leibniz-psychology.org

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.4365

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 Die Sprachentwicklung 10

1.1.2 Bindung und Autonomieentwicklung 12

1.1.3 Die Emotionsentwicklung und Emotionsregulation 17

1.1.4 Entwicklung der Aufmerksamkeitssteuerung und Handlungskontrolle 21

1.1.5 Abgrenzung alterstypischer Verhaltensmuster 24

2 DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION IM VORSCHULALTER 32

2.1 KLASSIFIKATIONSSYSTEME FÜR DAS VORSCHULALTER 33

2.1.1 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5) 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 DC: 0-3R 44

5.1.2 ICD-10 45

5.2 VALIDITÄT 46

5.2.1 Inhaltsvalidität 46

5.2.2 Konvergente und Diskriminante Validität 48

5.2.3 Akzeptanz des SIVA: 0-6 51

4 FALLBEISPIELE ZUM SIVA 53

4.1 EXZESSIVES SCHREIEN 53

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

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

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

4.21.1 Klinische Symptomatik und Leitsymptome im Vorschul- und Kleinkindalter 134
4.21.2 Definition und Klassifikation 134
4.21.3 Epidemiologie 135
4.21.4 Pathogenese 135
4.21.5 Differentialdiagnose 135
4.21.6 Fallbeispiel „Sean“ (3 Jahre) 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 Strenghts 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) Elbling et al. (2010) Skovgard et al. (2010) Wichstrøm et al. (2012)	3 Jahre 3 Jahre 3 Jahre 4 Jahre	27.5% 4.8% 7.3-26.5% 12.5%
Exzessives Schreien bzw. Regulationsstörungen (der sensorischen Verarbeitung)	von Kries et al. (2006) Reijneveld et al. (2001)	0-6 Monate 0-3 Monate	2.5-16.3% 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] Ziegenhain (2009)[3]	1 – 5 Jahre	40% <1%
Anpassungsstörungen/ Posttraumatische Belastungsstörung	Mongillo et al. (2009)	1-3 Jahre	
Hyperaktivität- und Aufmerksamkeitsstörungen	Egger und Angold (2006) Wichstrøm et al. (2012)	2-5 Jahre 4 Jahre	3.3% 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) Wichstrøm et al. (2012)	2-5 Jahre 4 Jahre	6.6% 1.8%
Störung des Sozialverhaltens	Egger und Angold (2006) Wichstrøm et al. (2012)	2-5 Jahre 4 Jahre	3.3% 0.7%
Angststörungen	Fuhrmann at al. (2013) Wichstrøm et al. (2012)	3-6 Jahre 4 Jahre	10% 1.5%
Depressive /Affektstörungen	Fuhrmann at al. (2013) Wichstrøm et al. (2012)	3-6 Jahre 4 Jahre	2.1% 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, unbekannten 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.

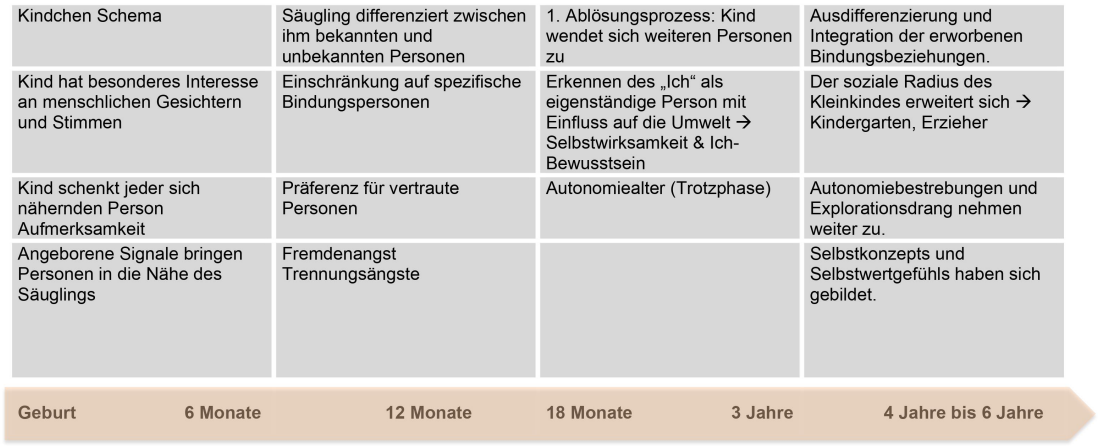


Abbildung 1: Bindungs- und Autonomieentwicklung im Überblick

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 Einkaufen 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 Trotzsituationen 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.

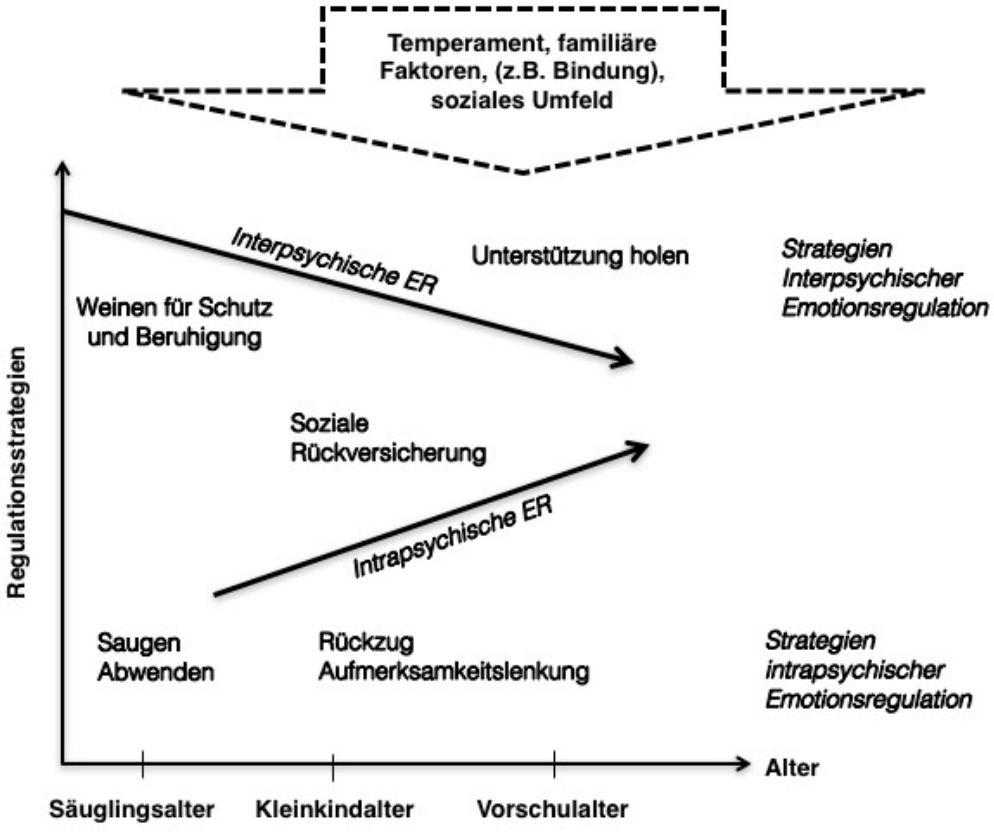


Abbildung 2: Emotionale Entwicklung im Vorschulalter (nach In-Albon, 2013)

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, & Konig, 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 Sattheit 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 Entwicklungsfortschritte 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	Fantasiegestalten 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 zutraf. 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 hineinzuversetzen. Insbesondere das moralische Verständnis und die Therory-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 Führsorge-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, Senrory 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 Albträumen.
- 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 Stressstörungen, 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 modulartig 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	1. Exzessives Schreien 2. Schlafprobleme
0-3 Jahre	Regulationsstörungen
0-6 Jahre	Fütterstörungen
1-6 Jahre	1. Bindungsstörungen 2. Schlafstörungen 3. Anpassungsstörungen 4. Posttraumatische Belastungsstörung
4-6 Jahre	1. Enurese 2. Enkopresis
3-6 Jahre	1. ADHS 2. Oppositionelles Trotzverhalten

	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]
Oberklassen				
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
Spezifische Störungen				
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 Übereistimmungen 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]
Oberklassen				
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
Spezifische Störungen				
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]**
Oberklassen				
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	α = .57-.95	Angststörungen Depressionen Schlafstörungen Expansive Verhaltensstörungen	Gute Spezifität Geringe Sensitivität

Preschool Anxiety Checklist *SCAS-D; Deutsche Fassung* (Essau, 2003)	28	α = .81	Angststörungen	Konvergente Validität sehr hoch
Preschool Feelings Checklist *PFC, Deutsche Fassung* (Luby, Heffelinger, Koenig-McNaught, Brown & Spitznagel, 2004)	16	α = .76	Depressive Störungen	Gute Spezifität Sehr gute Sensitivität
Brief Symptom Inventory *BSI; Deutsche Fassung* Franke, 2000)	53	α = .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 ($F(1,46) = 4.60$, $p < 0.05$).

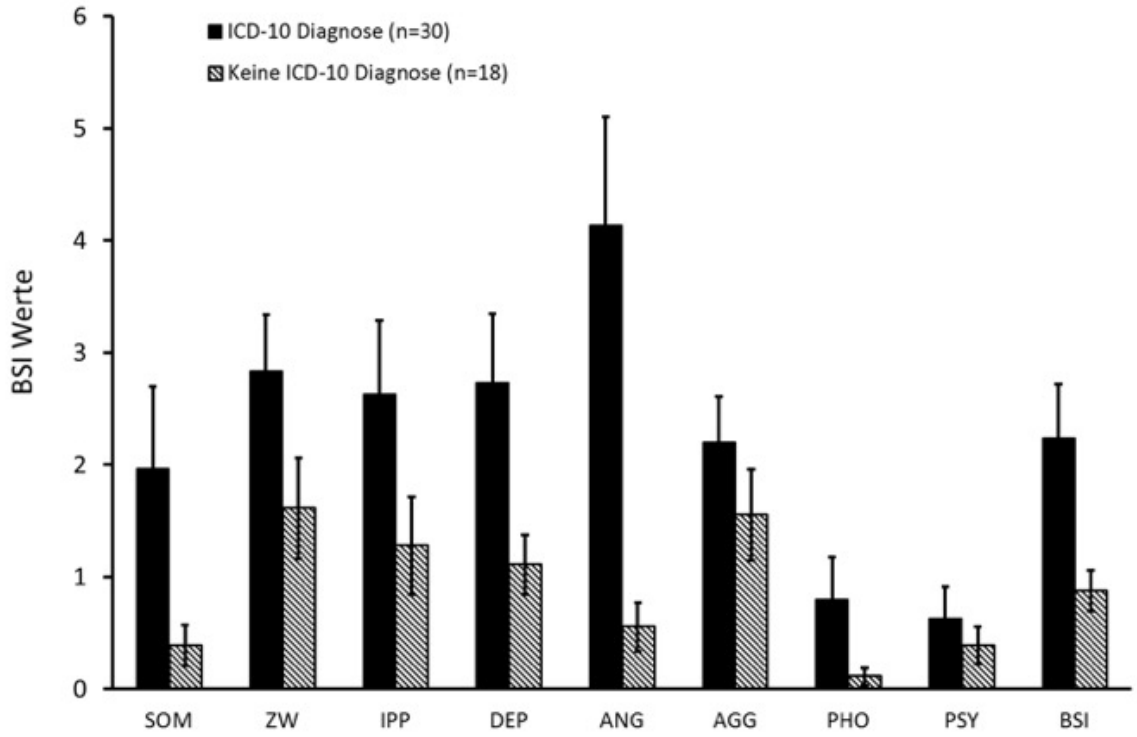


Abbildung 3: Ausprägung der BSI Skalen bei einer Gruppeneinteilung basierend auf der ICD-10

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 selbst-regulatorischen 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 Schreinen 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 entwicklungsdynamischen 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 Schreien 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**
Achse 1: Nicht klassifizierbar	*Achse I:* Exzessives Schreien
---	*Achse II:* Level 2(angespannte Beziehung)
Achse 4: Niedriges Geburtsgewicht Aktuelles Gewicht: 3.-5. Perzentile	*Achse III:* Niedriges Geburtsgewicht Aktuelles Gewicht: 3.-5. Perzentile

Achse 5: 4.0 (Elterliche Überfürsorge) 5.2 (Isolierte Familie)	*Achse IV:* Soziale Isolation der Mutter Depressive Verstimmung der Mutter
Achse 6: Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	*Achse V:* 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 kleine 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 in 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**
Achse 1: F 51.0 Nichtorganische Insomnie	*Achse I:* Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
---	*Achse II:* Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
Achse 4: Frühgeburt mit niedrigem Geburtsgewicht	*Achse III:* Frühgeburt mit niedrigem Geburtsgewicht
Achse 5: 1.1. (Disharmonie zwischen den Erwachsenen) 2.0 (Psychische Störung eines Elternteils) 5.2 (Isolierte Familie)	*Achse IV:* Partnerschaftskonflikte Soziale Isolation der Familie
Achse 6: Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	*Achse V:* 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 (taktil, 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 als 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 Spezifizität 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) beobachten 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 lautiere kaum während des Spiels und produziere 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**
Achse 1: Nicht klassifizierbar	*Achse I:* Sensorische Verarbeitungsstörung: Störung mit Überreaktivität
---	*Achse II:* Level 3 (beeinträchtigte Beziehung)
Achse 4: Keine körperliche Symptomatik	*Achse III:* keine medizinischen Krankheitsfaktoren
Achse 5: 1.1. (Disharmonie zwischen den Erwachsenen) 2.0 (Psychische Störung eines Elternteils) 5.2 (Isolierte Familie)	*Achse IV:* Partnerschaftskonflikte Soziale Isolation der Familie Depression der Mutter
Achse 6: Stufe 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung)	*Achse V:* 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 gastroösophagialer 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**
Achse 1: Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)	*Achse I:* Essstörung mit Nahrungsverweigerung
Achsen 2 und 3: wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten	*Achse II:* Level 1 (gut adaptierte Beziehung)
Achse 4: Keine körperliche Symptomatik	*Achse III:* Keine Krankheitsfaktoren
Achse 5: Keine aktuellen abnormen psychosozialen Umstände	*Achse IV:* Keine aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren
Achse 6: Stufe 0 (herausragende/gute soziale Funktionen)	*Achse V:* 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 Einordung 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 Kindsmutter 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**
Achse 1: Reaktive Bindungsstörung (F94.1)	*Achse I:* Reaktive Bindungsstörung
Achsen 2 und 3: wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch deutliche sprachliche Entwicklungsverzögerungen	*Achse II*: Level 1 (gut adaptierte Beziehung) zur Großmutter
Achse 4: Sauerstoffmangel bei Geburt; Zustand nach Herzstillstand; Epilepsie	*Achse III:* Sauerstoffmangel bei Geburt; Zustand nach Herzstillstand; Epilepsie
Achse 5: Mangel an Wärme in Eltern-Kind-Beziehung (1.0); psychische Störung eines Elternteils (2.0); abweichende Elternsituation (5.1)	*Achse IV:* Psychische Störung der Eltern, Vernachlässigung; Inhaftierung der Eltern; Kind wohnt bei Großmutter
Achse 6: Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	*Achse V:* 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**
Achse 1: Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2)	*Achse I:* Deprivations-/Misshandlungsstörung, enthemmtes Muster (150)
Achsen 2 und 3: wurden testdiagnostisch nicht abgeklärt. Es zeigen sich jedoch deutliche sprachliche und motorische Entwicklungsverzögerungen	*Achse II:* Level 1 (gut adaptierte Beziehung) zu Adoptiveltern

Achse 4: Keine körperliche Symptomatik	*Achse III:* Keine medizinischen Auffälligkeiten; sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen
Achse 5: Psychische Störung eines Elternteils (2.0); unzureichende elterliche Aufsicht (4.1); Erziehung in einer Institution (5.0) abweichende Elternsituation (5.1)	*Achse IV:* Drogenabhängigkeit der Mutter; unzureichende elterliche Aufsicht, Erziehung in einer Institution, Adoption, häufiger Wechsel der Bezugspersonen
Achse 6: Stufe 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung)	*Achse V:* 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, Trennungsängste, 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