation*. In M. Holodyski & W. Friedlmeier (Hrsg.), *Emotionen – Entwicklung und Regulation* (S. 81-168). Heidelberg: Springer.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). *From anxious temperament to disorder: an etiological model of generalized anxiety disorder*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Hrsg.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (S. 51-76). New York: Guilford.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1994). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(4), 441-455.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1995). The Significance of Self-Reported Anxious Symptoms in First Grade Children: Prediction to Anxious Symptoms and Adaptive Functioning in Fifth Grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(3), 427-437.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-307.
- In-Albon, T., Dubi, K., Rapee, R. M., & Schneider, S. (2009). Forced choice reaction time paradigm in children with separation anxiety disorder, social phobia, and nonanxious controls. *Behavioral Research and Therapy*, 47(12), 1058-1065.
- In-Albon, T. (Hrsg.) (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E., & Malatesta, C. D. (1987). *Perspectives on emotional development I: Differential emotions theory of early emotional development*. In J. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant development* (S. 494 – 554). New York: Wiley.
- Johnson, M. H., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1991). Components of visual orienting in early infancy: contingency learning, anticipatory looking, and disengaging. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 3(4), 335-344.
- Joinson, C., Heron, J., von Gontard, A., Butler, U., Golding, J., & Emond, A. (2008). Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 739-750.
- Kendler, K., Silberg, J., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1992). Genetic and environmental factors in the aetiology of menstrual, premenstrual and neurotic symptoms: A population-based twin study. *Psychological Medicine*, 22(1), 85-100.
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kopp, C., & Neufeld, S. (2003). *Emotional development during infancy*. In R. Davidson & K. Scherer (Hrsg.), *Handbook of affective sciences* (S. 347-374). Oxford: Oxford University Press.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes*. Bern: Huber.
- Kurtz, P. E., Chin, M. D., Huetee, J. M., Tarbox, R. S. F., O'Connor, J. T., & Paclawskyj, T. R. (2003). Functional analysis and treatment of self-injurious behavior in young children: A summary of 30 cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 205-219.
- Largo, R. H., Molinari, L., von Siebenthal, K., & Wolfensberger, U. (1996). Does a profound change in toilet-training affect development of bowel and bladder control? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(12), 1106-1116.
- Lavigne, J. V., Cicchetti, C., Gibbons, R. D., Binns, H. J., Larsen, L., & DeVito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1393-1400.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328.
- Lee, K. (2013). Little Liars: Development of Verbal Deception in Children. *Child Development Perspectives*, 7(2), 91-96.
- Lewis, M. D., & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75(2), 371-376.
- Luby, J. L., & Belden, A. C. (2006). Mood disorders. In J. L. Luby (Hrsg.), *Handbook of preschool mental health - development, disorders, and treatment* (S. 209-230). New York/London: The Guilford Press.

- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3), 340-348.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & 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*(8), 928-937.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A., Koenig-McNaught, A. L., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). The Preschool Feelings Checklist: a brief and sensitive screening measure for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(6), 708-717.
- Luby, J. L., 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*(2), 203-212.
- Manassis, K., Hudson, J. L., Webb, A., & Albano, A. M. (2004). Beyond behavioral inhibition: Etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 3-12.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., & Milantoni, N. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(6), 752-760.
- Maurer, D., & Barrera, M. (1981). Infants' perception of natural and distorted arrangements of a schematic face. *Child Development, 52*(1), 196-202.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan M, J., & Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 29*(3), 197-205.
- McDonnell, M. A., & Glod, C. (2003). Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 16*(4), 141-152.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 986-1003.
- Melfsen, S., & Warnke, A. (2009). *Soziale Phobie*. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3* (S. 531-553). Heidelberg: Springer.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (1997). The etiology of childhood spider phobia. *Behavioral Research and Therapy, 35*(11), 1031-1034.
- Micco, J. A., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C. A., Biederman, J., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1158-1164.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep Medicine, 11*(4), 393-399.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry, 64*(6), 651.

- Mothander, P. R., & Moe, R. G. (2008). Infant Mental Health assessment: the use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(3), 259-267.
- Muris, P., van Brakel, A. M., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 157-170.
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: the role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064.
- Needleman, M. D., Stevenson, J., & Zuckerman, B. (1991). Psychosocial correlates of severe temper tantrums. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 12, 77-83.
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Meyer, A. H. & Schneider, S. (2017). Acceptance of a structured interview in children, parents, and interviewers. *Journal*.
- Newman, S. C. & Bland, R. C. (2006). A population-based family study of DSM-III generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 36(9), 1275-1281.
- Oberman, L. M., & Ramachandran, V. S. (2007). The simulating social mind: the role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders. *Psychological Bulletin*, 133(2), 310-327.
- Olson, S. L., Lopez-Duran, N., Lunkenheimer, E. S., Chang, H., & Sameroff, A. J. (2011). Individual differences in the development of early peer aggression: Integrating contributions of self-regulation, theory of mind, and parenting. *Development and Psychopathology*, 23(1), 253-266.
- Osterman, K., & Bjorkqvist, K. (2010). A cross-sectional study of onset, cessation, frequency, and duration of children's temper tantrums in a nonclinical sample. *Psychological Reports*, 106(2), 448-454.
- Papoušek, H., & Papoušek, M. (1979). *Early ontogeny of human social interaction: Its biological roots and social dimensions*. In M. v. Cranach, K. Foppa, W. Lepenies, & D. Ploog (Hrsg.), *Human ethology. Claims and limits of a new discipline* (S. 456-478). London: Cambridge University Press.
- Papoušek, H., & Papoušek, M. (1996). *Infantile colic, state regulation, and interaction with parents: A system approach*. In M. H. Bornstein & J. Genevro (Hrsg.), *Child development and behavioral pediatrics: toward understanding children and health*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668.
- Paulus, F. W., Backes, A., Sander, C. S., Weber, M., & von Gontard, A. (2015). Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: a population-based study. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(1), 150-157.
- Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (2. Aufl.), Göttingen: Hogrefe.
- Phalen, J. A. (2013). Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatric Review*, 34(12), 549-557.

- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69.
- Posner, M. I., & Boies, S. J. (1971). Components of attention. *Psychological Review*, 78(5), 391-408.
- Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2001). Mechanism and Variation in the Development of Attentional Networks. In C. A. Nelson & M. Luciana (Hrsg.), *Handbook of developmental cognitive science* (S. 353-363). Cambridge: MIT Press.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2007). Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58, 1-23.
- Potegal, M., & Davidson, R. J. (2003). Temper tantrums in young children: 1. Behavioral composition. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 140-147.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
- Reebye, P. (2005). Aggression during early years - infancy and preschool. *Canadian Child and Adolescent Psychiatric Review*, 14(1), 16-20.
- Remschmidt, H. (1988). Verlauf und Prognose kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band 1. Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Robertson, 2008 - Robertson, M. M. (2008). The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 1: the epidemiological and prevalence studies. *J Psychosom Res*, 65(5), 461-472.
- Rockhill, C. M., Collett, B. R., McClellan, J. M., & Speltz, M. L. (2006). Oppositional defiant disorder. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health - development, disorders, and treatment* (S. 80-114). New York/London: The Guilford Press.
- Romanczyk, R. G., Kistner, J. A., & Plien, A. (1982). Self-stimulatory and self-injurious behavior: Etiology and treatment. In J. J. Steffan & P. Karoly (Eds.), *Advances in child behavior analysis and therapy* (S. 189-254). Lexington, MA: Lexington Books.
- Rommel, N., De Meyer, A. M., Feenstra, L., & Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 75-84.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1990). Maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors in normal, aggressive, and withdrawn preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 419-435.
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings from an Internet sample. *Pediatrics*, 13, e570-e577.
- Sadeh, A. (2008). *Sleep*. In M. M. Haith & J. B. Benson (Hrsg.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 174-185): Academic Press.

- Sadeh, A., & El-Sheikh, M. (2015). Xi. Sleep and development: conclusions and future directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 177-181.
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 60-73.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Review*, 14(2), 89-96.
- Scheeringa, M. S. (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical guidelines and research findings. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health - development, disorders, and treatment*. New York/London: The Guilford Press.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- Singh, H., Gill, P. J., Soni, R. K., & Raizada, N. (1992). Sleep pattern and night awakening in healthy infants. *Indian Pediatrics*, 29(11), 1373-1377.
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish Medical Bulletin*, 57(10), B4193.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Team, C. C. C. S., . . . Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Houmann, T., Christiansen, E., Samberg, V., Lichtenberg, A., & Jorgensen, T. (2005). The Copenhagen County child cohort: design of a longitudinal study of child mental health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3), 197-202.
- Smidts, D. P., & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Miller, B. L. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD - the case for specialized parent training. *Infants and Young Children*, 19, 142-155.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavioral Research and Therapy*, 39(11), 1293-1316.
- Spencer, T., Biederman, J., Coffey, B., Geller, D., Faraone, S., & Wilens, T. (2001). Tourette disorder and ADHD. *Advances in Neurology*, 85, 57-77.
- Sroufe, L. A. (1989). *Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation*. In D. Cicchetti (Hrsg.), Rochester Symposium of Developmental Psychology (Band 1) (S. 13 – 40). University of Rochester Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: University Press.
- Sroufe, L. A. (2000). *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Stafford, B. S., & Zeanah, C. H. (2006). Attachment Disorders. In J. L. Luby & J. L. Luby (Hrsg.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment*. (S. 231-251). New York, NY, US: Guilford Press.

- Stenberg, G. (2003). Effects of maternal inattentiveness on infant social referencing. *Infant and Child Development*, 12, 399–419.
- Stenberg, G., & Hagekull, B. (1997). Social referencing and mood modification in 1-year-olds. *Infant Behavior and Development*, 20(2), 209-217.
- Sterba, S., Egger, H. L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Stifter, C. A., Spinrad, T. L., & Braungart-Rieker, J. M. (1999). Toward a developmental model of child compliance: the role of emotion regulation in infancy. *Child Development*, 70(1), 21-32.
- Suppiger, A., & Schneider, S. (2009). *Klassifikation psychischer Störungen*. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 111-122). Heidelberg: Springer.
- Talwar, V., & Lee, K. (2008). Social and cognitive correlates of children's lying behavior. *Child Development*, 79(4), 866-881.
- Talwar, V., & Lee, K. (2011). A punitive environment fosters children's dishonesty: a natural experiment. *Child Development*, 82(6), 1751-1758.
- Talwar, V., Arruda, C., & Yachison, S. (2015). The effects of punishment and appeals for honesty on children's truth-telling behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 130, 209-217.
- Thomas, C. R., & Pope, K. (2012). *The Origins of Antisocial Behavior: A Developmental Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., . . . Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-50.
- Vaish, A., & Striano, T. (2004). Is visual reference necessary? Contributions of facial Versus vocal cues in 12-month-olds' social referencing behaviour. *Developmental Science*, 7, 261–269.
- von Gontard, A. (2004). *Enkopresis: Erscheinungsformen - Diagnostik - Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- von Gontard, A., & Lehmkuhl, G. (2009). *Leitfaden Enuresis (2. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W. J., & Bachmann, C. (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185(4), 1432-1436.
- von Kries, R., Kalies, H., & Papousek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(5), 508-511.
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(11), 173.

- Walitza et al., 2014 - Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 108(11), 173-179.
- Warren, S. L., & Soufre, L. A. (2004). Developmental issues. In H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (S. 92-115). New York: Oxford University Press.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Jr., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421-435.
- Wewetzer, C., Jans, T., Beck, N., Reinecker, H., Klampfl, K., Barth, N., . . . Warnke, A. (2003). Interaktion, Familienklima, Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. *Verhaltenstherapie*, 13, 10-18.
- Wichstrøm, L., & Berg-Nielsen, T. S. (2014). Psychiatric disorders in preschoolers: the structure of DSM-IV symptoms and profiles of comorbidity. *Eurean Child and Adolescent Psychiatry*, 23(7), 551-562.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.
- Wiefel, A., Wollenweber, S., Oepen, G., Lenz, K., Lehmkuhl, U., & Biringen, Z. (2005). Emotional availability in infant psychiatry. *Infant Mental Health Journal*, 26(4), 392-403.
- Williams, S., Moore, K., Crossman, A. M., & Talwar, V. (2016). The role of executive functions and theory of mind in children's prosocial lie-telling. *Journal of Experimental Child Psychology*, 141, 256-266.
- Wittchen, H. U. (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2. Aufl., (S.27-55). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wolke, D. (2000). Fütterungsprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern. *Verhaltenstherapie*, 10, 76-87.
- Wolke, D., Schmid, G., Schreier, A., & Meyer, R. (2009). Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(3), 226-238.
- Wright, C. M., Parkinson, K. N., Shipton, D., & Drewett, R. F. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth?. *Pediatrics*, 120, e1069-e1075.
- Yule, G. (1912). On the methods of measuring association between two attributes. *Journal of the Royal Statistical Society*, 75, 579 – 652.
- ZERO TO THREE (2016). DC: 0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Zero to three Press.