

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

AWMF Nr.: 028/041 – Version 2.0/Update

Aktualisierte Fassung

Version 2.0 angemeldet am 10.09.2021, letzte inhaltliche Überarbeitung am 03.07.2024

Herausgeber:innen und Steuergruppe:

Carola Bindt, Alexander von Gontard, Eva Möhler (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – DGKJP e.V.)

Moderation AWMF

Simone Witzel

Unter Mitarbeit von:

- Michael Borg-Laufs (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – DGVT e.V.)
- Eva Klein (Vereinigung Interdisziplinäre Frühförderung – VIFF e.V.)
- Claus-Rüdiger Haas (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BAG e.V.)
- Eva Frank / Gebhard Hentschel (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung – DPtV e.V.)
- Andrea Caby / Rieke Oelkers-Ax (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie – DGSF e.V.)
- Margret Ziegler (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin – DGKJ e.V.)
- Gisela Schimansky (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland – BKJPP e.V.)
- Silke Scholz (Deutscher Verband Ergotherapie – DVE e.V.)
- Gitta Reuner (Gesellschaft für Neuropsychologie – GNP e.V.)
- Lena Agel (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – DGHWi e.V.)
- Petra Kapaun (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte – bvkJ e.V.)
- Annekatrin Thies (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin – DGSPJ e.V.)
- Barbara von Kalckreuth / Susanne Hommel (Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland – VAKJP e.V.)

- Regina Trollmann / Heike Philippi (Gesellschaft für Neuropädiatrie – GNP e.V.)
- Maria Koester-Lück / Guido Bürk (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik – DGPPS e.V.)
- Cornelia Metge / Theresa Eichhorn (Bundespsychotherapeutenkammer – BPtK)
- Michael Watson (Germanspeaking Association for Infant Mental Health – GAIMH e.V.)
- Andrea Rahlf (Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V.)
- Christine M. Freitag (Revision der letzten Version der Leitlinie als Leitlinienbeauftragte der DGKJP e.V.)

Die AWMF-Leitlinien zu psychischen Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern wurden im interdisziplinären Konsens 2015 verabschiedet.

Nach Ablauf der Gültigkeit und Anmeldung der Überarbeitung dieser Leitlinien bei der AWMF am 18.11.2020 wurde eine Revision / Version 2.0 der Leitlinien 2021 bis 2024 mit den Mandatstragenden der o.g. Fachgesellschaften bzw. deren Vertreter:innen sowie der Vertreterin eines Bundesverbandes für Betroffene unter kontinuierlicher Begleitung und Moderation seitens der AWMF erstellt.

Die Auswahl der Fachgesellschaften und der darin vertretenen Berufsgruppen war repräsentativ für die Thematik, die nicht primär störungsspezifisch, sondern altersgruppenspezifisch angelegt war und Fachkolleg:innen mit Tätigkeitsschwerpunkten von der Postnatalzeit bis ins Vorschulalter einschloss. Für die Wahrnehmung der Patient:innenperspektive bzw. die der Eltern wurde der Verein „Das frühgeborene Kind“ einbezogen.

Als Grundlage für den Konsensusprozess im S2k-Verfahren diente die Leitlinienversion 1.0 von 2015, die im Verlauf des Jahres 2021 seitens der Steuerungsgruppe basierend auf dem aktuellen Kenntnisstand sowohl bezüglich des Hintergrundtextes als auch bezüglich der Schlüsselempfehlungen grundlegend überarbeitet und den Vertretenden der Fachgesellschaften/Interessenverband Ende 2021 als Version 2.0 zugesandt wurde. Bis Juli 2024 wurden aktuelle Publikationen und Studienergebnisse ergänzt.

Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinien und der dazu gehörige Hintergrundtext wurden fortlaufend von allen Interessengruppen gemeinsam diskutiert und abgestimmt. Die Auftaktveranstaltung hierzu fand am 18.02.2022 mit allen Beteiligten in einer Videokonferenz statt, in der der Stand der Vorarbeiten und das Procedere vorgestellt wurden. Im Anschluss daran wurden die vorläufigen Schlüsselempfehlungen in einer Datei zusammengefasst mit dem Ziel, in einem Delphi-Verfahren mittels Limesurvey ein erstes Feedback aller Teilnehmenden zu inhaltlichen Fragen und Klärungsbedarfen einzuholen. Hierbei konnten sowohl im Hintergrundtext zu einzelnen Störungsbildern als auch zu den Schlüsselempfehlungen nicht-konsensfähige bzw. als ergänzungsbedürftig bewertete Textpassagen und Empfehlungen identifiziert und wesentliche Diskussionsbedarfe erfasst werden.

Mit dem Einverständnis aller Beteiligten fand im Nachklang der Delphi-Umfrage am 08.04.2022 eine zweite Videokonferenz mit einem Teil der Mandatstragenden und Vertretenden derjenigen Fachgesellschaften (DGPPS e.V., VAKJP e.V., DGSPJ e.V., DGJK e.V., bvkJ e.V., DVE e.V.) statt, die sich gewünscht hatten, die Hintergrundtexte und Schlüsselempfehlungen zu verschiedenen Störungsbildern (exzessives Säuglingsschreien, Schlafstörungen, Fütter- und Essstörungen) vor der generellen Abstimmung in Kleingruppen weiter zu bearbeiten. Anlässlich dieses Treffens wurde beschlossen, das Konsensusverfahren erst nach der punktuellen Textrevision der Mandatstragenden

in Kleingruppen und der Einarbeitung dieser und weiterer Eingaben in den Basistext seitens der Steuerungsgruppe fortzuführen.

Die Diskussionen und der Konsensusprozess wurden darauf in weiteren Videokonferenzen am 07.10.2022, 10.02.2023, 24.02.2023, 05.05.2023 und 26.05.2023 fortgesetzt und abgeschlossen; jede dieser Konferenzen war beschlussfähig besetzt.

Alle beteiligten Interessengruppen hatten bis Ende 2023 die Möglichkeit, sich zwischen den Videokonferenzen einzeln oder in z.T. fachgruppenübergreifenden, selbstorganisierten Arbeitsgruppen auszutauschen, ihre textbezogenen Ergänzungs- und Änderungswünsche mündlich und schriftlich einzubringen und weitere wichtige bzw. aktuelle Literatur beizusteuern. Diese Vorschläge wurden von der Steuerungsgruppe in den Basistext eingefügt und vor der jeweils nächsten Konferenz allen Teilnehmenden zur Kommentierung zur Verfügung gestellt.

Die im Verlauf angepassten Hintergrundtexte und sich daraus ergebenden Änderungen für die Schlüsselempfehlungen wurden anlässlich der Videokonferenzen transparent diskutiert und gingen somit in die Abstimmungen ein. Dabei wurden fortlaufend neue Entwicklungen in Praxis und Forschung berücksichtigt. Die Vorgaben der AWMF zur Durchführung von S2k-Leitlinien wurden dabei befolgt und die Arbeit von der AWMF begleitet. Es waren durchgehend mindestens 75% der Mandatstragenden/Vertretenden anwesend und somit stets Konsensusfähigkeit gegeben. Minderheitenvoten wurden nicht gestellt (Details s. Leitlinienreport).

Alle Mandatstragenden der Interessengruppen und deren Vertreterinnen waren initial aufgefordert, Interessenkonflikte nach den Vorgaben der AWMF offenzulegen. Die schriftlichen Eingaben hierzu wurden seitens der Leiterin der Steuerungsgruppe bewertet und die Ergebnisse gemeinsam und unter AWMF-Moderation gesichtet, verifiziert und protokolliert; für wenige Beteiligte fanden sich „geringe“ Interessenkonflikte, denen keine einschränkende Wirkung für ihre Mitarbeit im Prozess zugemessen wurde.

Diese Leitlinien werden herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der Bundesgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj), der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVt), der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF), der Vereinigung für analytische und

tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland (VAKJP), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS), der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH), dem Deutschen Verband Ergotherapie (DVE), dem Bundesverband "Das frühgeborene Kind e.V.", der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung (VIFF e.V.). Zur Teilnahme aufgefordert wurde auch der Deutsche Hebammenverband (DHV), der jedoch keine Mandatstragenden entsandte. Stattdessen beteiligte sich als Interessenverband der Hebammen die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).

Ziel der Leitlinien ist es, praxisorientierte Empfehlungen zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter in allen ambulanten, teil- und vollstationären Versorgungskontexten zu vermitteln.

Die Leitlinien richten sich an alle professionellen Berufsgruppen, die Kinder im Alter von 0 bis 5.11 Jahren mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen sowie deren Eltern betreuen, d.h. Kinder- und Jugendärzt:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Kinderärzt:innen mit den Schwerpunkten Psychosomatik, Kinderneurologie, Sozialpädiatrie, Psycholog:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Psychologische Psychotherapeut:innen, (Familien-) Hebammen und (Sozial-/Heil-)Pädagog:innen in der Frühförderung, Ergotherapeut:innen und Eltern betroffener, z.B. frühgeborener Kinder.

Daneben dienen die Leitlinien zur Information anderer Berufsgruppen, die sich schwerpunktmäßig mit Kindern in der genannten Altersspanne beschäftigen, z.B. Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen und weitere Fachtherapeut:innen, (Sozial-)Pädagog:innen als Mitarbeitende in den Frühen Hilfen und der Jugendhilfe, Kinder-Gesundheits-/Krankenpfleger:innen sowie sonstige Begleiter:innen und Berater:innen, Eltern, Betreuende, Erziehende und weitere Bezugspersonen, die mit psychisch auffälligen oder erkrankten Säuglingen, Klein und Vorschulkindern konfrontiert werden.

Korrespondierende Autoren für die Steuergruppe:

Priv.-Doz. Dr. med. Carola Bindt

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und –psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20251 Hamburg

Tel : 040-7410-54585

Email : bindt@uke.de

Prof. Dr. med. Alexander von Gontard

Hochgebirgsklinik Davos

Abteilung Eltern-Kind und Jugendliche

Herman-Burchard-Strasse 1

7265 Davos Wolfgang

Schweiz

alexander.vongontard@hgk.ch

Prof. Dr. med. Eva Möhler

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum des Saarlandes, 66421 Homburg

Tel: 06841-16-24395

Email : eva.moehler@uks.eu

Inhaltsverzeichnis

Präambel	8
1. Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein	15
2. Beziehungsstörungen	25
3. Exzessive Schreistörung	30
4. Schlafstörungen	37
5. Fütter- und Essstörungen	47
6. Frühkindliche Regulationsstörungen	59
7. Sensorische Verarbeitungsstörungen	66
8. Ausscheidungsstörungen	71
9. Depressive Störungen	75
10. Angststörungen	80
11. Anpassungsstörungen	87
12. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	90
13. Bindungsstörungen	95
14. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	102
15. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten	112
16. Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung nach DC: 0-5	118
17. Weitere Störungen	123
Ausblick	130
Literatur	131

Konsensstärke zur Reihenfolge des Inhaltsverzeichnisses: Zustimmung 82%, Enthaltung 18%

Präambel

Kinder entwickeln sich in Beziehungen. Der Zeitraum ab der Schwangerschaft und Geburt bis zum Ende des fünften Lebensjahres ist für alle Beteiligten – Säugling, Klein- und Vorschulkind sowie die Eltern/Bezugspersonen – eine Lebensphase mit einer starken entwicklungspsychologischen Dynamik und fordert erhebliche Anpassungsleistungen. Aus diesem Grund werden hier einleitend einige Bemerkungen zum Übergang in die Elternschaft sowie zur frühen Eltern-Kind-Interaktion und – Beziehungsentwicklung als bedeutsame Einflussfaktoren der psychischen Kindesentwicklung vorangestellt.

Die Auseinandersetzung aller Menschen mit ihrer neuen Identität als Eltern betrifft die Partnerschaft, die Beziehung zum Kind, zur Herkunftsfamilie, zum Beruf und zum sozialen Umfeld. Die Notwendigkeit zur funktionellen Reorganisation und psychischen Integration der Elternschaft besteht ebenso für alle weiteren Bezugspersonen mit den jeweiligen spezifischen Themen.

In der Entwicklung von Kindern und ihren Eltern im Verlauf der frühesten Kindheit bis ins Vorschulalter kommen vielfältige bio-psycho-soziale sowie kulturell geprägte Einflüsse zum Tragen, in deren Zentrum das Kind mit seinen Lebensbedürfnissen und -äußerungen steht.

Das Kind ist bereits postnatal eine Persönlichkeit mit individuellen Merkmalen und Fähigkeiten, gleichzeitig aber wegen seiner physiologischen und psychischen Unreife langfristig auf verlässliche, emotional verfügbare Bezugspersonen angewiesen, die seine mit den Reifungsprozessen sich wandelnden Bedürfnisse und Verhaltenszustände erkennen und mithilfe ihrer ko-regulatorischen Kompetenzen beantworten und modulieren können. Dabei bietet die Eltern-Kind-Interaktion vielfältige Anregungen für alle Sinne, fördert die motorische, geistige und sprachliche Entwicklung, bahnt die Fähigkeit zur affektiven Selbstregulation und die emotionale Reifung des Kindes an. Sie ist gleichzeitig wichtig für die Bindungsentwicklung.

Störungen der Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehungsentwicklung können sich über den Verlauf der ersten Lebensjahre symptomatisch in unterschiedlichen Bereichen des kindlichen Befindens und Verhaltens widerspiegeln, kindliche Entwicklungspotentiale einschränken und das Auftreten manifester psychischer Störungen begünstigen. Ein gelingender Übergang in die Elternschaft ist folglich Basis und Entwicklungsraum für die Eltern-Kind-Triade und wesentlich auch für die kindliche psychische Gesundheit.

Eltern mit eigenen psychischen Störungen fällt es in der Regel schwerer als psychisch gesunden Eltern, den Übergang in die Elternschaft erfolgreich für sich und das Kind zu bewältigen. Elterliche vorbestehende, peripartale oder auch im Verlauf der Elternschaft sich entwickelnde psychische Störungen werden noch immer häufig übersehen. Solche sollten stets mitbedacht und in Kooperation mit Fachpersonen aus Erwachsenen-Psychiatrie und Psychotherapie geleitet behandelt werden.

Die vorliegenden Leitlinien beziehen sich auf das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Im deutschen Sprachbereich wird traditionell unterschieden zwischen dem Neugeborenenalter (1-4 Wochen), dem Säuglingsalter (1-12 Monaten) und der entwicklungspsychologisch langen Altersspanne des Kleinkindalters (1-5 Jahre). Im angelsächsischen Bereich wird eine andere Einteilung vorgenommen: „Infancy“ bezeichnet das Alter von Geburt bis zu 18 Monaten; „Toddlers“ sind Kinder im Alter von 18 Monaten bis 3 Jahren und „Preschoolers“ ältere Kleinkinder im Alter von ca. 4-5 Jahren (von Gontard, 2018). In diesen Leitlinien werden psychische Störungen des gesamten frühen Kindesalters, d.h. der Altersspanne von 0 bis einschließlich 5;11 Jahren behandelt.

Psychische Störungen im frühen Kindesalter sind häufig und betreffen in verschiedenen Studien: 14-25 % aller Kleinkinder (USA) – 9-12% sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen (Egger und Angold, 2006a); 8,9 % bzw. 6,9 % der 3 bis 6jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 % bzw. 3,7% mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten (Deutschland; Hölling et. al. 2007, KiGGS, Bundesgesundheitsblatt, 2007; Klipker et al. 2028); 7,1 % der 4jährigen Kinder (Norwegen; Wichstroem et al., 2012; 2014); 10,1% der 4 bis 6jährigen Kinder (Island; Gudmundsson et al., 2012). Weitere Studien zur Prävalenz werden bei von Gontard (2019) zusammengefasst. Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).

Die vorliegenden Leitlinien gehen von einem bio-psycho-sozialen Störungsmodell aus, das die Entstehung psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter im Kontext der frühen Eltern-Kind-Beziehung erfasst, in die wiederum elterlicher- wie kindlicherseits protektive und riskante Merkmale und Gegebenheiten sowie umfeldbezogene und kulturelle Bedingungen eingehen. Mit dieser Grundhaltung werden die individuellen und psychosozialen Zusammenhänge auch in Bezug auf das Entstehen und/oder die Verlaufsentwicklung organbezogener, läsioneller oder funktioneller Symptome und Erkrankungen berücksichtigt. Damit gelingt auch der Blick auf und die Einschätzung von funktionellen Störungen im frühen Kindesalter (z. B. unspezifische Kopf- und Bauchschmerzen), die in erster Linie in der Primärversorgung von Kinderärzt:innen behandelt werden. Sie sind im Rahmen dieser Leitlinien - abgesehen von den Störungsbildern Schrei-, Schlaf- und Fütter- und Essstörungen - als psychosomatische Symptome nicht gesondert aufgeführt.

Für psychische Störungen bei jungen Kindern hat sich eine kategoriale Ausrichtung bewährt. Natürlich sind Verhaltenssymptome dimensional verteilt und eine scharfe Abgrenzung - zwischen Störung und Normalverhalten, aber auch zwischen unterschiedlichen Störungsbildern - ist nicht für alle Problembereiche möglich. Dennoch haben sich die bisherigen traditionellen Klassifikationen nach ICD und DSM in Praxis und Forschung bewährt und können mit entsprechenden Modifikationen, wie von dem Klassifikationssystem DC:0-5 vorgenommen, sinnvoll ab dem Alter von 2 Jahren eingesetzt

werden (Angold und Costello, 2009). Für jüngere Kinder unter zwei Jahren sind alternative Klassifikationen, wie z.B. die DC:0-5 (Zero to Three, 2016, 2019) unbedingt heranzuziehen.

In dieser Leitlinie wird das Plädoyer für eine kategoriale Einteilung von psychischen Störungen bei Kindern bis ins Vorschulalter aufgegriffen. Eine klinische Relevanz können subklinische Symptome haben, die nicht vollständig den Kriterien für eine Störung entsprechen. In solchen Fällen kann eine fachspezifische Beratung hilfreich sein.

Bei psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter stehen drei Klassifikationssysteme zur Verfügung:

1. Das spezifische Klassifikationssystem für junge Kinder im Alter von 0-5 Jahren: die Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit, die DC: 0-5 (Zero to Three, 2016, 2019), die eine umfassende multiaxiale Diagnostik für den gesamten Altersbereich ermöglicht und auch in deutscher Übersetzung vorliegt (siehe Anhang I).
2. Die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation. Darauf beruht das multiaxiale Klassifikationssystem für Kinder mit 6 Achsen (WHO, 1993; Remschmidt et al., 2001) und die Mehrdimensionale Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) (Bode et al. 2009, Hollmann et al. 2009). Die ICD-11 steht in einer englischsprachigen Version zur Verfügung, und wird die ICD-10 ersetzen. Von daher wird auf die ICD-11 im Text verwiesen. Eine multiaxiale Klassifikation der ICD-11 liegt noch nicht vor.
3. Die DSM-5 der American Psychiatric Association (APA, 2013; Falkai 2015). Für viele Störungen ist die DSM-5 aktueller als die ICD-10 und berücksichtigt Besonderheiten des Vorschulalters in ihren Diagnosekriterien.

Aufgrund ihrer Aktualität und Spezifität für die Altersgruppe 0 bis 5;11 Jahre bildet die DC: 0-5 die Grundlage dieser Leitlinien.

Wegen der besonderen Bedeutung der Beziehung zu der versorgenden Bezugsperson und ihrer psychischen Disposition (s. oben) wird neben der Diagnose einer kindlichen Störung in jedem Fall auch eine Beziehungsstörung (nach Achse 1 der DC: 0-5, 2005) erfasst oder ausgeschlossen. Wegen ihrer Relevanz werden Beziehungsstörungen deshalb als erstes referiert.

Daneben sollten auf der Achse 2 der DC: 0-5 möglichst differenziert Aspekte des Beziehungskontextes erfasst werden. Alle anderen Achsen der DC:0-5 (Achsen 3-5) sollten nach Möglichkeit und fallgeleitet herangezogen werden: Körperliche Gesundheit und Krankheiten (Achse 3), Psychosoziale Stressoren (Achse 4), Kindliche Entwicklungskompetenzen (Achse 5). Zudem sollten alters-, gender- und kulturspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Psychische Erkrankungen der primären Bezugspersonen betreffen häufig auch die Kinder, was sich in subklinischen Symptomen,

aber auch manifesten Störungen äußern kann (z.B. Beziehungsstörungen). Daher sollen etwaige psychische Erkrankungen der Eltern immer erfasst werden.

Diese Leitlinien behandeln nach einer allgemeinen Einleitung 15 der wichtigsten psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Es handelt sich dabei ausschließlich um Störungen der ersten Achse (MAS, ICD-10; DC: 0-5) bzw. dem 3. Bereich der MBS, d.h. um beim Kind diagnostizierbare psychische Störungen. Speziell werden behandelt: Beziehungsstörungen, Exzessive Schreistörung, Schlafstörungen, Fütter- und Essstörungen, Frühkindliche Regulationsstörungen, Sensorische Verarbeitungsstörungen, Ausscheidungsstörungen, Depressive Störungen, Angststörungen inklusive selektiver Mutismus, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Bindungsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung), ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten), DÄAS (Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung), sowie weitere Störungen. Hinsichtlich anderer Störungen der Altersgruppe, z.B. bei den Autismus-Spektrum-Störungen, verweisen wir auf die aktuellen spezifischen Leitlinien (siehe S3-Leitlinien Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik, AWMF Register-Nr. 028-018, und Teil 2: Therapie, AWMF Register-Nr. 028-047).

Bei den oben genannten Diagnosen unterscheidet sich das Spektrum möglicher Störungen in den verschiedenen Altersgruppen junger Kinder:

- Säuglinge können definitionsbezogen nach der DC: 0-5 nur von wenigen Störungen betroffen sein, vor allem von Exzessiver Schrei-, Ess-, Schlaf-, Frühkindlicher Regulations- sowie Bindungsstörungen (nicht vor dem 9. Lebensmonat), Sensorischen Verarbeitungsstörungen und Beziehungsstörungen. Von peripartalen psychischen Erkrankungen ihrer Bezugspersonen sind Säuglinge häufig in einer besonders vulnerablen Entwicklungsphase mitbetroffen; daher ist hierauf besonderes Augenmerk zu richten.
- Das Spektrum der möglichen Störungen erweitert sich zunehmend, je älter die Kinder sind. Ab dem Alter von ein bis zwei Jahren kommen die Autismus-Spektrum-Störungen, sprachliche und kognitive Entwicklungsstörungen, die Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters, die Angst- und depressiven Störungen, Tic-Störungen und posttraumatische Belastungsstörung hinzu.
- Ab dem Alter von drei bis fünf Jahren ist die Bandbreite möglicher Störungen fast so groß wie bei Schulkindern und erfordert deshalb ein noch breiter differenziertes diagnostisches Vorgehen.

Das Ziel dieser Leitlinien ist es, das gesamte Altersspektrum von 0 bis 5;11 Jahren abzudecken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Fokus in manchen Kliniken, Ambulanzen und Praxen auf Kindern im Alter von 0-3 Jahren liegt, in anderen eher die älteren Kinder im Alter von 3-5 Jahren diagnostiziert und behandelt werden.

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

Wichtige Aspekte des Vorschulalters werden in diesem Rahmen ausgespart. Nicht behandelt werden in der Leitlinie internistisch-neurologische Erkrankungen und komplexe, nicht-umschriebene Entwicklungsverzögerungen und –störungen, die primär Gegenstand der Kinder- und Jugendmedizin bzw. Neuropädiatrie sind und oft in Sozialpädiatrischen Zentren versorgt werden. Betroffene Kinder zeigen jedoch auch vermehrt psychische Belastungen und Störungen, die sich auch auf die Eltern-Kind-Interaktion und Beziehungsentwicklung im Verlauf auswirken können und frühzeitig diagnostiziert und lege artis behandelt werden sollen.

Eine genaue körperliche Diagnostik zum Ausschluss bzw. zur Mitbehandlung organischer Erkrankungen ist immer Grundlage der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Vorschulalter. Primärer Ansprechpartner ist deshalb der/die betreuende Kinder- und Jugendarzt:ärztin, z.B. im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen, oder der/die Neuropädiater:in. Bei jungen Kindern mit psychischen Problemen ist in der Regel eine Betreuung in einem multi- und interdisziplinären Netzwerk notwendig, bei dem die professionellen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen nach störungsspezifischer, differentieller Indikationsstellung sinnvoll kombiniert und ergänzt werden.

Auch wird nicht speziell auf die Bedürfnisse von Kindern mit globalen Entwicklungsstörungen, fetalem Alkoholsyndrom oder mit Intelligenzminderung mit einem IQ < 70 eingegangen (siehe S2k-Praxisleitlinie Intelligenzminderung, AWMF, Register-Nr. 028-042, S3-Leitlinie Autismus-Spektrumstörungen im Kindes- Jugend und Erwachsenenalter, Reg.-Nr Registernummer 028 – 018 und 028-017). Ferner werden Teilleistungsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen (der motorischen Funktionen, des Sprechens, der Sprache und anderer spezifischer kognitiver Funktionen) nicht thematisiert.

Für alle diese drei Gruppen (körperliche Erkrankungen, Intelligenzminderung, Teilleistungsstörungen) gilt jedoch, dass die Rate von komorbiden psychischen Störungen eindeutig erhöht ist. Dies bedeutet, dass bei Kindern mit Intelligenzminderung, Teilleistungsstörungen, körperlichen Behinderungen und Erkrankungen inklusive Funktionsstörungen der primären Sinnesorgane sowie bei Risikogruppen wie zum Beispiel Frühgeborenen ganz besonders sorgfältig überprüft werden sollte, ob psychische Störungen vorliegen oder nicht.

Diese Leitlinien wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften legen den Fokus auf die Diagnostik, Beratung und Behandlung von manifesten psychischen Störungen junger Kinder - gemäß

den Kriterien der DC: 0-5, ICD-10 und ICD-11 sowie der DSM-5. Der Schwerpunkt liegt damit in der Identifikation und Behandlung von kindlicher Psychopathologie, nicht auf der Förderung seelischer Gesundheit allgemein. Somit können wichtige Aspekte der Prävention sowie die Begleitung und Beratung von Familien bei Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, auch unter Einschluss von niederschwelligen Angeboten, im Rahmen dieser Leitlinien nicht behandelt werden.

Gleichwohl geht es bei psychischen Auffälligkeiten immer zunächst um eine Vermeidung der Verfestigung von Symptomen und Manifestation von Störungen. Das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen sowie das Ermutigen zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Behandlungsangeboten sind präventiv von besonderer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die nur selten primär kinderpsychiatrisch bzw. –psychotherapeutisch vorgestellt werden.

Kinder- und Jugendärzt:innen sind im Rahmen ihres niedrigschwelligen Versorgungsauftrages häufig die ersten Ansprechpartner:innen, wenn Familien wegen Verhaltensauffälligkeiten junger Kinder Rat suchen. Auch niedrigschwellige Maßnahmen wie Interventionen der Physio- oder Ergotherapie, Logopädie, interdisziplinären Frühförderung (insbesondere heilpädagogische Maßnahmen), Angebote der Frühen Hilfen, pädagogische Angebote der Kinder- und Jugendhilfe etc. ermöglichen im Rahmen einer Begleitung und Beratung der Familie überhaupt erst den Zugang zum System der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, wenn eine entsprechende Indikation besteht.

Die Leitlinien mit ihren Schlüsselempfehlungen bieten sich für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen wie auch viele andere Berufsgruppen im Feld als übersichtliche und praxisorientierte Entscheidungshilfe bei der Überleitung zu spezifischer Diagnostik und Behandlung an. Eine fortwährende Kooperation und Abstimmung aller mit dem Kind und seiner Familie betrauten Fachkräfte im Sinne einer fallbezogenen Netzwerkarbeit und interdisziplinären Case Managements ist, wie bereits erwähnt, regelhaft anzustreben.

Die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Kindern jeden Alters erfolgt durch Spezialist:innen. Solche sind vor allem Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeut:innen mit ausgewiesener Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Säuglingen/Kleinkindern und ihren Eltern. Sofern nicht bereits im Vorfeld einbezogen, können bei Bedarf weitere Berufsgruppen wie Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen, (Heil-)Pädagog:innen, Sozialarbeiter:innen, (Familien-)Hebammen, Kinder-Gesundheits-/Krankenpfleger:innen, Erzieher:innen und sonstige Begleiter:innen und Berater:innen aus den

Frühen Hilfen, der interdisziplinären Frühförderung u.a. aus institutionellen Kontexten oder freien Praxen hinzugezogen werden.

Bei der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter von 0-5;11 Jahren sollte immer der familiäre, soziale und ggf. institutionelle Kontext berücksichtigt werden, in dem die Symptome auftreten (Kontextorientierung).

Die Hauptbehandlungsform bei psychischen Störungen junger Kinder ist die Psychotherapie mit den Eltern (Elterntraining oder Eltern-Kind-Interaktionstherapie); bei Vorschulkindern mit Angststörungen und selektivem Mutismus kann dies durch zusätzliche Einzelpsychotherapie mit dem Kind ergänzt werden. Bei einzelnen Störungsbildern ist ab dem späten Vorschulalter auch eine zusätzliche medikamentöse Therapie zu empfehlen. Beratung und Psychoedukation sind essenzielle Aspekte der Psychotherapie und reichen bei geringgradigen Störungen und subsyndromaler Ausprägung, in Abhängigkeit vom Belastungsgrad der Familie, oft aus. Mittelgradige und schwere Störungen erfordern eine intensivere Behandlung in Form von längerfristiger oder hochfrequenter ambulanter Psychotherapie, teil- oder vollstationärer bzw. stationsäquivalenter Behandlung. Wissenschaftliche anerkannte Verfahren der Psychotherapie sind generell die tiefenpsychologisch-fundierte und analytische Psychotherapie, die kognitive Verhaltenstherapie und die systemische Therapie. Die meisten psychotherapeutischen Verfahren für junge Kinder basieren auf diesen Grundformen der Psychotherapie und arbeiten in der Regel über die Eltern und Bezugspersonen. Die explizite Ausrichtung auf Stärken des Kindes, der Eltern sowie des sozialen Umfeldes ist dabei für alle Therapieverfahren essentiell (Ressourcenorientierung).

Die Qualität der empirischen Evaluation der Psychotherapie sowie der medikamentösen Therapie bei jungen Kindern ist je nach Störung und Therapieverfahren sehr heterogen. Weitere qualitativ hochwertige, randomisiert-kontrollierte Studien sind unbedingt zu empfehlen.

Diese Version der Leitlinien soll einen raschen Überblick über alle Schlüsselempfehlungen ermöglichen, die jeweils im begleitenden Text begründet werden. Bei den Leitlinien handelt es sich nicht um ein Lehrbuch oder ein Klassifikationssystem, auf die für weiterführende Informationen verwiesen werden darf. Es werden im vorliegenden Text vor allem diejenigen Aspekte dargestellt, die zur Begründung der Schlüsselempfehlungen bedeutsam sind.

Konsensstärke zur gesamten Präambel: 100%

1. Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein

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

Konsensstärke: 100%

Es ist theoretisch und praktisch sinnvoll, auch für das frühe Kindesalter eine kategoriale Einteilung von Störungsbildern zu übernehmen. Dabei stehen drei Klassifikationssysteme zur Verfügung, die sich sinnvoll ergänzen: die ICD-10 bzw. die ICD-11, die DSM-5 und die DC: 0-5. Für jede Störung wird ein Mindestalter definiert. Eine Diagnose sollte nur unter Berücksichtigung der Eltern-Kind-Interaktion gestellt werden und nur, wenn die Kriterien der jeweiligen Störung erfüllt sind. In der Gruppe der 0-2;11-Jährigen sollten Diagnosen mit besonderer Vorsicht und Zurückhaltung gestellt werden.

Die abschließende Diagnose einer psychischen Störung sollte bei Kindern durch Spezialist:innen gestellt werden. Spezialist:innen sind vor allem Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeut:innen mit besonderer Erfahrung für Kinder.

Im klinischen Kontext soll die erste Achse des multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10 (in Zukunft der ICD-11) bzw. der 3. Bereich der MBS nach der ICD-10 (in Zukunft der ICD-11) verwendet werden. Falls zutreffend, sollen alle Achsen des MAS oder MBS der ICD-10 berücksichtigt werden.

Konsensstärke: 100%

Die ICD-10 bleibt bis zum Einsatz der ICD-11 auch im Vorschulalter die Grundlage zur Klassifikation von psychischen Störungen. Das multiaxiale Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 bildet in Europa und in weiten Teilen der Welt die Grundlage der kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Praxis. Leider gibt es in der ICD-10 keine Anpassung der einzelnen Kriterien für das Vorschulalter. Diese Leitlinien behandeln nur Störungen der ersten Achse der ICD-10, d.h. psychische Störungen im engeren Sinn. In den

Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt die Diagnostik von Kindern in der Regel nach der Mehrdimensionalen Bereichs-Diagnostik in der Sozialpädiatrie. Hier sind die psychischen Störungen nach ICD-10 im dritten Bereich abgebildet.

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

1. Achse: Die psychischen Störungen (= Diagnosen nach ICD-10/11)
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen (= Diagnosen nach ICD-10/11)
3. Achse: Das Intelligenzniveau
4. Achse: Die körperliche Symptomatik (= Diagnosen nach ICD-10/11)
5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Achse: Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

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

1. Beurteilung der Entwicklung bzw. der Intelligenz
2. Körperliche Befunde (= Diagnosen nach ICD-10/11)
3. Psychische Befunde (= Diagnosen nach ICD-10/11)
4. Psychosoziale Begleitumstände
5. Ätiologie
6. Partizipation /Teilhabe nach der ICF-CY.

Für die ICD-11 liegt noch keine MAS oder MBS vor. Sobald diese eingeführt ist, sollen selbstverständlich die Kriterien der ICD-11 für somatische und psychische Störungen anstelle der ICD-10 übernommen werden.

Bei Kindern zwischen 0 – 5;11 Jahren sollen psychische Störungen nach der 1. Achse des Klassifikationssystems DC: 0-5 zusätzlich zur ICD-10 bzw. ICD-11 Diagnose erfasst werden.

Konsensstärke: 100%

Da es eine altersspezifische Adaptation bzw. Modifikation der ICD-10 Kriterien für das Vorschulalter nicht gibt, werden viele Diagnosen im Vorschulalter nicht adäquat für diese Alter erfasst. Deshalb wurden die Kriterien von Störungen speziell für das junge Alter in dem Klassifikationssystem DC: 0-5 (2016, 2019) genauer spezifiziert. Neben in ICD-10/ICD-11 sowie DSM-5 etablierten bzw. neu aufgenommenen Störungsbildern definiert die DC: 0-5 weitere Störungsbilder. Die DC: 0-5 fordert, dass mindestens eine Beeinträchtigung und Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Kindes und der Familie vorliegen muss. Zu diesen gehören: Stress und Leid beim Kind, Stress und Leid in der Familie, Beeinträchtigung der Beziehung des Kindes, Einschränkungen des Kindes bei alterstypischen Aktivitäten und Routinen, eingeschränkte Teilnahme der Familie an Alltagsaktivitäten und Routinen, Einschränkungen des Kindes, neue Fertigkeiten zu lernen und zu entwickeln, sowie beeinträchtigte Entwicklungsprozesse.

Die DC:0-5 (2016, 2019) unterscheidet fünf Achsen:

- I. Achse: Klinische Störungen
- II. Achse: Beziehungskontext
- III. Achse: Körperliche Gesundheit und Krankheiten
- IV. Achse: Psychosoziale Stressoren
- V. Achse: Entwicklungskompetenzen

Auf der 1. Achse werden die psychischen Hauptdiagnosen (mit Subtypen) definiert. Manche Diagnosen sind in der ICD-10 oder DSM-5 nicht enthalten (wie die Sensorischen Verarbeitungsstörungen) (siehe Anhang I). Manche ICD-10 und DSM-5 Diagnosen kommen in der DC: 0-5 (2016, 2019) nicht vor (wie z.B. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten).

Ein Novum der DC: 0-5 ist es, dass Beziehungsstörungen wegen ihrer hohen Relevanz als Störungen der ersten Achse klassifiziert werden. Die Beurteilung des Beziehungskontextes nach Achse II ist bei jeder Diagnose eine wichtige Ergänzung, so dass diese immer berücksichtigt werden sollte. Die Achsen III, IV und V der DC: 0-5 (2016, 2019) haben in der klinischen Arbeit eine z.T. geringere Relevanz, so dass in manchen klinischen Kontexten darauf verzichtet werden kann. Mit dem multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10 liegt zudem schon ein bewährtes multiaxiales Instrument vor. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Diagnosen der ersten Achse der DC: 0-5 immer ergänzend zur ICD-10 (falls sie in beiden Klassifikationssystemen vorhanden sind) oder alternativ zu verwenden (falls sie nur in einem der Klassifikationssysteme, d.h. der DC: 0-5 oder der ICD-10 vorgehalten sind). Von daher wird bei allen Vorschulkindern folgendes Vorgehen empfohlen (Wiefel et al., 2007):

1. Klassifikation nach den bewährten sechs Achsen der MAS bzw. der MBS der ICD-10, in Zukunft der ICD-11
2. Als Ergänzung Diagnosen der Achse I nach DC:0-5 (2016, 2019).

Mit diesem Vorgehen wird man in der klinischen Praxis den Störungen im Vorschulalter am ehesten gerecht. Die DC: 0-5 konnte nach ersten Studien im klinischen Alltag gut eingesetzt werden und Diagnosen der Achse I sichergestellt werden (Hussong et al., 2020). Die Erfassung des Beziehungskontextes nach Achse II ist zeitaufwändiger und im klinischen Alltag nicht immer bei jedem Kind umzusetzen. Dennoch sollte die zweite Achse der DC: 0-5 (2016; 2019) berücksichtigt werden, vor allem bei einem Verdacht auf einen dysfunktionalen oder gefährdenden Beziehungskontext.

Parallel zu der psychischen Hauptdiagnose des Kindes soll eine Beziehungsstörung nach der ersten Achse der DC: 0-5 erfasst oder ausgeschlossen werden.

Der Beziehungskontext nach Achse II der DC: 0-5 sollte zusätzlich beurteilt werden.

Konsensstärke: 100%

Die Beziehungsstörung der ersten Achse der DC: 0-5 (2016, 2019) stellt ein Novum in der Diagnostik dar. Die spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit wird als eine ausgeprägte psychische Symptomatik des Kindes definiert, die sich ausschließlich in der Beziehung zu einer versorgenden Bezugsperson zeigt. Sie ist ein Indikator für das Versagen einer versorgenden Beziehung und geht mit einer hohen Gefährdung des Kindes einher (siehe von Gontard et al., 2020).

Daneben werden auf der zweiten Achse der DC: 0-5 (2016, 2019) zwei Aspekte des Beziehungskontextes beurteilt und erfasst, nämlich die Güte der Beziehung an sich und die Qualität der versorgenden Umgebung. Beide werden in einer vier-stufigen Skala erfasst. Auffälligkeiten des Beziehungskontextes der zweiten Achse können, aber müssen nicht mit einer spezifischen Beziehungsstörung der ersten Achse einhergehen (siehe von Gontard et al., 2020). Wegen der hohen Relevanz sollte der Beziehungskontext nach Achse II der DC: 0-5 erfasst werden.

Die Erfassung einer Beziehungsstörung ist zentral wichtig wegen der hohen Gefährdung des Kindes. Rasche Interventionen sind in diesem Fall notwendig. Aus diesem Grund sollte nie auf die Abklärung und ggf. Diagnose einer möglichen Beziehungsstörung nach Achse I verzichtet werden. Darüber

hinaus können auch leichtere Auffälligkeiten nach Achse II das Wohl und die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen.

Eine Beziehungsstörung nach der ersten Achse der DC: 0-5 ist definitionsgemäß immer mit einer kindlichen Symptomatik verbunden. Eine Behandlung soll in diesem Fall erfolgen.

Auffälligkeiten im Beziehungskontext nach der zweiten Achse der DC: 0-5 sind nicht notwendigerweise mit einer kindlichen Störung assoziiert. Eine Beratung soll auch in solchen Fällen erfolgen.

Konsensstärke: 100%

Diese Konstellation einer Auffälligkeit im Beziehungskontext ohne bisherige Störung des Kindes ist z.B. bei Eltern mit eigenen psychischen Störungen häufiger. Eine Beratung bei leichteren Auffälligkeiten im Beziehungskontext hat präventive Auswirkungen und kann das Entstehen zukünftiger Störungen verhindern. Bei manifesten Beziehungsstörungen steht der Schutz des Kindes im Vordergrund.

Subklinische Symptome unter der Schwelle einer Diagnose sollen erfasst werden. Eine Beratung soll erfolgen, sobald eine anhaltende Belastung erkennbar ist.

Konsensstärke: 92%

Symptome stellen keine Diagnose dar, können aber für Kind und Eltern emotional belastend sein, die Alltagsfunktionen einschränken, zu Interaktionsschwierigkeiten führen und die Entwicklung negativ beeinflussen. Symptome unter der Schwelle einer Diagnose („sub-threshold symptoms“) liegen vor, wenn z.B. Dauer, Schweregrad und Häufigkeit einer Symptomatik nicht die Diagnosekriterien erfüllen oder das Alter des Kindes eine Diagnose ausschließt. Sie können als Vorläufer späterer Störungen wirken. Eine Beratung bei belastenden Symptomen kann deshalb auch ohne Diagnose sinnvoll sein.

Die Basisdiagnostik bei V.a. auf psychische Störung des Kindes soll auf klinischer Anamnese, internistisch-neurologischer Diagnostik, psychopathologischem Befund, Interaktions- bzw. Beziehungsdiagnostik und Entwicklungsdiagnostik beruhen.

Konsensstärke: 100%

Die Basisdiagnostik ist klinisch ausgerichtet und kann in verschiedenen Settings ohne großen Aufwand durchgeführt werden. Sie erfordert klinische Erfahrung und genügend Zeit (AACAP, 1997). Der Schwerpunkt liegt auf der Anamnese und auf nicht strukturierten, klinischen Interaktionsbeobachtungen. Erst im zweiten Schritt werden standardisierte Untersuchungsinstrumente vorgestellt und empfohlen (Bolten, 2020).

Besonders wichtig ist dabei eine ausführliche und detaillierte Anamnese (AACAP, 1997). Es folgt die klinische Beobachtung des spontanen Verhaltens, der Interaktion und der Beziehung. Wenn möglich sollte das Kind mit Eltern oder Hauptbezugspersonen zusammen beobachtet werden. Das Kind kann zusätzlich mit jedem Elternteil getrennt beobachtet werden, um die beziehungspezifische Symptomatologie zu erfassen. Dazu wird die Spielsitzung minimal strukturiert, um einen möglichst unverfälschten Eindruck zu gewinnen. Eine semi-strukturierte videobasierte Interaktionsdiagnostik kann als Ergänzung verwendet werden. Wie bei älteren Kindern wird ein psychopathologischer Befund erhoben, z.B. mit der ITMSE (Infant and Toddler Mental Status Exam) (AACAP, 1997).

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

Standardisierte diagnostische Verfahren sollen bei Indikation zusätzlich verwendet werden.

Konsensstärke: 100%

Standardisierte Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine systematische Diagnostik einzelner Funktionsbereiche und einen Vergleich mit den Werten gleichaltriger Kinder (AACAP, 1997; Bolten, 2020). Sie ersetzen die Basisdiagnostik nicht und sollen nie die einzige Grundlage der Einschätzung sein. Mit anderen Worten: die klinische Einschätzung steht im Vordergrund, die standardisierte Diagnostik wird in Ergänzung nach Indikation durchgeführt und liefert wichtige, zusätzliche Informationen. Zu den diagnostischen Verfahren gehören (siehe Bolten, 2020):

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

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

Konsensstärke: 100%

Eine Diagnose des Kindes nach ICD-10 und/oder DC: 0-5 beim Kind ist Voraussetzung für eine Therapie. Es handelt sich dabei um einen sequentiellen Prozess: erst erfolgt die Diagnosestellung, dann die differentielle Therapieindikationsstellung und anschließend die störungsbezogene Therapie.

Die Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern erfolgt durch Spezialist:innen. Solche sind vor allem Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeut:innen mit besonderer Erfahrung für Kinder. Bei Bedarf können weitere Berufsgruppen wie Ergotherapeut:innen, Heilpädagog:innen und weitere relevante Berufsgruppen (s.o.) hinzugezogen werden.

Eine Beratung soll bei vorliegender Diagnose in jedem Fall erfolgen.

Konsensstärke: 100%

Die ärztliche, psychotherapeutische, psychologische und pädagogische Beratung von Kindern und ihren Bezugspersonen kann von der reinen Patientenaufklärung bis zur Psychoedukation reichen.

Eine Beratung stellt oft die Grundlage einer Therapie dar. Bei vielen Störungen, vor allem bei leichter Ausprägung, kann Beratung allein ausreichend sein. Eine Beratung ist nicht auf eine Stunde beschränkt, sondern kann sich auf mehrere Termine erstrecken.

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

Nicht-medikamentöse Therapien sollten nach differentieller Indikationsstellung die Haupttherapieform für psychische Störungen im Alter zwischen 0-5;11 Jahren darstellen.

Konsensstärke: 100%

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

Psychotherapie ist die Hauptbehandlungsform psychischer Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Psychotherapeutische Interventionen haben in der Regel Vorrang vor pharmakologischen Therapien, soweit Letztere in dieser Altersgruppe überhaupt in Frage kommen. Nach differentieller Indikationsstellung, die Schweregrad, Komorbidität, Alter, multifaktorielle Ätiologie und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt und abhängig vom Behandlungssetting (Praxis, Klinik, häuslicher Rahmen, Kindergarten), sind unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Anwendungsformen indiziert. Dabei kommt eine Vielzahl von Therapieformen in Frage. Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren sind tiefenpsychologische-fundierte Psychotherapie/Psychoanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, systemische Therapie. Für junge Kinder und Familien wurden davon spezielle, interaktionsbezogene Verfahren abgeleitet und entwickelt.

Psychotherapien umfassen:

- Elterntrainings
- Beziehungsfokussierte Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapien (SKEPT)
- Eltern-Kind-Psychotherapien
- Einzelpsychotherapien des Kindes
- Therapie mit Fokus auf die Paar- und Familiendynamik
- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Eltern

- Familientherapie
- Gruppenpsychotherapien
- Tagesklinische und stationäre Behandlungen, incl. Hometreatment (stationsäquivalente Behandlung/StäB)

Manche der genannten Versorgungsangebote können im Rahmen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bisher nicht erbracht werden. Hierfür ist eine Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig, die von den Autor:innen der Leitlinie angeregt wird.

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

Konsensstärke: 100%

Je nach vorliegender, diagnostizierter Störung soll die wirksamste Behandlungsmethode gewählt werden. Dabei können auch mehrere psychotherapeutische Verfahren sinnvoll miteinander kombiniert werden. Ein ambulantes Setting ist in der Regel vorzuziehen. Bei schweren Störungen, die eine intensive Überwachung und Intervention erfordern, können teilstationäre und stationäre Behandlungen incl. Hometreatment (Stationsäquivalente Behandlung/StäB) indiziert sein.

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

Konsensstärke: 100%

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

- Behandlung körperlicher Erkrankungen
- Assoziierte Therapien (wie Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- (Heil-) Pädagogische und medizinisch-therapeutische Angebote sowie Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung
- Familien-Hebammen, Familien-Gesundheits-/Kinderkrankenpfleger:innen, Sozialpädagog:innen und weitere Angebote der Frühen Hilfen für die Altersgruppe 0-3 Jahre

- Angebote der Jugendhilfe und Sozialarbeit/-pädagogik.

Niederschwellige Angebote in einem multiprofessionellen Netzwerk haben eine enorme Bedeutung in der Begleitung und Stabilisierung der Familien, in der Förderung typischer Entwicklungsprozesse und in der Prävention psychischer Störungen. Auch bei manifesten psychischen Störung können diese Maßnahmen für Kinder und Familien neben der Psychotherapie einen entscheidenden Beitrag leisten.

Eltern und/oder Bezugspersonen sollen im Rahmen aller Interventionen immer einbezogen werden.

Konsensstärke: 100%

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

Eine Psychopharmakotherapie durch in der Pharmakotherapie junger Kinder erfahrene Ärzt:innen kann bei gezielter Indikation und bei unzureichender nicht-medikamentöser Intervention erfolgen. Eine Psychopharmakotherapie durch in der Pharmakotherapie junger Kinder erfahrene Ärzt:innen soll immer mit Beratung und/oder nicht-medikamentösen Interventionen kombiniert werden.

Konsensstärke: 100%

Die Psychotherapie hat bei jungen Kindern immer Vorrang vor pharmakologischen Interventionen. Wenn ein Kind aber mittelgradige bis schwere Symptome aufweist, die trotz geeigneter psychotherapeutischer Interventionen persistieren, kann es sinnvoll sein, eine sorgfältig überwachte Pharmakotherapie zu erwägen. Eine Pharmakotherapie erfolgt für die meisten Medikamente als Off-label Verschreibung im Alter bei 5;11 Jahren. Die Hauptindikationen für eine Pharmakotherapie im Vorschulalter sind die ADHS sowie m.E. Schlafstörungen.

2. Beziehungsstörungen

Einleitung:

Die Interaktionsqualität und die Einbettung in einem stabilen Versorgungs- und Beziehungskontext sind für junge Kinder von so essenzieller Bedeutung, dass diese Aspekte in jedem Fall erfasst und überprüft werden sollten. Deshalb gehört die Interaktions- und Beziehungsdiagnostik zur Grundabklärung bei jedem Kind (siehe vorheriges Kapitel). Bei manifesten Beziehungsstörungen und Auffälligkeiten im Beziehungskontext ist das Kindeswohl gefährdet.

Prävalenz:

Nach einer dänischen bevölkerungsbezogenen Studie betrug die Prävalenz von Beziehungsstörungen 8,5 % nach den Kriterien der DC: 0-3. Die häufigste Form war die unterinvolvierte Beziehungsstörung mit 5,2 %. Das Risiko für eine kindliche Störung nach ICD-10 ist bei dem Vorliegen einer Beziehungsstörung um das 10,6-fache erhöht (Skovgaard et al., 2007). Prävalenzzahlen zu Beziehungsstörungen und Auffälligkeiten im Beziehungskontext nach DC: 0-5 liegen noch nicht vor.

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Beziehungsstörungen werden weder in der ICD-10, der ICD-11 noch der DSM-5 als Störungen erfasst. Nur in den Klassifikationssystemen der Zero To Three Organisation (DC: 0-3 bzw. DC: 0-5) werden Beziehungsstörungen definiert und deren Relevanz betont. Dabei haben sich die Konstrukte zwischen den beiden Versionen deutlich geändert.

Klassifikation nach DC: 0-5:

In der Vorgängerversion DC: 0-3R (2005) wurden ausgeprägte interaktive Störungen für die jeweiligen Eltern-Kind-Dyaden auf der zweiten Achse klassifiziert. Je nach der interaktiven Qualität konnten folgende Beziehungsstörungen unterschieden werden: die überinvolvierte, unterinvolvierte, ängstlich-angespannte, ärgerlich-ablehnende, verbal misshandelnde, körperlich misshandelnde und sexuell misshandelnde Beziehungsstörung.

Mit der DC: 0-5 wurde ein radikaler Schritt gegangen und zwischen einer spezifischen Beziehungsstörung der frühen Kindheit auf der ersten Achse und dem Beziehungskontext auf der zweiten Achse unterschieden. Dabei wurde die qualitative Unterscheidung der Beziehungsstörungen nach DC: 0-3R fallen gelassen.

Die DC: 0-5 (2016; 2019) kodiert die spezifischen Beziehungsstörungen der frühen Kindheit auf der 1. Achse - gleichwertig mit anderen Störungen des Kindes. Zur Diagnose einer Beziehungsstörung ist der Nachweis einer kindlichen Symptomatik erforderlich, die sehr divergent ausgeprägt sein kann und externalisierende wie auch internalisierende Symptome umfasst. Diese Symptome zeigen sich in einer spezifischen Beziehung mit einer speziellen Bezugsperson – und können in anderen Beziehungen fehlen. Zum Beispiel kann ein Kind die Nahrungsaufnahme nur bei einer bestimmten Bezugsperson ablehnen, bei anderen Personen oder in anderen Kontexten jedoch nicht. Die Symptome müssen seit einem Monat bestehen. Neu an diesem Konzept sind die Beschränkung der Diagnose auf eine spezifische Beziehung und der Nachweis von kindlichen Verhaltensänderungen. Leider liegt noch keine Forschung zu dieser neuen Diagnose vor.

Der Beziehungskontext wird separat auf der 2. Achse der DC: 0-5 (2016; 2019) erfasst. Die Einschätzung des Beziehungskontextes beruht auf Beobachtung der Interaktion, Anamnese, verbalen Beschreibungen der Beziehung und der Erfassung von Auffälligkeiten mit strukturierten Instrumenten. Die Beziehung und die versorgende Umgebung werden getrennt erfasst und beurteilt.

Beziehung:

Drei Aspekte sind bei der Beurteilung der Beziehung an sich wichtig, nämlich die emotionale Verfügbarkeit, die Wertschätzung des Kindes als Individuum und die Erziehungskompetenzen der Bezugsperson. In zwei Checklisten werden Dimensionen der Versorgung des Kindes durch Bezugspersonen und der Beitrag des Kindes zu der Beziehung erfasst und in einer dreistufigen Skala kodiert (Stärke, kein Grund zur Besorgnis, Sorge). Die Beziehung wird anschließend auf vier Stufen beurteilt: 1. Eine gut adaptierte bis genügende Beziehung; 2. Eine belastete und besorgniserregende Beziehung; 3. Eine eingeschränkte und gestörte Beziehung; 4. Eine desorganisierte und gefährdende Beziehung.

Versorgende Umgebung:

Als nächstes wird die versorgende Umgebung beurteilt und in einer dritten Checkliste nach einer dreistufigen Skala kodiert (Stärke, kein Grund zur Besorgnis, Sorge) und wieder nach den vier Stufen beurteilt: 1. Eine gut adaptierte bis genügende versorgende Umgebung; 2. Eine belastete und besorgniserregende versorgende Umgebung; 3. Eine eingeschränkte und gestörte versorgende Umgebung; 4. Eine desorganisierte und gefährdende versorgende Umgebung.

Letztendlich werden auf vier Stufen dimensionale Aspekte der Beziehung und der versorgenden Umgebung kategorial eingeteilt. Die Checklisten wirken praxistauglich, allerdings liegen keine

robusten Forschungsergebnisse oder psychometrischen Eigenschaften dazu vor. Es ist zu hoffen, dass Forschung zu diesen wichtigen Konstrukten folgen wird.

Die Relevanz einer Beziehungsstörung nach der 1. Achse ist so groß für das Kind und seine Entwicklung, dass sie in jedem Fall erfasst werden muss. Die Diagnostik des Beziehungskontextes ist zeitaufwendig, so dass sie erfasst werden sollte, wenn Ressourcen dazu zur Verfügung stehen.

Diagnostik:

Die Grundlage der Diagnostik ist eine Beobachtung von Eltern und Kind, klinisch oder videogestützt. Dabei können unstrukturierte Spielsituationen oder semistrukturierte Situationen mit vorgegebenen Aufgaben gewählt werden. Strukturierte Situationen mit vorgegebenem Ablauf und Aufgaben (z.B. angeleitete Trennung) in reizarmer Umgebung und unter Beachtung geeigneter Untersuchungsvoraussetzungen beim Kind sind wegen der internen Reliabilität und aus Gründen der Objektivität zu bevorzugen. Zudem stehen nach der DC: 0-5 (2016) drei neue Checklisten zur Verfügung.

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

Konsensstärke: 100%

Aufbauend auf der Beziehungseinschätzung sollen spezifische Beziehungsstörungen in jedem Fall erfasst oder ausgeschlossen werden.

Der Beziehungskontext sollte zusätzlich nach den Kriterien der 2. Achse der DC: 0-5 beurteilt werden.

Konsensstärke: 100%

Eine Störung des Beziehungskontextes nach DC: 0-5 (2016; 2019) kann auch ohne Vorliegen einer kindlichen oder elterlichen psychischen Störung vorliegen. Auch in diesen Fällen muss eine mögliche Kindeswohlgefährdung überprüft werden.

Die Diagnose psychischer Störungen bei den Eltern (Mütter und/oder Väter) ist ein wichtiger Aspekt bei der Diagnostik. Insbesondere sollten die Symptome einer postpartalen mütterlichen/väterlichen Depression frühzeitig erkannt werden. Eine elterliche Depression ist einer der wichtigen Risikofaktoren für die weitere kindliche Entwicklung.

Das Vorliegen einer elterlichen psychischen Störung soll erfasst werden.

Konsensstärke: 94%

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

Konsensstärke: 100%

Wenn der Verdacht auf eine psychische Störung bei einem Elternteil aufkommt, sollen die Eltern hinsichtlich der Durchführung einer Diagnostik und Behandlung bei Erwachsenen-psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachpersonen beraten werden. Die Diagnostik und Behandlung soll leger-
artis basierend auf zahlreichen AWMF-S3 sowie Nationalen Versorgungsleitlinien erfolgen.

Intervention:

Eine Beratung ist bei Beziehungsstörungen und Auffälligkeiten des Beziehungskontextes in jedem Fall indiziert – mit und ohne Vorliegen einer kindlichen Störung.

Bei schweren Beziehungsstörungen und Auffälligkeiten des Beziehungskontextes reicht eine Beratung nicht aus, eine Therapie ist notwendig. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt je nach Alter des Kindes auf einer beziehungs-fokussierten Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie oder weiteren Eltern-Kind-Therapien. Eltern- wie auch kindbezogene Interventionen kommen darüber hinaus in Frage.

Bei einer spezifischen Beziehungsstörung der frühen Kindheit sollen immer rasche Interventionen und Beratungen durchgeführt werden, da das Kindeswohl gefährdet sein kann.

Auch ohne das Vorliegen einer kindlichen Störung soll bei Auffälligkeiten des Beziehungskontextes eine Beratung der Eltern erfolgen.

Bei Beziehungsstörungen und Auffälligkeiten des Beziehungskontextes soll zwischen der Indikation für elternbezogene, kindbezogene oder Eltern-Kind-bezogene Interventionen differenziert werden.

Konsensstärke: 100%

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

Konsensstärke: 100%

Gerade bei der spezifischen Beziehungsstörung der frühen Kindheit sind das Kindeswohl und die Sicherheit des Kindes unbedingt und akut zu beachten. Bei Gefährdung des Kindes ist dafür zu sorgen, dass dies in eine sichere Umgebung gelangt.

Kern des am 1.1.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Darin stellt der §4 klar, dass Berufsgeheimnisträger:innen, denen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die mögliche Gefährdung des Wohls eines Kindes bekannt werden, mit dem Kind und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird. Ist dies offenkundig nicht möglich, sind sie verpflichtet, dem Jugendamt den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen, so dass hierüber weitere Schritte eingeleitet werden können.

Verlauf und Prognose:

Über den Langzeitverlauf der Beziehungsstörungen liegen keine Studien vor. Wie aus den oben referierten Studien abzuleiten, bedeutet eine Beziehungsstörung ein erhebliches Risiko für verschiedene Domänen der kindlichen Entwicklung.

3. Exzessive Schreistörung

Einleitung:

Das exzessive Schreien ist ein häufiges, für Säuglinge und Eltern sehr belastendes Symptom (Straßburg, 2006; Bindt & Schulte-Markwort, 2017). Es birgt die Gefahr eines Schütteltraumas. Ursächlich können von Seiten des Säuglings physiologische Unreife und Temperamentsfaktoren eine Rolle spielen sowie eine Reizüberflutung und/oder Reizverarbeitungsstörung (sensorische Verarbeitungsstörung) mit Einschränkungen der affektiven Selbstregulationsfähigkeit. Weiterhin spielt die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus vermutlich in die Genese sowie Aufrechterhaltung der Symptomatik hinein. Das Schreien kann auch als primäre Möglichkeit der infantilen Kommunikation betrachtet werden und hat aus dieser Perspektive verschiedene Beziehungsaspekte. Es zeigt die Überforderung der kindlichen selbstregulatorischen Kapazitäten an und stellt hohe Anforderungen an die ko-regulatorische Unterstützung seitens der primären Bezugspersonen. Aus der resultierenden Belastung der Eltern-Kind-Interaktion kann ein Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit resultieren, in dem sich Eltern und Kind zunehmend erschöpfen. Mit dem ersten Reifungsschub am Ende des dritten Monats klingt das exzessive Schreien bei der Mehrzahl der Kinder ab (Wolke et al. 2017).

Das bis zum Alter von 3 Monaten remittierende exzessive Schreien geht nach aktuellem Kenntnisstand nicht mit gravierenden Risiken für die Kindesentwicklung einher (Rao et al. 2004). Kinder mit auf diese Zeit begrenztem exzessiven Schreien unterschieden sich bezüglich Längen- und Gewichtsentwicklung, Verhaltensauffälligkeiten, Schlafgewohnheiten, Anzahl der Klinikaufnahmen und psychosomatischen Beschwerden nicht signifikant von Kontrollkindern im Alter von vier Jahren (Canivet et al. 2000). Assoziationen fanden sich zuletzt jedoch mit funktionellen gastrointestinalen Beschwerden und Kopfschmerzen vom Migräne-Typ im weiteren Entwicklungsverlauf (Indrio et al. 2023).

Wenn das exzessive Schreien stark ausgeprägt ist, spricht man von einer exzessiven Schreistörung nach DC: 0-5.

Mit Langzeitriskien assoziiert ist das Schreien dann, wenn es über das Alter von 3 Monaten hinaus persistiert und nach Häufigkeit, Dauer und Ausmaß weiterhin exzessiv ausgeprägt ist. Bei Kindern mit multiplen infantilen Regulationsproblemen (Bilgin et al. 2000), die mit exzessivem Schreien, Ess- und Fütter- sowie Schlafproblemen über den sechsten Lebensmonat hinaus einhergingen, fanden sich deutlich erhöhte Raten von Essproblemen und Schlafstörungen noch im Kleinkind- und Vorschulalter,

Verhaltensauffälligkeiten bis ins frühe Schulalter (von Kries et al. 2006, Assmussen et al. 2023) sowie vermehrt Hyperaktivitätssymptome, Auffälligkeiten im Sozialverhalten, ein auffälliges Temperament, Leistungsprobleme (Wolke et al. 2002) und Störungen der Feinmotorik (Rao et al., 2004). Kinder mit multiplen infantilen Regulationsproblemen wiesen zudem vermehrt eine ADHS bis ins Erwachsenenalter auf (Bilgin et al. 2020).

Als elterliche Risikofaktoren für die Persistenz der Symptomatik werden ein Mangel an intuitivem Elternverhalten, elterlicher Reflektions- bzw. Mentalisierungsfähigkeit sowie elterliche psychische Erkrankungen angegeben (Breeman 2018, Georg et al. 2018, 2021, 2023).

Prävalenz:

Die Prävalenz des exzessiven Schreiens als Symptom beträgt 16-29% (Zero to Three, 2016, 2019, Halpern & Coelho, 2016). Exzessives Schreien betrifft Jungen und Mädchen gleichermaßen, findet sich in vielen Kulturen mit ähnlichem Erscheinungsbild und Verlauf und tritt sowohl bei gestillten als auch bei mit der Flasche gefütterten Säuglingen auf (St. James-Roberts et al. 2006). Das exzessive Schreien ist am häufigsten im Alter von einem Monat (2,2 % bis 17,8 %) im Vergleich zu drei Monaten (2,0 % bis 9,9 %) und sechs Monaten (0,3 % bis 7,7 %) (Wolke et al. 2017). Prävalenzzahlen für die exzessive Schreistörung nach DC: 0-5 liegen nicht vor.

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Das exzessive Schreien wird weder in der ICD-10, in der ICD-11 noch in der DSM-5 als Störung klassifiziert.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Das exzessive Schreien wird in der DC: 0-5 (2016; 2019) als eigenständige Störung mit klaren Kriterien zur Häufigkeit und Ausprägung, aber ohne Altersangaben definiert. Dies unterstreicht die Bedeutung der exzessiven Schreistörung im Säuglingsalter. Diagnostisch werden die Wessel-Kriterien nach der Dreier-Regel herangezogen (Schreien über mehr als drei Stunden am Tag, an drei oder mehr Tagen pro Woche seit mindestens drei Wochen). Ferner ist erforderlich, dass das Schreien nicht durch eine somatische Erkrankung bedingt ist und eine Beeinträchtigung von Kind und Familie vorliegt.

Im klinischen Kontext ist jedoch die Belastung und Überforderung der Eltern ausschlaggebend, insbesondere durch die Gefahr des Schütteltraumas (Lee et al., 2007; Reijneveld et al., 2004, BZgA).

Ein kausaler Zusammenhang mit gastrointestinalen Störungen kann in der Regel nicht nachgewiesen werden.

Bei der Diagnose "Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen" nach DC:0-5 müssen nicht alle Kriterien der jeweiligen Störung erfüllt sein. Es besteht dabei jedoch eine Beeinträchtigung der Betroffenen im Alltag.

Die exzessive Schreistörung soll nach den Kriterien der DC: 0-5 diagnostiziert werden.

Die persistierende exzessive Schreistörung ab dem Alter von 3 Monaten ist mit Entwicklungsrisiken assoziiert und soll besonders sorgfältig in der Diagnostik und Therapie beachtet werden.

Konsensstärke: 100%

Diagnostik:

Die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik gelten auch für die exzessive Schreistörung. Jedes Kind muss körperlich untersucht werden. Somatische Ursachen sind selten, müssen aber erkannt werden. Bei somatischen Ursachen sollte an gastroösophagealen Reflux, Gedeihstörungen verschiedener Ursachen, Kuhmilchallergie und Atopien gedacht werden, aber auch an Infektionen und Verletzungen, z.B. nach Schütteltrauma. Die Häufigkeit des Schreiens sollte in einem Tagebuch erfasst werden. An Hand von 24 Stunden-Tagebüchern (Wach-Schlaf-Tagebuch) können objektivierbare Daten gewonnen werden, die auch den Eltern Orientierung und Sicherheit im Tagesverlauf geben und Interventionsmöglichkeiten aufzeigen (Ziegler, 2016).

Standardisierte Temperamentsfragebögen können hilfreich sein.

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

Eine umfassende somatische Diagnostik und eine interaktionszentrierte kinderpsychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik soll bei der exzessiven Schreistörung durchgeführt werden.

Konsensstärke: 100%

Psychosoziale Belastungen und psychische Störungen der Eltern sollen bei der exzessiven Schreistörung erfasst werden.

Konsensstärke: 100%

Intervention:

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

- Einbeziehung des Partners/der Partnerin und andere stabilisierende Personen
- Reizreduktion bzw. Reizdosierung für das Kind
- Vermeidung von kindlicher Übermüdung
- Strukturierung des Tagesablaufes mit regelmäßigen Schlafphasen am Tag
- Ausnutzung kindlicher Wachphasen für gemeinsame Spiele und Dialoge
- Überbrückung kritischer Schrei- und Unruhephasen durch weitere Personen
- Ruhephasen für die primäre Bezugsperson bei Überlastung
- Ermutigung und Hilfestellung, den schreienden Säugling zu begleiten oder abzulegen, vor allem dann, wenn das Schreien zunächst nicht beeinflussbar erscheint
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Aufklärung über die Gefahr eines Schütteltraumas.

Natürlich müssen eventuelle somatische Erkrankungen und Symptome mitbehandelt werden. Das so genannte Pucken/Swaddeling, d.h. das feste Wickeln des Säuglings mit Decken, Schlafsäcken und anderen Umhüllungen wird nicht empfohlen (Dixley et al., 2022). Es ist aus ethischer Sicht zudem kritisch zu sehen, da hierbei teilweise auch die Extremitäten des Kindes fest fixiert werden.

Beratung und ggf. Modifikation der Umweltbedingungen sollen bei der exzessiven Schreistörung, wie auch bei entsprechend ausgeprägten Schreisymptomen, die nicht die Diagnosekriterien einer Störung erfüllen, durchgeführt werden.

Konsensstärke: 100%

Bei jungen Säuglingen unter dem Alter von 3 Monaten sind eine Beratung und o.g. Maßnahmen meistens ausreichend. Die Beratung kann am besten durch Hebammen, Kinder- und

Jugendärzt:innen und anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen, (Heil-)Pädagog:innen) im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen und Elternberatungen erfolgen. Weitere Unterstützung können verschiedene Institutionen der Frühen Hilfen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Beratungsstellen, ambulante Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende und koordinierende Kinderschutzstellen der Jugendämter anbieten. Im Zweifelsfall sollte eine genaue Untersuchung und Beobachtung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem Kinderkrankenhaus erfolgen. Eine Psychotherapie ist meistens nicht erforderlich.

Eine eindeutige Risikogruppe sind diejenigen Kinder, die nach dem dritten Lebensmonat persistierend exzessiv schreien. Diese Kinder haben deutlich erhöhte Risiken hinsichtlich ihrer Langzeitentwicklung (s.o., Smarius 2017). Die Eltern sind psychisch durch das Schreien mitbelastet und/oder durch eigene psychosoziale Faktoren vorbelastet. Hier ist eine psychotherapeutische Behandlung von Eltern und Kind erforderlich. Bei traumatisierten Eltern kann die Schreibelastung als Trigger wirken (Schechter et al. 2015a, b) und so eine posttraumatische Belastungsreaktion reaktivieren. Für solche Beziehungskonstellationen sind spezielle Eltern-Kind-Psychotherapien entwickelt worden (Sandoz et al. 2019, Canivet et al. 2020; Sandoz et al. 2019).

Die von einer persistierenden Schreistörung betroffenen Kinder brauchen immer eine pädiatrische Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen. Eltern tragen überdies deutlich erhöhte psychische Risiken, so dass ggf. eine intensive psychotherapeutische Behandlung von Eltern und Kind erforderlich ist. Dabei kann die Eltern-Säuglings-Psychotherapie eher verhaltenstherapeutisch (Wolke et al. 1994) oder psychodynamisch ausgerichtet sein. Nach Bolten (2021) sind „sowohl verhaltensorientierte, interaktionszentrierte als auch tiefenpsychologisch-psychodynamische Therapieansätze bei der Behandlung des exzessiven Schreiens“ wirksam. Videogestützte Interaktionstherapien, Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Eltern, Bearbeitung von Projektionen auf das Kind und Aufmerksamkeitslenkung sind wichtige Therapiebausteine (Bolten et al. 2013 a, Georg et al. 2021) sowie auch unterstützende Maßnahmen der frühen Hilfen (von Kries & Haack 2016).

Indikationen für eine weiterführende Beratung/Therapie sind (Ziegler 2016; Bindt & Schulte-Markwort 2017):

- Persistierendes Schreien über den 3. Lebensmonat hinaus
- Multiple Regulationsstörungen
- Depression oder andere psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile

- Belastungen oder Störungen der Eltern-Kind-Beziehung
- Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung

Bei gezielter Indikation können assoziierte Therapien hilfreich sein.

Eine Indikation für eine Pharmakotherapie liegt nicht vor (Halpern und Coelho 2016).

Kinder mit persistierender exzessiven Schreistörung, die auch nach Beratung noch anhält, sollen zeitnah intensiv behandelt werden, da es sich um eine Risikogruppe mit vermehrten Langzeitfolgen handelt.

Als Mittel der Wahl soll eine beziehungs-fokussierte Psychotherapie unter Einbeziehung von Kind und Eltern durchgeführt werden.

Konsensstärke: 88%

Weitere Berufsgruppen wie Ergotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen, (Heil-)Pädagog:innen, Sozialarbeiter:innen, (Familien-) Hebammen, Erzieher:innen und sonstige Begleiter:innen und Berater:innen aus den Frühen Hilfen und der interdisziplinären Frühförderung können niederschwellige, alltags- und betätigungsorientierte Beratungs-, Therapie- und sonstige Unterstützungsmaßnahmen beitragen.

Ergänzend sollte bei der exzessiven Schreistörung die Indikation für weitere Förder- und Behandlungsmaßnahmen geprüft werden, insbesondere für Ergotherapie, Physiotherapie oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung (ggf. als Komplexleistung).

Konsensusstärke: 88%

Durch das prolongierte exzessive Schreien kann auch das Explorations- und Lernverhalten des Kleinkindes beeinträchtigt sein. Persistierende, sich in der Eltern-Kind- Interaktion ausprägende Schreiprobleme stellen – insbesondere in psychosozial vorbelasteten Familien – ein erhöhtes Risiko für die Bewältigung kindlicher Entwicklungsaufgaben dar (Cierpka et al. 2015). Die Schwerpunkte der Ergotherapie und anderer assoziierter Therapien liegen beim älteren Säugling (ab 6 Monaten) und beim Kleinkind in der Vermittlung fehlender Schlüsselfertigkeiten und in der Anleitung der Bezugspersonen hinsichtlich einer effektiven Unterstützung des Kindes im Alltag, da

Alltagsbetätigungen in dieser Altersgruppe immer im Kontext der Beziehungen mit Bezugspersonen zu betrachten und zu behandeln sind (Pizur-Barnekow et al. 2011).

Verlauf und Prognose:

Mehrere Langzeitstudien (Baumann et al. 2019; Bilgin et al. 2020, Winsper, Bilgin & Wolke 2020) sowie eine Metaanalyse von Hemmi et al. (2011) zeigen auf, dass das persistierende exzessive Schreien ein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme im weiteren Entwicklungsverlauf birgt. Belastungen der Eltern, Paarkonflikte und elterliche psychische Erkrankungen werden als Risikofaktoren für das spätere Auftreten von psychischen Erkrankungen der Kinder benannt.

4. Schlafstörungen

Einleitung:

Schlafprobleme bei jungen Kindern sind häufig und für die Familien sehr belastend. Schlafprobleme können sich sowohl im Kontext gesunder Beziehungen als auch bei besonderen Risikokonstellationen entwickeln und erhebliche Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, Leid und Stress auslösen.

Die Entwicklung von Schlafmustern in den ersten Lebensjahren stellt eine komplexe Interaktion dar aus kulturellen Erwartungen, realen Umfeldbedingungen und sozioökonomischen Gegebenheiten, familiären Stressoren und Widerstandsfähigkeit, Erziehungsvorstellungen, eigenen intrinsischen Merkmalen des jungen Kindes und Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren (DC: 0-5, 2016). Schlafstörungen entwickeln sich in komplexen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind. Kenntnisse von entwicklungsbedingten und physiologischen Abläufen sind notwendig. Das Zusammenspiel der zirkadianen („innere Uhr“) und der homöostatischen Schlaf-Wachregulation entwickelt sich in den ersten 6 Lebensmonaten (Jenni, 2009). Grundsätzlich ist ein Aufwachen nachts physiologisch, so wie das Bedürfnis eines Kindes nach Nähe zur angeborenen Grundausstattung gehört.

Eine klinische Relevanz und damit Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn die Aktivität des Kindes und die Funktionsfähigkeit der Familie anhaltend und tiefgreifend beeinträchtigt sind. Schon bei jungen Kindern können verschiedene Schlafstörungen unterschieden werden, die gut auf therapeutische Intervention ansprechen.

Die S1-Leitlinie zu nicht-organischen Schlafstörungen (AWMF Registrier-Nr. 028-012), die in der Diagnostik und Behandlung entsprechend beachtet werden sollten.

Prävalenz:

Die Prävalenz von kindlichen Ein- und Durchschlafproblemen liegt bei etwa 20-30%. Dreißig Prozent aller Eltern von gesunden Kindern im Alter von 0 – 3 Jahren gaben zu irgendeinem Zeitpunkt Besorgnis hinsichtlich des Schlafverhaltens ihrer Kinder an (Hiscock & Davey 2018). In einem unselektierten Internet-Sample gaben 23% von 5006 Eltern von Kleinkindern im Alter von 0-36 Monaten an, dass die Schlafprobleme ihres Kindes für sie ein „geringes“, in 2 % ein „schwerwiegendes“ Problem darstellten (Sadeh et al. 2009). Die Häufigkeit von schweren Schlafstörungen mit weitergehender Beeinträchtigung liegt bei ca. 5-10% (DC: 0-5), wobei zu den einzelnen Schlafstörungen nach DC: 0-5 bislang noch wenige Daten vorliegen.

Klassifikation nach ICD 10 bzw. ICD 11:

In der ICD-10 sind keine spezifischen kindlichen Schlafstörungen aufgeführt. Die nicht-organische Insomnie (F51.0) wird nach Ausschluss organischer Ursachen durch Ein- oder Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität mit einer Häufigkeit von mindestens dreimal pro Woche bei einer Dauer über mindestens einen Monat und mit deutlichem Leidensdruck definiert. Zu Kindern findet sich bei der ICD-10 der Hinweis, dass „Schwierigkeiten beim Zubettgehen“ nicht als Schlafstörungen klassifiziert werden sollten. Andere Schlafstörungen nach ICD-10 umfassen die nichtorganische Hypersomnie (F51.1), die nichtorganische Störung des Schlaf- Wach- Rhythmus (F51.2), das Schlafwandeln (F51.3), den Pavor nocturnus (F51.4), Albträume (F51.5) und Restkategorien (F51.8 und F51.9).

Nach der ICD-11 werden Schlafstörungen nicht als psychische Störung klassifiziert, sondern als Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus für die gesamte Lebensspanne, d.h. nicht spezifisch für (junge) Kinder.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die DC: 0-5 (2016; 2019) unterscheidet vier verschiedene Schlafstörungen: die Ein- und Durchschlafstörungen, die ab einem Mindestalter von 6 bzw. 8 Monaten diagnostiziert werden können; die partielle Aufwachstörung sowie Albträume der frühen Kindheit, die ab dem Alter von 12 Monaten diagnostiziert werden können. Die partielle Aufwachstörung fasst den Pavor nocturnus und das Schlafwandeln zusammen.

Einschlafstörungen werden definiert durch eine Einschlafdauer von mehr als 30 Minuten in den meisten Nächten der Woche. Das Kind muss mindestens sechs Monate alt sein. Die Störung muss mindestens vier Wochen bestehen, nicht durch eine Erkrankung bedingt sein und beeinträchtigend wirken.

Die **Durchschlafstörung** ist durch häufiges oder längeres Erwachen in den meisten Nächten bei einem Mindestalter von acht Monaten definiert. Die restlichen Kriterien entsprechen denen der Einschlafstörung.

Unter den **partiellen Aufwachstörungen** werden der Pavor nocturnus (Nachtschreck) und der Somnambulismus (Schlafwandeln) zusammengefasst. Bei dem **Pavor nocturnus** erwacht das Kind unvollständig aus dem Tiefschlaf, schreit ängstlich wirkend und zeigt vegetative Symptome, oft ohne voll ansprechbar und für die Eltern erreichbar zu sein. Beim **Schlafwandeln** steht das Kind auf, läuft

umher und ist nicht ansprechbar. Die **Alpträume der frühen Kindheit** sind für das Kind emotional belastend und werden zum Teil erinnert. Für die letztgenannten Störungen ist ein Mindestalter von zwölf Monaten und eine Dauer von einem Monat erforderlich.

Bei den Schlafstörungen sollen Ein- und Durchschlafstörungen, die partielle Aufwachstörung und Alpträume unterschieden werden.

Konsensstärke: 100%

Zur Diagnose von Schlafstörungen sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensstärke: 100%

Schlafstörungen sollen nach DC: 0-5 nicht vor dem Alter von 6, 8 bzw. 12 Monaten diagnostiziert werden. Bei jüngeren Kindern im ersten Lebensjahr sollten Beeinträchtigungen der Schlaf-Wachregulation erfasst werden.

Konsensstärke: 100%

Obwohl die DC: 0-5 (2016, 2019) Mindestalterskriterien von 6 bis 12 Monaten vorsehen, sind Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus auch bei jüngeren Säuglingen belastende Symptome für die Familie, die eine Beratung erfordern.

Diagnostik:

Bei Schlafstörungen müssen organische Grunderkrankungen mittels einer pädiatrischen Diagnostik ausgeschlossen, psychosoziale Stressoren erfasst und komorbide psychische Störungen unter Berücksichtigung der 5 Achsen des DC:0-5 diagnostiziert werden. Organische Ursachen für eine Schlafstörung sind z.B. das Obstruktive Schlaf-Apnoe Syndrom (OSAS), Atopien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Neurobiologische Entwicklungsstörungen wie Autismus-Spektrum-Störungen, andere umschriebene Entwicklungsstörungen und psychische Störungen, eine Adipositas, aber auch elterliche Depressivität und andere psychische Belastungen und Störungen mit u.U. eingeschränkter emotionaler Verfügbarkeit und mangelndem Kompetenzerleben in der Elternfunktion müssen beachtet werden (Hiscock & Davey 2018; Sadeh et al. 2016; Kahn et al. 2020 a). Daneben ist ein exzessiver Medienkonsum mit einer kürzeren Schlafdauer assoziiert und sollte erfragt werden (Cespedes et al. 2014).

Einen besonderen Stellenwert hat die **Schlafanamnese**. Erfasst werden sollen die Anamnese der Schlafentwicklung, der Abendrituale, Einschlafsituation, Einschlafhilfen (Dauer, Praktiken), Schlafumgebung und Schlafhygiene. Zum nächtlichen Schlaf soll die Häufigkeit des Erwachens nachts, Wiedereinschlafhilfen und nächtliche Wachphasen erfasst werden, daneben die Tagesbefindlichkeit, Tagesschlafchen und das Temperament des Kindes.

Zudem sind relevant: die biografische Anamnese des Kindes (z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Trennungserfahrungen, vorangehende und aktuelle Erkrankungen), psychosoziale bzw. familiäre Belastungen (z.B. Schichtdienst), die elterliche Toleranz gegenüber kindlicher Unruhe und Schreien und schlafbezogene Kognitionen (z.B. Stressattribution bezogen auf das Kind mit Schlafproblemen, eigener Stress bei Schlafunterbrechung) sowie manifeste psychische Erkrankung der Eltern (Ziegler 2016; Kahn et al. 2020). Gleichfalls zu beachten sind individuelle, kontext- und kulturspezifische Erwartungen, Vorstellungen und Gepflogenheiten hinsichtlich der Schlafsituation.

Des Weiteren soll ein **Schlafstagebuch** über mindesten ein bis zwei Wochen geführt werden. Auch standardisierte Fragebögen werden empfohlen. Besonders sollte auf die Erfassung von schlafhygienischen Maßnahmen und Routinen geachtet werden. Phillips et al. (2021) fassen in ihrer Übersicht diagnostische Instrumente und deren psychometrischen Eigenschaften zusammen.

Bei Schlafstörungen soll eine somatische Diagnostik und sollte indikativ eine kinderpsychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden.

Konsensstärke: 88%

Komorbide internalisierende und externalisierende Störungen der Kinder treten vermehrt auf. Schlafstörungen finden sich auch gehäuft bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen, Entwicklungsstörungen und körperlichen Erkrankungen.

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

Komorbide Störungen der Schlafstörungen sollen erfasst und im Behandlungsverlauf kontrolliert werden.

Konsensstärke: 100%

Bei Schlafstörungen sollen elterliche psychische Störungen erfasst und bei Vorliegen eine Behandlung empfohlen werden.

Konsensstärke: 100%

Intervention:

Im Kontext von Schlafstörungen wurde eine Vielzahl verschiedener Elternprogramme zur Beratung und Intervention entwickelt. Ziel ist es jeweils, positive Schlafroutinen zu etablieren und diese aufrechtzuerhalten. In der Beratung können Elternratgeber hilfreich sein (Bolten 2013). Eine Psychoedukation zum kindlichen Schlaf, die schlafspezifische Beratung und Vermittlung positiver Routinen sind bei allen Störungsgraden indiziert und bei leichteren Schlafstörungen oft ausreichend.

Eine entwicklungsorientierte, interaktionszentrierte und alltagsstrukturierende Beratung soll bei kindlichen Schlafstörungen durchgeführt werden.

Konsensstärke: 100%

An erster Stelle stehen die Beratung und Psychoedukation. Die Physiologie des Schlafs im Entwicklungsverlauf des Kindes sollte erläutert werden. Die Etablierung von alters- und entwicklungsangemessenen elterlichen Erwartungen und Vorstellungen bezüglich des kindlichen Schlafverhaltens sowie eine Rhythmisierung des Alltags mit festgelegten Essens-, Schlaf- und Wachzeiten sollten wichtige Ziele der Beratung sein. Nach dem Feststellen des individuellen Schlafbedarfs sollte der Schlafrhythmus und Tagesrhythmus nach Auswerten des Schlafprotokolls angepasst werden.

Verhaltensbezogene Interventionen bei frühkindlichen Schlafstörungen gründen auf der Lerntheorie und postulieren, dass eine ausgedehnte elterliche Verfügbarkeit in der (Wieder-) Einschlafsituation die Entwicklung von kindlichen Selbstberuhigungsstrategien behindert und das Angewiesensein auf elterliche Hilfen erhöht, um in den Schlaf zu finden oder diesen bei Unterbrechung fortzusetzen. Eltern sollen deshalb ermutigt werden, ihre Beruhigungshilfen in der Einschlafsituation zeitlich zu verzögern und graduell zurückzunehmen. Hier kommen Methoden zum Einsatz, bei denen Eltern entweder physisch präsent bleiben, sich aber ihrem Kind gegenüber gestuft weniger ansprechbar zeigen (gestuftes Trösten, „Camping-out“ Technik) oder sich physisch zurückziehen und nach vorab

festgelegten zeitlichen Intervallen ins Kinderschlafzimmer zurückkehren (graduierte Extinktion, „Checking-in“ Technik) (Mindell et al. 2006; Meltzer 2017).

Das selbständige Einschlafen und Wiedereinschlafen des Kindes unter stufenweiser Rücknahme der elterlichen Unterstützung bei physischer Präsenz kann über folgendes Vorgehen gefördert werden: 1. Einschlafritual außerhalb des Bettes, das Kind wach ins Bett legen und verabschieden, zunächst neben dem Bett sitzen bleiben; 2. schrittweise Reduktion der Einschlafhilfen über mehrere Tage: vom Bett abrücken, noch im Raum bleiben; 3. schließlich aus dem Raum gehen. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass Kinder mit manifesten Schlafproblemen zunächst die Rückversicherung benötigen, nicht alleingelassen zu werden, und dass Eltern ihrerseits an Sicherheit gewinnen müssen, ihrem Kind den Schritt des allein Einschlafens zumuten zu können.

Bei der graduierten Extinktion mit physischem Rückzug sollen Eltern das Weinen und ggf. Wutausbrüche für vorher festgelegte Zeiträume ignorieren, bevor sie in das Schlafzimmer zu ihrem Kind gehen. Es kann entweder ein progressives Schema (z. B. eine Steigerung von fünf Minuten, über 10 Minuten zu 15 Minuten usw.) gewählt werden oder ein festgelegtes Schema (z. B. alle 5 Minuten). Eltern dürfen das Kind kurz beruhigen (üblicherweise 15 Sekunden bis eine Minute).

Bei beiden Interventionen sollen Interaktionen minimiert werden, die das aufmerksamkeitssuchende und anklammernde Verhalten des Kindes verstärken könnten. Das Ziel ist jeweils, dass das Kind lernt, sich selbst zu beruhigen und einschlafen kann, ohne auf extensive elterliche Aktivitäten angewiesen zu sein. Sobald diese Fähigkeit entwickelt ist, sollte das Kind zudem allein wieder einschlafen können, wenn es nachts aufwacht.

Weitere verhaltenstherapeutische Interventionen stehen zur Verfügung wie die unmodifizierte Extinktion und schrittweisen Variationen der Einschlafzeiten und Fading Programme (faded awakening und scheduled awakening), die aber selten eingesetzt werden (Mindell et al. 2006). Zur Behandlung von Schlafstörungen liegt eine Vielzahl von Studien mit hoher Qualität vor (Mindell et al., 2006). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind nach vielen randomisiert-kontrollierten Studien sehr wirksam und erbringen nachhaltige Effekte für besseren Schlaf im Entwicklungsverlauf. Deren Ergebnissen zufolge ist die „graduierte Extinktion“ bei Einschlafstörungen besonders effektiv. Alle bisherigen Studien erbrachten positive Effekte, sodass die Wirksamkeit ähnlich hoch ist wie bei der klassischen Extinktion. Diese sogenannte ‚Ferber-Methode‘ bzw. das „Checking-in“ gilt nach Studienlage als Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Ferber 1996; Bolten 2013).

Wichtig ist dabei festzuhalten, dass die genannten verhaltenstherapeutischen Interventionen keine unerwünschten Effekte nach sich ziehen. So zeigten sich in randomisiert-kontrollierten Studien auch 5 Jahre nach Durchführung von Extinktionsverfahren keine negativen Langzeitauswirkungen (Price et al. 2012; Whittall et al. 2021). Insbesondere konnten keine negativen Auswirkungen auf die kindliche Bindungsentwicklung festgestellt werden (Sadeh et al. 2010). In ihrer Übersicht über bisherige Therapiestudien weist auch Bolten (2021) und Reuter et al. (2020) auf die hohe Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen ohne negative Folgen hin (Price et al., 2012). In dieser systematischen Übersicht konnten Reuter et al. (2020) 12 Studien zur Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern unter einem Alter von 2 Jahren einschließen. Verhaltensbezogene Interventionen waren mit Abstand am erfolgversprechendsten.

In der Praxis und zunehmend auch in Studien zeigt sich jedoch, dass viele Eltern trotz der angeführten Ergebnisse zurückhaltend bis ablehnend sind, die beschriebenen verhaltensmodifizierenden Maßnahmen bei Schlafproblemen ihrer Kinder anzuwenden (Khan et al., 2020 b; Whittall et al. 2021). Von denen, die einen strukturierten Versuch unternehmen, profitieren 20-30% nicht ausreichend (Mindell et al. 2006). Kahn et al. (2020b) konnten zeigen, dass elterliche Faktoren (wie niedrige Schreitoleranz und negative stressbezogene Kognitionen) mit einem schlechteren Ansprechen der kindlichen Symptomatik auf die Interventionen einhergingen.

Die Gründe hierfür sind nicht abschließend eruiert. Es finden sich Hinweise darauf, dass insbesondere vermehrt ängstliche Kinder auf Interventionen schlechter ansprechen, die einen höheren Grad der physischen Trennung von den Eltern empfehlen (Kahn et al. 2020 b). Zudem gehen Faktoren wie die emotionale Toleranz gegenüber kindlichem Schreien, das Ausmaß der elterlichen Einschätzung, ihr Kind mit Einschlafproblemen als stressbelastet (verzweifelt und leidend) zu erleben sowie kulturelle Vorstellungen und Gepflogenheiten in die elterliche Bereitschaft und Fähigkeit ein, verhaltensregulierende Interventionen im strukturierten Modus umzusetzen (Whittall et al. 2021). Aus solchen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die gradierte Extinktion trotz hoher Evidenz für ihre Wirksamkeit nicht die Methode der Wahl für alle Eltern ist und spezifische Faktoren, die den Behandlungserfolg oder auch Misserfolg vorhersagen, weiterhin zu identifizieren sind (Meltzer 2017).

Falls eine Beratung nicht ausreicht, soll eine Behandlung der kindlichen Schlafstörungen unter Berücksichtigung individueller kindlicher, elterlicher und kultureller Merkmale erfolgen. Vorrangig soll eine verhaltensorientierte Intervention angeboten werden.

Ist diese nicht passend oder nicht umsetzbar, sollen indikativ und fallgeleitet weitere psychotherapeutische Techniken und andere psychotherapeutische Methoden zum Einsatz kommen.

Konsensstärke: 82%

Hiscock und Davy (2018) nennen verschiedene Verhaltensstrategien im Umgang mit Schlafproblemen und weisen auf die Bedeutung einer individuell angepassten Intervention bezogen auf kindliches Entwicklungsalter und elterliche psychische Belastung hin. Insbesondere die Kombination von Psychoedukation, verhaltensmodifizierenden und beziehungsfokussierten Beratungs- und Behandlungsansätzen scheint hilfreich (Papousek et al. 2004; Daws & Sutton, 2020).

Manualisierte Gruppentherapieprogramme für Eltern von Kindern mit Schlafproblemen im Alter von 0,5 bis 4 Jahren sind ebenfalls erfolgreich. Das Mini-Kiss kombiniert verschiedene Therapiekomponenten in sechs Sitzungen (Schlarb et al. 2011). Die Themen umfassen eine allgemeine Psychoedukation, Analyse von Schlafverhalten, die Bedeutung von Weinen, Schreien und Trotz, Stress, Geborgenheit und eine Abschlusssitzung. Dieses Programm verzichtet auf Extinktionsverfahren.

Darüber hinaus kann es wichtig sein, in der Beratung und Psychotherapie Trennungsängste anzusprechen und zu bewältigen sowie die kindliche Autonomieentwicklung zu fördern unter Beachtung des psychosozialen Kontextes. Alterstypische Entwicklungsthemen im Schlafkontext sollten angesprochen werden, wie Bindung und Exploration, Autonomie und Wiederannäherung und Bewältigung von Ängsten und Angstträume. Entwicklungsaufgaben stellen sich auch für die Eltern im Vermitteln von Sicherheit, Nähe und Geborgenheit in gleicher Weise wie Grenzsetzung, emotionale Regulation, Hilfe zur Selbstregulation.

Psychodynamische Therapien sind wirksam. Diese sollen insbesondere eingesetzt werden, wenn verhaltensorientierte Interventionen nicht ausreichen oder nicht umgesetzt werden können. Die psychodynamische Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (Cierpka & Windaus 2007, Georg et al. 2018, Daws & Sutton 2020) sowie die Interaktionszentrierte Eltern-Säuglings-Kleinkindberatung und Behandlung (IESK-B/P) (Papousek et al. 2004) sind hier zu nennen. Da Schlafstörungen eine Trennungsproblematik oder Ängste der Eltern zugrunde liegen können (Barth, 1999), sollen Eltern angeleitet werden, Klarheit und Sicherheit zu vermitteln. Zudem sollten bei Verdacht elterliche und kindlichen Angststörungen frühzeitig diagnostiziert und lege artis behandelt werden.

Die bisherigen Behandlungsempfehlungen beziehen sich auf Ein- und Durchschlafstörungen bei jungen Kindern. Studien zur Behandlung der partiellen Durchschlafstörungen (Pavor nocturnus und Schlafwandeln) und der Alpträume nach DC: 0-5 fehlen bislang.

Eine Psychopharmakotherapie soll bei Schlafstörungen möglichst nicht erfolgen.

Konsensstärke: 100%

Bisherige Studien zeigen eindeutig, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen viel wirksamer sind als Pharmakotherapie (Mindell et al. 2006; Morgenthaler et al. 2006).

Falls Beratung, Psychoedukation, positive Schlafroutinen und Psychotherapie für 2–4 Wochen nicht erfolgreich sind und eine erhebliche Beeinträchtigung vorhanden ist, empfehlen Gleason et al. (2007) eine Medikation für maximal einen Monat mit begleitender Psychotherapie.

Mittel der Wahl bei Einschlafstörungen ist dabei Melatonin, in einer Dosierung von 1–3 mg abends über mindestens 10–14 Tage (Kirchhoff et al., 2018). Hollway und Aman (2012) konnten zeigen, dass Kinder mit neurologischen und Entwicklungsstörungen mit schweren Schlafstörungen unter Melatonin früher einschlafen.

Esposito et al. (2019) kommen zum Schluss, dass Melatonin nicht nur bei Kindern mit Entwicklungsstörungen sicher und wirksam ist, sondern auch bei primären Schlafstörungen. Es sollte individuell dosiert werden. Reebye et al. (2009) empfehlen Melatonin in einer niedrigen Dosis bei Kleinkindern (1-3mg) und eine höhere Dosis bei älteren Vorschulkindern (2-4mg) mit einer graduellen Steigerung nach Bedarf. Nach der systematischen Übersicht von Händel et al. (2023) ist Melatonin nicht mit ernststen Nebenwirkungen verbunden, milde, unspezifische Nebenwirkungen (wie Kopfschmerzen, Übelkeit, usw.) könnten jedoch auftreten. Auch Edelmann-Callesen (2023) zeigen in ihrer systematischen Übersicht, dass die off-label Verschreibung von Melatonin bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 2 Jahren die Schlaflatenz reduziert und die Schlafdauer verlängert. Sie folgern, dass Melatonin nie Mittel der ersten Wahl sein sollte, aber in der Hand von Spezialisten bei Therapieresistenz gegenüber nicht-pharmakologischen Interventionen erwogen werden kann. Paditz (2024) empfiehlt, beim aktuellen Kenntnisstand möglichst niedrige Dosierungen von Melatonin einzusetzen und mehrwöchige Auslassversuche im Therapieverlauf einzuplanen, da ausreichende Daten zu Langzeiteffekten des schlaffördernden Hormons auch auf weitere Regelkreise des Hormonstoffwechsels bislang nicht zur Verfügung stehen.

Andere Medikamente sind nur in absoluten Ausnahmen indiziert. Jede weitere Pharmakotherapie ist nicht zu empfehlen. Eine S2e-Leitlinie zu Indikationen für Melatonin als schlafförderndes Mittel bei Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter ist in Vorbereitung (AWMF-Registernummer 063-005).

Verlauf und Prognose:

Schlafstörungen sind häufige Störungen mit erheblichen Auswirkungen für Eltern und Kinder. Sie haben Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung (z. B. Lernen, Gedächtnis und exekutive Funktionen), Affektregulierung (z. B. chronische Irritabilität), Aufmerksamkeit, Verhalten (z. B. Aggressivität und Hyperaktivität), Gesundheit (wiederholte Unfälle) und generelle Lebensqualität (Mindell et al. 2006). Ohne Behandlung bzw. Beratung persistieren Schlafprobleme/Schlafstörung häufig bis ins Schulalter (Fricke-Oekermann u. Lehmkuhl 2007). Die erfolgreiche Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen ist dagegen verbunden mit einer verbesserten Anpassung der Kinder an diverse Alltagsanforderungen tagsüber und vermehrtem elterlichem Wohlbefinden (Ramchandani et al. 2000, Eckerberg 2004, Hiscock & Davey 2018) und verbessert die Lebensqualität der Kinder und der ganzen Familie.

5. Fütter- und Essstörungen

Einleitung:

In den meisten klinisch relevanten Klassifikationssystemen wurde bisher zwischen Fütter- und Essstörungen unterschieden. Bei Fütterstörungen im engeren Sinne ist ein unabhängiges Essen durch das Kind noch nicht möglich, die Nahrungsaufnahme erfolgt in dyadischen Beziehungen. Bei den Essstörungen dagegen ist selbständiges Essen unabhängig von den Bezugspersonen möglich. Der Begriff Fütterstörung wird in der aktuellen Fassung der DC:0-5, wie auch im DSM-5 und ICD-11, nicht mehr verwendet. Für alle Störungen der Nahrungsaufnahme wird daher seither auch im Deutschen bereits im frühen Kindesalter der Begriff Essstörung verwandt.

Während im DC: 0-3R noch die Diagnose Fütterstörungen, unterteilt in Subtypen (Chatoor 2010; Chatoor & Ammaniti 2007) aufgeführt wurde, welche eine hohe klinische Relevanz für Diagnostik und Intervention haben, werden diese im DC: 0-5 und in der ICD-11 unter der Diagnose Essstörungen subsummiert und im DSM-5 als Vermeidend-Restriktive Störungen der Nahrungsaufnahme (ARFID) klassifiziert (Fisher et al. 2014).

Unter Anerkennung der über viele Jahre vorherrschenden Begriffsbildung im deutschen und der dazu anhaltenden Debatte im angloamerikanischen Sprachraum, wird im folgenden Text weiterhin der Terminus der Fütter- und Essstörung verwendet und nicht durch den der Essstörung für alle Störungen der Nahrungsaufnahme ersetzt (**Konsensusstärke: 81%**).

Die AWMF-Leitlinie zu Essstörungen (Registrier-Nr. 051-026) behandelt vor allem die Diagnostik und Therapie von Essstörungen bei Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Besonderheiten des Vorschulalters werden wenig berücksichtigt.

Ätiologie:

Fütter- und Essstörungen sind multifaktoriell bedingte Störungen, bei denen somatische wie auch psychische Faktoren interagieren, die sowohl das Kind wie auch die Eltern betreffen. Zu den kindlichen Risikofaktoren gehören gastroösophagealer Reflux, Früh-/Mangelgeburt, strukturelle Fehlbildungen des Naso-Oro-Pharynx, neurologische und mundmotorische Störungen, Kuhmilchallergie und andere Allergien, chronische Erkrankungen, genetische Syndrome sowie polygenetische Prädisposition, Sondenernährung und kindliche Temperamenteigenschaften. Zu den elterlichen Risikofaktoren gehören elterliche psychische Störungen, elterliche Essstörungen, Partnerschaftskonflikte und mangelnde soziale Unterstützung.

Im Verlauf entwickeln sich häufig Interaktionsprobleme zwischen Eltern und Kindern bei den Mahlzeiten. Nach dem Modell von Kerzner et al. (2015) reagieren Eltern auf kindliche Essprobleme (wie fehlender Appetit, selektives Essen, Angst vor Essen und Überessen) entweder kontrollierend, verwöhnend, vernachlässigend oder im günstigen Fall responsiv.

Andere Modelle der essbezogenen Interaktionen betonen Aspekte der Regulationsfähigkeit. Eine Fütter- und Essstörung kann mit einer Überforderung bei der Selbstregulation des Kindes und der Ko-Regulation durch die primären Bezugspersonen einhergehen. Ursächlich können von Seiten des Säuglings physiologische Unreife und Temperamentsfaktoren eine Rolle spielen sowie Reizverarbeitungsstörungen (siehe auch: sensorische Verarbeitungsstörungen) mit sensorischen Über- und Unterempfindlichkeiten sowie eine Problematik der affektiven (Selbst-) zum selbstständigen Essen beeinträchtigen (Übersichten bei Ross 2022, Bindt 2023).

Wenn die Fütter- und Essstörung persistiert und Häufigkeit, Dauer und Ausmaß der Symptomatik ausgeprägt sind, kann sie die Eltern-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung beeinträchtigen, bis hin zu Gedeihstörungen (Papoušek 2004, Hofacker 2009; Wright et al. 2007). Negative und dysregulierte kindliche Affekte in der Interaktion beim Essen können v.a. bei traumatisierten Eltern deutlich posttraumatische Reaktionsweisen hervorrufen, die wechselseitig wiederum zu mehr Dysregulation beim Baby führen können (Schechter et al. 2015a, b). Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder mit zurückliegenden traumatischen Erfahrungen hinsichtlich des Mund-Rachen-Speiseröhren-Bereichs sowie des gesamten Verdauungstrakts zeigen posttraumatisch eine ängstlich getönte Abwehr, die die Entstehung einer Essproblematik begünstigt.

Weiterhin spielt die Regulation von Hunger und Sättigung eine entscheidende Rolle. Intrauterin wirkt sich der Stress der Mutter transplazentar auf die Vigilanz des Säuglings für Distress aus (Mattera et al. 2023, De Weerth 2018, Korja et al. 2017), was sowohl Hunger und Sättigung als auch die Selbstregulationsfähigkeit beeinträchtigen kann. Zudem können individuell unterschiedlich ausgeprägte sensomotorische Fähigkeiten sowie Über- und Unterempfindlichkeiten bezüglich Konsistenz, Textur, Geschmack und Geruch von Nahrungsmitteln und –zubereitungen den Übergang in feste Nahrung beeinflussen (Chatoor 2009). Bei erheblichen Einschränkungen der elterlichen Fähigkeit zur wechselseitigen affektiven Ko-Regulation mit ihrem Baby beim Essen kann die kindliche Fähigkeit zur Selbstregulation beim Essen nicht oder nur unzureichend entwickelt werden, was ein Risiko für die kindliche Bindungsentwicklung und psychische Störungen im Lebenslauf darstellt. Als Risikofaktoren für die Persistenz der Symptomatik werden ein Mangel an intuitivem Elternverhalten, elterlicher Reflektionsfähigkeit sowie psychische Erkrankungen der Eltern, hier vor

allem affektive Störungen (Angst und Depression) sowie Essstörungen, aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen angegeben (Ammaniti et al. 2010; Chatoor et al. 1998, 2000; Breeman et al. 2018; Jacobi et al. 2004 a, b; Micali, Simonoff, & Treasure 2009; Morris et al. 2017). Die Wechselwirkungen zwischen kindlichen Fütter- und Essstörungen und mütterlicher Psychopathologie sind relativ gut belegt, allerdings sollten dabei eine ganze Reihe kindbezogener, sozialer und Umweltfaktoren berücksichtigt werden (Jones & Bryant-Waugh 2013).

Prävalenz:

Während manifeste Fütter- und Essstörungen selten sind und 1-2% aller Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder betreffen, ist ein problematisches Essverhalten sehr häufig und bei 20-25% der Kinder anzutreffen (Chatoor, 2009) bzw. bei 25–45% aller altersgemäß entwickelten Kinder und bei bis zu 80% aller entwicklungsverzögerten Kinder (Chatoor & Lucarelli 2017, McDermott et al. 2008). Häufigkeiten für frühkindliche Fütter- und Essstörungen werden im DC: 0-5 (2016) mit 16-29 % angegeben in Abhängigkeit von den jeweils verwendeten Definitionen und Untersuchungsinstrumenten. Die Prävalenz von wählerischem Essverhalten („picky eating“) liegt bei 26.5% mit 1.5 Jahren, 27.6% mit 3 Jahren und 13.2% mit 6 Jahren (Cardona Cano et al. 2015).

Nach DC: 0-5 zeigen in bevölkerungsbezogenen Studien 10% aller jungen Kinder einen gesteigerten Appetit. Die Rate von Adipositas bei 4-jährigen Kindern beträgt 10,0% in Deutschland und 20,6% in Griechenland (Manios et al. 2012, 2018). Die Prävalenz der Störung des Überessens nach DC: 0-5 ist noch nicht untersucht.

Die Prävalenz des Hortens ist vor allem bei Kindern mit Adipositas und Zwangsstörungen erhöht, allgemeine Prävalenzzahlen liegen nicht vor (Hjogaard et al. 2019, Sonnevile et al. 2013). Die Häufigkeit von Pica liegt bei 7 – 14+-jährigen Kindern bei 5,0%, die der Rumination bei 1,5% (Hartmann et al. 2018).

Klassifikation nach ICD 10 bzw. ICD 11:

Die ICD-10 Diagnose der „Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)“ ist zu allgemein definiert, so dass sie klinisch von geringer Relevanz ist. Die zweite Störung der ICD-10, die Pica (F98.3), ist so selten im klinischen Alltag, dass sie ebenfalls keine große Bedeutung hat.

Die ICD-11 legt den Fokus auf einer verminderten Nahrungsaufnahme. Frühkindliche Fütter- und Essstörungen gehen in einer neuen, altersunabhängigen Diagnose "Avoidant/restrictive food intake disorder" (ARFID) auf, die einen vermeidenden Zugang zu Nahrungsangeboten beschreibt, der

wiederum zu einer mangelnden Nahrungsaufnahme und Unterversorgung mit Nährstoffen führt. Die Studienlage zu diesem neuen Störungsbild ist noch sehr begrenzt (Aldridge et al. 2018; Attia et al. 2013, Claudino et al. 2019, Dovey et al. 2019). Zusätzlich werden nach ICD-11 Pica und die Ruminationsstörung definiert.

In der Klassifikation nach DC :0-5 hingegen werden weiterhin alters- und entwicklungsspezifische Symptome und Manifestationsformen für Essstörungen bei jüngere Kinder aufgeführt, die nach ICD-11 als "spezifische und unspezifische sonstige Essstörungen" kodiert werden können.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Nach der DC: 0-5 soll nur der Begriff Essstörung verwendet werden, da dies den aktiven Beitrag des Kindes bei der Nahrungsaufnahme betont (Keren 2016). Essprobleme können schon bei Neugeborenen vorhanden sein. Eine Diagnose einer Essstörung soll erst nach dem Ende der Neugeborenenperiode gestellt werden. Essstörungen können im gesamten Vorschulalter auftreten.

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

Konsensstärke: 81% ja, 13% Enthaltung, 6% nein

Zur Diagnose von Fütter- und Essstörungen sollen die Klassifikationsvorschläge der DC: 0-5 zu Essstörungen verwendet werden.

Konsensstärke: 100%

Nach der DC: 0-5 werden drei Kategorien definiert:

- Essstörung mit Überessen
- Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Atypische Essstörung

Die **Essstörung mit Überessen** ist durch eine exzessive Beschäftigung mit Essen definiert und stellt einen wichtigen Risikofaktor für eine Adipositas dar. Auch hierzu sollen Beziehungsaspekte erfasst werden. Elterliches Verhalten bei den Mahlzeiten, insbesondere die elterlichen Kontrollstrategien der Restriktion (Begrenzung von Liebesspeisen, Menge) und des Drucks (Aufessen, Konsumption bestimmter Speisen) sind negativ assoziiert mit kindlichem Überessen und auch der

Gewichtsentwicklung, wobei kindliche Temperamentsmerkmale eingehen (Faith et al. 2004; Freitas et al. 2018, Überblick: Bindt 2023). Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf (Bergmeier et al. 2014).

Die **Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme** umfasst eine heterogene Gruppe von Störungen, die in der Vorläuferversion der DC: 0-5, der DC: 0-3 R (2005) und von Chatoor (2009) differenziert in sechs Subtypen eingeteilt wurde: Regulations-Esstörung; Essstörung der reziproken Interaktion; Frühkindliche Anorexie; Sensorische Nahrungsverweigerung; Essstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen; Essstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (Posttraumatische Essstörung).

Zudem kann auch die Klassifikation der WCEDCA hilfreich sein, Untergruppen dieser Kategorie zu erkennen (WCEDCA: Bravender et al. 2007; Nicholls & Bryant-Waugh, 2008). Es können weitere sechs Störungen unterschieden werden: Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung; Selektive Essstörung; Nahrungsphobien; Funktionelle Dysphagie; Nahrungsverweigerung.

Zuletzt werden in der DC: 0-5 (2016; 2019) als **atypische Essstörung** die Störungsbilder Pica, Rumination und Horten zusammengefasst, wobei es in Frage gestellt werden muss, ob Horten wirklich eine Essstörung darstellt. Horten ist nach ICD-11 und DSM-5 eine Unterdiagnose von Zwangserkrankungen und verwandten Erkrankungen, zudem kann es auch ein Symptom von anderen psychischen Störungen darstellen.

Insgesamt werden in der DC: 0-5 drei übergeordnete Gruppen von Essstörungen zusammengefasst, wobei frühere Differenzierungsmöglichkeiten verloren gegangen sind.

Diagnostik:

Die klinische Erfahrung zeigt, dass es für den diagnostischen Prozess von entscheidender Bedeutung ist, somatische und psychosoziale Diagnostikschritte von Anfang an parallel und integriert anzulegen anstatt diese sukzessive ablaufen zu lassen. Nur so können die Eltern das Vertrauen entwickeln, dass alle ätiologisch bedeutsamen Faktoren wahrgenommen, gleichberechtigt in Erwägung gezogen und abgeklärt werden (Hofacker et al., 2004). Das ist die entscheidende Basis des sich anschließenden beratenden und therapeutischen Prozesses.

Eine umfassende Anamnese muss somatische Erkrankungen, Temperament, konstitutionelle Eigenschaften, sensorische Präferenzen und Über-/Unterempfindlichkeiten, aversive Erfahrungen im

Gesichts-, Mund- und Rachenbereich erheben. Zudem sollen Erwartungen, Wahrnehmungen, Interpretationen, Emotionen in Bezug auf die Nahrungsaufnahme des Kindes, familiäre bzw. kulturelle Essgewohnheiten und elterliche Belastungen und Ressourcen, elterliche Essstörungen und andere psychische Störungen eingeschätzt werden.

Mehr als bei anderen Störungen ist eine umfassende pädiatrische Diagnostik unbedingt notwendig, da organische Ursachen ausgeschlossen werden müssen (DerMarderosian et al. 2018). Die medizinische Vorgeschichte soll genau erhoben werden. Relevant sind vor allem Hinweise auf Frühgeburtlichkeit, Sondenernährung sowie Schluckstörungen. Eine internistische und entwicklungsneurologische Untersuchung sollte auf jeden Fall erfolgen. Gewichts-, Längen- und Kopfumfangsmaße sind obligat auch im Verlauf zu erfassen. Bei einer Gedeihstörung ist eine sehr viel differenziertere Diagnostik mit umfangreichen Laboruntersuchungen und weiteren diagnostischen Maßnahmen erforderlich. Auch im Verlauf der Therapie sind regelmäßige körperliche Untersuchungen, Gewichtskontrollen und häufig auch Wiedervorstellungen bei in der Behandlung von Fütter- bzw. Essstörungen erfahrenen Kinderärztinnen bzw. Kinderfachärztinnen notwendig (fakultativ Bauchsonografie, Ph-Metrie zum Ausschluss eines gastroösophagealen Reflux, weitere Labor- oder apparative Diagnostik bei V.a. oder bei bestehenden somatischen o. genetischen Erkrankungen sowie zum Ausschluss von zu einseitiger Ernährung und Nahrungsunverträglichkeiten).

Eine Beobachtung der Interaktion beim Füttern und Essen sollte videogestützt erfolgen. Parallel zum Füttern und Essen sollte die Interaktion beim freien Spiel beobachtet werden, um eine generalisierte Beziehungsstörung auszuschließen (Chatoor et al. 2010, 2018). Der Fokus sollte dabei auf der Einschätzung zunehmend dysfunktionaler Fütterinteraktionen mit der evtl. Folge einer kindliche Gedeihstörung liegen.

Anhand von 24-Stunden-Protokollen (Wach-Schlaf-Tagebuch) können objektivierbare Daten hinsichtlich der Hunger- und Sättigungsregulation und eines alters- bzw. entwicklungsangemessenen Nahrungsangebotes gewonnen werden, die den Eltern zudem mehr Sicherheit im Tagesverlauf geben und Interventionsmöglichkeiten aufzeigen können (Ziegler, 2016).

Die Einschätzung des Schweregrades der Fütter- und Essstörung richtet sich neben den obigen Aspekten zudem nach der Beeinträchtigung der Betroffenen im Alltag.

Komorbidität

Parallel zu der pädiatrischen Diagnostik sollte immer diagnostiziert werden, welche Fütter- bzw. Essstörung nach DC: 0-5 (2016; 2019) vorliegt und es sollte ein funktionelles Störungsmodell erstellt

werden. Zusätzlich sollten andere Erkrankungen wie sensorische Verarbeitungsstörungen, Regulationsstörungen in anderen Bereichen, z.B. bezüglich des Schreiens und Schlafens, und Beziehungsstörungen der frühen Kindheit abgeklärt werden (DC:0-5 2019; Hofacker 2009, Davis et al. 2013).

Andererseits müssen auch andere komorbide psychische Störungen, vor allem depressive und autistische Störungen, Angststörungen oder Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD) erfasst werden (Kerzner 2009; Nicholls. & Bryant-Waugh 2008). Insbesondere bei Kindern mit Gedeihstörungen ist eine umfassende Entwicklungsdiagnostik erforderlich, um Defizite im motorischen und kognitiven Bereich rechtzeitig zu erkennen. Auch Auswirkungen der Gedeihstörung auf die Entwicklung bzw. Einschränkungen bezogen auf den aktuellen Entwicklungsstand sind abzugrenzen.

Daneben sollen elterliche psychische Belastungen erfasst sowie der häufige Zusammenhang von elterlichen psychischen Störungen, insbesondere Essstörungen, mit der kindlichen Fütter- und Essstörung berücksichtigt werden.

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

Konsensstärke: 100%

Bei Vorliegen einer klinisch relevanten Fütter- und Essstörung nach DC: 0-5 soll eine umfassende kinderpsychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik erfolgen.

Konsensstärke: 100%

Der Typ der Fütter- und Essstörung (Überessen, Einschränkung der Nahrungsaufnahme, atypisch) und komorbide Störungen sollen erfasst werden.

Konsensstärke: 100%

Psychische Störungen der Bezugspersonen von Kindern mit Fütter- bzw. Essstörungen sollen erfasst und den Bezugspersonen eine Diagnostik und Behandlung empfohlen werden.

Konsensstärke: 100%

Intervention:

Eine Beratung soll auch bei auffälliger Essstörungssymptomatik ohne Vollbild einer Diagnose erfolgen.

Konsensstärke: 100%

Eine Beratung soll in jedem Fall erfolgen. Oft sind dabei die Reflektion des elterlichen Essverhaltens und die Abstimmung der Eltern hinsichtlich der familiären Esskultur (Vorbildfunktion), die Beratung zur entwicklungsadäquaten Anpassung von elterlichen Erwartungen an das kindliche Essverhalten, Hinweise zu einer kindgerechten Ernährung, eine Psychoedukation zu feinfühligem elterlichem Essensbegleitung und auf den jeweiligen Kontext angepasste, allgemeine Essensregeln wie die folgenden hilfreich (s. auch Bernard-Bonnin, 2006):

- Feste Mahlzeiten, nur geplante Zwischenmahlzeiten/Snacks
- Begrenzung der Dauer der Mahlzeiten (z.B. maximal 30 Minuten)
- Außer Wasser kein Trinkangebot zwischen den Mahlzeiten
- Neutrale Atmosphäre, kein Essen unter Zwang, Verzicht auf Bitten und elterliche Überredungsversuche
- Kein Spielen während der Mahlzeiten, Verzicht auf Ablenkung
- Essen nie als Belohnung oder Geschenk
- Anbieten von kleinen Portionen
- Feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später
- Unterstützung von aktivem Essen, Förderung des selbständigen Essens
- Wegräumen des Essens nach 5-10 Minuten, falls das Kind ohne zu essen damit spielt
- Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind Essen in Wut Essen umherwirft/ausspuckt
- Der Mund wird nur abgewischt nach Beendigung der Mahlzeiten
- Im Vorschulalter Einbezug des Kindes in die Nahrungszubereitung.

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

Konsensstärke: 100%

Eine Beratung reicht bei Kindern mit manifesten Fütter- und Essstörungen oft nicht aus. Die Behandlung ist bei jungen Kindern kompliziert, aufwändig und häufig langwierig. Sie setzt besondere klinische Erfahrung voraus. Zum Teil ist sie ambulant durchführbar.

Eine Kombination von Fütter- und Ernährungsberatung, Psychoedukation, verhaltenstherapeutisch fokussierten Modifikationen von Essstrategien und psychodynamischen Interventionen wird für die Behandlung empfohlen (Chatoor 2009; Ammaniti et al. 2012; Wilkens & Bartmann 2014; Mairs & Nicholls 2016; Sharp et al. 2013, 2017; Chatoor & Lucarelli 2017; Riley & Boucher 2018). Zudem haben sich verhaltenstherapeutische Interventionen, eingebettet in ein multimodales Therapieprogramm, in kontrollierten Einzelfallstudien als wirksam erwiesen (Sharp et al. 2010). Im Fokus aller Interventionen stehen elterliche intuitive Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, die Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehung, die Partnerschaftsbeziehung, Erziehungseinstellungen und elterliche Vorstellungen, Bedeutungszuschreibungen, Ängste und Phantasien in Bezug auf die Fütter- und Essstörung. Daneben ist zu bedenken, dass Fütter- bzw. Essstörungen häufiger im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder nach Frühgeburt des Kindes auftreten. Auch die daraus resultierenden Belastungen der Eltern sollten im Rahmen einer psychotherapeutischen Begleitung thematisiert und bearbeitet werden.

Bei schweren Fütter- und Essstörungen ist ein stationäres Setting mit einem multiprofessionellen Team unverzichtbar. Zu den Therapiebausteinen können gehören: Ärztliche Begleitung, Psychotherapie und Beratung, Ernährungsberatung, Physiotherapie, logopädische Behandlung mit Training der oralen Sensibilität und der Mundmotorik, Ergotherapie, Unterstützung und Anleitung der Eltern sowie Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen.

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

Konsensstärke: 94%

Über die allgemeinen Therapieprinzipien hinaus gibt es für die einzelnen Fütter- und Essstörungen spezifische Empfehlungen, die ein gezieltes therapeutisches Vorgehen ermöglichen (siehe Chatoor, 2009; Bernard-Bonnin 2006, Bryant-Waugh 2019, 2020, Bryant-Waugh et al. 2021; Chatoor & Lucarelli 2017, 2018; Wilken et al. 2022; Arvedson et al. 2010; Addison et al. 2012). Diese Empfehlungen umfassen:

- **Regulationsfütter- und essstörung:** Die Eltern werden angeleitet, Überforderungs- und Erregungszustände des Kindes zu erkennen und dessen Signale zu verstehen. Zur Anwendung kommen u.a. Feinfühligkeitstraining, Beruhigungsstrategien, Video-Interaktions-Therapie.
- **Fütter- und Essstörung der reziproken Interaktion:** Oft ist eine stationäre Behandlung indiziert, die Eltern-Kind-Behandlung sollte in einem multimodalen Setting erfolgen, so dass neben Unterstützung und Anleitung im Alltag eine psychotherapeutische Behandlung der Mutter/des Vaters erfolgen kann.
- **Frühkindliche Anorexie:** Schwerpunkt der Behandlung sind Beratung der Eltern und eine psychoedukative Vermittlung der besonderen Temperamenteigenschaften ihres Kindes. Eltern werden unterstützt, mehr Strukturierungen und Grenzsetzungen durchzusetzen. Das Essen sollte neutral angeboten werden, Ablenkung durch Medien oder Spielzeug bei den Mahlzeiten reduziert werden. Es empfiehlt sich eine feste Mahlzeitenstruktur.
- **Sensorisches bedingtes Ablehnen der Nahrung:** Notwendig ist die Beratung der Eltern zu günstigem Modellverhalten und dem Vermeiden von Druck beim vorsichtigen Anbieten neuer Speisen. Betroffene Kinder weisen oft Anzeichen von Hypersensitivität sowie Ängstlichkeit gegenüber Neuem auf und können von Logopädie, Ergotherapie und einer verhaltenstherapeutischen Behandlung mit systematischer Desensibilisierung und Exposition profitieren.
- **Fütter- und Essstörung assoziiert mit gastrointestinalen Insulten (Posttraumatische Fütter- bzw. Essstörung):** Es erfolgt eine behutsame und stufenweise Desensibilisierung der gefürchteten Objekte. Weniger gefürchtete Nahrung wird zuerst eingeführt, dann die stärker abgewehrten Nahrungsmittel. Beim Füttern soll ein Auslösen des Traumas verhindert werden, die Mahlzeiten sollten in positiver und angstfreier Atmosphäre gestaltet werden. Oft ist hier eine präzise Einschätzung der angstausslösenden Nahrungsmittel bzw. Konsistenzen und Texturen sowie des kindlichen sensomotorischen Entwicklungsstandes nötig (siehe Übersicht bei Ross, 2022).
- **Fütter- bzw. Essstörung assoziiert mit somatischen Erkrankungen:** Hierbei sollte zunächst die Behandlung der somatischen Erkrankung in enger Zusammenarbeit mit der/dem Pädiater:in erfolgen, das Essen und Trinken danach wieder mit positiven Gefühlen verknüpft werden.
- **Essstörungen mit Überessen:** Eltern sollten angeleitet werden, Praktiken zu vermeiden, die erwiesenermaßen Überessen zur Folge haben können („Überfüttern“). Hierzu zählen das Anbieten von Nahrung zur Beruhigung (auch zum Einschlafen), von häufigen Snacks, großen Portionen, ein Überreden, Drängen und Zwingen zum Leeren des Tellers, z.B. auch verbunden mit Belohnungen oder Bestrafungen i.S. des Vorenthaltens bevorzugter Speisen

oder von Spielangeboten (Riley et al., 2018). Die Behandlung muss sich auf die Diagnose und ein individuelles funktionelles Störungsmodell stützen. Die Psychoedukation der Eltern über die Wichtigkeit, dem Kind Grenzen zu setzen, feste Essenszeiten einzuhalten, in ihren eigenen Essgewohnheiten ein gutes Modell für das Kind abzugeben und angemessene spielerische Aktivitäten zwischen den Mahlzeiten anzubieten, ist immer der erste therapeutische Schritt. In Fällen, in denen das übermäßige Essen Ausdruck einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung ist, wird der Schwerpunkt der Behandlung auf der Beziehung und nicht auf dem übermäßigen Essverhalten des Kindes liegen. In komplexen Fällen mit elterlicher Psychopathologie und problematischem Fütterstil kann die Behandlung langwierig sein, da die elterlichen Erwartungen verändert werden müssen (Dolberg et al. 2010).

- **Atypische Essstörungen:**

- **Rumination** kann in allen Altersgruppen auftreten, ist mit belastenden Lebensereignissen und einem hohen Leidensdruck verbunden. Drei Formen können unterschieden werden: primäre Rumination (ohne Vorläufer); sekundäre Rumination (nach Reflux); supragastrale Rumination (nach Aerophagie). Die Therapie besteht aus einem Wahrnehmungstraining, Verhaltenstherapie, Zwerchfellatmung, Einsatz von Kaugummi, Getränken und sozialen Verstärkern (Absah et al. 2017; Hartmann 2018; Kessing et al. 2014, Luiselli 2015)
- **Horten** spielt bei Zwangsstörungen, Adipositas und syndromal, z.B. beim Prader-Willi-Syndrom, eine Rolle und wird überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelt (Hartmann 2018; Miao 2015; Williams 2012, Khan et al., 2016)
- **Pica** ist assoziiert mit anderen Essstörungen, psychischen Symptomen, Intelligenzminderung und kann zu gravierenden Komplikationen (Fremdkörperingestion, Darmverschluss) und Mangelerscheinungen führen. Sie wird überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelt (Ardeschirian 2017; Hartmann 2018; Miao 2015; Williams & McAdam 2012).

Eine Psychopharmakotherapie soll bei Fütter- und Essstörungen nicht erfolgen.

Konsensstärke: 100%

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

Verlauf und Prognose:

Fütter- und Essstörungen sind schwere Störungen mit der Tendenz zur Persistenz und einem erhöhten Risiko für spätere Essstörungen, Entwicklungs-, emotionale und verhaltensbezogene

Probleme sowie andere psychische Störungen. Deshalb sind eine frühe Diagnostik und Therapie von besonderer Bedeutung (Kotler et al. 2001; Ammaniti et al. 2012; Chatoor & Lucarelli 2017; Lucarelli et al. 2018; Micali et al. 2016; Shan et al. 2021). Mit 3 Jahren zeigten 60% der Kinder, die im Säuglingsalter an milden Symptomen der Fütter- bzw. Essstörung gelitten hatten, keine Symptome mehr, die eine Diagnose gerechtfertigt hätten. 95% der Kinder mit mittelschweren Regulationsstörungen im Säuglingsalter zeigten mit 36 Monaten Entwicklungsverzögerungen hinsichtlich motorischer, sprachlicher und kognitiver Fertigkeiten und Eltern-Kind Beziehungsprobleme (DeGangi et al. 2000).

Belastungen der Eltern, Paarkonflikte und psychische Erkrankungen werden in verschiedenen Studien als Risikofaktoren für das spätere Auftreten von psychischen Erkrankungen der Kinder genannt (Baumann et al. 2019; Winsper, Bilgin & Wolke 2020). Insbesondere mütterliche Essstörungen haben einen Einfluss auf die emotionale und kognitive Entwicklung sowie die Entwicklung von Fütter- und Essstörungen im Verlauf (Jones & Bryant-Waugh 2013; Martini et al. 2020).

Studien zu Fütter- und Essstörungen mit Überessen zeigen einen Zusammenhang mit Temperamentsmerkmalen wie schlechter Selbstregulationsfähigkeit, Problemen mit Begrenzung, hoher sowie auch geringer Beruhigbarkeit und ausgeprägter negativer Affektivität bei Säuglingen und Kleinkindern (Bergmeier et al, 2014). Zudem legen Studienergebnisse nahe, dass das kindliche Temperament und mütterliche Fütterstrategien, bei denen potentiell hochkalorische Nahrungsmittel und Getränke restriktiv angeboten werden, zu Gewichtszunahme bis hin zu Übergewicht führen können. Studien zu kindlichem Temperament und BMI/Gewichtszunahme im Säuglings- und Kleinkindalter fehlen bisher (Bergmeier et al. 2014).

6. Frühkindliche Regulationsstörungen

Einleitung:

Bei den Regulationsstörungen handelt es sich um eine Gruppe von Störungen, die durch anhaltende oder fluktuierende Schwierigkeiten der emotionalen Regulation, aber nicht ausschließlich durch eine sensorische Verarbeitungsstörung gekennzeichnet sind. Obwohl sie in der Praxis häufig diagnostiziert werden, sind sie ungenügend operationalisiert und nur in wenigen Studien untersucht worden.

Nach der DC: 0-5 (2016) wird der Begriff Regulationsstörungen nicht verwendet; stattdessen werden die sensorischen Verarbeitungsstörungen als Reizverarbeitungssyndrome beschrieben.

Nach anderen Traditionen werden unter ‚regulatory problems‘ (RP) Symptome der Affektregulation verstanden (Bilgin et al. 2020; Breeman et al. 2018; Georg et al. 2018; 2020; Papoušek, Schieche & Wurmser 2004; Winsper, Bilgin & Wolke 2020); manche Autoren sprechen auch von ‚Early Regulatory Disorders‘ (ERD) (Georg et al. 2020). Im deutschen Sprachraum wird von Frühkindlichen Regulationsstörungen gesprochen, wenn mehrere Bereiche der frühkindlichen Regulation betroffen sind mit Symptomen des exzessiven Schreiens, Schlafproblemen, Fütter- und Essproblemen, stark ausgeprägtem Trotzverhalten oder Klammern (Papoušek 2004). Im klinischen Kontext werden vorwiegend Säuglinge und Kleinkinder mit Störungen in mehreren Regulationsbereichen vorgestellt (Papoušek et al. 2004; Hemmi et al. 2011; Georg et al. 2020). Manifeste Schrei-, Schlaf- und Fütter- und Essstörungen werden jedoch separat diagnostiziert, wenn die entsprechenden diagnostischen Kriterien erfüllt sind (siehe Kapitel 3, 4 und 5).

Die Frühkindlichen Regulationsstörungen umfassen eine Störung der affektiven Regulation und der Verhaltensregulation. Nach dem biopsychosozialen Konzept nach Papoušek (2004) werden frühkindliche Regulationsstörung definiert als Trias: kindliche Faktoren, z.B. mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation; elterliche psychosoziale Belastungen, z.B. Erschöpfungssyndrom, fehlende Unterstützung und dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen in belastenden Situationen, z.B. dysfunktionale Beruhigungsstrategien.

Studien zeigen, allerdings mit heterogener Konzeptualisierung der frühkindlichen Regulationsstörungen, dass entsprechende Auffälligkeiten mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensstörungen in der späteren Kindheit assoziiert sein können (De Santis et al. 2004; Gallig et al. 2023; Bilgin et al. 2018; Winsper et al. 2019; Hemmi et al. 2011).

Prävalenz:

Prävalenzzahlen variieren abhängig von Definition, diagnostischer Einordnung und Studienpopulation. In einer dänischen epidemiologischen Studie zeigten 2,9 % der Säuglinge im Alter von 2-6 Monaten zwei oder mehrere Regulationsprobleme gleichzeitig; im Alter von 8-11 Monaten waren es 8,6 % der Kinder (Olsen et al. 2019). Frühkindliche Regulationsstörungen werden übergreifend mit einer Prävalenz von 10,9% angegeben (Georg et al. 2020).

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Diese Störungen sind weder in der ICD-10 noch in der ICD-11 oder der DSM-5 vorgesehen.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Frühkindliche Regulationsstörungen werden nach der DC: 0-5 nicht klassifiziert. Die DC: 0-5 sieht ausschließlich sensorische Verarbeitungsstörungen vor. Nach der DC: 0-5 finden sich: andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen der frühen Kindheit. Diese Diagnose soll herangezogen werden, wenn die Kriterien der einzelnen Störungsbilder nicht vollständig erfüllt sind.

Andere Klassifikationen:

Der Begriff Regulationsstörung geht auf eine lange, vor allem deutschsprachige Tradition zurück (Papousek 2002, 2004, 2006, 2009). Sie wurde als übergeordnete Hauptkategorie für Störungen des Schreiens, des Essens, des Schlafens und der Affektregulation im Kleinkindalter propagiert (Schmidt & Poustka 2007).

Nach den ersten deutschen S1-Leitlinien (Schmidt & Poustka 2007) wurde unter einer Regulationsstörung „eine für das Alter, bzw. Entwicklungsstand des Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber mehreren Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräche und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung und andere) angemessen zu regulieren“.

Mit den ersten S2k-Leitlinien wurde im Konsens verabschiedet, dass, wenn die Kriterien für manifeste Ess- und Fütterstörungen, Schlaf- und Schreistörungen sowie andere psychische Störungen erfüllt sind, diese separat diagnostiziert werden sollen. Es wurden ebenfalls im Konsens Kriterien für die frühkindlichen Regulationsstörungen (ohne Störung der sensorischen Verarbeitung) formuliert, die zwar nicht empirisch überprüft sind, aber eine praxisnahe Operationalisierung ermöglichen.

Frühkindliche Regulationsstörungen sollen anhand der Trias kindliche Faktoren, elterliche psychosoziale Belastungen und dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen in belastenden Situationen diagnostiziert werden.

Konsensusstärke: 100%

Die Frühkindlichen Regulationsstörungen werden nach den folgenden Kriterien definiert:

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

Regulationsstörungen können sich in folgenden Bereichen und Symptomen manifestieren:

- Exzessives Schreien
- Schlafen
- Essen und Füttern
- Sonstige psychische Auffälligkeiten wie Trennungsängste, exzessive Wutanfälle, oppositionelles Verhalten, exzessive Nahrungsaufnahme.

Diagnostik

Die Diagnose beruht auf einer klinischen Einschätzung. Die Anamnese, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, Evaluation von psychosozialen Belastungen und die körperliche Untersuchung spielen dabei eine große Rolle. Die Diagnostik sollte möglichst in unterschiedlichen Kontexten (z.B. Spielen, Beruhigen, Füttern, Wickeln) erfolgen.

Als standardisierter Fragebogen für Frühkindliche Regulationsstörungen ist bisher lediglich der Heidelberger Fragebogen zum Schreien, Schlafen und Füttern validiert (SFS, Groß et al., 2013). Zur Interaktionsbeobachtung können unterschiedliche Beobachtungsskalen benutzt werden, die bereits im Kontext klinischer Studien zu frühkindlichen Regulationsstörungen eingesetzt wurden, wie z.B. die Münchner Kommunikations-Skalen (MKK) (Papoušek & Wollwerth, 2006), das Parent-Infant Relational Assessment Tool (PIRAT, Hommel 2022) sowie andere klinische Beobachtungsskalen, wie die Feeding Scales (Chatoor et al. 1998, 2018b), Skalen zur Erfassung der Beziehungsqualität im freien Spiel (Chatoor et al. 2018) oder der globalen Beziehungsqualität (Sidor 2012).

Wichtig ist der Ausschluss anderer psychischer Störungen (wie Schlaf-, Ess- oder Schreistörungen). Eine Diagnose bei jungen Säuglingen (0-6 Monaten) muss zurückhaltend gestellt werden, da regulatorische Probleme sehr häufig sind, zeitlich beschränkt auftreten und als normale Entwicklungsphänomene aufzufassen sind. Die Diagnose von Regulationsstörungen soll auf die ersten 3 Lebensjahre begrenzt sein. Ab dem Alter von 3;1 Jahren sollte eine Zuordnung der einzelnen Symptome zu anderen Störungskategorien erfolgen.

Weiterhin müssen elterliche psychische Belastungen und Erkrankungen eines oder beider Elternteile berücksichtigt werden. Bei elterlichen psychischen Erkrankungen ist häufig die Mentalisierungsfähigkeit und damit auch die Co-Regulationsfähigkeit der Eltern erheblich eingeschränkt (Georg et al. 2018, 2023; Stuhmann et al. 2022).

Komorbidität:

Frühkindlich Regulationsstörungen können auch komorbid mit Schrei-, Schlaf- und Fütter- und Essstörungen auftreten, die davon abgegrenzt, diagnostiziert und spezifisch behandelt werden müssen. Ebenso soll ggf. eine Beziehungsstörung der frühen Kindheit nach DC: 0-5 erfasst werden (siehe Kapitel 2).

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

Konsensusstärke: 100%

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

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Diagnostik, Elternberatung und Psychoedukation sind die Grundlagen der Intervention. Diese können die Eltern entlasten und bei transienter Symptomatik ausreichend sein. Die Beratung soll Eltern befähigen, mit Regulationsproblemen ihres Kindes umzugehen, die Signale ihres Kindes besser zu verstehen und zu beantworten sowie die kindliche Umwelt so zu verändern, dass sie dessen Bedürfnissen besser entspricht. Zudem sollen Eltern befähigt werden, adäquate Antworten des Kindes auf sensorische Erfahrungen zu fördern.

Die Beratung ist umso wichtiger bei Beziehungsstörungen, elterlichen psychischen Symptomen und Störungen sowie belastenden Lebensereignissen in den Familien. Dysfunktionale Interaktionen und Kommunikationsmuster, aber auch fehlende Kenntnis entwicklungspsychologischer Kompetenzen und Bedürfnisse des Säuglings sind häufig. Weitere Schwerpunkte der Beratung sind neben der Bearbeitung von Schuldgefühlen die Einübung von Grenzsetzung, Strukturgebung und Konsistenz im Verhalten bei gleichzeitiger Steigerung des elterlichen Einfühlungsvermögens und deren Co-Regulationsfähigkeit (Papoušek et al. 2004).

Ergänzend kann eine Behandlung mit Physio- oder Ergotherapie, die auf die jeweilige Symptomatik der kindlichen Regulationsstörung ausgerichtet ist, oder eine Entwicklungsförderung durch heilpädagogischer Frühförderung indiziert sein.

Eine Beratung soll bei den frühkindlichen Regulationsstörungen durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Das Münchner Konzept der integrativen, kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie (IESK-B/P) wird bei Regulationsstörungen im Alter von 0-3 Jahren angewendet und evaluiert, wobei sich der Behandlungserfolg in einer retrospektiven Auswertung (d.h. niedrige Evidenz) von 701 Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die unter einer Regulationsstörung litten, in signifikantem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind darstellte. Während sich bei ungestörter Mutter-Kind-Beziehung in 75.7% eine vollständige Besserung fand, sistierten die kindlichen Symptome bei manifest gestörten Beziehungen nur in 8.0% (Ziegler et al. 2023). Schwerpunkte der Therapie sind vor allem die Steigerung der elterlichen emotionalen Verfügbarkeit, Mentalisierungsfähigkeit bzw. elterlichen reflexiven Fähigkeiten und damit deren Ko-Regulationsfähigkeit.

Randomisierte Studien (Barton & Robbins 2000) mit unterschiedlichen Interventionen (Interventionen zu Hause, familienzentriert, elternzentriert, allgemeine Beratung, multimodale Therapieansätze) bei Säuglingen und Kleinkindern mit zusätzlicher Gedeihstörung zeigen keine Überlegenheit einer einzelnen Methode bei insgesamt nur sehr begrenzten positiven Auswirkungen auf den langfristigen Ernährungsstatus sowie die Entwicklungs- und sozial-emotionale Prognose des Kindes. Die Qualität und die Evidenz der Studien zu Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapien (bis zu einem Alter von 2 Jahren) war niedrig nach einem umfassenden Cochrane Review (Barlow et al. 2015).

Im Konzept der psychodynamischen Säuglings-Eltern-Kleinkind-Therapie (SKEPT) bilden Diagnostik, Beratung und Therapie eine Einheit, die sich bei den Regulationsstörungen in klinischen Beobachtungen als effizient erwiesen hat (Cierpka & Windaus, 2007). Manualisierte Kurzinterventionen der SKEPT liegen vor (Bark, Georg & Taubner 2018; Cierpka et al. 2017). Eine qualitativ hochwertige randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Wirksamkeit der SKEPT in der Behandlung von Regulationsstörungen (Georg et al. 2021). Die Effekte hielten auch langfristig an (Georg et al. 2022).

Eine Eltern-Kind -Psychotherapie soll bei langanhaltender und/oder schwerer Symptomatik der Frühkindlichen Regulationsstörungen erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Ergänzend können Ergotherapie, Physiotherapie oder eine Komplexbehandlung mit heilpädagogischer Frühförderung, die sich auf die jeweilige Symptomatik ausrichten, indiziert sein. In

der Ergotherapie werden z.B. fördernde Umfeldbedingungen für Betätigungen identifiziert, notwendige Fertigkeiten mit Kind und Eltern erarbeitet und passende Interaktionsmuster eingeübt. Dabei kommen aktivitäts- oder teilhabeorientierte Ansätze, welche den Fokus auf konkrete Aktivitäten des täglichen Lebens legen, zum Einsatz (z.B. Pekçetin et al., 2016; Fischer 2019; Scholz 2023). Evidenzbasierte Studien zu der Wirkung assoziierter Therapien bei den Frühkindlichen Regulationsstörungen fehlen.

Bei frühkindlichen Regulationsstörungen sollten je nach Indikation assoziierte Therapien zum Einsatz kommen, insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung (ggf. als Komplexleistung).

Konsensusstärke: 100%

Psychopharmakotherapie soll bei den Frühkindlichen Regulationsstörungen nicht erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

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

Verlauf und Prognose:

Bisherige Verlaufsstudien beziehen sich überwiegend auf die sensorischen Verarbeitungsstörungen (Bron et al., 2012). Diverse Studien zeigen bei unterschiedlich definierten, fortbestehenden frühkindlichen Regulationsproblemen (aber nicht der Frühkindlichen Regulationsstörung im engeren Sinn) ein Risiko für internalisierende und externalisierende Störungen (Hemmi et al., 2011; Bilgin et al., 2018; Gallinger et al. 2023) evtl. sogar bis ins Erwachsenenalter (Winsper, Bilgin & Wolke 2020).

7. Sensorische Verarbeitungsstörungen

Einleitung:

Bei den sensorischen Verarbeitungsstörungen handelt es sich um eine Gruppe von Störungen, die durch eine exzessive, verminderte oder atypische Reizantwort auf externe Stimuli gekennzeichnet sind. Obwohl sie in der Praxis häufig diagnostiziert werden, sind sie ungenügend operationalisiert und nur in wenigen Studien untersucht worden.

Prävalenz:

Die Prävalenz beträgt zwischen 5 % und 16,5 % (DC: 0-5). In einer dänischen epidemiologischen Studie erfüllten 7,1 % der 18 Monate alten Kinder die Kriterien für eine Regulationsstörung nach den älteren DC: 0–3 Kriterien (Skovgaard et al. 2008). Bei vorgestellten Kindern an Zentren liegt die Prävalenz höher. Bei 1083 vorgestellten Kindern waren Regulationsstörungen nach den älteren DC: 0–3 Kriterien mit 21 % die häufigste Diagnose (Emde & Wise 2003). In der Studie von Equit et al. (2011) hatten 9,0% von 299 Kinder eine Regulationsstörung der sensorischen Verarbeitung nach DC: 0-3R. In einer Serie von 894 ambulant vorgestellten Kindern mit einem mittleren Alter von 3,9 Jahren hatten 16,5% eine Regulationsstörung der sensorischen Verarbeitung nach DC: 0-3R (2005) (von Gontard, 2019). In einer retrospektiven Analyse von 177 Kindern mit einem Durchschnittsalter von 31 Monaten (0–58 Monate) fanden sich Regulationsstörungen nach DC:0–3 bei 14 % der Kinder (Frankel et al. 2004).

Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung sind nicht auf das Säuglingsalter beschränkt, sondern zeigen einen typischen Gipfel im zweiten Lebensjahr (Mothander et al. 2008). Nach DC: 0-5 zeigt die sensorische Überreaktivitätsstörung einen stabilen Verlauf vom Alter von einem bis acht Jahren. Es gibt keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Häufigkeit der sensorischen Verarbeitungsstörungen nach DC: 0-5.

Klassifikation nach ICD-10, bzw. ICD-11:

Diese Störungen sind weder in der ICD-10, noch in der ICD-11 oder der DSM-5 vorgesehen.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Sensorische Verarbeitungsstörungen haben in der DC: 0-5 die Begriffe Regulationsstörungen (nach DC: 0-3) und Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung (nach DC: 0-3R) ersetzt. Das Konstrukt der sensorischen Verarbeitungsstörung beruht auf internationalen, vor allem

angelsächsischen Traditionen. Sie sind begrenzt validiert und es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf.

Zur Diagnose von sensorischen Verarbeitungsstörungen sollen die Kriterien der DC: 0-5 verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Die DC: 0-5 (2016; 2019) definiert sensorische Verarbeitungsstörungen als ausgeprägte Antworten und Reaktionen auf sensorische Reize, die überschießend (Sensorische Überreaktivitätsstörung), gedämpft (Sensorische Unterreaktivitätsstörung) und atypisch (Andere sensorische Verarbeitungsstörungen) verlaufen und das Kind erheblich beeinträchtigen können. Das Alter des Kindes muss mindestens sechs Monate betragen, andere psychische Störungen wie ADHS und Autismus Spektrum Störungen müssen ausgeschlossen werden und Kind und Familie durch die Symptomatik beeinträchtigt sein. Eine Dauer von mindestens drei Monaten muss vorhanden sein. Ätiologisch stehen weniger Interaktionsaspekte im Vordergrund als anlagebedingte, kind-immanente und überdauernde Reizantwortmuster. Elektrophysiologische und bildgebende Studien wurden bei Kindern mit sensorischen Verarbeitungsstörungen (nicht nach DC: 0-5) durchgeführt. Mögliche, unspezifische neurobiologische Zusammenhänge werden angenommen (DC: 0-5; Passarello et al., 2022).

Diagnostik:

Die Diagnose beruht auf einer klinischen Einschätzung. Die Anamnese, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und die körperliche Untersuchung spielen dabei eine große Rolle. Standardisierte Fragebögen zu sensorischen Verarbeitungsstörungen (nach DC: 0-5) sind bislang nicht vorhanden. Als strukturiertes psychiatrisches Interview steht die SIVA 0-6 (In-Albon et al. 2020) zur Erfassung sensorischer Verarbeitungsstörungen nach DC: 0-5 zur Verfügung.

In der Übersicht von Passarello et al. (2022) werden Fragebögen allgemein zu sensorischen Verarbeitungsstörungen (nicht speziell nach DC: 0-5) zusammengefasst. Auch in der systematischen Übersicht von Jorquera-Cabrera et al. (2017) werden englischsprachige Fragebögen zur sensorischen Verarbeitungsstörungen für das Alter von 3 bis 11 Jahren zusammengefasst. Schließlich werden 34 Instrumente zur sensorischen Verarbeitung bei Säuglingen und Kleinkindern in der systematischen Übersicht von Eeles et al. (2012) dargestellt und erläutert. Ein Instrument, das Sensory Profile 2, kann z.B. den Einfluss sensorischer Modalitäten auf die Betätigung in verschiedenen Alltagskontexten erfassen. Damit kann die sensorische Verarbeitung im Vergleich mit der Referenzgruppe gemessen

werden. Deutsche Normen von der Geburt bis zum Alter von 14:11 Jahren liegen vor (Dunn et al. 2016, Dunn 2017).

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

Konsensusstärke: 100%

Die Diagnose einer sensorischen Verarbeitungsstörung erfordert nach DC: 0-5 (2016; 2019) ein Mindestalter von 6 Monaten, sieht aber keine obere Altersgrenze vor.

Intervention:

Diagnostik, Elternberatung und Psychoedukation sind die Grundlagen der Intervention. Diese können die Eltern entlasten und bei transienter Symptomatik ausreichend sein. Die Beratung soll Eltern helfen, mit sensorischen Verarbeitungsproblemen ihres Kindes umzugehen, ihr Kind besser zu verstehen und mit ihm zu interagieren, Umwelteinflüsse an die Kapazitäten des Kindes anzupassen und adäquate Antworten auf sensorische Erfahrungen zu fördern. Die Beratung ist umso wichtiger bei Beziehungsstörungen, elterlichen psychischen Symptomen und Störungen sowie belastenden Lebensereignissen in den Familien.

Ergänzend kann eine Komplexbehandlung mit heilpädagogischer Frühförderung, Physio- oder Ergotherapie, die auf die jeweilige Symptomatik ausgerichtet ist, indiziert sein.

Bei den sensorischen Verarbeitungsstörungen soll eine Beratung durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Randomisierte Studien (Barton & Robbins 2000) mit unterschiedlichen Interventionen (Interventionen zu Hause, familienzentriert, elternzentriert, allgemeine Beratung, multimodale Therapieansätze) bei Säuglingen und Kleinkindern mit zusätzlicher Gedeihstörung zeigen keine Überlegenheit einer einzelnen Methode bei insgesamt nur sehr begrenzten positiven Auswirkungen auf den langfristigen Ernährungsstatus sowie die Entwicklungs- und sozial-emotionale Prognose des Kindes.

Zur Therapie fehlen systematische Studien. Gomez et al. (2004) weisen darauf hin, dass zwar mehrere Therapiemanuale vorliegen, aber keine guten Therapiestudien. So liegen speziell zur sensorischen Verarbeitungsstörung keine Studien zur psychodynamischen Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) (Cierpka & Windaus, 2007) oder zu dem Münchner Konzept einer integrativen, kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings- /Kleinkind-Beratung und –Psychotherapie vor (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek 2004). Sie werden trotz fehlender Evidenz nach klinischer Indikation bei schweren Ausprägungen durchgeführt.

Bei sensorischen Verarbeitungsstörungen sollen je nach Indikation assoziierte Therapien zum Einsatz kommen, insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung.

Konsensusstärke: 93%

Bei sensorischen Verarbeitungsstörungen kommen auch ergotherapeutische und physiotherapeutische Methoden in Anlehnung an die Sensorische Integrationstherapie nach Ayres in Frage, bei der die Förderung der Übereinstimmung zwischen dem Säugling bzw. Kleinkind und der Umwelt im Mittelpunkt steht (Miller et al. 2007).

Durch sensorische Verarbeitungsstörungen können das Explorations- und Lernverhalten des Säuglings/Kleinkindes und dadurch die neuromotorische Entwicklung beeinträchtigt werden. Die Schwerpunkte der Ergo- und Physiotherapie liegen beim älteren Säugling (ab 6 Monate) und beim Kleinkind demzufolge in der Vermittlung fehlender Schlüsselfertigkeiten und der Anleitung der Bezugspersonen zu einer effektiven Unterstützung des Kindes im Alltag.

Eine systematische Übersicht zur Wirksamkeit von Sensorischer Integration bei autistischen Kindern zeigte Wirksamkeit bzgl. der Verbesserung von Alltagsfunktionalität und Teilhabe, aber nicht für andere Zielvariablen (Schaaf et al. 2018). Allerdings wurden nur 5 Studien (davon eine Einzelfallstudie und eine retrospektive Analyse) eingeschlossen, darunter keine mit einer sensorischen Verarbeitungsstörung als Hauptdiagnose.

Camarata et al. (2020) fassen Studien zur sensorischen Integration und zu sensorischen Verarbeitungstherapien hinsichtlich verschiedener Störungen zusammen; sie weisen allerdings auf die begrenzte empirische Evidenz hin.

Bei sensorischen Verarbeitungsstörungen soll nach Indikation aufgrund schwerer Symptomatik eine Eltern-Kind-Psychotherapie erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Eine Psychopharmakotherapie soll bei den sensorischen Verarbeitungsstörungen nicht erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

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

Verlauf und Prognose:

Der Verlauf der sensorischen Verarbeitungsstörungen nach DC: 0-5 ist nicht bekannt (Zero to Three, 2016, 2019). Nach der Verlaufsstudie von Bron et al. (2012) hatten Kindern (mittleres Alter 2;1 Jahre) mit einer Diagnose von Regulationsstörungen nach DC:0–3R (2005) im Alter von 9 Jahren ein hohes Risiko für psychische Symptome. 59 % hatten einen auffälligen CBCL-Gesamtwert, 43 % einen auffälligen internalisierenden und 52 % einen externalisierenden Wert. Diese hochwertige Studie zeigt, dass Kinder mit einer Regulationsstörung nach DC: 0-3R (2005) ein langfristiges Risiko für Verhaltensprobleme tragen. In der Querschnittsstudie von Mulligan et al. (2021) konnten unspezifische und heterogene Zusammenhänge zwischen sensorischen Verarbeitungsstörungen und Verhaltensproblemen nach der CBCL nachgewiesen werden (78 Kinder im Alter von 2-7 Jahren). Nach einer anderen Studie hatten 50% der Frühgeborenen unter einem Gestationsalter von 30 Wochen im Alter von 4 bis 6 Jahren eine sensorische Verarbeitungsstörung (nicht nach der DC-Klassifikation) (Ryckman et al. 2017).

8. Ausscheidungsstörungen

Einleitung:

Ausscheidungsstörungen sind typischerweise Störungen, die eine Altersdefinition beinhalten. Das Erlernen der Kontinenz ist eine der wichtigsten Aufgaben des Vorschulalters – eine Fähigkeit, die Kinder zu unterschiedlichen Zeitpunkten erlernen.

Ausführliche Angaben Diagnostik und Therapie finden sich in den AWMF-Leitlinie zur Enuresis und funktionellen Harninkontinenz (AWMF Registriernummer 028-026; Kuwertz-Bröking und von Gontard 2021) und zur Obstipation und Stuhlinkontinenz (AWMF Registernummer 068-019; Claßen und von Gontard 2022). Es darf auf diese Leitlinien oder deren Zusammenfassung verwiesen werden (von Gontard und Claßen 2023; von Gontard und Kuwertz-Bröking 2023).

Prävalenz:

Ausscheidungsstörungen sind häufige Störungen des Kindesalters. Die Prävalenz der Enuresis nocturna beträgt bei 7-jährigen Kindern ca. 10%, der Harninkontinenz tags 2-3% und der Stuhlinkontinenz 1-3%. Die Prävalenz der Obstipation allgemein liegt bei 6-9%.

Klassifikation nach ICD-10 und ICD-11:

Die ICD-10 bzw. ICD-11 sieht zwei Störungen vor: ab dem Alter von fünf Jahren die Enuresis nocturna und funktionelle Harninkontinenz; und ab dem Alter von vier Jahren die Enkopresis.

Nach ICD-10 und ICD-11 wird die **Enuresis** als unwillkürlicher Harnabgang ab dem Alter von 5;0 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Eine Dauer von drei Monaten muss vorliegen, die Frequenz muss zweimal pro Monat (ICD-10) betragen. Die grobe Einteilung der Subtypen nach ICD-10 entspricht nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand. Deshalb wurden von der ICCS (International Children's Continence Society) neue, aktuelle Klassifikationsvorschläge unterbreitet (Austin et al. 2016). Die AWMF-Leitlinien beruhen auf der ICCS-Klassifikation.

Nach ICD-10 wird die **Enkopresis** als willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen bei einem Kind ab 4;0 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert. Eine Dauer von sechs Monaten und eine Frequenz von einmal pro Monat müssen vorliegen. Die wichtigste Unterscheidung liegt darin, ob die Enkopresis mit einer Verstopfung (Obstipation) assoziiert ist oder nicht. Diese Differenzierung hat für die Therapieplanung entscheidende Konsequenzen. Die Bedeutung der Obstipation wurde nochmals von den neuen

Klassifikationsvorschlägen der pädiatrischen Gastroenterologen betont, den Rome-IV-Kriterien (Benniga et al. 2016; Hyams et al. 2016). Nach Rome-IV wird zwischen der funktionellen Obstipation (die mit Einkoten einhergehen kann oder nicht) und der nicht-retentiven Stuhlinkontinenz unterschieden. Diese Klassifikation wurde auch von den deutschen AWMF-Leitlinien übernommen.

Weitere Ausscheidungsstörungen umfassen das sog. **Toilettenverweigerungssyndrom** (TVS) bzw. Toilet Refusal Syndrome (TRS) und die **Toilettenphobie**. Die Ablehnung der Nutzung der Toilette gilt als belastendes Symptom, ist aber als Diagnose nicht in den Klassifikationssystemen aufgenommen. Bei der Ablehnung der Nutzung der Toilette verwenden Kinder die Toilette zwar zum Wasserlassen, lehnen es aber ab, Stuhl in die Toilette abzusetzen. Sie bestehen auf eine Windel für die Defäkation. Wenn das Verhalten länger als ein Monat persistiert, wird die Diagnose gestellt (Niemczyk et al. 2014). Kinder mit einer Toilettenphobie haben spezifische Phobien vor der Toilette und lehnen es ab, sowohl Stuhl wie auch Urin in die Toilette abzusetzen (Wagner et al., 2017).

Klassifikation nach DC 05:

In der DC: 0 - 5 werden Ausscheidungsstörungen nicht beschrieben.

Diagnostik:

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

Jüngere Kinder ab dem Säuglingsalter können an einer behandlungsbedürftigen Obstipation leiden. Bei der funktionellen Obstipation sind seltene Defäkationen mit harten, schmerzhaften, großkalibrigen Stühlen typisch. Die Kinder retinieren Stuhl, so dass die Stuhlmassen tastbar oder im Ultraschall sichtbar sind (Benninga et al., 2016).

Organische Ursachen von Ausscheidungsstörungen sollen ausgeschlossen werden.

Konsensusstärke: 100%

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

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

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Beruhend auf einer genauen Diagnostik sind Beratung, Psychoedukation, Informationsvermittlung erste wichtige Schritte. Veränderungen des Trink- und Ausscheidungsverhaltens sollten besprochen und dokumentiert werden. Diese allgemeinen, nichtinvasiven verhaltenstherapeutisch-orientierten Maßnahmen werden als Standardurotherapie bezeichnet und haben sich in Studien als hochwirksam gezeigt (Schäfer et al., 2018; Nieuwhof-Leppink et al., 2021).

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

Konsensusstärke: 100%

Die Therapie der Enuresis nocturna beginnt immer erst ab dem Alter von 5;0 Jahren. Der erste Schritt ist die Erstellung einer Baseline mit Kalenderführung. Für die Kinder, die weiter einnässen, ist das Mittel der Wahl eine apparative Verhaltenstherapie (AVT) mit einem Weckgerät. Korrekt durchgeführt führt sie bei 70 % der Kinder zum Erfolg mit dem besten Langzeitergebnissen. Das Mittel der zweiten Wahl ist eine medikamentöse Behandlung mit Desmopressin.

Die Behandlung der Enuresis am Tag (funktionelle Harninkontinenz) richtet sich nach der Diagnose. Urotherapeutische, verhaltenstherapeutisch-kognitive Interventionen stehen im Vordergrund. Nur bei der Dranginkontinenz kann eine Kombination mit einem Anticholinergikum (Oxybutinin oder Propiverin) oder einer Neurostimulation (TENS) sinnvoll sein.

Die Enkopresis soll erst ab dem Alter von 4;0 Jahren behandelt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Eine Obstipation soll behandelt werden.

Die Ablehnung der Nutzung der Toilette (Toilettenverweigerungssyndrom) und eine Toilettenphobie können bei Beeinträchtigung behandelt werden.

Konsensusstärke: 100%

Auch bei jüngeren Kindern soll eine Obstipation erkannt und nach den oben erwähnten Prinzipien behandelt werden. Dies ist wichtig, da früh beginnende Obstipationen durch die mit der späten Defäkation verbundenen Schmerzen in einen Teufelskreis münden und derart zur Persistenz und Chronifizierung neigen.

Die Toilettenphobie wird wie alle spezifischen Phobien verhaltenstherapeutisch behandelt.

Verlauf und Prognose:

Enuresis nocturna und funktionelle Harninkontinenz tagsüber zeigen eine Spontanremission von 15% pro Jahr und lassen sich sehr gut behandeln. Die Langzeitprognose von Obstipation und Stuhlinkontinenz ist auch mit Therapie ungünstiger, deshalb sind langfristige Verlaufskontrollen wichtig.

9. Depressive Störungen

Einleitung:

Die Diagnose einer depressiven Störung kann ab dem Alter von 2;0 nach DC: 0-5 (Zero to Three, 2016; 2019) mit typischer Symptomatik gestellt werden. Sicherer ist die Diagnosestellung ab dem Alter von 3;0 Jahren. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die Diagnose eine hohe Stabilität nach sechs Monaten aufweist und mit erheblichen sozialen Beeinträchtigungen einhergeht (Luby et al., 2002). Depressive Symptome (aber nicht das Vollbild der Störung) können auch schon vor dem Alter von 2;0 Jahren vorhanden sein.

Die AWMF-Leitlinie zu depressiven Störungen bei Kindern (Registriernummer 028-043) wird derzeit aktualisiert; eine Abstimmung der Empfehlungen jüngere Kinder betreffend ist erfolgt.

Prävalenz:

Introversive Störungen sind im Vorschulalter häufig: die Rate von introversiven Störungen beträgt 10,5 % bis 14,9 %, die von externalisierenden Störungen 9,0 % bis 14,9 %. Die Rate von depressiven Störungen beträgt 2,1 % und nimmt mit zunehmendem Alter zu (Egger & Angold, 2006a). Das Geschlechterverhältnis ist im Vorschulalter ausgeglichen.

Klassifikation nach ICD-10, bzw. ICD-11:

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

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

Die Einteilung nach ICD-11 ist ähnlich, es wird nur spezifiziert, ob die Störung voll ausgeprägt ist oder sich in partieller oder vollständiger Revision befindet

Die ICD-10 und ICD-11 Kriterien der depressiven Störungen sind für junge Kinder vor allem hinsichtlich der kognitiven Symptomatik nicht ganz passend.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die Diagnose einer depressiven Störung kann ab dem Alter von 2;0 nach DC: 0-5 (Zero to Three, 2016; 2019) mit typischer Symptomatik gestellt werden. Sicherer ist die Diagnosestellung ab dem Alter von 3;0 Jahren. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die Diagnose eine hohe Stabilität nach sechs Monaten aufweist und mit erheblichen sozialen Beeinträchtigungen einhergeht (Luby et al., 2002). Depressive Symptome (aber nicht das Vollbild der Störung) können auch schon vor dem Alter von 2;0 Jahren vorhanden sein, z.B. im Kontext frühkindlicher Deprivation oder andere Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und Beziehungsgestaltung mit Bezugspersonen (Überblick: Viaux-Savelonnet al., 2022).

Die Diagnose nach DC: 0-5 erfordert das Vorliegen einer gedrückten Stimmung und Reizbarkeit an den meisten Tagen seit mindestens zwei Wochen; Anhedonie (keine Freude bei Aktivitäten und Spiel); sowie zwei oder mehr Symptome wie Appetitverlust, Insomnie, Antriebsverlust und andere. Die Symptome müssen an den meisten Tagen seit mindestens zwei Wochen vorhanden sein und das Kind beeinträchtigen.

Die Diagnose einer depressiven Störung sollte erst ab dem Alter von 2;0 (nach DC: 0-5), bzw. 3;0 Jahren gestellt werden. Subsyndromale Symptomkonstellationen können bereits deutlich früher nachweisbar sein.

Konsensusstärke: 100%

Die DC:0-5 Kriterien sollen zur Diagnose einer depressiven Störung verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Auch bei depressiven Störungen gelten die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik. Ein spezieller Depressionsfragebogen wurde entwickelt, die „Preschool Feelings Checklist (Luby et al. 2004). Der Fragebogen verfügt über gute psychometrische Eigenschaften und ist als Screeningfragebogen sehr gut geeignet (Fuhrmann et al. 2014). An strukturierten Interviews ist die SIVA besonders geeignet (In-Albon et al. 2020).

Eine besondere Relevanz hat die Beobachtung des Spielverhaltens (Luby et al., 2006a); dazu kann entweder eine unstrukturierte Spielsituation beurteilt werden oder eine strukturierte, vorgegebene Situation mit spezifischen Aufgaben (Luby et al. 2006a). Dabei können eingeschränktes Spiel, nicht

altersentsprechende Symbolisierungsfähigkeit, geringere Compliance, mehr Vermeidung, sowie geringere Begeisterung und weniger ausgeprägte positive Affekte beobachtet werden. Auch Kinder können in Interviews Hinweise auf depressive Symptome angeben, weshalb ein Multiinformanten-Ansatz bei der Diagnostik zu befürworten ist.

Verschiedene Symptome sind bei Vorschulkindern besonders bedeutsam: Anhedonie, d. h. Unfähigkeit, Freude bei Aktivitäten und im Spiel zu erleben, ist mit Abstand das spezifischste Symptom und kann als Screeningsymptom für depressive Störungen verwendet werden (Luby & Belden 2006). Die Anhedonie zeigte sich durchweg als spezifischer Marker, vor allen von schweren Formen der Depression (Luby et al. 2006b).

Somatische Ursachen wie Mittelohrentzündungen, Anämie oder seltener Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen können eine allgemeine Antriebs- und Freudlosigkeit erzeugen. Ein typisches Merkmal der Depression im jungen Alter ist die hohe Komorbiditätsrate mit externalisierenden und internalisierenden Störungen. Diese sollen erfasst werden.

Bei der Diagnostik depressiver Störungen soll in Ergänzung zur Basisdiagnostik besonderer Wert auf die Beobachtung des Spiels und der Eltern-Kind-Interaktion gelegt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Konsensusstärke: 100%

Komorbide Störungen der depressiven Störung sollen erfasst werden.

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Wie bei anderen Störungen, stellen Beratung und Psychoedukation die Grundlage der Therapie dar (Luby, Lenze & Tillman 2012; Luby 2013). Zur Psychoedukation können Elternratgeber wie der von Fuhrmann und von Gontard (2016) herangezogen werden. Auch die Einbeziehung von Erzieher:innen kann zur Therapie der depressiven Störung von jungen Kindern hilfreich sein.

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

Bei depressiven Störungen soll eine Beratung erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Falls eine psychische Störung bei den Eltern/Bezugspersonen vorliegt, soll den Eltern eine eigene Diagnostik und Behandlung empfohlen werden.

Konsensusstärke: 100%

Es gibt nur eine randomisiert kontrollierte Studie zur Therapie depressiver Störungen im Vorschulalter (Luby et al., 2012). Eine Variante der Parent-Infant-Interaction-Therapy (PCIT), die PCIT-ED (Emotion Development), war signifikant wirksamer als Psychoedukation.

Eltern-Kind-Therapien haben sich auch in der Behandlung anderer emotionaler Störungen als wirksam erwiesen (Njoroge & Yang, 2012), wie die Child-Parent-Psychotherapy (CPP) für die PTBS und die PCIT für Angststörungen. Retrospektive Daten von Target und Fonagy (1994) zeigen, dass psychoanalytische Behandlungen wirksam sind. Bei sehr jungen Kindern kann eine beziehungsfokussierte Psychotherapie als Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) oder als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern erfolgen, deren Wirksamkeit auf die kindliche Emotionsregulation und Beziehungssicherheit im Alter von 2 bis 5 Jahren belegt ist (Fonagy et al. 2016; Slead et al. 2022). Ein weiterer Ansatz für Vorschulkinder ist die Psychoanalytische Kurzzeittherapie (PaKT) (Klein et al. 2021). Bei dieser Therapieform werden individuell das Kind ab einem Alter von 4 Jahren, die Eltern sowie Eltern und Kind gemeinsam behandelt. Der Fokus der Behandlung basiert auf den zugrundeliegenden intrapsychischen und interpersonellen Konflikten.

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

Konsensusstärke: 100%

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

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

Konsensusstärke: 100%**Verlauf und Prognose:**

Depressive Störungen zeigen eine hohe Stabilität im Vorschulalter und können bis in das Schulalter persistieren. Den stärksten Voraussagewert für eine Depression im Schulkindesalter hat eine positive familiäre Belastung und die Depression der frühen Kindheit selbst (DC: 0-5). Neueren Studien zufolge sagt die Depression im Vorschulalter suizidale Gedanken und Handlungen im Alter von 8 bis 12 Jahren voraus (Hennefield et al., 2023).

10. Angststörungen

Einleitung:

Angststörungen galten bisher als Diagnosen, die ab dem Alter von 18 Monaten gestellt werden können. Die DC: 0-5 (2016; 2019) gibt für die einzelnen Angststörungen jedoch unterschiedliche Altersgrenzen an: keine Altersgrenze für die Störung mit Trennungsangst und für den selektiven Mutismus, ab 36 Monate für die soziale und für die generalisierte Angststörung und unter 24 Monaten für die Störung mit Inhibition gegenüber Neuem.

Die AWMF-S2e-Leitlinie zu Angststörungen bei Kindern (Registriernummer 028-022) befindet sich in Vorbereitung, wurde bisher nicht verabschiedet.

Prävalenz:

Die Prävalenz der Angststörungen bei jungen Kindern ist hoch: So leiden 7,7% aller 2 bis 5-jährigen Kinder unter einer Angststörung (Egger & Angold 2006b). Sie sind häufiger als depressive Störungen und gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag einher.

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Nach ICD-10 werden Angststörungen unter den emotionalen, d. h. introversiven Störungen klassifiziert. Die ICD-10 unterscheidet zwischen einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), einer phobischen Störung des Kindesalters (F93.1), einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) und einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80). Die ICD-10 kodiert ferner Angststörungen unter F40.0 bis F41.9 als Störungen, die während der gesamten Lebensspanne auftreten können.

Nach der ICD-11 wird die Unterteilung in kindliche emotionale Störungen und spätere Angststörung aufgehoben, auch hier betreffen die Störungen die gesamte Lebensspanne. Zu diesen zählen: Die generalisierte Angststörung, die Panikstörung, die Agoraphobie, die spezifische Phobie, die soziale Angststörung, die Trennungsangst Störung und der selektive Mutismus.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Ängste als Symptome können schon vor dem Alter von 18 Monaten auftreten, wie zum Beispiel Trennungsängste, die schon Säuglinge betreffen können (DC: 5-0). Auch gibt es Vorläufer von Angststörungen in Temperamenteigenschaften wie die Behaviorale Inhibition (BI). BI wird als „ausgeprägte Zurückhaltung oder Ängstlichkeit gegenüber bekannten Personen oder Situationen oder Ereignissen“ definiert (Hirshfeld-Becker et al., 2008 a), betrifft 10-15 % aller Kinder und zeigt eine mäßige Stabilität vom Vorschul- zum Jugendalter, zum Teil bis ins Erwachsenenalter. Wenn

diese Furcht vor neuen Stimuli besonders ausgeprägt ist und das Kind beeinträchtigt, kann eine Störung mit Inhibition gegenüber Neuem diagnostiziert werden.

Die genaueste Klassifikation der Angststörungen im frühen Alter liefert die DC:0-5 (2016; 2019). Die einzelnen Items werden exakt beschrieben und es werden folgende Subtypen unterschieden:

- Störung mit Trennungsangst
- Störung mit allgemeiner Ängstlichkeit
- Soziale Angststörung (soziale Phobie)
- Generalisierte Angststörung
- Selektiver Mutismus
- Störung mit Inhibition gegenüber Neuem.

Typisch für die **Störung mit Trennungsangst** sind die für das Alter exzessiven Ängste vor einer befürchteten Trennung – oder nach einer Trennung von Bezugspersonen oder der gewohnten Umgebung. Zu den Symptomen zählen: Stress und Sorgen, Widerwillen und Weigerung, die gewohnte Umgebung zu verlassen; Schlafprobleme, Alpträume und Beeinträchtigungen. Die Störung muss mindestens einen Monat vorhanden sein und sich beeinträchtigend auswirken. Eine Altersdefinition ist nicht vorgesehen.

Kinder mit einer **sozialen Phobie** zeigen ausgeprägte oder persistierende Ängste vor einer oder mehreren sozialen Situationen und Leistungssituationen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (wie Geburtstags- und Familienfeiern, Spielkreisen usw.). Die Ängste äußern sich in Weinen, Panik, Wutanfällen, Rückzug, Erstarren und Klammern. Dies führt zu einer Vermeidung der gefürchteten Situation und zu ausgeprägten Einschränkungen und Beeinträchtigungen mit einer Mindestdauer von zwei Monaten und einem Mindestalter von 24 Monaten.

Kinder mit einer **generalisierten Angststörung** zeigen deutliche und anhaltende Ängste und Sorgen an mehr als der Hälfte der Tage. Typisch sind Unruhe, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Anspannung und Schlafstörungen, die das Kind erheblich beeinträchtigen. Die Mindestdauer beträgt zwei Monate. Die Diagnose sollte mit Vorsicht unter einem Alter von 36 Monaten gestellt werden.

Der **selektive Mutismus** ist durch die Unfähigkeit gekennzeichnet, in spezifischen sozialen Situationen zu sprechen. Das Verhalten ist nicht Folge einer mangelnden Vertrautheit mit der Sprache erklärbar und führt zu Beeinträchtigungen mit einer Mindestdauer von einem Monat. Ein Mindestalter wird nicht angegeben.

Bei der **Störung mit Inhibition gegenüber Neuem** geht es nicht, wie bei der sozialen Phobie, um eine Furcht vor Menschen, sondern vor allem Neuem. Das Kind erstarrt, versucht die Situation zu vermeiden und hat einen negativen Affekt. Eine Mindestdauer von einem Monat, ein Mindestalter von 24 Monaten und Beeinträchtigungen müssen ebenfalls vorhanden sein.

Zur Diagnostik von Angststörungen bei Kindern im Alter von 0-5;11 Jahren sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Es sollen sechs Angststörungen unterschieden werden: Trennungsangst, spezifische Phobien, soziale Angststörung, generalisierte Angststörung, selektiver Mutismus und Störung mit Inhibition gegenüber Neuem.

Konsensusstärke: 100%

Leider werden in der DC: 0-5 die spezifischen Phobien nicht definiert, so dass man auf die Definitionen der ICD-10, bzw. ICD-11 zurückgreifen muss. Typisch für eine **phobische Störung des Kindesalters** (F93.1) nach ICD-10 ist eine anhaltende und wiederkehrende Angst vor verschiedenen Objekten und Situationen, die übermäßig ausgeprägt mit deutlich sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist. Neben einer Dauer von vier Wochen müssten eine generalisierte Angststörung und andere psychische Störungen ausgeschlossen werden.

Die Diagnose einer Angststörung soll nicht vor dem Alter von 18 Monaten gestellt werden, die soziale und generalisierte Angststörung nicht vor dem Alter von 36 Monaten. Subklinische Angstsymptome können schon vorher nachweisbar sein.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Die Diagnose der Angststörungen beruht überwiegend auf einer klinischen Einschätzung. Dabei hat die Anamnese einen besonderen Stellenwert. Auch die unstrukturierte Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern bzw. dem Untersucher dient der klinischen Einschätzung.

Beobachtungsinstrumente wie Anxiety Dimensional Observation Scale weisen gute psychometrische Eigenschaften auf (Mian et al. 2015). Dazu werden vier Situationen eingeführt, die bei Kindern Ängste standardisiert evozieren können. Die kindlichen Reaktionen werden ebenso standardisiert erfasst. Als Screening-Fragebögen sollten die Child Behavior Checklist (CBCL 1½–5) oder spezifische Angstfragebögen wie die Preschool Anxiety Scales-Revised (PAS-R) eingesetzt werden. Das strukturierte Interview SIVA 0-6 ermöglicht Diagnosen nach den Kriterien für DC: 0-5 (2016) (In-Albon et al. 2020).

Für den selektiven Mutismus liegt als spezifischer Fragebogen der FSSM vor (Gensthaler et al., 2020), der in zahlreiche Sprachen übersetzt ist. Es liegt eine Version für Klein- und Vorschulkinder (3-5 Jahre) vor. Der Fragebogen erfasst zwei Skalen, eine diagnostische Unterskala, die zur Diagnostik herangezogen werden sollte, und eine Schweregradskala, die im Rahmen der Verlaufsdagnostik hilfreich ist.

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der Angststörungen soll durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Komorbide Störungen der Angststörungen sollen erfasst werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Intervention:

Beratung und Psychoedukation stehen an erster Stelle. Eine Beratung ist besonders wichtig, da Eltern oft eigene Ängste und Angststörungen aufweisen. Eltern mit eigener Angststörung haben oft Schwierigkeiten, ihre jungen Kinder im Umgang mit Ängsten zu unterstützen und tragen dazu bei, die Angstsymptomatik aufrechtzuerhalten. Im Sinne eines Modelllerns übernehmen Kinder das ungünstige Copingverhalten der Eltern. Ihre Eltern schränken sie möglicherweise in ihrer Autonomie ein, neigen dazu, Konflikte ausdiskutieren, sind überprotektiv, können schlecht Grenzen setzen und unterstützen aktiv Vermeidungsverhalten. Zur Psychoedukation können Elternratgeber (z.B. Fuhrmann & von Gontard 2015) hilfreich sein.

Wegen der besonderen Bedeutung elterlicher Angststörungen soll bei Verdacht eine Diagnostik und lege-artis Therapie der Eltern empfohlen werden.

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

Konsensusstärke: 100%

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

Konsensusstärke: 100%

Auch bei Angststörungen ist die enge Einbindung der Eltern unbedingt erforderlich, am besten in spezifischen Eltern-Kind-Therapien.

Ein manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Programm für 5 bis 7-jährige Kinder mit Trennungsangst zeigte gute Effekte (Trennungs-Angstprogramm Für Familien, TAFF) (Schneider et al., 2011). Auch eine Adaptation der Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT) zeigte positive Effekte (Choate et al., 2005). Basierend auf der PCIT wurde ein spezielles Programm zur Angsttherapie junger Kinder (4-8 Jahre) untersucht (das CALM – Coaching Approach Behavior and Leading by Modelling) (Comer et al., 2012). Die neuen randomisiert-kontrollierte Untersuchungen zeigen einen deutlichen Effekt dieser modifizierten PCIT-Version (Freidl et al. 2017). Eine weitere Adaptation der PCIT (das so genannte Turtle Program) richtet sich an Kinder mit einer Behavioralen Inhibition (BI), d.h. einer Störung der Inhibition gegenüber Neuem nach DC: 0-5 (2016) (Freidl et al. 2017). Hirshfeld-Becker et al. (2010) beschreiben ein manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Training mit insgesamt zwanzig Behandlungseinheiten, das „Being Brave Program“. In einer randomisierten Studie von neun Kindern im Alter von 4-7 Jahren konnte eine deutliche Reduktion von Angstsymptomen in 15 bis 20 Sitzungen nachgewiesen werden. Auch reine Elterntrainings erbrachten positive Effekte (Kennedy et al., 2009).

In psychodynamischen Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapien (SKEPT) kann der Zusammenhang zwischen den kindlichen Ängsten und oft nicht bewussten elterlichen Ängsten oder traumatischen Erfahrungen erarbeitet werden, was zu einem Rückgang der kindlichen Angstsymptomatik führen kann (Cierpka & Windaus 2007). Zudem ist die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie auf die kindliche Emotionsregulation, Beziehungs- und

Bindungssicherheit im Alter von 3 bis 5 Jahren als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern belegt (Fonagy et al. 2016; Sleet et al. 2022).

Für die Behandlung des selektiven Mutismus liegt eine relativ gute Studienlage für die Kombination von Verhaltenstherapie mit systemischen Ansätzen vor (Meta-Analysen mit Einbezug von Vorschulkindern: Steains et al., 2021; Hipolito et al., 2023).

Beziehungsfokussierte Psychotherapie unter Einbezug von Kind und Eltern soll als Mittel der ersten Wahl bei Kindern unter 3;0 Jahren mit Angststörungen durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Auch bei jungen Kindern ab dem Alter von 3 Jahren zeigt die kognitive Verhaltenstherapie in randomisiert-kontrollierten Studien signifikante Effekte für alle Angststörungen (Njoroge & Yang, 2012). Weitere Hinweise zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugänge finden sich bei Miron und Scheeringa (2017). Für psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien liegt ebenfalls Wirksamkeitsstudien für Kinder von 4 bis 10 Jahren vor (Kronmüller et al. 2005; Göttken et al. 2014, Midgley et al. 2021).

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

Konsensusstärke: 100%

Eine Psychopharmakotherapie kann wegen der fehlenden Datenlage nicht empfohlen werden (Gleason et al., 2007). Randomisiert-kontrollierte Studien zu Angststörungen bei jungen Kindern existieren nicht, lediglich einzelne Fallberichte zum Einsatz z.B. von Fluoxetin (Gleason & Teverbaugh 2017).

Eine Psychopharmakotherapie der Angststörung soll nicht erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Verlauf und Prognose:

Allgemein erhöhen früher Angststörungen nicht nur das Risiko für späterer Angststörungen, sondern auch für viele andere psychische Störungen (DC: 0-5). Auch nach Sylvester und Pine (2017) haben Vorschulkinder mit Angststörungen ein deutlich erhöhtes Risiko für Angststörungen im Entwicklungsverlauf als Schulkinder. Auch der selektive Mutismus, d.h. die Unfähigkeit in spezifischen sozialen Situationen zu sprechen, verläuft oft chronisch, wenn er nicht frühzeitig multimodal behandelt wird.

11. Anpassungsstörungen

Einleitung:

Die Anpassungsstörungen werden nach der DC: 0-5 zu den Trauma-, Belastungs- und Deprivationsstörungen gezählt, zusammen mit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), der komplizierten Trauerstörung der frühen Kindheit, der reaktiven Bindungsstörung und der sozialen Bindungsstörung mit Enthemmung. Zur Diagnose ist erforderlich, dass die Symptomatik nach einem erlittenen Verlust auftritt und zeitlich begrenzt ist. Obwohl die Diagnose einer Anpassungsstörung häufig gestellt wird, ist die Forschungslage dazu dürftig

Prävalenz:

Obwohl häufig diagnostiziert, gibt es zu Anpassungsstörungen im Vorschulalter kaum Forschungsergebnisse, d. h. die Prävalenz ist nicht bekannt (DC: 0-5).

Klassifikation nach ICD 10, bzw. ICD 11:

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

Nach der ICD-11 wird die Anpassungsstörung unter der Kategorie der Störungen, die spezifisch mit Stress verbunden sind beschrieben. Sie wird als mal adaptive Reaktion auf einen Stressor definiert, die sich üblicherweise innerhalb von sechs Monaten zurückgebildet.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die Kriterien der DC: 0-5 (2016; 2019) sind genauer für junge Kinder formuliert: Die Symptome sind Folge von ein oder mehreren neuen Umweltstressoren, sie treten innerhalb von zwei Wochen auf, müssen mindestens zwei Wochen vorhanden sein und weniger als drei Monate persistieren, nachdem der Stressor nicht mehr vorhanden ist. Die neu auftretende Symptomatik umfasst emotionale Symptome (wie Irritabilität, Trauer, Nüchternheit, Ängstlichkeit) oder Verhaltenssymptome (oppositionelles Verhalten, Weigerung zu schlafen, Wutausbrüche und Entwicklungsrückschritte). Andere psychische Störungen, eine Verschlimmerung einer vorher bestehenden Störung und altersgemäße Reaktionen auf Umweltveränderungen müssen

ausgeschlossen werden. Auch eine Beeinträchtigung muss vorliegen. Anpassungsstörungen können trotz der guten Prognose für Eltern und Kindern belastend sein.

Zur Diagnose von Anpassungsstörungen sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Ein besonderer Schwerpunkt liegt bei der DC: 0-5 Klassifikation auf der komplizierten Trauerstörung der frühen Kindheit. Der Tod oder der bleibende Verlust einer Bezugsperson ist gerade in diesem Alter ein besonders schwerwiegender Stressor, da junge Kinder nicht die emotionalen und kognitiven Ressourcen haben, mit einem so schweren Verlust umzugehen. Das Kind kann unter einer Vielzahl von Symptomen leiden, die genau beschrieben werden. Dazu gehören: Suche nach der abwesenden Bezugsperson, Distanziertheit, selektives Vergessen, Empfindlichkeit gegenüber Erinnerungen und starke emotionale Reaktionen gegenüber dem Verlust. Ferner beschäftigt sich das Kind mit Sterben und Tod. Die Symptomatik kann vielgestaltig sein, einschließlich Fatigue, depressivem Affekt, fehlendem Interesse, Selbstverletzung, Schuldvorwürfen, Schlafstörung, Essstörung und Verlust von Entwicklungsschritten. Das Kind ist erheblich beeinträchtigt. Die Symptome sollen an den meisten Tagen vorhanden sein für mindestens 30 Tage.

Als besonders wichtige Anpassungsstörung gilt die komplizierte Trauerstörung der frühen Kindheit. Zur Diagnose sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Die allgemeinen Prinzipien der Diagnostik gelten auch bei Anpassungsstörungen. Darüber hinaus weist Hill (2006) darauf hin, dass der tatsächliche zeitliche Zusammenhang zwischen Stressor und Symptomatik nachgewiesen werden muss. Auch ist es wichtig, die subjektive Bedeutung des Stressors für das Kind sowie die subjektiven elterlichen Einstellungen und Coping-Mechanismen zu explorieren. Spezifische standardisierte Instrumente oder Beobachtungsverfahren gibt es nicht.

Anpassungsstörungen sollen detailliert und spezifisch diagnostiziert werden.

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

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

Bei schweren oder chronisch verlaufenden Anpassungsstörungen (vor allem bei der **komplizierten Trauerstörung der frühen Kindheit**) kann eine detaillierte Diagnostik und eine Psychotherapie sinnvoll und indiziert sein. Die Wahl der Psychotherapie richtet sich nach der Symptomatik des Kindes. Die generelle Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie als Säuglings/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) oder als Kinderpsychotherapie im Alter von 0 bis 5 Jahren auf die kindliche Emotionsregulation, Beziehungs- und Bindungssicherheit ist belegt (Sleed et al. 2022).

Bei einer Anpassungsstörung sollen eine Beratung und Psychoedukation erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Bei schwerer Ausprägung oder protrahiertem Verlauf der Anpassungsstörung sollen eine weiterführende Diagnostik und eine beziehungs-fokussierte Psychotherapie unter Einbezug von Kind und Eltern durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Verlauf und Prognose:

Die Klinik kann vielfältig sein, sich in Rückzugstendenzen, aber auch impulsiv aggressiven oder oppositionellen Verhaltensstörungen äußern. Definitionsgemäß ist die Anpassungsstörung vorübergehend. Durch das Fehlen von Langzeitstudien kann der Verlauf der Anpassungsstörung nicht eindeutig beschrieben werden (DC: 0-5).

12. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Einleitung:

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den Störungen im Vorschulalter, die relativ intensiv erforscht wurden und verfügt über eine gut fundierte Datenlage. Typische Traumata, die eine PTBS im Vorschulalter auslösen können, sind Unfälle, Katastrophen, Krieg, Wahrnehmung von Tod und Sterben, Angriffe von Hunden und von anderen Tieren, körperliche und sexuelle Misshandlung, (Mit-)Erleben von häuslicher Gewalt und invasive medizinische Interventionen. Auch junge Kinder können das Vollbild einer PTBS ab dem Alter von 12 Monaten aufweisen. Der Verlauf bei jungen Kindern ist ungünstig mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag (Scheeringa, 2006). Auch können subklinische Symptome wie Vermeidung, Hypervigilanz und Hyperarousal (ohne das Vollbild der PTBS) persistieren und den Alltag beeinträchtigen

Prävalenz:

Exakte Prävalenzzahlen sind nicht bekannt (DC: 0-5). Insgesamt beträgt die Prävalenz in den bisherigen Studien zwischen 0,1 % und 0,6 % (McDonnell & Glod 2003, Egger & Angold 2006a). Bevölkerungsbezogene Studien mit den DC: 0-5 Kriterien gibt es noch nicht.

Klassifikation nach ICD-10, bzw. ICD-11:

Die ICD-10 ist wenig geeignet, einer PTBS im Vorschulalter gerecht zu werden, da spezifische Anpassungen für das junge Alter fehlen. Eine PTBS (F43.1) entsteht nach ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würden. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas durch sich aufdrängende Erinnerungen in Träumen, das Gefühl, betäubt zu sein, Anhedonie und Vermeidung von traumaassoziierten Situationen. Sowohl eine Amnesie, wie auch eine erhöhte Sensitivität und Erregung mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit können vorkommen. Die PTBS tritt mit einer Latenz von Wochen bis üblicherweise sechs Monaten nach dem Trauma auf.

Dagegen weist die ICD-11 detailliert auf die Besonderheiten der PTBS bei Kindern hin, sodass sie einen deutlichen Fortschritt gegenüber der ICD-10 darstellt.

Klassifikation nach DC:05

Die Kriterien der PTBS sind in der DC: 0-5 (2016; 2019) sehr ausführlich beschrieben. Sie umfassen Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung, einer gedämpften Reaktionsfreudigkeit und eines

gesteigerten Arousal. Das Kind muss beeinträchtigt sein. Die Diagnose sollte mit Vorsicht bei Kindern unter 12 Monaten gestellt werden. Subklinische PTBS Symptome können auch schon bei Säuglingen vorhanden sein.

Zur Diagnose der PTBS sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Eine PTBS soll erst ab dem Alter von 12 Monaten diagnostiziert werden. Subklinische Symptome können sich bereits früher manifestieren und behandlungsbedürftig sein.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Auch bei der PTBS erfolgt die Diagnostik den allgemeinen Kriterien entsprechend. Darüber hinaus gibt es für die PTBS eine Reihe standardisierter Fragebogenverfahren und strukturierte Interviews, die den diagnostischen Prozess erleichtern (Scheeringa 2006; Graf et al. 2008). Als strukturiertes Interview steht im deutschsprachigen Bereich das Strukturierte Interview für Vorschulkinder (SIVA 0-6) zur Verfügung (In-Albon et al. 2020).

Wichtige Aspekte, die bei der Diagnostik berücksichtigt werden sollten sind nach Jonson-Reid und Wideman (2017): Reaktionen von Kind und Bezugspersonen, Änderungen im kindlichen Verhalten, Umgebungsressourcen, die das Kind und Familie stabilisieren könnten, die Qualität der Bindung an die Bezugspersonen und deren Fähigkeit, die psychische und körperliche Gesundheit des Kindes zu gewährleisten.

Eine spezifische und detaillierte Diagnostik der PTBS soll durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Oft tritt die PTBS nicht alleine auf, sondern mit mindestens einer weiteren psychischen komorbiden Störung wie vor allem ODD, emotionaler Störung mit Trennungsangst, ADHS und depressiven Störungen. Diese komorbiden Störungen können entweder vorausgehen und somit das Risiko für eine PTBS erhöhen oder sekundär als Folge der PTBS auftreten.

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

Komorbide Störungen der PTBS sollen erfasst und behandelt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Wie bei anderen Störungen sind Beratung und Psychoedukation selbstverständlich. Wegen der Persistenz der PTBS-Symptomatik reichen diese jedoch meistens nicht aus. Darüber hinaus sollte es in der Akutsituation auch eine psychosoziale Versorgung geben. Ziel ist es, dem Kind (und ggfs. seinen Angehörigen) das Gefühl von Sicherheit zu geben und die Grundbedürfnisse zu befriedigen. Von Jonson-Reid und Wideman (2017) zählt dazu, die Fragen der Kinder in einer verständlichen Sprache zu beantworten, sie zu Aktivitäten anzuregen, Entspannungsmöglichkeiten und Sicherheit zu vermitteln, alltägliche Routinen und Rituale einzuführen, Geduld zu zeigen, aber auch Grenzen zu setzen.

Von weiteren Akutinterventionen zur Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung wie dem Debriefing werden widersprüchliche Effekte berichtet, so dass diese nicht empfohlen werden können.

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

Konsensusstärke: 100%

Kinder, die länger als drei Monate Symptome einer PTBS zeigen, sollten mit spezifischen psychotherapeutischen Verfahren behandelt werden (Chu & Lieberman, 2010; Graf et al. 2008; Scheeringa 2006). Allerdings werden die meisten Kinder nicht zur Behandlung vorgestellt. In einer

Studie waren nur 31 % der betroffenen Kinder klinisch vorstellig (Scheeringa 2006). Einige Grundprinzipien gelten für alle traumaspezifischen wie unspezifischen Therapien, wie von Scheeringa (2006) zusammengefasst: Das Reden über das Trauma ist für Vorschulkinder nicht schädlich; im Gegenteil, sie reden offen darüber. Der Fokus der Therapie sollte auf die die traumatische Erfahrung begleitenden Gefühle der Kinder gerichtet sein. Das Prinzip von Offenheit und Ehrlichkeit sollte befolgt werden und den Kindern sollten direkte Antworten auf ihre Fragen gegeben werden. In den Therapien sind elterliche Reaktionen, insbesondere Schuldgefühle, Nachgiebigkeit und Überbehütung zu beachten und zu bearbeiten.

Zwei spezifische Psychotherapieformen wurden zur Behandlung der PTBS von Vorschulkindern entwickelt und in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert: die PTBS-spezifische Verhaltenstherapie und die Child-Parent-Psychotherapy (Lieberman & Van Horn 2008; Njoroge und Yang, 2012).

Die für das Vorschulalter angepasste, traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie zeigte in randomisiert-kontrollierten Studien positive Effekte (Njoroge & Yang 2012). Drei Wirkfaktoren konnten identifiziert werden: Der Fokus auf die Emotionen der Traumaerinnerung; eine Organisation und Artikulation der Erzählung des Traumas; eine Modifikation der Grundkognition über sich und die eigene Umgebung. Die kognitive Verhaltenstherapie ist bei Kindern ab drei Jahren geeignet. Eine weitere wirksame Therapie ist die Child-Parent-Psychotherapy (CPP) (Liebermann & Van Horn, 2008). Es handelt sich um eine kombinierte Therapie, bestehend aus Einzelsitzungen mit den Eltern und gemeinsamen Eltern-Kind-Sitzungen. Das Ziel ist es, unerwünschtes und belastendes Verhalten der Kinder zu verändern, entwicklungspassende Interaktion zu verstärken und die Eltern so zu begleiten, dass sie gemeinsam mit ihren Kindern das Trauma verarbeiten und bewältigen können. Die CPP wird wegen ihrer Wirksamkeit besonders empfohlen (Liebermann et al. 2011).

Positive Imaginationen, Relaxationsverfahren, Angst- und Stressmanagement, Stärkung von sozialen Kompetenzen und begleitende Elterngespräche sind weitere Komponenten der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Miron & Scheeringa 2017). Weitere psychodynamische Behandlungsansätze zur spezifischen Therapie von PTBS wie CAVES und CAVEAT haben einen interaktions- und beziehungs-fokussierten Ansatz und beziehen, da häufig erforderlich, auch die elterliche posttraumatische Belastung/PTBS mit ein (Coates et al. 2013; Schechter et al. 2015a, b; Suardi et al. 2020). Ein Überblick über eine Vielzahl von weiteren traumafokussierten Therapien für junge Kinder findet sich bei Jonson-Reid und Wideman (2017).

Es empfiehlt sich insgesamt ein pragmatisches Vorgehen: Ein anderes, auch unspezifisches psychotherapeutisches Verfahren sollte gewählt werden, wenn keine PTBS-spezifische Therapie zur Verfügung steht.

Eine Psychotherapie der PTBS soll zeitnah erfolgen.

Traumasppezifische Therapien sollen bei der PTBS Vorrang haben.

Falls keine PTBS-spezifische Psychotherapie zur Verfügung steht, sollen andere verhaltenstherapeutische oder psychodynamische Therapien zum Einsatz kommen.

Konsensusstärke: 100%

Es gibt keine Indikation für eine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern mit PTBS. Die empirische Basis für den Einsatz von Antidepressiva (SSRIs) ist sehr gering (Gleason & Teverbaugh 2017). Es kann deshalb keine Empfehlung für eine Psychopharmakotherapie der PTBS ausgesprochen werden (Gleason et al. 2007). Eine komorbide ADHS kann gleichwohl bei entsprechender Indikation mit MPH behandelt werden.

Eine Pharmakotherapie der PTBS soll nicht durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Verlauf und Prognose:

Unbehandelt ist die PTBS eine chronisch verlaufende Störung. Üblicherweise bilden sich PTBS-Symptome bei Kindern in den ersten zwei Jahren nach dem Trauma nicht zurück (DC: 0-5). Studien zum Langzeitverlauf ins Schulkindesalter und Jugendalter liegen nicht vor.

13. Bindungsstörungen

Einleitung:

Bindungsstörungen sind typische Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters, da die Symptomatik definitionsgemäß in den ersten fünf Lebensjahren beginnt (Zeanah & Gleason 2015; von Klitzing 2009). Bei Bindungsstörungen handelt es sich um Deprivationssyndrome mit der impliziten Annahme, dass eine eindeutig bevorzugte spezifische Bindungsperson fehlt (AAPAC, 2005) und somit keine signifikante Bindungsbeziehung eingegangen wird. Es werden allgemein ein gehemmter, introvertierter Subtyp mit guter Prognose, und ein enthemmter extravertierter Subtyp mit ungünstigeren Verläufen unterschieden. Die Nomenklatur variiert je nach Klassifikationssystem.

Von Bindungsstörungen mit fehlendem Bindungsverhalten in Belastungssituationen (z.B. Trennung, Angst, äußere Gefahr, Schmerz) im genannten Sinn zu unterscheiden sind sog. „unsichere Bindungsmuster“ gekennzeichnet durch einen vermeidenden, ängstlich-ambivalenten oder auch desorganisierten Bindungsstil. Solchen Verhaltensmustern liegen Strategien zugrunde, mittels derer sich das Kind an eine eingeschränkt emotional verfügbare oder vermindert sensitive Bindungsperson einstellt, indem es das Ausdrucksverhalten von Bedürfnissen nach Nähe und Trost und die damit verbundenen Emotionen adaptiv reguliert bzw. zurücknimmt. Auch ein desorganisiertes Bindungsmuster reflektiert nicht das Fehlen von Bindung und ist nicht mit der Diagnose einer Bindungsstörung gleichzusetzen (Granqvist et al. 2017). Vor diesem Hintergrund muss die Diagnose einer Bindungsstörung für die gutachterliche Einschätzung von Kindeswohlgefährdung äußerst sorgfältig gestellt und insgesamt kritisch betrachtet werden (Forslund et al. 2022).

Eine AWMF-S3-Leitlinie zu Bindungsstörungen ist angemeldet, liegt allerdings noch nicht vor. Es liegt eine Leitlinie zu Kinderschutz im Rahmen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch (Registriernummer 027-069) vor. In der AWMF-S3-Leitlinie zu Bindungsstörungen wird die standardisierte Diagnostik, Differentialdiagnostik und spezifische Therapie evidenz- und konsensbasiert dargestellt werden, sie soll nach Publikation als wesentliche versorgungsleitende Leitlinie bei Bindungsstörungen beachtet werden.

Prävalenz:

Zur Prävalenz gibt es keine eindeutigen Angaben. In vielen epidemiologischen Studien wurde kein Kind mit einer Bindungsstörung diagnostiziert (s. Egger & Angold 2006a, Lavigne et al. 1998, 2009). In einer dänischen Studie hatten 0,9 % der 1,5-jährigen Kinder eine Bindungsstörung nach ICD-10 und 0,5 % nach DC:0–3 (Skovgaard et al. 2007). Allgemein wird von einer Prävalenz von unter 1 %

ausgegangen. In Risikopopulationen ist die Prävalenz jedoch deutlich erhöht (Minnis et al. 2013; AACAP, 2005). Zeanah und Gleason unterstreichen die Existenz der beiden im Erscheinungsbild distinkten Kategorien „reactive attachment disorder“ (RAD) und „disorder of social engagement“ (DSED) aufgrund eines umfassenden Literaturreviews (Zeanah & Gleason 2015).

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Nach ICD-10 werden Bindungsstörungen als anhaltende Störungen der sozialen Beziehungsfähigkeit im Individuum definiert. Sie sind meist Folge von Deprivation, Trennungen, Beziehungsabbrüchen, Heimunterbringung und Misshandlung und treten situationsübergreifend in verschiedenen Beziehungen auf. Es werden die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) unterschieden.

Die ICD-11 unterscheidet ebenfalls zwischen einer reaktiven Bindungsstörung und einer enthemmten sozialen Beziehungsstörung. Die Kriterien sind sehr genau und kindgerecht beschrieben, sodass diese einen großen Fortschritt gegenüber der ICD-10 darstellen.

Zentral ist, dass eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens mit den entsprechenden Subtypen nach ICD-11 sowie alle Neuroentwicklungsstörungen nach ICD-11 differentialdiagnostisch beachtet und abgeklärt werden.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die DC: 0-5 (2016; 2019) Kriterien sind am genauesten. Die **Reaktive Bindungsstörung** nach DC: 0-5 ist durch Rückzugsverhalten und Schwierigkeiten der Emotionsregulation gekennzeichnet. Zu den Diagnosekriterien gehört eine fehlende Bindung zu einer erwachsenen Bezugsperson mit einem Muster von emotionalem Rückzug und gehemmtem Verhalten, sowie Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Eine unzureichende Versorgung im Sinne einer sozialen und emotionalen Vernachlässigung muss vorgelegen haben. Eine Autismus-Spektrum-Störung muss ausgeschlossen werden, das Kind muss beeinträchtigt sein und mindestens neun Monate alt sein.

Die soziale **Bindungsstörung mit Enthemmung** nach DC: 0-5 ist durch Distanzlosigkeit und fehlende soziale Hemmung definiert. Es finden sich Tendenzen, auf fremde Personen zuzugehen und mit ihnen zu interagieren ohne adäquate soziale Distanz. Eine soziale Enthemmung gegenüber Erwachsenen ist ein weiteres Kriterium. Eine Vernachlässigung muss vorgelegen haben und das Kind muss beeinträchtigt sein. Die Diagnose sollte bei Kindern unter einem Alter von zwölf Monaten vorsichtig gestellt werden.

Bindungsstörungen sind Folgestörungen nach emotionaler und/oder körperlicher Deprivation, multiplen Beziehungsabbrüchen und/oder Misshandlung in der frühen Kindheit.

Es sollen die reaktive Bindungsstörung und die soziale Bindungsstörung mit Enthemmung unterschieden werden.

Konsensusstärke: 100%

Zur Diagnose von Bindungsstörungen sollen die DC: 0-5 Kriterien verwendet werden.

Konsensusstärke: 100%

Bindungsstörungen sollen vor dem Entwicklungsalter von 9 Monaten nicht diagnostiziert werden, mit Vorsicht zwischen dem Entwicklungsalter von 9 und 12 Monaten.

Konsensusstärke: 100%

Andere Klassifikationsvorschläge der Bindungsstörungen, die sich stärker an der Bindungstheorie orientieren (Zeanah 2000), haben sich aufgrund fehlender empirischer Fundierung nicht durchgesetzt.

Wie in den DC: 0-5 Kriterien ausgeführt, können Bindungsstörungen auch bei älteren Säuglingen auftreten. Unter dem Alter von 9 Monaten soll die Diagnose aber nicht gestellt werden.

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

Komorbide Störungen bei Bindungsstörungen sollen erfasst und behandelt werden.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Diagnostik gibt es aktuell zur Erfassung von Bindungsstörungen keine standardisierten diagnostischen Verfahren (Duft et al. 2017). Solche werden in der S3-Leitlinie zu Bindungsstörungen dargestellt werden. Hinsichtlich der nicht-standardisierten klinischen Diagnose ist die klinische Beobachtung entscheidend. Dabei sollen das freie Spiel mit Bezugspersonen, das Verhalten nach Trennung und Wiedervereinigung und die Beziehungsgestaltung zu fremden Personen und neuen Objekten beobachtet werden. Dabei wird vor allem registriert: Der emotionale Stress des Kindes; die Trostfindung bei „anderen Personen“ und die Bevorzugung einer Bezugsperson (Stafford & Zeanah 2006).

Ein strukturiertes Vorgehen als Variation der fremden Situation mit Trennungs- und Wiedervereinigungssequenzen ermöglicht eine klinische (allerdings nicht standardisierte) Einschätzung des Bindungsverhaltens (AACAP, 2005; Ziegenhain 2009).

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

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Die Grundvoraussetzung für die Therapie der Bindungsstörungen ist eine verlässliche, stabile und vorhersagbare Umwelt für das Kind. Es ist essentiell, dass eine emotional zuverlässige und konstante Bezugsperson vorhanden ist, die dem Kind Versorgung, Stimulation, Unterstützung, Struktur und Überwachung bieten kann (Stafford & Zeanah 2006).

Die biologischen Eltern bzw. Bezugspersonen sollen intensiv darin unterstützt werden, diese verlässliche Umwelt zu bieten. In Einzelfällen ist zu prüfen ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen; dann kann ggf. auch eine Herausnahme aus der Ursprungsfamilie notwendig werden. Da zahlreiche internationale Studien gezeigt haben, dass eine Unterbringung in Heimeinrichtungen zu einer Verlängerung und Chronifizierung der Symptomatik von Bindungsstörungen führt, soll darauf geachtet werden, dass Kleinkinder ausschließlich in Pflegefamilien mit der entsprechenden Stabilität und Verlässlichkeit betreut werden (PMIDs

34544592; 30037301; 19402362). Die Beziehungskontinuität ist hierbei wesentlich. Eine etwaige Kinderschutzmeldung impliziert eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt nach Artikel 1 § 4 im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes (01.01.2012) in Verbindung mit §§ 8a und 8b SGB VIII Paragraph 8a.

Bei Verdacht auf Bindungsstörungen soll primär das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung beurteilt werden.

Konsensusstärke: 100%

Wegen der Schwierigkeiten von Kindern mit Bindungsstörungen in der Beziehungsgestaltung zu ihren Bezugspersonen spielen Beratung und Psychoedukation eine noch größere Rolle als bei anderen Störungen. Bei Fremdplatzierung ist eine begleitende Elternarbeit auch langfristig notwendig, um die Pflegeeltern in ihrem Umgang mit den spezifischen Bindungsschwierigkeiten des Kindes zu begleiten und ein feinfühliges elterliches Verhalten zu fördern.

Eine Beratung und Psychoedukation der aktuellen und - bei Indikation - der Eltern/primären Bezugspersonen soll bei Bindungsstörung erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Erst wenn eine sichere Umgebung für das Kind gewährleistet ist, sind weitergehende Psychotherapien indiziert (Ziegenhain & Fegert 2012; Stafford & Zeanah 2006). Oft bieten sich videogestützte Eltern-Kind-Therapien mit unterschiedlichem Fokus an.

Der Fokus kann einerseits auf elterlichen Repräsentanzen liegen und andererseits auf der Reinszenierung und Bearbeitung ungelöster Konflikte aus der Kindheit der Eltern. Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie auf die kindliche Emotionsregulation, Beziehungs- und Bindungsentwicklung sowie soziale Kompetenzen im Alter von 0 –bis 5 Jahren als Säuglings/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) oder als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern ist belegt (Sleed et al. 2022).

Auf der Verhaltensebene werden Eltern im Umgang mit dem Kind unterstützt, Stärken und Ressourcen werden gefördert und Umdeutungen vorgenommen. In randomisiert-kontrollierten

Studien zeigten sich positive Effekte für die PCIT und die Child Parent Psychotherapy (CPP) (Njoroge & Yang, 2012).

Die von Ziegenhain (2009) beschriebene Entwicklungspsychologische Beratung (EPB) hat zum Ziel, den Eltern mit Hilfe von Videosequenzen Verhalten aus der Perspektive des Kindes zu vermitteln. Andere Verfahren wie das Triple P (Sanders 1999), die Attachment Video Intervention (AVI) (Eguren et al. 2023), SAFE und Stepping Stones beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein (Brisch 2012). Weitere Interventionen und Programme, die bei Bindungsstörungen eingesetzt werden können, sind das STEEP-Programm (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting; Erickson & Egeland 2004, 2009) und das Circle of Security Programm (Cooper et al. 2005).

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

Duft et al. (2017) weisen darauf hin, dass manche bisher propagierten Therapien unbedingt zu vermeiden sind. Diese umfassen Behandlungsansätze, die die körperliche Bewegungsfreiheit des Kindes einschränken, wie Festhaltetherapien und sogenannte „Wiedergeburtstherapien“. Diese sind nicht evidenzbasiert und können negative Folgen für das Kind haben.

Falls Beratung und Psychoedukation nicht ausreichen, sollen zur Therapie der Bindungsstörungen interaktions- und beziehungsfokussierte Therapien unter Einbezug des Kindes und der aktuellen Bezugspersonen durchgeführt werden.

Indikativ sollen einzeltherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen.

Konsensusstärke: 100%

Es gibt keine Empfehlungen zur Pharmakotherapie im Vorschulalter (Gleason et al. 2007). Nur Kinder mit komorbiden Störungen (wie ADHS) können von einer Pharmakotherapie profitieren. Auch bei Vorschulkindern mit ausgeprägtem externalisierendem Verhalten sind Neuroleptika wie Aripiprazol und Risperidon wirksam. Wegen der hohen Nebenwirkungsrate sollten diese Medikamente mit

Vorsicht bei jungen Kindern eingesetzt werden (Safafi et al. 2016). Die Indikation in diesen Fällen ist nicht die Bindungsstörung an sich, sondern die expansive, disruptive Begleitsymptomatik.

Eine Psychopharmakotherapie der Bindungsstörungen soll nicht durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Verlauf und Prognose:

Die reaktive Bindungsstörung nach DC: 0-5 spricht sehr gut auf adäquate Versorgungsumgebungen an, die Zeichen können innerhalb von wenigen Wochen nach Entfernung aus einer vernachlässigenden Umgebung verschwinden. Allerdings haben die Kinder weiter erhöhte Risiken für eine depressive Störung im Jugend- und Erwachsenenalter (ICD-11). Die soziale Bindungsstörung mit Enthemmung dagegen zeigt sich oft weiterhin mit Symptomen der Störung selbst nach einer Fremdplatzierung (DC: 0-5).

14. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

Einleitung:

Für diese Störungen sind ein früher Beginn, eine Kombination von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität und eine Tendenz zur Persistenz typisch. Ferner ist sie überwiegend durch genetische Faktoren bedingt und weist schon im Vorschulalter eine Heritabilität von 54-70% auf (Eilertsen et al. 2018). Sie zählen zu den neurobiologischen Entwicklungsstörungen. Zusätzlich finden sich bei den betroffenen Kindern eine Reihe typischer Risiken und Belastungen. Kinder mit ADHS zeigen häufiger Störungen des Sprechens und der Sprache, leichte kognitive Defizite sowie Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, die mit einem höheren Unfallrisiko verbunden sind. Typisch sind ferner eingeschränkte Fähigkeiten der Emotionsregulation und sozialen Kompetenzen, weniger Freundschaften, Schwierigkeiten in der Beziehung zu Gleichaltrigen, problematische Interaktionen mit Eltern und mit anderen Verwandten sowie höherer familiärer Stress.

Die AWMF S3 Leitlinie zur ADHS bezieht sich auch auf junge Kinder (Registriernummer 028-045), ist aber nicht mehr aktuell und in Revision. Für eine ausführliche Darstellung der Diagnostik und Therapie darf dennoch auf diese wichtige Leitlinie verwiesen werden. Die vorliegende Leitlinie beschränkt sich auf die spezifischen Aspekte und neuere Untersuchungen zur ADHS des Vorschulalters.

Prävalenz:

ADHS ist schon im Vorschulalter eine sehr häufige Störung, die bei manchen Kindern sehr früh beginnt und langfristig persistieren kann (Lahey et al., 2004, 2005). Die Prävalenz der ADHS liegt bei den 2 bis 5-jährigen Kindern bei 3,3 % mit einer Streuung von 2,0 % bis 7,9 % in verschiedenen Studien (Egger et al. 2006b).

Klassifikation nach ICD-10, DSM-5 und ICD-11:

Nach ICD-10 werden diese Störungen als hyperkinetische Störungen (HKS), nach DSM-5 und ICD-11 als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) klassifiziert. Nach ICD-10 müssen Symptome aus allen drei Bereichen (Hyperaktivität, Störung der Aufmerksamkeit und Impulsivität) situationsübergreifend mindesten sechs Monate vorhanden sein. Das Konstrukt der hyperkinetischen Störungen (HKS) gilt als überholt und entspricht am ehesten dem kombinierten Subtyp der ADHS.

Nach DSM-5 und ICD-11 ist es nicht notwendig, dass Symptome aus allen drei Bereichen vorliegen. Es werden drei Erscheinungsformen definiert: Der kombinierte, der überwiegend unaufmerksame und der überwiegend hyperaktive/impulsive Typ der Präsentation.

Die ICD-11 hat das Konstrukt der DSM-5 für die ADHS übernommen, es wird zwischen einer unaufmerksamen, einer hyperaktiv-impulsiven und einer kombinierten Präsentation unterschieden. Die Diagnosekriterien sind bei der DSM-5 detaillierter ausgeführt.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die DC: 0-5 (2016; 2019) klassifiziert die ADHS unter den neurobiologischen Störungen. Diese Störungen beginnen früh im Leben, sind überwiegend genetisch bedingt und haben neurobiologische Korrelate. Die Definition der DC: 0-5 orientiert sich an der DSM-5, verzichtet jedoch darauf, unterschiedliche Subtypen (Präsentationen) zu unterscheiden. Es müssen mindestens sechs Symptome aus dem Aufmerksamkeitscluster oder dem Hyperaktivitätscluster in mindestens zwei Lebenskontexten vorhanden sein. Die Symptomatik muss stärker ausgeprägt sein als nach Entwicklungsstand und kulturellen Normen erwartet wird. Das Kind muss durch die Symptomatik beeinträchtigt sein. Das Mindestalter wird mit 36 Monaten und eine Mindestdauer mit 6 Monaten festgelegt.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sollen nach DC: 0-5 diagnostiziert werden

Konsensusstärke: 100%

Wegen der Abgrenzung von altersentsprechender, entwicklungstypischer Hyperaktivität/Impulsivität erfordert die Diagnose der ADHS bei jungen Kindern besondere Sorgfalt und Erfahrung. Die Diagnose ADHS ist frühestens ab dem Alter von 3;0 Jahren valide und kann ab diesem Alter gestellt werden. Erst ab dem Alter von 4;0 Jahren kann die ADHS mit noch höherer Zuverlässigkeit diagnostiziert werden (Wolraich et al. 2019). Wegen der ungünstigen Langzeitprognose sollte sie in diesem Alter erfasst und behandelt werden.

Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung soll nicht vor dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden.

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kann zwischen dem Alter von 3;0 und 3;11 Jahren diagnostiziert werden. Diese Diagnose soll sicher erst ab dem Alter von 4;0 Jahren gestellt werden.

Konsensusstärke: 100%

Auch im jungen Alter haben viele Kinder zusätzliche, d. h. komorbide Störungen (Egger et al. 2006; Dreyer 2006; Kaplan & Adesman, 2011; Lahey 2002; Wilens et al. 2002). Je nach Studie haben 55% bis 87% der Kinder mindestens eine weitere komorbide Störung. Die häufigsten Störungen sind die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und die Störung des Sozialverhaltens, d.h. externalisierende Störungen. Aber auch Angst- und depressive Störungen (d.h. internalisierende Störungen) sind nicht selten. Zudem haben viele Kinder zwei oder sogar drei komorbide Störungen. In anderen Worten, die Komorbidität ist die Regel und nicht die Ausnahme bei jungen Kindern. Diese komorbiden Störungen müssen zusätzlich behandelt werden.

Komorbide Störungen der ADHS sollen diagnostiziert und behandelt werden.

Konsensusstärke: 100%

Bei einigen Kindern tritt als Vorläuferstörung einer Überreaktivitätsstörung des Kleinkindalters auf. Nach DC: 0-5 muss das junge Kind mehrere Symptome der Überaktivität aufweisen, die stärker ausgeprägt sind als kulturell und entwicklungsmäßig erwartet wird. Die Symptome müssen mindestens in zwei Lebenskontexten auftreten und das Kind beeinträchtigen. Die Diagnose ist beschränkt auf das Zeitfenster von 24-36 Monaten, die Symptome müssen mindestens sechs Monate lang vorhanden sein. Sie muss allerdings differentialdiagnostisch von einer Autismus-Spektrum-Störung abgegrenzt werden und soll nicht gleichzeitig mit einer Autismus-Spektrum-Störung als Diagnose vergeben werden.

Im Alter von 2;0 bis 3;0 soll als Vorläuferstörung der ADHS die Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters diagnostiziert werden. Sie ist durch eine exzessiv gesteigerte Motorik gekennzeichnet.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Wenn eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt wird, kann die Diagnose ADHS nach DC: 0-5 ab dem Alter von 3;0 Jahren gestellt werden.

Zur Diagnostik und Behandlung der ADHS liegen inzwischen verschiedene Leitlinien vor, die sich in ihren Empfehlungen durchaus ähneln und kompatibel sind. Im deutschsprachigen Bereich ist die AWMF S3-Leitlinie der ADHS von besonderer Bedeutung (Banaschewski et al. 2017). Die ADHS Leitlinie der amerikanischen pädiatrischen Akademie (American Academy of Pediatrics) richtet sich an Kinderärzt:innen in der allgemeinen Versorgung und behandelt Kinder ab dem Alter von vier Jahren (Wolraich et al. 2019). Zudem behandelt die Leitlinie der Gesellschaft für Entwicklung und Verhaltenspädiatrie (Society of Developmental and Behavioral Pediatrics) speziell die sogenannte komplexe ADHS, d. h. die ADHS mit komorbiden Störungen (Barbarese et al. 2020). Zuletzt liefert die australische Leitlinie wichtige Informationen (May et al. 2023).

Wie erwähnt, handelt es sich bei der ADHS um eine klinische, psychopathologisch definierte Diagnose, die ab Alter von 3 Jahren gestellt werden kann. Die Diagnose beruht auf einer genauen Anamnese, sowie auf einer Beobachtung und Exploration des Kindes. Ein psychopathologischer Befund wird erhoben. Eine Interaktions-/Beziehungsdiagnostik des Kindes und Eltern darf nicht fehlen, auch eine körperlich-neurologische Untersuchung ist obligat. Fragebögen (an Eltern, Erzieher/innen) können wichtige Informationen liefern, ein Intelligenz- oder Entwicklungstest ist sinnvoll. Alle anderen Untersuchungen sind im Routinefall nicht notwendig und bedürfen einer speziellen Indikation, wie zum Beispiel weitere standardisierte Verfahren, neuropsychologische Diagnostik, EEG, EKG oder Laboruntersuchungen. Eine ADHS kann nur nach einer umfassenden klinischen Diagnostik gestellt werden, nicht durch einen Labortest, eine Bildgebung, elektrophysiologische oder neuropsychologische Untersuchungen.

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

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

Nach den AWMF-Leitlinien (Banaschewski et al. 2017) ist ein multimodales Behandlungskonzept angezeigt. Nach der Eröffnung der Diagnose sollte als erster Schritt eine umfassende Psychoedukation, Informationsvermittlung, Aufklärung und Beratung der Eltern stattfinden, sowie

auch der Erzieher/innen und Betreuer/innen. Die kindgerechte Psychoedukation ältere Kinder sollte nicht vernachlässigt werden.

Bei der ADHS soll eine Beratung und/oder Psychoedukation der Eltern und/oder der Bezugspersonen erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Falls eine Beratung nicht ausreicht, hat die Psychotherapie im Vorschulalter immer den Vorrang vor pharmakologischen Interventionen. Die wirksamste Therapieform sind dabei Elterntrainings (nur mit Eltern) und Eltern-Kind-Therapien (mit Eltern und Kind) (aktuelle Metaanalyse unter Einbezug von Vorschulkindern: Groenman et al. 2022).

Elterntrainings sind mit leichten Variationen nach einem ähnlichen dreistufigen Prinzip aufgebaut: Als erstes Ziel wird eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion über positive gemeinsame Zeiten und positive Konsequenzen angestrebt; als zweites folgen die Erarbeitungen von Regeln und klaren Anweisungen sowie die differenzierte Erarbeitung von Methoden, wie regelkonformes Verhalten gefördert und dysfunktionales Verhalten des Kindes durch elterliches Verhalten reduziert werden kann; erst dann wird als dritte Stufe eine mögliche Auszeit erarbeitet. Die Elterntrainings gehen weit über die obligate Beratung und Psychoedukation hinaus. Oft sind sie mit einem direkten „Coaching“ der Eltern verbunden, z.B. mit videogestützten Rollenspielen.

Die hohe Wirksamkeit von Elterntrainings bzw. Eltern-Kind-Therapien konnte in zwei systematischen Übersichtenanalysen nachgewiesen werden. Anhand von 8 methodisch gute Studien konnten Charach et al. (2013) deutlich positive Effekte auf ADHS Symptome, Störung des Sozialverhaltens, Elterliche Erziehungsfähigkeiten mit einer Effektstärke (ES) von 0.68 und mit langfristigen Effekte nachweisen. Rimestad et al. (2019, 2020) konnten auf der Basis von 16 methodisch guten Studien positive Effekte auf die ADHS (ES 0.51), Störung des Sozialverhaltens (ES 0.44) und dysfunktionale Erziehungspraktiken (ES 0.63) ableiten. In dieser Metaanalyse waren eindeutige langfristige Effekte über 3 bis 12 Monate nach Behandlung nachweisbar.

Zur Behandlung der ADHS gibt es einerseits allgemeine Elterntrainings, die auch bei anderen Störungsbildern eingesetzt werden können. Zu diesen zählen die Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT), das „Incredible Years Programme“ und das „Helping the Noncompliant-Child“ Programm, das

„Community-Oriented-Parent Educational System (COPE)“ und andere mehr (Sonuga-Barke et al. 2006, Steinhoff et al. 2006, Greenhill et al. 2008).

Neben diesen allgemeinen Elterntrainings wurden ADHS-spezifische Elterntrainings entwickelt mit dem Ziel, über die Eltern die Entwicklung von Aufmerksamkeits- und Selbstorganisationsfähigkeiten des Kindes zu trainieren wie das New Forest Parenting Package (NFPP) (Sonuga-Barke et al., 2006). Von der S3-Leitlinie wird empfohlen, bei schwerer Ausprägung der ADHS auch Pädagog:innen in Kindergarten und Kindertagesstätten eine Schulung auf verhaltenstherapeutischer Basis (Erzieher:innentraining) anzubieten (Banaschewski et al. 2017). Dabei sollten auch Programme eingesetzt werden, die primär für Kinder mit oppositionellem oder aggressivem Verhalten entwickelt wurden. Die Elterntrainings und Eltern-Kind-Therapien sollten parallel dazu erfolgen.

Strukturierte Eltern-Kind-Psychotherapien und Elterntrainings sollen bei der ADHS als Therapiemethode der ersten Wahl eingesetzt werden.

Konsensusstärke: 100%

Nach den S3-Leitlinien können ergänzend zu Elterntrainings kindzentrierte Interventionen zur Förderung der Spiel- und Beschäftigungsintensität, zur Einübung von Handlungsabläufen und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben durchgeführt werden. Dabei sollte besonders auf die Generalisierung von Verhaltensänderungen auf den Alltag des Kindes geachtet werden. Darüber hinaus können kindzentrierte Interventionen zur Verminderung von Entwicklungsdefiziten, oppositioneller Verhaltensweisen, anderer Verhaltensauffälligkeiten oder emotionaler Probleme angewendet werden (Banaschewski et al. 2017). Systematische Studien liegen dazu allerdings kaum vor. Eine einzige Meta-Analyse untersuchte den Effekt von Sport auf die kognitive Entwicklung bei Vorschulkindern mit ADHS und zeigte, dass manche kognitiven Fertigkeiten hierdurch verbessert werden können (PMID: 27412579).

Tiefenpsychologische Verfahren können bei komorbiden Störungen wirksam sein, sind für die Behandlung der ADHS-Kernsymptome jedoch primär nicht indiziert. Das Behandlungskonzept der psychodynamischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) reicht von einer eher Ich-stützenden Beratung für die Mütter und Väter bis hin zu einer psychodynamischen Interventionstechnik, mit deren Hilfe die bewussten und unbewussten elterlichen Projektionen aufgedeckt und bearbeitet werden können, die in der Eltern-Kind-Beziehung einwirken und die Symptomatik unterhalten können (Cierpka & Windaus 2007, 2012, 2021). Hinweise auf eine

Wirksamkeit der SKEPT bei Vorschulkindern mit ADHS sind noch nicht erbracht worden, so dass die SKEPT in der primären Behandlung der ADHS nicht empfohlen werden kann. Die allgemeine, wenngleich nicht störungsspezifische Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie im Alter von 3 - 5 Jahren in Hinblick auf die kindliche Affektregulation, Beziehungs- und Bindungsentwicklung sowie sozialen Kompetenzen als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern ist belegt (Sleed et al. 2022).

Wenn ein Elterntaining oder Eltern-Kind-Therapie nicht ausreichen, können bei der ADHS weitere auf die Kernsymptomatik bezogene psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden.

Konsensusstärke: 100%

Ergänzend können bei ADHS zur Behandlung von Komorbidität und/oder Verbesserung der Teilhabe weitere Förder- und Behandlungsmaßnahmen indiziert sein, insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung.

Konsensusstärke: 100%

Assoziierte Therapien wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung erfordern eine spezielle Indikation, z.B. graphomotorische Störungen, motorische Teilleistungsstörungen und andere komorbiden Störungen (Hunt et al. 2023). Mit dieser Indikation können sie sinnvoll ergänzend eingesetzt werden.

Bei der ADHS können nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2010) verschiedene Teilhabebereiche betroffen sein wie Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Selbstversorgung, Interaktionen und Beziehungen. Über Ansätze der assoziierten Therapien erfolgt die Förderung von Motorik und Sprache, von Spiel- und Beschäftigungsintensität, die Vermittlung fehlender Schlüsselfertigkeiten, die Einübung konkreter Handlungsabläufe und die Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen. Dabei ist die Einbeziehung von Bezugspersonen und Erzieher:innen zum Übertrag der Strategien in den Alltag der Kinder ein wichtiger Bestandteil der Behandlung (Pizur-Barnekow 2011; Frolek Clark & Kingsley 2020).

Zur Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik sind assoziierte Therapien nicht indiziert. Es liegen bislang keine Studien zur Evidenz derselben in der Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik bei jungen Kindern vor, und sowohl die neuesten australischen Leitlinien als auch die internationalen Empfehlungen zur

ADHS sprechen keine Empfehlung zur Ergotherapie in der Behandlung aus (Faaone et al. 2021, May et al. 2023). Bei jungen Kindern werden ausschließlich Eltern-/Familientrainings empfohlen, vor allem bei komorbiden Störungen des Sozialverhaltens. Grossman und Avital zeigen in ihrer Übersicht, dass sensorische und emotionale Regulationsprobleme bei der ADHS sehr gut auf Methylphenidat ansprechen (Grossman & Avital, 2023).

Pharmakotherapie:

Von allen psychischen Störungen des Vorschulalters hat die Pharmakotherapie bei der ADHS den größten Stellenwert.

Eine Medikation ist erst ab dem Alter von 3 Jahren möglich. Sie sollte nur erfolgen nach entsprechender Risikoabwägung, falls Elterntrainings nicht verfügbar sind oder bei Persistenz der Symptome (trotz Training) und bei mittlerer bis schwerer Beeinträchtigung, ebenfalls nach Risikoabwägung (Wolraich et al. 2019). Nur für Methylphenidat liegt eine gute Evidenz für die Wirksamkeit und Sicherheit vor, sodass dies immer als erstes Medikament verschrieben werden sollte (Chiu et al., 2023)

Atomoxetin ist nach einer randomisiert-kontrollierten Studie nur gering wirksam bei jungen Kindern mit ADHS (Kratotchovil et al. 2004; Vaughan & Kratotchovil 2012). Wegen häufigen Nebenwirkungen (Müdigkeit, Appetitmangel und gastrointestinalen Beschwerden) ist Atomoxetin bei jungen Kindern nicht zu empfehlen.

Für die Wirksamkeit von Guanfacin gibt es eine zunehmende Evidenz, auch scheint die Nebenwirkungsrate geringer zu sein als bei Methylphenidat (Harstad et al. 2021, Froehlich 2021). Eine andere Medikation außer mit diesen beiden Substanzen (Methylphenidat und Guanfacin) wird bei jungen Kindern mit ADHS nicht empfohlen. Dabei ist Methylphenidat mit Abstand das Mittel der ersten Wahl. Eine enge und regelmäßige Überwachung durch erfahrene Ärzt:innen ist notwendig. Natürlich erfolgt die Verschreibung in diesem Alter immer Off-Label, da die Medikamente bei jungen Kindern nicht zugelassen sind. Dieses Vorgehen erfordert eine genaue Aufklärung und die Einwilligung der Eltern.

Pharmakotherapie mit Methylphenidat:

In der klassischen Preschool ADHD Treatment Study (PATs) wurden 303 Kinder im Alter von 3-5 Jahre untersucht (Greenhill et al. 2006). 165 Kinder wurden nach durchgeführtem Elterntaining randomisiert mit Methylphenidat oder Placebo behandelt. Dabei zeigte sich eine signifikante

Reduktion von ADHS Symptomen (verglichen mit Placebo). Die mittlere Dosis betrug 0.7 +- 0.4mg/kg/Tag (ähnlich wie bei Schulkindern). Die Effektstärken betrugen 0.4-0.8, d. h. etwas geringer als bei Schulkindern (0.6-1.0). Allerdings war die Rate unerwünschter Wirkungen höher als bei älteren Kindern (Wigal et al. 2006, Swanson et al., 2006). Insgesamt wurden bei 30% der Kinder Nebenwirkungen beobachtet, unter anderem Irritabilität, emotionale Ausbrüche, repetitives Verhalten, Schlaf- und Appetitstörungen, sowie vorübergehende Erhöhungen von Puls und Blutdruck. Auch eine Reduktion der Wachstumsgeschwindigkeit und geringere Gewichtszunahme sind möglich, weswegen junge Kinder enger und intensiver medizinisch überwacht werden müssen.

Pharmakotherapie mit Guanfacin:

Für die Wirksamkeit von Guanfacin sprechen neuere, allerdings ausschließlich retrospektive Studien (Harstad et al. 2021; Froehlich 2021). Von 497 Vorschulkindern mit ADHS erhielten 175 Kinder Guanfacin. Es fanden sich positive Effekte bei 66% der Kinder. Die Nebenwirkungsrate von Guanfacin war geringer als von Methylphenidat. Sie umfassten eine Schläfrigkeit tagsüber bei 38%, Irritabilität bei 29%, Appetitreduktion bei 7% und Schlafprobleme bei 11% der Kinder. Nach diesen erfolgversprechenden Ergebnissen sind randomisiert-kontrollierte Studien unbedingt zu empfehlen.

Falls MPH keine ausreichende Wirkung erbringt oder wegen Nebenwirkungen nicht toleriert wird, kann als erste Alternative Guanfacin erwogen werden. Für D-Amphetamin und Atomoxetin liegt keine Evidenz für eine entsprechende Indikation und Wirksamkeit bei jungen Vorschulkindern vorliegt (Fantom et al. 2009).

Die Verschreibung sollte immer Spezialist:innen vorbehalten sein.

Eine Pharmakotherapie der ADHS soll nicht vor dem Alter von 3;0 Jahren durchgeführt werden.

Mit besonderer Vorsicht und nur nach gründlicher Nutzen/Risiko-Abwägung kann sie bei ADHS in Einzelfällen als Teil einer therapeutischen Gesamtstrategie ab dem Alter von 4;0 Jahren durchgeführt werden.

Mit ganz besonderer Vorsicht und nur nach sehr gründlicher Nutzen/Risiko-Abwägung kann sie bei ADHS in Einzelfällen mit besonders ausgeprägter Symptomatik als Teil einer therapeutischen Gesamtstrategie im Alter von 3;0 -3,11 Jahren durchgeführt werden.

Die Verordnung soll durch eine:n Ärzt:in mit besonderen Kenntnissen zu Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe erfolgen.

Konsensusstärke: 100%

Verlauf und Prognose:

Die ADHS beginnt nicht plötzlich mit dem dritten Geburtstag, sondern kündigt sich bei vielen Kindern durch Vorläufersymptome bzw. Vorläuferstörungen an. So sind frühe Schrei- und Schlafprobleme im Säuglingsalter mit einem erhöhten ADHS-Risiko verbunden (Hemmi et al. 2011). Auch sind frühe ADHS-Symptome und Probleme mit der Emotionsregulation im Alter von 18 Monaten mit einem erhöhten ADHS-Risiko im Alter von 3,5 Jahren assoziiert (Oerbeck et al. 2020). Vorläufersymptome in Form einer gesteigerten motorischen Unruhe sind häufig. Sind diese ausgeprägt und beeinträchtigend, wird nach DC: 0-5 in der Altersspanne zwischen 24 und 36 Monaten eine Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters diagnostiziert.

Wenn eine ADHS bei jungen Kindern vorliegt, dann ist das Risiko sehr hoch, dass sich auch im weiteren Verlauf eine ADHS ausprägt. Wenn schon junge Kinder eine ADHS aufweisen ist diese oft mit langfristigen emotionalen, sozialen, Verhaltens- und Bildungsrisiken im Schul- und Jugendalter verbunden (O'Neill et al. 2017).

15. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten

Einleitung:

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (Oppositional Defiant Disorder – ODD) ist eine der wichtigsten und häufigsten Störungen des Vorschulalters. Besondere Beeinträchtigung erleben Kinder bei der häufigen Komorbidität von ODD und ADHS. Die ODD gilt als leichtere Variante der „eigentlichen“ Störung des Sozialverhaltens (AACAP 2007b).

Die AWMF S3-Leitlinien zu Störungen des Sozialverhaltens (Registriernummer 028-020) fokussiert auf ältere Kinder und Jugendliche, die Problematik von Vorschulkindern wird nicht speziell erwähnt. Auch das Vollbild einer Störung des Sozialverhaltens (Conduct Disorder – CD) kann bei jungen Kindern vorkommen, bildet aber eine Ausnahme. In der vorliegenden Leitlinie wird sich ausschließlich auf ODD bei jungen Kindern beschränkt.

Prävalenz:

Die Prävalenz von ODD bei 307 2-5-jährigen Kindern betrug in einer epidemiologischen Studie 6,6 % (Egger & Angold, 2006a). Das Geschlechtsverhältnis beträgt 2:1 (Jungen zu Mädchen) (Rockhill et al., 2006). Moreland und Dumas (2008) konnten mit ihrer Übersicht zeigen, dass ODD-Symptome bei Vorschulkindern zuverlässig gemessen werden können. Auch Keenan et al. (2007) konnte bei 223 klinisch vorgestellten Kindern im Alter von 3-5 Jahren zeigen, dass ODD und CD reliabel und valide diagnostiziert werden können.

Klassifikation Diagnostik nach ICD-10 bzw. ICD-11:

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

Nach ICD-11 wird die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD) durch ein andauerndes Muster (zum Beispiel sechs Monate oder mehr) von ausgeprägtem oppositionellen,

provokativem, ungehorsamen und boshafes Verhalten, das ausgeprägter ist als altersgemäß erwartet und nicht auf die Interaktion mit Geschwistern beschränkt ist. ODD kann durch eine persistierende ärgerliche oder irritable Stimmung, Wutausbrüche und eigensinniges, argumentatives und trotziges Verhalten gekennzeichnet sein. Ein Alterskriterium wird nicht angegeben, wohl wird im Text erwähnt, dass drei bis fünfjährigen Kinder betroffen sein können.

Nach ICD-11 werden folgende Subformen unterschieden: mit oder ohne Ärger, Irritabilität und Wut; mit oder ohne fehlende prosoziale Emotionen. (Ezpeleta et al., 2022; Waldman et al., 2021).

Klassifikation nach DC: 0-5:

Bei der DC: 0-5 sind Störungen des Sozialverhaltens als Diagnose nicht vorgesehen.

Allerdings überlappt die Diagnose der „Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung“ nach DC: 0-5 (s. Kapitel 16) mit dem ICD-11 Subtyp „Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger“. Deshalb sollte bei gegebenen Diagnosekriterien der „Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung“ nach DC: 0-5 (siehe Kapitel 16) und einem Alter über 3,0 Jahre eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten erwogen und der Subtyp nach ICD-11 ergänzend spezifiziert werden, wenn oppositionell-aufsässiges Verhalten im Vordergrund steht. Auch die mögliche Spezifikation mit und ohne fehlende prosoziale Emotionen ist basierend auf ICD-11 möglich und soll vorgenommen werden.

Die reduzierte prosoziale Emotionalität wird auch i.S. der Callous-Unemotional (CU-) Eigenschaften beschrieben. Vorläufer dieser Eigenschaften im Vorschulalter sind eine geringe Ansprechbarkeit für soziale Zugehörigkeit und Nähe (z.B. Defizite in der Suche nach und der emotionalen Bestätigung durch soziale Verbundenheit) und geringe Sensitivität bei Gefahr (z.B. Furchtlosigkeit gegenüber sozialen und nicht-sozialen Bedrohungen). Betroffene Kinder stellen eine besonders gefährdete Untergruppe dar, sind gekennzeichnet durch instrumentelle, manipulative und vorgeplante Aggression und eine fehlende Gewissensbildung, d.h. Schuldgefühle und Empathie fehlen (Frick et al. 2014). Junge Kinder mit CU-Eigenschaften zeigen ohne Intervention einen stabilen Verlauf ins Schulkind-, Jugend- und Erwachsenenalter und eine ungünstige Prognose (Waller & Wagner 2019; Waller et al. 2021). Die Risikofaktoren hierfür werden derzeit z.B. in der „Promoting Empathy and Affiliation in Relationships (PEAR)-Studie“ im Kontext multipler biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren und deren Interaktionen über den Entwicklungsverlauf untersucht (Wagner et al. 2023).

Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD) soll nach der ICD-11 gestellt werden.

Konsensusstärke: 100%

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

Konsensusstärke: 100%

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der ODD soll durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Auch bei Kindern mit ODD ist die Komorbiditätsrate hoch. 25-50 % der Kinder haben zusätzlich die Diagnose einer ADHS. Diese Kombination geht mit einer stärkeren Beeinträchtigung im Alltag einher. Zusätzlich können Angst und depressive Störungen vorkommen (Rockhill et al. 2006). Auch bei der Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS) sind komorbide Störungen häufig, vor allem ODD, ADHD, Schlaf- und Angststörungen (Hussong et al. 2020), was unterstreicht, dass diese Diagnose dem ICD-11 Subtyp „Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger“ entspricht.

Komorbid Störungen von ODD sollen erfasst werden.

Konsensusstärke: 100%

Diagnostik:

Die Grundprinzipien der allgemeinen Diagnostik gelten auch für die ODD. Allgemeine und spezifische Fragebögen werden eingesetzt. So betonen auch Rockhill et al. (2006) und Mathys et al. (2017) die Wertigkeit von allgemeinen Fragebögen wie die Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) (Achenbach & Rescorla 2000) und die Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1997). Als weitere Fragebögen für externalisierende Störungen werden die Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) und die Connors Rating Scales angegeben. Diese können ergänzt werden durch strukturierte psychiatrische Interviews wie das SIVA 0-6 (In-Albon et al. 2020).

Eine zunehmende Bedeutung haben Beobachtungsinstrumente wie das „Disruptive Behavior Diagnostic Disorder System“ (DB-DOS) (Wakschlag et al. 2008 a, b) gewonnen.

Das „Inventory of Callous-Unemotional Traits“ (ICU) in der Elternversion soll eingesetzt werden, um gering ausgeprägte prosoziale Emotionen zu diagnostizieren. Es liegt eine ab dem Grundschulalter validierte deutsche Version vor (Ueno et al., 2021), die auch im Vorschulalter genutzt werden kann.

Intervention:

Wie bei anderen Störungen stehen Beratung und Psychoedukation der Eltern und des Kindes immer an erster Stelle.

Eine Beratung soll bei ODD in jedem Fall durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Da sich die Symptomatik auch in anderen sozialen Kontexten zeigt, in denen Interaktionen mit anderen Kindern stattfinden, ist die Einbeziehung von Erzieher:innen bei dieser Störung besonders wichtig. Interventionen im Kindergarten und Schule können ergänzend eine wichtige Rolle spielen, um soziale Kompetenzen zu stärken (Mathys et al. 2017).

Weitere Bezugspersonen sollten bei ODD mit Einverständnis der Sorgeberechtigten in die Diagnostik und das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Konsensusstärke: 100%

Elterntrainings sind Mittel der ersten Wahl und bei der ODD sogar noch wirksamer als bei der ADHS (AACAP, 2007b; Gleason et al., 2007; Njoroge & Yang 2012). Bei der Parent-Child-Interaction-Therapy (PCIT) konnten extrem hohe Effektstärken von bis zu 1.45 in einer Metaanalyse nachgewiesen werden (Thomas & Zimmer-Gembeck 2007).

In einem Cochrane Review von 1078 Teilnehmern zeigte sich eine signifikante Reduktion von Auffälligkeiten des Sozialverhaltens durch verhaltenstherapeutische Gruppentrainings für Eltern (Furlong et al., 2012). Im deutschsprachigen Bereich ist vor allem das Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten (PEP) bekannt (Plück et al. 2006). Auch bei Kinder mit reduzierten prosozialen Emotionen sind diese Elterntrainings sehr wirksam (PMID: 36859562).

Interventionen wie das Triple P (Sanders 1999) beziehen bindungsorientierte Aspekte mit ein. Insbesondere geht es hier um die Vermittlung von Sicherheit gegenüber dem Kind, aber auch um Feinfühligkeit bezüglich kindlicher Signale. Psychodynamische Eltern-Kind-Therapie kann bei einer

inneren Konflikthaftigkeit mit Verstrickung zwischen Kind und Eltern indiziert sein. Die generelle Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern auf die kindliche Affektregulation, Beziehungs- und Bindungsentwicklung sowie soziale Kompetenzen im Alter von 3 – 5 Jahren ist belegt (Sleed et al. 2022).

Primär kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen haben sich in der Behandlung der ODD nur bei älteren Kindern bewährt (AACAP, 2007b). Für das Vorschulalter wurden kindbasierte Trainingsprogramme entwickelt, wie die „Dinosaur School“ als Teilkomponente des Incredible Years (IY) Programm (Mathys et al. 2017). Diese wurden als Gruppentherapien zusätzlich zu dem verhaltenstherapeutischen Elternteraining konzipiert.

Strukturierte Elterntrainings oder Eltern-Kind-Psychotherapien sollen bei ODD durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Falls ein Elternteraining oder eine Eltern-Kind-Psychotherapie nicht ausreicht, können bei der ODD zusätzlich kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen in der Gruppe eingesetzt werden werden.

Konsensusstärke: 100%

Ergänzend können bei der ODD zur Verbesserung der Teilhabe Jugendhilfemaßnahmen indiziert sein und/oder heilpädagogische Förderung und Beratung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung.

Konsensusstärke: 77% Zustimmung, 15% Ablehnung, 2% Enthaltung

ADHS ist die häufigste komorbide Diagnose bei Vorschulkindern mit ODD (ebenso auch bei DÄAS). Wegen der besonderen Beeinträchtigungen bei dem Vorliegen beider Diagnosen, kann eine Pharmakotherapie der ADHS in diesen Fällen indiziert sein. Methylphenidat ist dabei Mittel der ersten Wahl. Wegen der nicht zureichenden Studienlage soll bei Vorschulkindern mit ODD oder auch der Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung DÄAS (ohne ADHS, s. Kapitel 16) auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden.

Eine Pharmakotherapie der ODD soll nicht durchgeführt werden.

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

Konsensusstärke: 100%

Atypische Antipsychotika, insbesondere Risperidon, zeigen geringe bzw. mittlere Effekte auf aggressives bzw. oppositionelles Verhalten, der meta-analytisch für ältere Kinder und Jugendliche (5-18 Jahre) belegt ist (Cochrane-Review: Loy et al. 2017). Für jüngere Kinder stehen keine ausreichenden Daten zur Verfügung. Aufgrund der Rate der unerwünschten Wirkungen sowie der negativen metabolischen Effekte bei einer langfristigen Einnahme sollte Risperidon nur in Ausnahmefällen und mit klarer Indikation über einen möglichst kurzfristigen Zeitraum eingesetzt werden.

Verlauf und Prognose:

Externalisierende Störungen gehen mit besonderen Langzeitrissen für die betroffenen Kinder einher und sollten früh erkannt und behandelt werden. ODD mit frühem Beginn hat eine besonders ungünstige Prognose, insbesondere in Kombination mit ADHS.

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

16. Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung nach DC: 0-5

Einleitung:

Allgemein bezeichnet die Emotionsregulation alle Prozesse, mit denen Individuen versuchen, die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen zu beeinflussen. Dabei stellt der Begriff Affektregulation eine übergeordnete Kategorie dar, die Emotions-, Stimmungs-, Stress- und Impulsregulation umfasst. Die Emotionsregulation im engeren Sinn betrifft affektive Zustände von relativ kurzer Dauer mit eindeutigem Auslöser. Dagegen bezeichnet Stimmungsregulation eher länger andauernde affektive Zustände, bei denen nicht unbedingt ein eindeutiger Auslöser nachweisbar ist.

Störungen der Affektregulation betreffen vor allem Affekte wie Wut, Irritabilität und Ärger. Die Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS) wurde als neue Kategorie in die DC: 0-5 aufgenommen als eine affektive Störung (wie die depressive Störung).

Prävalenz:

Emotionale Ausbrüche sind bei Vorschulkindern sehr häufig. Insgesamt sind 4-10% der Vorschulkinder, Kinder und Jugendliche davon betroffen (Carlson et al. 2023).

Zirka 3-8 % der 3-5jährigen Kinder haben eine DÄAS (DC: 0-5). Emotionale Ausbrüche sind allerdings ein unspezifisches Verhalten auch bei zahlreichen weiteren psychischen Störungen (Carlson et al. 2023) und müssen deshalb jeweils anhand einer funktionalen Verhaltensanalyse eingeordnet werden, falls eine Intervention notwendig erscheint.

Klassifikation Diagnostik nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Die DÄAS ist keine Diagnose nach ICD-10, sondern wurde analog zur „Disruptiven Affektregulationsstörung“ (Dysruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD) der DSM-5 konzipiert. Letztere ist durch schwere, wiederholte und unangemessene Wutausbrüche ab dem Alter von 6 Jahren definiert. Eine der DMDD vergleichbare Störung ist in der ICD-11 allerdings nicht vorgesehen; die ausreichende klinische Validität der Störung wird teilweise infrage gestellt (Evans et al. 2021; Fristad 2021). Dagegen ist sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 die „Intermittierende Explosive Störung“ beschrieben, die durch wiederholte aggressive Verhaltensausbrüche ab dem Alter von 6 Jahren definiert ist, die in keinem Verhältnis zu auslösenden Provokationen oder Belastungen stehen.

Die Diagnosekriterien der „Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung“ nach DC: 0-5 überlappen mit dem ICD-11 Subtyp „Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger“. Deshalb sollte eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten diagnostiziert werden und der Subtyp nach ICD-11 ergänzend spezifiziert werden, wenn oppositionell-aufsässiges Verhalten im

Vordergrund steht. Auch die mögliche Spezifikation mit und ohne fehlende prosoziale Emotionen ist basierend auf ICD-11 möglich und soll vorgenommen werden.

Klassifikation nach DC: 05:

Bei externalisierenden Verhaltensproblemen liegt nach der DC: 0-5 bei der Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS) der Fokus auf die mangelnde Regulation von Emotionen.

Die DÄAS wird nach der DC: 0-5 zu den affektiven Störungen gezählt. Nicht das verweigernde und Normen übertretende Verhalten steht dabei im Vordergrund, sondern die fehlende Fähigkeit, Wut, Ärger und negative Emotionen adäquat zu regulieren.

Die DC: 0-5 sieht zur Diagnose vier Symptomcluster vor: Dysregulation von Ärger und Wut, Nichtbefolgen von Regeln, reaktive und proaktive Aggression. Zur Diagnose müssen mindestens drei Symptome in einem der vier Muster, in mehr als einem Kontext, für eine Dauer von drei Monaten und ab dem Alter von 24 Monaten vorliegen. Weiterhin darf die Symptomatik nicht besser durch eine andere Störung erklärbar sein und sie muss eine Beeinträchtigung nach sich ziehen.

Ferner soll das Vorhandensein von eingeschränkten prosozialen Verhaltenssymptomen und Emotionen erfasst werden, die sich nach DC: 0-5 durch mindestens zwei der folgenden Aspekte zeigen: eine Dauer von mindestens drei Monaten; das Fehlen von Reue und Schuld, von Empathie für andere und das Fehlen von beobachtbaren Sorgen um Leistung. Die reduzierte prosoziale Emotionalität wird auch i.S. der Callous-Unemotional (CU-) Eigenschaften beschrieben (siehe Kapitel 15).

Daneben soll nach DC: 0-5 auch der Aggressionstypus spezifiziert werden: keine, vorwiegend reaktiv, vorwiegend provokativ oder kombiniert proaktiv/reaktiv.

Erste Studien haben gezeigt, dass es sich bei der DÄAS um eine häufige Störung handelt, die ein Drittel der klinisch vorgestellten Kinder betraf (Hussong et al. 2020). Es ist davon auszugehen, dass diese Diagnose in Zukunft öfter anstelle einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten nach ICD-10 oder ICD-11 gestellt wird. Umso wichtiger ist es, dass diese Störung weiter empirisch validiert wird.

Die Diagnose einer Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung soll nach DC: 0-5 gestellt werden, wenn eine Regulationsstörung von Ärger und Wut im Vordergrund steht.

Konsensusstärke: 100%

Obwohl auch junge Kinder vor dem Alter von 24 Monaten eine Dysregulation von Ärger und Aggression zeigen können, soll nach DC: 0-5 die Diagnose erst dann gestellt werden, wenn die entsprechenden Entwicklungsfähigkeiten vorliegen, um die Kriterien zu erfüllen. Das Mindestalter von 2;0 Jahren wird deshalb vorausgesetzt.

Die Diagnose einer Dysregulierten Ärger- und Aggressionsstörung (DÄAS) soll nicht vor dem Alter von 2;0 Jahren gestellt werden.

Konsensusstärke: 93%

Diagnostik:

Die Grundprinzipien der allgemeinen Diagnostik gelten auch für die DÄAS. Allgemeine Fragebögen werden eingesetzt. Spezifische Instrumente liegen noch nicht vor.

Die DÄAS kann durch strukturierte psychiatrische Interviews wie das SIVA 0-6 erfasst werden (In-Albon et al. 2020).

Eine detaillierte und spezifische Diagnostik der DÄAS soll durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Erste Studien zeigen, dass die DÄAS häufig von anderen komorbiden Störungen begleitet wird.

In einer Studie hatten von 176 Vorschulkindern 55 eine DÄAS nach DC: 0-5 (Hussong et al. 2020). Mit 31,3% war die DÄAS sogar häufiger als eine ADHS nach DC: 0-5. Das mittlere Alter betrug 4,3 Jahre, überwiegend waren Jungen betroffen (76,4%).

Komorbide Störungen waren häufig: 80,0% (44) der Kinder mit DÄAS hatten eine ODD, 21,8% (12) eine ADHS, 18,2% (10) Schlafstörungen, 5,5% (3) Angststörungen und 30,9% (17) Entwicklungsstörungen.

Komorbide Störungen von der DÄAS sollen erfasst werden.

Konsensusstärke: 100%

Intervention:

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

Eine Beratung soll bei DÄAS in jedem Fall durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Da sich die Symptomatik auch in anderen sozialen Kontexten zeigt, in denen Interaktionen mit anderen Kindern stattfinden, ist die Einbeziehung von Erzieher:innen bei dieser Störung besonders wichtig. Interventionen im Kindergarten und Schule können wie bei der ODD ergänzend eine wichtige Rolle spielen, um soziale Kompetenzen zu stärken (Mathys et al. 2017).

Weitere Bezugspersonen sollten bei DÄAS mit Einverständnis der Sorgeberechtigten in die Diagnostik und das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Auch für die DÄAS stehen Elterntrainings und je nach Alter der Kinder, eine beziehungsfokussierte Kleinkind-Eltern-Psychotherapie SKEPT oder Eltern-Kind-Therapie im Vordergrund.

Zur spezifischen Behandlung der DÄAS ist die PCIT-Variante PCIT-ED (Emotion Development) mit dem Fokus auf die Emotionsregulation geeignet (Lenze et al. 2011, Luby et al. 2012). Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Parent-Infant-Interaction-Therapy (PCIT-ED) zeigte eine eindeutige Wirksamkeit in der Behandlung von depressiven Störungen bei Vorschulkindern. Das PCIT-ED umfasst folgende Module: Minderung von Irritabilität, Trauer und Schuldgefühlen; Zunahme von positiven Affekten; Stärkung von Kompetenzen des Kindes, Emotionen zu erkennen und zu regulieren; Bearbeitung elterlicher Emotionsregulation; Stärkung elterlicher Kompetenzen in der Regulation der Emotionen ihres Kindes; Entspannungsverfahren und Entwicklung von Strategien in anderen Kontexten. Es wäre begrüßenswert, wenn die Wirksamkeit der PCIT-ED auch bei der DÄAS überprüft werden könnte.

Wenn die PCIT-ED nicht angeboten werden kann, sollen andere Elterntrainings und Eltern-Kind-Therapien angeboten werden, die sich bei der ADHS und der ODD bewährt haben.

Strukturierte Elterntrainings oder beziehungsfokussierte Psychotherapie unter Einbeziehung von Kind und Eltern sollen bei DÄAS als Mittel der ersten Wahl durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 93%

Ebenfalls in Analogie zur ADHS und ODD sollen, wenn kindbasierte Interventionen indiziert sind, primär kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen gewählt werden. Dabei lernen Kinder Emotionen, Auslöser und dysfunktionale Interpretationen zu erkennen und durch kognitive Umstrukturierung adaptive Regulationsstrategien zu entwickeln. Auch die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien für die kindliche Affektregulation im Alter von 0 bis 5 Jahren, beziehungsfokussiert oder als Kinderpsychotherapie unter Einbezug der Eltern, ist belegt (Sleed et al. 2022).

Falls ein Elternt raining oder eine beziehungsorientierte Psychotherapie unter Einbezug von Kind und Eltern nicht ausreicht, sollten bei DÄAS primär kindbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen gewählt werden.

Konsensusstärke: 82%

ADHS ist die zweithäufigste komorbide Diagnose bei Vorschulkindern mit DÄAS. Wegen der besonderen Beeinträchtigungen bei dem Vorliegen beider Diagnosen, kann eine Pharmakotherapie der ADHS in diesen Fällen indiziert sein. Methylphenidat ist dabei Mittel der ersten Wahl. Wegen der nicht zureichenden Studienlage soll bei Vorschulkindern mit DÄAS (ohne ADHS) auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden.

Eine Pharmakotherapie der DÄAS soll nicht durchgeführt werden.

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

Konsensusstärke: 100%**Verlauf und Prognose:**

Nach der DC: 0-5 kann die DÄAS während des Vorschulalters persistieren. Einen besonders ungünstigen Verlauf haben Kinder mit CU-Eigenschaften. Langzeitverlaufsstudien zur DÄAS als Störung liegen nicht vor, aber das Risiko von späteren internalisierenden und externalisierenden Störungen ist bei Kindern mit Affektregulationssymptomen im jungen Alter erhöht (DC: 0-5). Bei Schulkindern sind Probleme der Affektregulation weiterhin häufig (Treier et al. 2023).

17. Weitere Störungen

Weitere Störungen, die in diesen Leitlinien nicht ausführlich behandelt werden, können im Vorschulalter, vor allem bei älteren Kindern, vorkommen und werden auch in der Praxis diagnostiziert (Hussong et al. 2020).

Die DC: 0-5 (2016; 2019) definiert ein weites Spektrum an möglichen Störungen, die in der Vergangenheit bei jungen Kindern übersehen wurden (siehe Tabelle I, Anhang). Die alters- und entwicklungsbezogenen Symptome erleichtern eine Diagnose auch bei jungen Kindern und ermöglichen so ein störungsspezifisches therapeutisches Vorgehen.

Es werden nur die DC: 0-5 Diagnosen in diesem Kapitel erwähnt, die noch nicht in den vorherigen Kapiteln besprochen wurden:

- Autismus-Spektrum-Störung
- Frühe atypische Autismus-Spektrum-Störung
- Zwangsstörung
- Tourette-Störung
- Motorische oder vokale Tic-Störung
- Trichotillomanie
- Zwanghaftes Hautzupfen der frühen Kindheit

17.1 Autismus-Spektrum-Störungen

Einleitung:

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gehören zu den neurobiologischen Entwicklungsstörungen nach DC: 0-5 (2016; 2019). In DSM-5 und ICD-11 werden sie neuronale Entwicklungsstörungen genannt. Analog zu ICD-11 und DSM-5 werden ASS auch in DC: 0-5 als eine Störungsgruppe konzipiert, Schweregrad und Ausprägung der autistischen Symptome und assoziierter Merkmale (Sprache, kognitive Fertigkeiten) entlang eines Spektrums beschrieben. Zur Diagnostik der ASS wurden AWMF-S3-Leitlinien zur Diagnostik (Registriernummer 028-018) und zur Therapie (Registriernummer 028-047) veröffentlicht. Dort wird das Vorschulalter ausführlich und detailliert behandelt. Diese beiden Leitlinien sind so hochwertig und umfassend, dass darauf verwiesen werden darf.

17.2 Zwangsstörungen und verwandte Störungen

Zu dieser Gruppe gehören nach DC: 0-5 (2016; 2019) die Zwangsstörung, die Tourette-Störung, die motorische oder vokale Tic-Störung, die Trichotillomanie und das zwanghafte Hautzupfen der frühen Kindheit. Diese Störungen wurden bisher bei jungen Kindern wenig beachtet, obwohl sie mit einer hohen Beeinträchtigung einhergehen können.

17.2.1 Zwangsstörungen

Zwangsstörungen werden nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5 definiert durch wiederkehrende und anhaltende stereotype Gedanken, Impulse und Vorstellungen, die sich aufdrängen und mit Angst und Unbehagen assoziiert sind. Nach ICD-11 wird zwischen einer Zwangsstörung mit und ohne Einsichtsfähigkeit unterschieden

Zu Zwangsstörungen liegt eine AWMF S3-Leitlinie (Registriernummer 028-007) vor. Dort werden die Unterschiede der Klassifikationssysteme ausführlich dargestellt. Die Leitlinie richtet sich an ältere Kinder und Jugendliche, nicht speziell an Vorschulkinder. Gelegentlich wird auf die Besonderheiten bei sehr jungen Kindern hingewiesen, zum Beispiel die fehlende Einsichtsfähigkeit und der geringe Widerstand gegenüber Zwangshandlungen.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die Zwangsstörung wird in der DC: 0-5 (2016; 2019) sehr genau beschrieben und kann ab dem Alter von 36 Monaten diagnostiziert werden. Typisch sind wieder die wiederholten Gedanken und Handlungen, denen sich das Kind heftig widersetzt oder ängstlich und belastet reagiert, wenn diese begrenzt werden. Die Zwangssymptome treten an den meisten Tagen auf, beanspruchen Eltern und Kind mindestens eine Stunde am Tag, sind beeinträchtigend und dauern mindestens 3 Monate an. Nach Gleason et al. (2007) fallen Vorschulkinder durch besonders rigide Zwangshandlungen und eine hohe Rate von komorbiden Störungen auf (Coskun et al. 2012)

Intervention:

Nach den S3-AWMF-Leitlinien sollen Beratung und Psychoedukation immer durchgeführt werden. Psychotherapeutisch steht die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Einbezug der Familie an erster Stelle. Die Therapiekomponenten umfassen; die Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells, Steigerung der Therapiemotivation, Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Behandlung komorbider Störungen, Exposition und Reaktionsmanagement, kognitive Strategien mit

handlungsorientierten Maßnahmen, psychosozialen Anpassung in Freizeit, Kindergarten und Schule – immer mit Einbezug der Familie.

Therapeutisch wird auch von Gleason et al. (2007) Psychoedukation, Verhaltenstherapie und nur in Ausnahmefällen Pharmakotherapie empfohlen. Neuere Studien weisen auf eine hohe Rate von Nebenwirkungen unter SSRI-Medikation bei Zwangsstörungen bei jungen Kindern hin, so dass nach derzeitigen Erkenntnissen keine Pharmakotherapie empfohlen werden kann (Gleason & Teverbaugh 2017). Lewin et al. (2014) konnten in einer randomisiert-kontrollierten Studie die hohe Wirksamkeit von einer familien-basierten Exposition und Reaktionsverhinderung mit einer Effektstärke von 1.69 nachweisen.

17.2.2 Ticstörungen

Tics werden definiert als unwillkürliche, plötzliche, schnelle, wiederholte, arrhythmische, stereotype Bewegungen und Lautäußerungen. Es werden einfache und komplexe Tics sowie motorische und vokale Tics unterschieden. Typische motorische Tics sind: Augenblinzeln, Grimassieren, Mundöffnen, Augenrollen, Zunge herausstrecken, Lippenlecken, Kopfnicken, Haare wegschütteln, Flexion/Extension der Extremitäten, Hüpfen, Treten und Echopraxie. Typische vokale Tics sind: Räuspern, Gurren, Schnäuzen, Husten, Summen, inspiratorische Atemgeräusche, Echolalie und Koprolalie. Leider gibt es noch keine Arbeiten speziell über die Ticstörungen bei jungen Kindern, obwohl erste Symptome ab dem 2. Lebensjahr auftreten können. Bei chronischen Tics und dem Tourette-Syndrom sind zwei komorbide Störungen sehr typisch, vor allem ADHS und Zwangsstörungen.

Zu Ticstörungen liegen keine AWMF-Leitlinien vor. Allerdings wurden 2022 drei europäische Leitlinien zur Diagnostik, Psychotherapie und Pharmakotherapie veröffentlicht (Szejko et al. 2022; Andren et al. 2022; Roessner et al. 2022).

Klassifikation nach ICD-10 bzw. ICD-11:

Die Klassifikation nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5 ist ähnlich. Das Tourette-Syndrom (F95.2) liegt vor, wenn sowohl motorische wie auch vokale Tics vorliegen und der Verlauf mindestens zwölf Monate betragen hat. Bei den chronischen motorischen oder vokalen Ticstörungen (F 95.1) liegen entweder motorische oder vokale Tics (aber nicht beide) vor und die Störung besteht für mehr als zwölf Monate. Die vorübergehende Ticstörung (F 95.0) erfasst alle Tics mit einer Dauer von weniger als einem Jahr.

Nach ICD-11 werden die Tic Störungen nicht mehr als psychische Störungen, sondern als

neurologische Störungen klassifiziert. Unter der Rubrik der Bewegungsstörungen wird zwischen primären und sekundären Ticstörung unterschieden. Bei den primären Ticstörung findet sich wieder die klassische Aufteilung in vorübergehende, chronisch motorische, chronisch vokale Ticstörung und die Torheit Störung.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Nach der DC: 0-5 (2016; 2019) wird zwischen dem Tourette-Syndrom und der motorischen oder vokalen Ticstörung unterschieden, wobei beide mit einer Dauer von zwölf Monate definiert sind. Die häufige vorübergehende Ticstörung ist nicht vorgesehen.

Diagnostik:

Die Diagnostik umfasst zunächst eine allgemeine kinderpsychiatrische, bzw. kinderpsychotherapeutische Anamnese, sowie die Erfassung der speziellen Tic-Symptomatik (wie auch möglicher komorbider Störungen).

Intervention:

Als Grundlage jeder Behandlung dient Psychoedukation, Aufklärung, Beratung und Begleitung. Von den psychotherapeutischen Verfahren stehen verhaltenstherapeutische Verfahren an erster Stelle, die eindeutig wirksam sind. Für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor. Selbstbeobachtungsverfahren haben einen hohen Stellenwert – alleine das Beobachten und Dokumentieren kann zu einer Reduktion der Tics führen.

Selbstkontrollstrategien und allgemeine Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation, Atemtechniken, imaginative Verfahren und autogenes Training können hilfreich sein.

Eine Pharmakotherapie ist bei vorübergehenden Tics nicht indiziert, da sie sich oft spontan zurückbilden. Die Indikation liegt beim Tourette-Syndrom und bei den chronischen Ticstörungen – wenn eine subjektive Beeinträchtigung durch Tics vorliegt. Mittel der ersten Wahl sind Aripiprazol und Tiaprid, gefolgt von Risperidon (Roessner et al. 2022). Über die Wirkung der Neuroleptika bei Vorschulkinder liegen keine Studien vor.

17.2.3 Trichotillomanie

Einleitung:

Obwohl die Trichotillomanie, d.h. das habituelle Haarausreißen, schon 1889 beschrieben wurde und die Prävalenz bei 1 % liegt, ist sie bei Kindern kaum untersucht (Bruce et al. 2005). Noch weniger Informationen liegen vor über die Trichotillomanie bei Vorschulkindern (Snorasson et al. 2022).

Klassifikation nach ICD-10, bzw. ICD-11:

Nach der ICD-10 wird die Trichotillomanie grob als Impulskontrollstörung mit wiederholtem Haarausreißen definiert. Nach ICD-11 wird die dritte Trichotillomanie zu den Zwangsstörungen gezählt. Die DSM-5 Kriterien sind genauer und umfassen: das wiederholte Ausreißen eigener Haare mit Haarverlust; wiederholte Versuche, dieses Verhalten zu kontrollieren und einzuschränken; Leiden und Beeinträchtigung und Ausschluss von ursächlichen medizinischen Erkrankungen und psychischen Störungen.

Klassifikation nach DC: 0-5:

Die DC: 0-5- Kriterien (2016) ähneln denen der DSM-5, spezifizieren aber die typischen Beeinträchtigungen des jungen Alters besser.

Diagnostik:

Typisches Zeichen der Trichotillomanie ist das wiederholte Zupfen von Haaren mit deutlichem Haarverlust. Vor dem Haarausreißen wird von vielen Kindern eine innere Anspannung verspürt, die sich nach dem Zupfen in einem Druckabfall, Erleichterung und sogar Befriedigung verwandeln kann. Junge Kinder zupfen vor allem die Kopfhaut, gefolgt von Wimpern und Augenbrauen (Park et al. 2012). Vorläufersymptome können Haarzwirbeln und Haarstreicheln sein. Die Trichotillomanie tritt vor allem bei Langeweile, Müdigkeit und Frustration auf und kann z.B. von Daumenlutschen begleitet sein. Ca. 5 bis 18 % der Kinder essen anschließend ihre Haare, was sogar zum Darmverschluss durch sogenannte Bezoare (Haarknäuel) und andere gastrointestinale Erkrankungen führen kann (Bruce et al. 2005).

Dermatologische Erkrankungen müssen bei der Trichotillomanie ausgeschlossen werden und komorbide psychische Störungen sollten erfasst werden. Angst, Scham, Schuldgefühle und niedriges Selbstwertgefühl sind häufig. Ein breites Spektrum von komorbiden Störungen ist möglich,

einschließlich neuropädiatrisch begründeter Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und Bindungsstörungen (Bruce et al. 2005).

Intervention:

Psychoedukation und Elternberatung stehen therapeutisch an erster Stelle. Die Therapie ist vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutisch. Die verhaltenstherapeutischen Techniken umfassen Relaxation, positive Verstärkung, Behandlung von assoziierten habituellen Symptomen (wie Daumenlutschen), Exposition und Reaktionsverhinderung (u.a. durch Anziehen von Handschuhen oder Socken über die Hände) und Habit Reversal (zu Deutsch Gewohnheits-Umkehr-Training). Das Habit Reversal-Training umfasst Wahrnehmung von prodromalen Symptomen, das Einüben von gegenläufigen Bewegungen (Fausten und Fäuste gegeneinanderdrücken) und soziale Unterstützung. Bei älteren Kindern kann eine begleitende Pharmakotherapie sinnvoll sein, vor allem mit SSRIs.

Wegen des chronischen Verlaufs, der Beeinträchtigung und der medizinischen Komplikationen ist es das Ziel der Behandlung, möglichst früh zu beginnen, da eine Persistenz der Symptome für mehr als sechs Monaten mit einer ungünstigeren Prognose verbunden ist.

17.2.4 Pathologisches Hautzupfen (Dermatotillomanie)

Einleitung:

Auch das pathologische Hautzupfen kann sehr junge Kinder betreffen.

Klassifikation nach ICD-10, bzw. ICD-11:

Das pathologische Hautzupfen, bzw. -quetschen (Dermatotillomanie) wird nach der DSM-5 (aber nicht nach ICD-10) als eigenständige Störung beschrieben. Nach ICD-11 wird das pathologische Hautzupfen als Exkoriationsstörung bezeichnet

Klassifikation nach DC: 0-5:

Nach der DC: 0-5 (2016) ist das wiederholte Zupfen der Haut mit Hautschädigungen, das nicht von ihnen gesteuert werden kann, bei jungen Kindern typisch.

Intervention:

Leider liegen noch keine Studien zum pathologischen Hautzupfen bei Vorschulkindern vor, bis auf Risikogruppen, wie zum Beispiel Kinder mit einem Prader-Willi-Syndrom (Bonnot et al. 2016).

Zwangsstörungen und verwandte Störungen sollen nach DC: 0-5, ICD-10 oder ICD-11 diagnostiziert werden.

Konsensusstärke: 100%

Bei Zwangsstörungen und verwandten Störungen soll eine allgemeine und spezifische Diagnostik durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Bei Zwangsstörungen und verwandten Störungen soll immer eine Beratung durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Bei Zwangsstörungen und verwandten Störungen soll eine jeweils störungsspezifische Psychotherapie durchgeführt werden.

Konsensusstärke: 100%

Weitere Störungen

Zu weitere Störungen, die nicht in der DC: 0-5 besprochen wurden, zählen u.a. die somatoformen Störungen, die auch jungen Kinder betreffen können. Vor allem funktionellen gastrointestinale Schmerzstörungen sind auch in diesem Alter häufig (Benninga et al. 2016; Hyams et al. 2016).

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

Ausblick

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

Einen Schwerpunkt bildet dabei das Klassifikationssystem DC. 0-5, das ein breites Spektrum von Diagnosen ermöglicht.

Eine erneute Aktualisierung der Leitlinien ist in 5 Jahren vorgesehen.

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. (2017) Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil.* 29(4). doi: 10.1111/nmo.12954. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27766723.

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Addison L, Piazza C, Patel M, Bachmeyer M, Rivas K, Milnes S, et al. (2012) A comparison of sensory integrative and behavioral therapies as treatment for pediatric feeding disorders. *J Appl Behav Anal.* 45(3):455–71

Aldridge, V. K., Dovey, T. M., El Hawi, N., Martiniuc, A., Martin, C. I., & Meyer, C. (2018). Observation and Comparison of Mealtime Behaviors in a Sample of Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders and a Control Sample of Children with Typical Development. *Infant Ment Health J*, 39(4), 410-422. <https://doi.org/10.1002/imhj.21722>

American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition), American Psychiatric Publishing, Arlington VA

Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F., Chatoor I. (2010), Maternal Psychopathology and Child Risk Factors in Infantile Anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 43: 233-240

Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F., Chatoor I. (2012), Feeding Disorders of Infancy: A Longitudinal Study to Middle Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45: 272–280

Andrén P, Jakubovski E, Murphy TL, Woitecki K, Tarnok Z, Zimmerman-Brenner S, van de Griendt J, Debes NM, Viefhaus P, Robinson S, Roessner V, Ganos C, Szejko N, Müller-Vahl KR, Cath D, Hartmann A, Verdellen C (2022) European clinical guidelines for Tourette syndrome and

other tic disorders-version 2.0. Part II: psychological interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 31:403-423

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

Ardesirian KA, Howarth DA. (2017) Esperance pica study. *Aust Fam Physician*. 46(4):243-248. PMID: 28376581.

Arvedson J, Clark H, Lazarus C, Schooling T, Frymark T (2010) The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 52 (11): 1000–13

Asmussen J, Davidsen KA, Olsen AL, Skovgaard AM, Bilenberg N (2023) The longitudinal association of combined regulatory problems in infancy and mental health outcome in early childhood: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-023-02262-0. Epub ahead of print. PMID: 37493835

Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D., Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*, 170(11), 1237-1239. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13030326

Austin PF, Bauer S, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Rittig S, Vande Walle J, von Gontard A, Wright A, Yang A, Nevéus T (2016). The Standardization of Terminology of Bladder Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Neurourol Urodynam*, 35:471-481

Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M (2017) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 114(9):149-159. doi: 10.3238/arztebl.2017.0149. PMID: 28351467; PMCID: PMC5378980.

Bark C., Georg A. & Taubner S. Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) (2018) *Psychotherapeut*. 63, 367–372 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0302-4>

Barth R (1999) Schlafstörungen im Kontext der Autonomieentwicklung. *Monatsschr Kinderheilkd* 147: 488–492

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

Baumann, N., Jaekel, J., Breeman, L., Bartmann, P., Bäuml, J. G., Avram, M., Wolke, D. (2019). The association of infant crying, feeding, and sleeping problems and inhibitory control with attention regulation at school age. *Infancy*, 24(5), 768-786. doi:10.1111/inf.1230

Barbarese WJ, Campbell L, Diekroger EA, Froehlich TE, Liu YH, O'Malley E, Pelham WE Jr, Power TJ, Zinner SH, Chan E (2020) Society for Developmental and Behavioral Pediatrics Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 241 Suppl. 2S:S35-S57. doi: 10.1097/DBP.0000000000000770. PMID: 31996577.

Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. (2015) Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database Syst Rev*. 1(1):CD010534. doi: 10.1002/14651858.CD010534.pub2. PMID: 25569177; PMCID: PMC8685508.

Blatter-Meunier J, Schneider S. (2011) Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF): Ein störungsspezifisches, kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Kinder mit Trennungsangst [Separation anxiety family therapy (SAFT): a cognitive behavioral treatment program for children suffering from separation anxiety]. *Prax Kinder Psychol Kinderpsychiatr*. 60(8):684-90. German. doi: 10.13109/prkk.2011.60.8.684. PMID: 22145425.

Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S (2016). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 150:1443-1455

Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M. and Richardson, B. (2014), Temperament and weight of preschoolers. *Obes Rev*, 15: 9-18. <https://doi.org/10.1111/obr.12066>

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

Bilgin, A., Baumann, N., Jaekel, J., Breeman, L. D., Bartmann, P., Bäuml, J. G., Wolke, D. (2020). Early Crying, Sleeping, and Feeding Problems and Trajectories of Attention Problems From Childhood to Adulthood. *Child Development*, 91(1), e77-e91. doi:10.1111/cdev.13155

Bindt C & Schulte-Markwort M (2017). Schreien und persistierende Unruhe im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(1), 73-85. doi:10.1007/s00112-016-02291

Bindt C. Essstörungen der Kindheit (2023) in: Kißgen, R. & Sevecke, K. (Hrsg.) *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren. Lehrbuch zu Grundlagen, Klinik und Therapie*. Bern: Hogrefe.

Bindt C. Schreistörung der frühen Kindheit (2023) in: Kißgen, R. & Sevecke, K. (Hrsg.) *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren. Lehrbuch zu Grundlagen, Klinik und Therapie*. Bern: Hogrefe.

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

Bolten M (2013) *Ratgeber psychische Auffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter*. Göttingen: Hogrefe

Bolten, M. (2020). Diagnostik im Vorschulalter (0-6 Jahre): Praxis und Herausforderungen. *Kindheit und Entwicklung*, 29(4), 178–192; <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000316>

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021). SIVA: 0-6. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), *Open Test Archive*. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.5172>

Bonnot O, Cohen D, Thuilleaux D, Consoli A, Cabal S, Tauber M (2016). Psychotropic treatments in Prader-Willi syndrome: a critical review of published literature. *European Journal of Pediatrics* 175:9-18

Braun S, Zeidler J, Linder R, Engel S, Verheyen F, Greiner W. (2013) Treatment costs of attention deficit hyperactivity disorder in Germany. *Eur J Health Econ*. 14: 939-45.

Braun S, Zeidler J, Linder R, Engel S, Verheyen F, Greiner W (2016) Erratum to: Treatment costs of attention deficit hyperactivity disorder in Germany. *Eur J Health Econ*. 17(3):371-3. doi: 10.1007/s10198-016-0771-8. Erratum for: *Eur J Health Econ*. 2013. 14(6):939-45. PMID: 26886111.

Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kreipe RD, Lask B, Le Grange D, Lock J, Loeb K, Madden S, Nicholls D, O'Toole J, Pinhas L, Rome E, Sokol-Burger M, Wallen U, Zucker N (2007) Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord*.40 Suppl: S117-22. doi: 10.1002/eat.20458. PMID: 17868122.

Breeman LD, Jaekel J, Baumann N, Bartmann P, Bäuml JG, M, Sorg C, Wolke D (2018), Infant regulatory problems, parenting quality and childhood attention problems. *Early Hum Dev*. 124: 11-16.

Brewerton T, D'Agostino M (2017) Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorders program. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 27(10):920–2.

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

Bron TI, van Rijen EHM, van Abeelen AM, Lambregtse-van den Berg MP (2012) Development of regulation disorders into specific psychopathology. *Infant Ment Health J.* 33:212-221.

Bruce TO, Barwick LW, Wright HH (2005). Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Paediatric Drugs* 7:365-376

Bryant-Waugh R (2019) Feeding and eating disorders in children. *Psychiatr Clin North Am.* 42(1):157–67.

Bryant-Waugh, R. (2020). ARFID Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. A Guide for Parents and Carers. London: Routledge.

Bryant-Waugh, R., Loomes, R., Munuve, A. & Rhind, C. (2021). Towards an evidence-based outpatient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder, *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, Vol. 31, 1, pp. 15-26.

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

Camarata S, Miller LJ, Wallace MT. (2020) Evaluating sensory integration/sensory processing treatment: issues and analysis. *Front Integr Neurosci.* 14:556660

Canivet C, Jakobsson I, Hagander B (2000) Infantile colic: Follow-up at four years of age: still more "emotional". *Acta Paediatr.* 89(1):13-7. doi: 10.1080/080352500750028988. PMID: 10677050

Cardona Cano, S., Tiemeier, H., Van Hoeken, D., Tharner, A., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C. and Hoek, H.W. (2015), Trajectories of picky eating during childhood: A general population study. *Int. J. Eat. Disord.*, 48: 570-579. <https://doi.org/10.1002/eat.22384>

Carlson GA, Singh MK, Amaya-Jackson L, Benton TD, Althoff RR, Bellonci C, Bostic JQ, Chua JD, Findling RL, Galanter CA, Gerson RS, Sorter MT, Stringaris A, Waxmonsky JG, McClellan JM (2023) Narrative Review: Impairing Emotional Outbursts: What They Are and What We Should Do About Them. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 62(2):135-150. doi: 10.1016/j.jaac.2022.03.014. Epub 2022 Mar 28. PMID: 35358662.

Chatoor I., Lucarelli L. (2017), Feeding and Eating Disorders of Infancy and Early Childhood. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (Sadock B.J., Ruiz P., Alcott Sadock V., Hrsg.), Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 9781451100471, Volume Two, pp. 3622-3634.

Chatoor, I. (1997). Feeding and other disorder of infancy or early childhood. In A. Tasman, J. Kay, & J.

Chatoor, I. (2009). Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children. Washington DC: Zero to Three.

Chatoor, I. (2018b). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Is More Than One Disorder: Diagnosis and Treatment of 3 Subtypes From Infancy to Adolescence. Presentation to the Grand Round, October 5, 2023 at the Department of Psychiatry at Children's National Medical Center in Washington, DC.

Chatoor, I., Ammaniti, M. (2007). A classification of feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P.J., Regier, D.A. (Eds.). Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V (pp. 227-242). Arlington: American Psychiatric Press.

Chatoor, I., Hirsch, R., Ganiban, J., Persinger, M., & Hamburger, E. (1998). Diagnosing infantile anorexia

Chatoor, I., Hirsch, R.P., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. (2010). Validation of a Diagnostic Classification of Feeding Disorders in Infants and Young Children. In: Classification of Eating Disorders. Striegel-Moore, R, Walsh, T, Mitchel, J, Wonderlich, S (Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Chatoor, I., Hommel, S. Secchi, C. & Lucarelli, L. (2018a). Development of the Parent Child Play Scale for use in children with feeding disorders. *Infant Mental Health J.* 39(2):153-169. doi: 10.1002/imhj.21702. Epub 2018 Feb 27. PMID: 29485687.

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

Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM (2014) Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics*. 2014 May; 133(5):e1163-71. doi: 10.1542/peds.2013-3998. PMID: 24733878; PMCID: PMC4006444.

Charach A, Carson P, Fox S, Ali MU, Beckett J, Lim CG (2013) Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*. 131(5):e1584-604. doi: 10.1542/peds.2012-0974. Epub 2013 Apr 1. PMID: 23545375.

Chiu HJ, Sun CK, Cheng YS, Wang MY, Tzang RF, Lin FL, Cheng YC, Chung W. (2023) Efficacy and tolerability of psychostimulants for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in preschool children: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*.66(1):e24. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.11. PMID: 36788670; PMCID: PMC10044299.

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

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

Cierpka, M., Scholtes-Spang, K., Kress, S., & Georg, A. K. (2017). Manualisierte psychoanalytische Fokalpsychotherapie der frühkindlichen Regulationsstörungen. *Kinderanalyse*, 25, 231-263.

Clark G.F., Kingsley K. (2020), Occupational therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth-5 Years. *AJOT*; 74(3); 7403397010p1-p42

Claßen M, von Gontard A (2022) S2-k-Leitlinie. Funktionelle (nicht-organische) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter. AWMF Registernummer 068-019. [HTTPS://WWW.AWMF.ORG/LEITLINIEN/DETAIL/ANMELDUNG/1/LL/068-019.HTML](https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ANMELDUNG/1/LL/068-019.html)

Claudino A, Pike K, Hay P, Keeley J, Evans S, Rebello T, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med*. 2019; 17(1)

Coates, S. W., Schechter, D. S., & First, E. (2013). Brief interventions with traumatized children and families after September 11. In *September 11* (pp. 23-49). Routledge

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

Constantino, J.N., Marrus, N. (2017). The Early Origins of Autism. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26, 555-570.

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

Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 22; 6: 36

Couturier J, Isserlin L, Norris M, et al. (2020) Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 8:4. Published 2020 Feb

Davis, A.M., Bruce, A.S., Khasawneh, R., Schulz, T., Fox, C. & Dunn, W. (2013). Sensory Processing Issues in Young Children Presenting to an Outpatient Feeding Clinic. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 56(2): 156-160.

Daws, D., Sutton, S. (2020). *Through the Night. Parent-Infant Psychotherapy for Sleep Problems.* London: Routledge.

DC:0-5 (2019) Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit Kohlhammer

DeGangi G.A., Breinbauer C., Roosevelt J.D., Porges, S. and Greenspan, S. (2000), Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Ment. Health J.*, 21: 156-175. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200007\)21:3<156::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200007)21:3<156::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-D)

DerMarderosian D., Chapman H. A., Tortolani C., Willis M. D. (2018). Medical considerations in children and adolescents with eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 27(1), 1-14

DeSantis, A., Coster, W., Bigsby, R. and Lester, B. (2004), Colic and fussing in infancy, and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Ment. Health J.*, 25: 522-539. <https://doi.org/10.1002/imhj.20025>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte- Verlag. Deutsche Normierung 2016: Die deutsche Ausgabe ist eine Adaptation des US-Originals Sensory Profile™ 2 mit deutscher Normierung für die vollständige Altersspanne von der Geburt bis zu 14:11 Jahren.

De Weerth C. (2018) Prenatal stress and the development of psychopathology: Lifestyle behaviors as a fundamental part of the puzzle. *Dev Psychopathol.* 30(3):1129-1144. doi: 10.1017/S0954579418000494. PMID: 30068418.

Dixley A, Ball HL. (2022) The effect of swaddling on infant sleep and arousal: A systematic review and narrative synthesis. *Front Pediatr.* 10:1000180.

Dollberg D, Feldman R, Keren M. (2010) Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 19(1):25-36. doi: 10.1007/s00787-009-0036-5. Epub 2009 Jun 20. PMID: 19543936.

Dovey T, Kumari V, Blissett J (2019) Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *Eur Psychiatry.* 61:56–62.

Dreyer BP (2006) The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the state of our knowledge and practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 36(1):6-30. doi: 10.1016/j.cppeds.2005.10.001. PMID: 16360075.

Dunn, W., Little, L., Dean, E., Robertson, S. & Evans, B. (2016). The State of the Science on Sensory Factors and Their Impact on Daily Life for Children: A Scoping Review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, Vol. 36(2S) 3S–26S

Dunn W. (2017) Sensory Profile 2. Manual. Deutsche Fassung. 1. digitale Auflage: Frankfurt/Main: Pearson.

Eckerberg B. (2004) Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatr.* 93(1):126-34. doi: 10.1080/08035250310007754. PMID: 14989452.

Edemann-Callesen H, Andersen HK, Ussing A, Virring A, Jennum P, Debes NM, Laursen T, Baandrup L, Gade C, Dettmann J, Holm J, Krogh C, Birkefoss K, Tarp S, Händel MN (2023) Use of melatonin for children and adolescents with chronic insomnia attributable to disorders beyond indication: a systematic review, meta-analysis and clinical recommendation. *E Clinical Medicine.* 61:102049.

Eeles AL, Spittle AJ, Anderson PJ, Brown N, Lee KJ, Boyd RN, Doyle LW. (2013) Assessments of sensory processing in infants: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 55:314-26.

Egger HL, Angold A (2006) Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry.* 47 (3-4):313-37. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x. PMID: 16492262.

Eguren A, Cyr C, Dubois-Comtois K, Muela A (2023) Effects of the Attachment Video-feedback Intervention (AVI) on parents and children at risk of maltreatment during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* 139:106121. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106121. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36848862; PMCID: PMC9951047.

Eilertsen EM, Gjerde LC, Kendler KS, Røysamb E, Aggen SH, Gustavson K, Reichborn-Kjennerud T, Ystrom E (2019) Development of ADHD symptoms in preschool children: Genetic and environmental contributions. *Dev Psychopathol.* 31(4):1299-1305. doi: 10.1017/S0954579418000731. PMID: 30246674.

Emde, R.N., Wise, B.K. (2003), The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0–3 and a recommendation for revision. *Infant Ment. Health J.*, 24: 437-446. <https://doi.org/10.1002/imhj.10067>

Equit M, Paulus F, Fuhrmann P, Niemczyk J, von Gontard A. (2011) Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 42(6):623-33. doi: 10.1007/s10578-011-0237-2. PMID: 21667157.

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

Erickson MF, Egeland B (2009) Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. Klett-Cotta. ISBN: 978-3-608-94636-9

Esler AN, Bal VH, Guthrie W, Wetherby A, Ellis Weismer S, Lord C (2015). The Autism Diagnostic Observation Schedule, Toddler Module: Standardized Severity Scores. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 45:2704-2720.

Esposito S, Laino D, D'Alonzo R, Mencarelli A, Di Genova L, Fattorusso A, Argentiero A, Mencaroni E.J. Pediatric sleep disturbances and treatment with melatonin. *Transl Med* 2019;17:77.

Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Rebello TJ, de la Peña F, Lochman JE, Burke JD, Fite PJ, Ezpeleta L, Matthys W, Youngstrom EA, Matsumoto C, Andrews HF, Elena Medina-Mora M, Ayuso-Mateos JL, Khoury B, Kulygina M, Robles R, Sharan P, Zhao M, Reed GM (2021) Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *J Child Psychol Psychiatry.* 62(3):303-312. doi: 10.1111/jcpp.13244. Epub 2020 May 12. PMID: 32396664; PMCID: PMC7657976.

Ezpeleta L, Penelo E, Navarro JB, de la Osa N, Trepát E. (2022) Co-developmental Trajectories of Defiant/Headstrong, Irritability, and Prosocial Emotions from Preschool Age to Early Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev.* 53(5):908-918. doi: 10.1007/s10578-021-01180-z. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33939109.

Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res*, 12(11), 1711-1722. doi:10.1038/oby.2004.212

Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.

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

Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, Newcorn JH, Gignac M, Al Saud NM, Manor I, Rohde LA, Yang L, Cortese S, Almagor D, Stein MA, Albatti TH, Aljoudi HF, Alqahtani MMJ, Asherson P, Atwoli L, Bölte S, Buitelaar JK, Crunelle CL, Daley D, Dalsgaard S, Döpfner M, Espinet S, Fitzgerald M, Franke B, Gerlach M, Haavik J, Hartman CA, Hartung CM, Hinshaw SP, Hoekstra PJ, Hollis C, Kollins SH, Sandra Kooij JJ, Kuntsi J, Larsson H, Li T, Liu J, Merzon E, Mattingly G, Mattos P, McCarthy S, Mikami AY, Molina BSG, Nigg JT, Purper-Ouakil D, Omigbodun OO, Polanczyk GV, Pollak Y, Poulton AS, Rajkumar RP, Reding A, Reif A, Rubia K, Rucklidge J, Romanos M, Ramos-Quiroga JA, Schellekens A, Scheres A, Schoeman R, Schweitzer JB, Shah H, Solanto MV, Sonuga-Barke E, Soutullo C, Steinhausen HC, Swanson JM, Thapar A, Tripp G, van de Glind G, van den Brink W, Van der Oord S, Venter A, Vitiello B, Walitza S, Wang Y. (2021) The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 128:789-818.

Ferber R. (1996) Childhood sleep disorders. *Neurol Clin.* 14(3):493-511. doi: 10.1016/s0733-8619(05)70271-1. PMID: 8871974.

Fischer E. (2019). Occupation as means and ends in early childhood intervention – A scoping review (Dissertation). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-45634>

Fisher M, Rosen D, Ornstein R, Mammel K, Katzman D, Rome E, et al. (2014) Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health.* 55(1):49–52.

Foitzik K, Brown T (2017) Relationship between sensory processing and sleep in typically developing children. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 72, 7201195040p1-7201195040p9.

Fonagy P., Sled M., Baradon T. (2016). Randomized controlled trial of parent–infant psychotherapy and treatment as usual for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37, 97-114. doi: 10.1002/imhj.2155

Forslund T, Granqvist P, van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A, Glaser D, Steele M, Hammarlund M, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, Steele H, Shaver PR, Lux U, Simmonds J, Jacobvitz D, Groh AM, Bernard K, Cyr C, Hazen NL, Foster S, Psouni E, Cowan PA, Pape Cowan C, Rifkin-Graboi A, Wilkins D, Pierrehumbert B, Tarabulsky GM, Carcamo RA, Wang Z, Liang X, Kázmierczak M, Pawlicka P, Ayiro L, Chansa T, Sichimba F, Mooya H, McLean L, Verissimo M, Gojman-de-Millán S, Moretti MM, Bacro F, Peltola MJ, Galbally M, Kondo-Ikemura K, Behrens KY, Scott S, Rodriguez AF, Spencer R, Posada G, Cassibba R, Barrantes-Vidal N, Palacios J, Barone L, Madigan S, Jones-Mason K, Reijman S, Juffer F, Pasco Fearon R, Bernier A, Cicchetti D, Roisman GI, Cassidy J, Kindler H, Zimmermann P, Feldman R, Spangler G, Zeanah CH, Dozier M, Belsky J, Lamb ME, Duschinsky R. (2022) Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attach Hum Dev.* 24(1):1-52. doi: 10.1080/14616734.2020.1840762. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33427578.

Frankel, K. A.; Boyum, L. A.; Harmon, R. J. (2004): Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 578-587.

Freitag CM, Vogeley K (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf

Freitas A., Albuquerque G., Silva C., Oliveira A. (2018). Appetite-Related Eating Behaviours: An Overview of Assessment Methods, Determinants and Effects on Children's Weight. *Ann Nutr Metab*, 73(1), 19-29. doi:10.1159/000489824

Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE (2014). Annual research review: a developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55, 532-548.

Fristad MA. (2021) Commentary: What to do with irritability? Do not give it a new diagnostic home-a commentary on Evans et al. (2020). *J Child Psychol Psychiatry*. 62(3):313-315. doi: 10.1111/jcpp.13354. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33226135

Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. (2017) Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 15(2):144-156. doi: 10.1176/appi.focus.20160047. Epub 2017 Apr 6. PMID: 31975847; PMCID: PMC6526964.

Freitag CM, Jensen K, Teufel K, Luh M, Todorova A, Lalk C, Vllasaliu L (2020) Empirisch untersuchte entwicklungsorientierte und verhaltenstherapeutisch basierte Therapieprogramme zur Verbesserung der Kernsymptome und der Sprachentwicklung bei Klein- und Vorschulkindern mit Autismus-Spektrum-Störungen [Empirically based developmental and behavioral intervention programs targeting the core symptoms and language development in toddlers and preschool children with autism spectrum disorder]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 48(3):224-243. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000714. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32175805.

Fricke-Oekermann L, Lehmkuhl G (2007) Nichtorganische Schlafstörungen im Kindesalter, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 7: 616-623

Froehlich TE (2021) Comparison of medication treatments for preschool children with ADHD: A first step toward addressing a critical gap. *JAMA*. 325 (20):2049-2050. doi: 10.1001/jama.2021.5603. PMID: 33946095.

Frolek Clark G, Kingsley KL, (2020) Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth-5 Years. *AJOT*, 74 (3); 7403397010p1-p42. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743001>

Fuhrmann P, von Gontard A (2025) Depression und Angst bei Klein- und Vorschulkindern: Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher. Hogrefe

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

Fuhrmann P, Equit M, Schmidt K, von Gontard A. (2014) Prevalence of depressive symptoms and associated developmental disorders in preschool children: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 23(4):219-24. doi: 10.1007/s00787-013-0452-4. Epub 2013 Jul 10. PMID: 23839066.

Galling B, Brauer H, Struck P et al (2023) The impact of crying, sleeping, and eating problems in infants on childhood behavioral outcomes: A meta-analysis. *Front Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/frcha.2022.1099406>

Gensthaler A, Dieter J, Raisig S, Hartmann B, Ligges M, Kaess M, Freitag CM, Schwenck C. (2020) Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment*. 27(5):1007-1015. doi: 10.1177/1073191118787328. Epub 2018 Jul 16. PMID: 30010386

Georg AK, Cierpka M, Schröder-Pfeifer P, Kress S, Taubner S. (2021) The efficacy of brief parent-infant psychotherapy for treating early regulatory disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 60(6):723-733. doi: 10.1016/j.jaac.2020.06.016. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32976954.

Georg AK, Schröder P, Cierpka M, Taubner S (2018): Elterliche Mentalisierungsfähigkeit und der Zusammenhang mit elterlicher Belastung bei frühkindlichen Regulationsstörungen. Ein Vergleich mit der gesunden Kontrollstichprobe. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.421>

Georg AK, Moessner M, Taubner S. (2023) Stability of improvements: follow-up data on focused parent-infant psychotherapy (fPIP) for treating regulatory disorders in infancy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 32 (11):2379-2383. doi: 10.1007/s00787-022-02057-9. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36006477; PMCID: PMC10576718.

Georg AK, Meyerhöfer S, Taubner S, Volkert J. (2023) Is parental depression related to parental mentalizing? A systematic review and three-level meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 104:102322. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102322. Epub 2023 Jul 16. PMID: 37572565.

Glasser S, Lerner-Geva L (2019) Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*. 139(4):195-198. doi: 10.1177/1757913918790597. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30044191.

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

Gleason MM, Teverbaugh LA (2017). Updates on preschool pharmacological treatment. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment* (2.Auflage). New York: The Guilford Press. S. 351-373.

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 38(5):581-6. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x. PMID: 9255702.

Göttken T, White LO, Klein AM, von Klitzing K. (2014) Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study. *Psychotherapy (Chic)*. 51(1):148-158. doi: 10.1037/a0036026. PMID: 24635002.

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

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

Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, Hesse E, Steele M, van Ijzendoorn M, Solomon J, Schuengel C, Fearon P, Bakermans-Kranenburg M, Steele H, Cassidy J, Carlson E, Madigan S, Jacobvitz D, Foster S, Behrens K, Rifkin-Graboi A, Gribneau N, Spangler G, Ward MJ, True M, Spieker S, Reijman S, Reisz S, Tharner A, Nkara F, Goldwyn R, Sroufe J, Pederson D, Pederson D, Weigand R, Siegel D, Dazzi N, Bernard K, Fonagy P, Waters E, Toth S, Cicchetti D, Zeanah CH, Lyons-Ruth K, Main M, Duschinsky R. (2017) Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attach Hum Dev*.; 19:534-558.

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

Groenman AP, Hornstra R, Hoekstra PJ, Steenhuis L, Aghebati A, Boyer BE, Buitelaar JK, Chronis-Tuscano A, Daley D, Dehkordian P, Dvorsky M, Franke N, DuPaul GJ, Gershly N, Harvey E, Hennig T, Herbert S, Langberg J, Mautone JA, Mikami AY, Pfiffner LJ, Power TJ, Reijneveld SA, Schramm SA, Schweitzer JB, Sibley MH, Sonuga-Barke E, Thompson C, Thompson M, Webster-Stratton C, Xie Y, Luman M, van der Oord S, van den Hoofdakker BJ; Prof. Dr. van den Hoofdakker (2022) An Individual Participant Data Meta-analysis: Behavioral Treatments for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 61(2):144-158. doi: 10.1016/j.jaac.2021.02.024. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33932495.

Grossman A, Avital A (2023) Emotional and sensory dysregulation as a possible missing link in attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Front Behav Neurosci.*; 17:1118937.

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

Gunlicks ML, Weissman MM. (2008) Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 47(4):379-389. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181640805. PMID: 18388766

Halpern R, Coelho R. (2016) Excessive crying in infants. *J Pediatr (Rio J)*. 92 (3 Suppl 1):S40-5. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.01.004. Epub 2016 Mar 17. PMID: 26994450.

Händel MN, Andersen HK, Ussing A, Virring A, Jennum P, Debes NM, Laursen T, Baandrup L, Gade C, Dettmann J, Holm J, Krogh C, Birkefoss K, Tarp S, Bliddal M, Edemann-Callesen H. (2023) The short-term and long-term adverse effects of melatonin treatment in children and adolescents: a systematic review and GRADE assessment. *EClinicalMedicine.*; 61:102083.

Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. (2018) Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 27 (11):1499-1508. doi: 10.1007/s00787-018-1153-9. Epub 2018 Apr 19. Erratum in: *Eur Child Adolesc Psychiatry*. PMID: 29675593.

Harstad E, Shults J, Barbaresi W, Bax A, Cacia J, Deavenport-Saman A, Friedman S, LaRosa A, Loe IM, Mittal S, Tulio S, Vanderbilt D, Blum NJ. (2021) α 2-Adrenergic Agonists or Stimulants for Preschool-Age Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*. 325(20):2067-2075. doi: 10.1001/jama.2021.6118. Erratum in: *JAMA*. 2021 Oct 12; 326(14):1440. PMID: 33946100; PMCID: PMC8097628.

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

Hennefield L, Whalen DJ, Tillman R, Barch DM, Luby JL. (2023) Preschool-Onset Major Depressive Disorder as a Strong Predictor of Suicidal Ideation and Behaviors Into Preadolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. S0890-8567(23)02236-0. doi: 10.1016/j.jaac.2023.11.008. Epub ahead of print. PMID: 38070867.

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

Hipolito G, Pagnamenta E, Stacey H, Wright E, Joffe V, Murayama K, Creswell C.A (2023) Systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Adv.*; (3):e12166. doi: 10.1002/jcv2.12166. PMID: 37720585; PMCID: PMC10501694.

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

Hiscock, H. and Davey, M.J. (2018), Sleep disorders in infants and children. *J Paediatr Child Health*, 54: 941-944.

Højgaard DRMA, Skarphedinsson G, Ivarsson T, Weidle B, Nissen JB, Hybel KA, Torp NC, Melin K, Thomsen PH (2019) Hoarding in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: prevalence, clinical correlates, and cognitive behavioral therapy outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 28(8):1097-1106. doi: 10.1007/s00787-019-01276-x. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30656432.

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. May-Jun;50(5-6):784-93. German. doi: 10.1007/s00103-007-0241-7. PMID: 17514464.

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

Hollway JA, Aman MG. (2011) Pharmacological treatment of sleep disturbance in developmental disabilities: a review of the literature. *Res Dev Disabil*. 32(3):939-62. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.035. Epub 2011 Feb 5. PMID: 21296553.

Hommel S (2022) Die Bedeutung der Qualität der Eltern-Säuglings-Beziehung für eine möglichst frühe Intervention [The Prevailing Emphasis on the Quality of the Parent-Infant Relationship for Early Intervention]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 71(3):261-282. German. doi: 10.13109/prkk.2022.71.3.261. PMID: 35301920.

Hudson LD, Chapman S. (2020) Paediatric medical care for children and young people with eating disorders: achievements and where to next. *Clin Child Psychol Psychiatry*.;25 (3):716–20.

Hunt J, Zwicker J, Godecke E, Raynor A. (2023) Assessing children to identify developmental coordination disorder: A survey of occupational therapists in Australia. *Aust Occup Ther J*.; e-published.

Hussong, J., Overs, C., Paulus, F., Bolten, M., In-Albon, T., Equit, M., von Gontard, A. (2020). Psychische Störungen bei Vorschulkindern: Unterschiede zwischen den DC: 0-5 und ICD-10 Klassifikationssystemen. *Kindheit und Entwicklung*, eingereicht

Hyams, J.S., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R.J., Staiano, A., van Tilburg, M. (2016). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*, 150, 1456-1468.

In-Albon, T., Equit, M., von Gontard, A., Schwarz, D., Müller, J. M., & Bolten, M. (2020). Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter (SIVA: 0–6): Reliabilität, Validität und Akzeptanz. *Kindheit und Entwicklung*, 209-220.

Indrio F, Dargenio VN, Francavilla R, Szajewska H, Vandenplas Y. (2023) Infantile Colic and Long-Term Outcomes in Childhood: A Narrative Synthesis of the Evidence. *Nutrients*. Jan 25; 15(3):615. doi: 10.3390/nu15030615. PMID: 36771322; PMCID: PMC9921915.

Jacobi C., Morris L., De Zwaan M. (2004a) An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Clinical Handbook of Eating Disorders: An Integrated Approach*

Jacobi C., Hayward C, de Zwaan M et al. (2004b). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*, 130, pp. 19-65

Jenni OG (2009), Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Organisation. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 157; 551-557.

Jones C.J., Bryant-Waugh R. (2013) The relationship between child-feeding problems and maternal mental health: a selective review, *Advances in Eating Disorders*, 1:2, 119-133, DOI:10.1080/21662630.2013.742972

Jonson-Reid M, Wideman E. (2017) Trauma and Very Young Children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 26(3):477-490. doi: 10.1016/j.chc.2017.02.004. PMID: 28577604.

Jorquera-Cabrera S, Romero-Ayuso D, Rodriguez-Gil G, Triviño-Juárez JM. (2017) Assessment of sensory processing characteristics in children between 3 and 11 years old: a systematic review. *Front Pediatr.*; 5:57.

Kahn M, Juda-Hanael M, Livne-Karp E, Tikotzky L, Anders TF, Sadeh A. (2020) Behavioral interventions for pediatric insomnia: one treatment may not fit all. *Sleep*.43:zsz268.

Kahn M, Livne-Karp E, Juda-Hanael M, Omer H, Tikotzky L, Anders TF, Sadeh A. (2020) Behavioral interventions for infant sleep problems: the role of parental cry tolerance and sleep-related cognitions. *J Clin Sleep Med*. 16:1275-1283. doi: 10.5664/jcsm.8488.

Kaplan A. Adesman A (2011). Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Current Opinion in Pediatrics* 23, 684-692.

Keenan K, Wakschlag LS, Danis B, Hill C, Humphries M, Duay J, Donald R (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 457-468

Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48, 602-609

Keren, M. (2016). Eating and feeding disorders in the first five years of life: revising the DC:0-3R diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood and rationale for the new DC:0-5 proposed criteria. *Infant Mental Health Journal*, 37, 498-508.

Kessing BF, Smout AJ, Bredenoord AJ. (2014) Current diagnosis and management of the rumination syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 48(6):478-83. doi: 10.1097/MCG.000000000000142. PMID: 24921208.

Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*, 48, 9: 960–965.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. (2015) A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630. PMID: 25560449.

Klein AM, Bergmann S, Keitel-Korndörfer A, Midgley N, Müller-Göttken T, von Klitzing K, White LO (2021) Evaluation der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) für junge Kinder mit depressiven Störungen: Ergebnisse der Pilotstudie [Evaluation of Short-term Psychoanalytic Child Therapy (PaCT) for Young Children with Depressive Disorders: Results from a Pilot Study]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 70(5):445-464. German. doi: 10.13109/prkk.2021

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018) Mental health problems in children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit*. 3(3):34-41. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-084. PMID: 35586801; PMCID: PMC8848775.

Korja R, Nolvi S, Grant KA, McMahon C. (2017) The Relations between maternal prenatal anxiety or stress and child's early negative reactivity or self-regulation: A systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 48(6):851-869. doi: 10.1007/s10578-017-07090. PMID: 28124273.

Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. (2001) Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 40 (12):1434-40. doi: 10.1097/00004583-200112000-00014. PMID: 11765289.

Kratochvil CJ, Greenhill LL, March JS, Burke WJ, Vaughan BS (2004) The role of stimulants in the treatment of preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs.* 18(14):957-66. doi: 10.2165/00023210-200418140-00001. PMID: 15584766.

Kronmüller KT, Postelnicu I, Hartmann M, Stefini A, Geisser-Elze A, Horn H, Winkelmann, K (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54: 33-51.

Kuwertz-Bröking E, von Gontard A (2015) Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen (S2k Leitlinie). AWMF: online

Lahey B, Pelham W, Loney J et al (2004) Tree-year predictive validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2014 – 20.

Lahey B, Pelham W, Loney J et al (2005) Instability of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62: 896 - 902.

Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs C. (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 35(2):204-14. doi: 10.1097/00004583-199602000-00014. PMID: 8720630.

Lavigne JV, Lebailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ (2009) The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 38(3):315-28. doi: 10.1080/15374410902851382. PMID: 19437293.

Lee C, Barr R, Catherine N, Wicks A (2007) Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28: 288 - 93

Lewin AB, Park JM, Jones AM, Crawford EA, De Nadai AS, Menzel J, Arnold EB, Murphy TK, Storch EA (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschoolaged children with obsessive-compulsive disorder: a pilot randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 56:30-38.

Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment.* The Guilford Press.

Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. (2011) Trauma in early childhood: empirical evidence and clinical implications. *Dev Psychopathol.* 23(2):397-410. doi: 10.1017/S0954579411000137. PMID: 23786685.

Lock J, Robinson A, Sadeh-Sharvit S, Rosania K, Osipov L, Kirz N, Derenne J, Utzinger L (2019) Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 52(4):439-446. doi: 10.1002/eat.22994. Epub 2018 Dec 22. PMID: 30578635.

Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. (2017) Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev.* 8(8):CD008559. doi: 10.1002/14651858.CD008559.pub3. PMID: 28791693; PMCID: PMC6483473.

Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 928-937

Luby JL, Heffelfinger A, Koenig-McNaught AL, Brown K, Spitznagel E (2004). The preschool feelings checklist: A brief and sensitive screening instrument for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 708-717

Luby JL, Sullivan J, Belden A, Stalets M, Blankenship S, Spitznagel E (2006a). An observational analysis of behavior in depressed preschoolers: Further validation of early-onset depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 203-212

Luby JL, Belden AC (2006b). Mood disorders. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York. London, The Guilford Press; S.: 209-230

Luby JL, Belden A, Sullivan J, Spitznagel E. (2007) Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev.* 38(4):321-38. doi: 10.1007/s10578-007-0063-8. Epub 2007 Jul 10. PMID: 17620007.

Luby J, Lenze S, Tillman R (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 313-322.

Luby JL. (2013) Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 52(4):346-58. doi: 10.1016/j.jaac.2013.01.011. PMID: 23582866; PMCID: PMC3640809.

Lucarelli L., Sechi C., Cimino S., Chatoor I. (2018), Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Longitudinal Study of Malnutrition and Psychopathological Risk Factors From 2 to 11 Years of Age. *Frontiers in Psychology*, 9:1608, doi: 10.3389/fpsyg.2018.01608.

Luiselli JK. (2015) Behavioral treatment of rumination: Research and clinical applications. *J Appl Behav Anal.* 2015 Sep; 48 (3):707-11. doi: 10.1002/jaba.221. PMID: 26119030.

Mairs R, Nicholls D. (2016) Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 101 (12):1168-1175. doi: 10.1136/archdischild-2015-309481. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27381185.

Manios Y, Grammatikaki E, Androutsos O, Chinapaw MJ, Gibson EL, Buijs G, Iotova V, Socha P, Annemans L, Wildgruber A, Mouratidou T, Yngve A, Duvinage K, de Bourdeaudhuij I (2012) ToyBox-study group. A systematic approach for the development of a kindergarten-based intervention for the prevention of obesity in preschool age children: the ToyBox-study. *Obes Rev.* 13 Suppl 1:3-12. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00974.x. PMID: 22309061.

Manios Y, Androutsos O, Katsarou C, Vampouli EA, Kulaga Z, Gurzkowska B, Iotova V, Usheva N, Cardon G, Koletzko B, Moreno LA, De Bourdeaudhuij I (2018) Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families: the ToyBox study. *Nutrition.* 55-56:192-198. doi: 10.1016/j.nut.2018.05.007. Epub 2018 May 24. PMID: 30121021.

Marrus N, Constantino J (2017). Autism Spectrum Disorder. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment* (2.Auflage). New York: The Gilford Press, S. 187-218.

Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. (2020) Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 23(4):449–67.1. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>.

May T, Birch E, Chaves K, Cranswick N, Culnane E, Delaney J, Derrick M, Eapen V, Edlington C, Efron D, Ewais T, Garner I, Gathercole M, Jagadheesan K, Jobson L, Kramer J, Mack M, Misso M,

Murrup-Stewart C, Savage E, Sciberras E, Singh B, Testa R, Vale L, Weirman A, Petch E, Williams K, Bellgrove M. (2023) The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*.; 57:1101-1116.

Mattera JA, Campagna AX, Goodman SH, Gartstein MA, Hancock GR, Stowe ZN, Newport DJ, Knight BT (2013) Associations between mothers' and fathers' depression and anxiety prior to birth and infant temperament trajectories over the first year of life: Evidence from diagnoses and symptom severity. *J Affect Disord*. 343:31-41. doi: 10.1016/j.jad.2023.09.023. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37741466; PMCID: PMC10672733.

McDonnell MA, Glod C. (2003) Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 16(4):141-52. doi: 10.1111/j.1744-6171.2003.00141.x. PMID: 14748450.

McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. (2008) Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J Dev Behav Pediatr*. 29(3):197-205. doi: 10.1097/DBP.0b013e318163c388. PMID: 18454039.

Meltzer LJ (2017) Sleep and Developmental Psychopathology: Introduction to the Special Issue. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 46(2):171-174. doi: 10.1080/15374416.2016.1220316. Epub 2016 Oct 21. PMID: 27768386.

Mian ND, Carter AS, Pine DS, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. (2015) Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *J Child Psychol Psychiatry*. 56(9):1017-25. doi: 10.1111/jcpp.12407. Epub 2015 Mar 16. PMID: 25773515; PMCID: PMC4532614.

Miao D, Young SL, Golden CD. (2015) A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol*. 27(1): 84-93. doi: 10.1002/ajhb.22598. Epub 2014 Aug 26. PMID: 25156147; PMCID: PMC4270917.

Micali, N., Rask, C. U., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2016). Early predictors of childhood restrictive eating: A population-based study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(4), 314–321.

Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2009). Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *Journal of Pediatrics*, 154, 55–60.

Michaelis, R. & Niemann, G. (Hrsg.) (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Thieme, S. 413 ff.

Midgley N, Mortimer R, Cirasola A, Batra P, Kennedy E. (2021) The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. *Front Psychol*. 12:662671. doi: 10.3389/fpsyg.2021.662671. PMID: 33986713; PMCID: PMC8110733.

Miller L.J., Coll J.R., Schoen S.A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *AJOT*, Vol. 61, 228–238.

Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, Young D, Wallace B, Butcher J, Sim F, Baynham K, Davidson C, Gillberg C (2013) Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *Br J Psychiatry*. 202(5):342-6. doi: 10.1192/bjp.bp.112.114074. Epub 2013 Apr 11. PMID: 23580380.

Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer JL, Sadeh A (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 29, 1263-1276

Moreland AD, Dumas JE (2008). Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 28, 1059-1070

Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, Friedman L, Kapur VK, Lee-Chiong T, Pancer J, Swick TJ (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 29, 1277-1281

Morris N, Knight R, Bruni T, Sayers L, Drayton A. (2017) Feeding disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 26(3):571–86.

Mothander, P.R. (2016) Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-5): implementation considerations and clinical remarks. *Infant Mental Health Journal*, 37, 523-524

Mulligan S, Douglas S, Armstrong C. (2021); Characteristics of idiopathic sensory processing disorder in young children. *Front Integr Neurosci.* 15:647928.

NICE (2011). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical guideline CG 128 www.nice.org.uk/guidance/cg128

NICE (2013) Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Clinical guideline CG170. www.nice.org.uk/guidance/cg170

Nicholls, D., Bryant-Waugh, R. (2008). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 17–30.

Niemczyk J, Equit M, El Khatib D, von Gontard A (2014) Toilet refusal syndrome in preschool children – do different subtypes exist? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 58, 303-308

Nieuwhof-Leppink AJ, Hussong J, Chase J, Larsson J, Renson C, Hoebeke P, Yang S, von Gontard A. (2021) Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: - A standardization document of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Pediatr Urol.* (2):172-181. doi: 10.1016/j.jpuro.2020.11.006. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33478902.

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

Oerbeck B, Overgaard KR, Pripp AH, Reichborn-Kjennerud T, Aase H, Zeiner P. (2020) Early Predictors of ADHD: Evidence from a Prospective Birth Cohort. *J Atten Disord.* (12):1685-1692. doi: 10.1177/1087054717696765.

Olsen AL, Ammitzbøll J, Olsen EM, Skovgaard AM. (2019) Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Arch Dis Child.* 104 (11):1034-1041. doi: 10.1136/archdischild-2019-316851. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31270094.

O'Neill S, Rajendran K, Mahbubani SM, Halperin JM (2017) Preschool predictors of ADHD symptoms and impairment during childhood and adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 19(12):95. doi: 10.1007/s11920-017-0853-z. PMID: 29082443; PMCID: PMC6349372.

Paditz, E. Melatonin bei Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*; 172, 44–51 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01874-9>

Papoušek, M. (2002). Störungen des Säuglingsalters. In: Esser, G. (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des frühen Säuglingsalters* (S. 80–101). Stuttgart: Thieme

Papoušek M (2004), Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) (2004), Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern 77-110.

Papoušek M, Wollwerth de Chuquisengo R (2006) Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 4. 235-254

- Papousek M, Scholtes K, Rothenburg S, Hofacker N von, Cierpka M (2009) Ein- und Durchschlafstörungen in den ersten beiden Lebensjahren. *Monatsschr Kinderheilkd* 157: 483–492.
- Park JM, Rahman O, Murphy TK, Storch EA (2012). Early childhood trichotillomania: Initial considerations on phenomenology, treatment, and future directions. *Infant Mental Health Journal* 33:163-172
- Passarello N, Tarantino V, Chirico A, Menghini D, Costanzo F, Sorrentino P, Fucà E, Gigliotta O, Alivernini F, Oliveri M, Lucidi F, Vicari S, Mandolesi L, Turriziani P. (2022) Sensory processing disorders in children and adolescents: taking stock of assessment and novel therapeutic tools. *Brain Sci*; 12:1478.
- Phillips SM, Summerbell C, Ball HL, Hesketh KR, Saxena S, Hillier-Brown FC. (2021) The validity, reliability, and feasibility of measurement tools used to assess sleep of pre-school aged children: a systematic rapid review. *Front Pediatr*. 9:770262.
- Pizur-Barnekow K. (2011). Early Intervention: A Practice Early Intervention: A Practice Setting for Infant and Toddler Mental Health Mental Health. In C. Brown, J. P. Muñoz & V. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health. A vision for participation* (pp. 491–502). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff-Metternich, T. und Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP): Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.
- Price AMH, Wale M, Ukoumunne OC, Hiscock H, Epi GD (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioural infant sleep intervention: randomised trial. *Pediatrics* 130, 643-651.
- Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. (2000) A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ*. 320 (7229):209-13. doi: 10.1136/bmj.320.7229.209. PMID: 10642226; PMCID: PMC27265.
- Rao MR, Brenner RA, Schisterman EF, Vik T, Mills JL. (2004) Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child*. 89(11):989-92. doi: 10.1136/adc.2003.039198. PMID: 15499048; PMCID: PMC1719720
- Reebye PN, Elbe D.J. (2009) The role of pharmacotherapy in the management of self-regulation difficulties in young children. *Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 18:150-9
- Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*. 364:1340-1342.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (4. Auflage). Bern, Verlag Hans Huber
- Reuter A, Silfverdal SA, Lindblom K, Hjern A. (2020) A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatr*. 109(9):1717-1732. doi: 10.1111/apa.15182. Epub 2020 Feb 6. PMID: 31965638.
- Riley LK, Rupert J, Boucher O. (2018) Nutrition in Toddlers. *Am Fam Physician*. 98(4):227-233. PMID: 30215978.
- Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christiansen H, Hougaard E. (2019) Short- and Long-Term Effects of Parent Training for Preschool Children With or at Risk of ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 23 (5):423-434. doi: 10.1177/1087054716648775. Epub 2016 May 14. PMID: 27179355.
- Rimestad ML, O'Toole MS, Hougaard E (2020) Mediators of Change in a Parent Training Program for Early ADHD Difficulties: The Role of Parental Strategies, Parental Self-Efficacy, and

Therapeutic Alliance. *J Atten Disord.* 24(14):1966-1976. doi: 10.1177/1087054717733043. Epub 2017 Oct 3. PMID: 28971722.

Rockhill CM, Collett BR, McClellan JM, Speltz ML (2006). Oppositional defiant disorder. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment.* New York/ London. The Guilford Press; S.: 80-114

Roessner V, Eichele H, Stern JS, Skov L, Rizzo R, Debes NM, Nagy P, Cavanna AE, Termine C, Ganos C, Münchau A, Szejko N, Cath D, Müller-Vahl KR, Verdellen C, Hartmann A, Rothenberger A, Hoekstra PJ, Plessen KJ. (2022) European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 31:425-441.

Ross E.S. (2022). *Eating development in young children: The complex interplay of developmental domains Early Nutrition and Long-Term Health: Mechanisms, Consequences, and Opportunities, Second Edition* • 1 January 2022 • Pages 189-227

Ryckman J, Hilton C, Rogers C, Pineda R. (2017) Sensory processing disorder in preterm infants during early childhood and relationships to early neurobehavior. *Early Hum Dev.* 113:18-22.

Sadeh A, Mindell JA, Luedtke K, Wiegand B (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research* 18, 60-73

Sadeh A, Tikotzky L, Scher A (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Review*, 14: 89 - 96

Sadeh A, Juda-Hanael M, Livne-Karp E, Kahn M, Tikotzky L, Anders TF, Calkins S, Sivan Y. (2016) Low parental tolerance for infant crying: an underlying factor in infant sleep problems? *J Sleep Res.*:501-507. doi: 10.1111/jsr.12401. Epub Mar 16. PMID: 2699015

Sanders MR (1999). The Triple-P Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behaviour and emotional problems. *Child and Family Psychology Review* 2, 71-90.

Sandoz V, Deforges C, Stuijzand S, Epiney M, Vial Y, Sekarski N, Messerli-Bürgy N, Ehlert U, Bickle-Graz M, Morisod Harari M, Porcheret K, Schechter DS, Ayers S, Holmes EA, Horsch A; START Research Consortium (2019) Improving mental health and physiological stress responses in mothers following traumatic childbirth and in their infants: study protocol for the Swiss TrAumatic biRth Trial (START). *BMJ Open.* Dec 30;9 (12):e032469. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032469. PMID: 31892657; PMCID: PMC6955544.

Schaaf RC, Dumont RL, Arbesman M, May-Benson TA. (2018) Efficacy of occupational therapy using Ayres Sensory Integration: a systematic review. *Am J OccupTher.*; 72:7201190010p17201190010p10.

Schäfer SK, Niemczyk J, von Gontard A, Pospeschill M, Becker N, Equit M. (2018) Standard urotherapy as first-line intervention for daytime incontinence: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 27(8):949-964. doi: 10.1007/s00787-017-1051-6. Epub 2017 Sep 25. PMID: 28948380.

Schechter DS, Suardi F, Manini A, Cordero MI, Rossignol AS, Merminod G, Gex-Fabry M, Moser DA, Serpa SR. (2015a) How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior? *Child Psychiatry Hum Dev.* 4(3):406-17. doi: 10.1007/s10578-014-0480-4. PMID: 25008189.

Schechter DS, Moser DA, Reliford A, McCaw JE, Coates SW, Turner JB, Serpa SR, Willheim E. (2015b) Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure among posttraumatically stressed mothers: what changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). *Child Psychiatry Hum Dev.* 46(1):10-20. doi: 10.1007/s10578-014-0447-5. PMID: 24553738; PMCID: PMC4139484.

Scheeringa MS (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical guidelines and research findings. In: Luby JL (Hrsg.): Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment. New York/ London, The Guilford Press; S.: 165-185

Schlarb AA, Brandhorst I, Hautzinger M. (2011) Mini-KiSS - ein multimodales Gruppentherapieprogramm für Eltern von Kleinkindern mit Schlafstörungen [Mini-KiSS--a multimodal group therapy intervention for parents of young children with sleep disorders: a pilot study]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 39(3):197-206. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000106. PMID: 21563111.

Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren J, Adornetto C, In-Albon T, Lavalée K (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list controlled trial. *Psychother Psychosom* 80: 206-215.

Scholz, S. (2023) Ergotherapeutische Interventionen bei Regulationsstörungen im Säuglingsalter; *Praxis Ergotherapie* 03/2023 S. 123-130

Shan H, Li F, Zhang J, Wang H, Li J. (2021) Feeding and Eating Disorder and Risk of Subsequent Neurodevelopmental Disorders: A Population-Based Cohort Study. *Front Pediatr.* 9:671631. doi: 10.3389/fped.2021.671631. eCollection 2021. PMID: 34552897

Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV (2010). Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Reviews* 13, 348-365.

Sharp W, Berry R, McCracken C, Nuhu N, Marvel E, Saulnier C, et al. (2013) Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord.*; 43(9):2159–73.

Sharp W, Volkert V, Scahill L, McCracken C, McElhanon B. (2017) A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *J Pediatr.*;181: 116–124.e4.

Sidor A, Eickhorst A, Stasch M, Cierpka M. (2012) Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien [Assessing risk exposure in families within the scope of early intervention: the Heidelberg Stress scale (HBS) and its quality criteria]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 61(10):766-80. German. doi: 10.13109/prkk.2012.61.10.766. PMID: 23367808

Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jørgensen T; CCC 2000 Study Team; Olsen EM, Heering K, Kaas-Nielsen S, Samberg V, Lichtenberg A. (2008) The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry.* 48(1):62-70. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x. Erratum in: *J Child Psychol Psychiatry.* Feb; 49(2):219. PMID: 17244271.

Sleed M., Li E., Vainieri I., Midgley N. (2022). The Evidence Base for Psychoanalytic and Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. London: The Anna Freud Centre.

Sleed, M., Li, E., Vainieri, I., Midgley, N. (2022). The Evidence Base for Psychoanalytic and Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. London: The Anna Freud Centre.

Smarius LJ, Strieder TG, Loomans EM, Doreleijers TA, Vrijkotte TG, Gemke RJ, van Eijsden M (2017), Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: evidence for mediation by maternal characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26(3): 293-302.

Snorrason I, Ricketts EJ, Stein AT, Thamrin H, Lee SJ, Goldberg H, Hu Y, Björgvinsson T (2022) Sex Differences in Age at Onset and Presentation of Trichotillomania and Trichobezoar: A 120-Year

Systematic Review of Cases. *Child Psychiatry Hum Dev.* 53(1):165-171. doi: 10.1007/s10578-020-01117-y. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33420536.

Sonneville KR, Rifas-Shiman SL, Haines J, Gortmaker S, Mitchell KF, Gillman MW, Taveras EM (2013) Associations of parental control of feeding with eating in the absence of hunger and food sneaking, hiding, and hoarding. *Child Obes.* 9(4):346-9. doi: 10.1089/chi.2012.0149. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23806073; PMCID: PMC3728724.

Sonuga-Barke EJS, Thompson M, Abikoff H, Klein R, Miller Brotman L (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD – the case for specialized parent training. *Infants and Young Children* 19, 142-155

Soto T., Giserman Kiss I, Carter A.S. (2016). Symptom presentations and classification of autism spectrum disorder in early childhood: application to the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5). *Infant Mental Health Journal*, 37, 486-497.

St James-Roberts I., Alvarez M., Csipke E., Abramsky T., Goodwin J. and Sorgenfrei E. (2006) Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a “proximal” form of care. *Pediatrics* 117, e1146–e1155.

Stafford BS, Zeanah CH (2006). Attachment disorders. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment.* New York/ London, The Guilford Press; S.: 231-251

Steains S-J, Malouff JM, Schutte NS (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health and Development*, 47(6), 771–781. <https://doi.org/10.1111/cch.12895>

Steinboff KW, Lerner M, Kapilinsky A, Kotkin R, Wigal S, Steinberg-Epstein R, Wigal T, Swanson JM (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Luby JL (Hrsg.): *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment.* New York/ London, The Guilford Press; S.: 63-79

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

Stuhrmann LY, Göbel A, Bindt C, Mudra S. (2022) Parental reflective functioning and its association with parenting behaviors in infancy and early childhood: A systematic review. *Front Psychol.* 13:765312. doi: 10.3389/fpsyg.2022.765312. PMID: 35310277; PMCID: PMC8927808.

Suardi F, Moser DA, Sancho Rossignol A, Manini A, Vital M, Merminod G, Kreis A, Ansermet F, Rusconi Serpa S, Schechter DS (2020) Maternal reflective functioning, interpersonal violence-related posttraumatic stress disorder, and risk for psychopathology in early childhood. *Attach Hum Dev.* 22(2):225-245. doi: 10.1080/14616734.2018.1555602. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30560713.

Szejko N, Robinson S, Hartmann A, Ganos C, Debes NM, Skov L, Haas M, Rizzo R, Stern J, Münchau A, Czernecki V, Dietrich A, Murphy TL, Martino D, Tarnok Z, Hedderly T, Müller-Vahl KR, Cath DC. (2022). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 31:383-402.

Sylvester CM, Pine DS. (2021) *Pediatric Anxiety Disorders: Insights From Basic Neuroscience, Development, and Clinical Research.* *Biol Psychiatry.* 89(7):638-640. doi: 10.1016/j.biopsych.2021.01.004. PMID: 33706867.

Target M, Fonagy P (1994): The Efficacy of Psychoanalysis for Children: Prediction of Outcome in a Developmental Context. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 1134-1144.

Taylor LG, Primucci M, Irwin JD, Teachman G, Tucker P (2014) The uses and effectiveness of occupational therapy: Physical activity interventions in young children with developmental

disabilities: A systematic r. *Phys Occup Ther Pediatr.* 44(1):56-77.
doi:10.1080/01942638.2023.2199836. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37069785.

Teufel K, Wilker C, Valerian J, Freitag C (2017). A-FFIP – Autismusspezifische Therapie im Vorschulalter. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P – Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35: 475-495

Treier, AK., Döpfner, M., Ravens-Sieberer, U. et al. (2023) Screening for affective dysregulation in school-aged children: relationship with comprehensive measures of affective dysregulation and related mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02166-z>

Ueno K, Ackermann K, Freitag CM, Schwenck C. (2021) Assessing Callous-Unemotional Traits in 6- to 18-Year-Olds: Reliability, Validity, Factor Structure, and Norms of the German Version of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Assessment.* 28(2):567-584.
doi:10.1177/1073191119847766. Epub 2019 May 16. PMID: 31096770).

Vaughan B, Kratochvil CJ (2012) Pharmacotherapy of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 21(4):941-55. doi: 10.1016/j.chc.2012.07.005. PMID: 23040908.

Viaux-Savelon S, Guedeney A, Deprez A. (2022) Infant Social Withdrawal Behavior: A Key for Adaptation in the Face of Relational Adversity. *Front Psychol.* 13:809309. doi: 10.3389/fpsyg.2022.809309. PMID: 35795430; PMCID: PMC9252517

von Gontard, A., Möhler, E., Bindt, C. (2015). Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k). AWMF: online.

von Gontard, A. (2018). Psychische Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

von Gontard A, Kuwert-Bröking (2023) Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen - klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, e-published

von Gontard, A., Bolten, M., In-Albon, T., Equit, M., Hussong, J. (2020) Das DC: 0-5 Klassifikationssystem zur Diagnose von psychischen Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern – eine Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, eingereicht

von Gontard A, Claßen M (2023). Funktionelle (nicht-organische) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 51:233-250.

von Hofacker N., Lehmkuhl U., Resch F., Papoušek M., Barth R., Jacubeit T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter 0–3 Jahre (F 98.2 u.a.). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3.Aufl.) (S. 357–378). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

von Hofacker N. (2009). Frühkindliche Fütterstörungen. Neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157: 567–573.

von Hofacker N., Papoušek M., Wurmser H. (2004). Fütterstörungen. In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.). Regulationsstörungen der frühen Kindheit (Kap. 7, S. 171–199). Bern: Hans Huber.

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

von Kries R, Kalies H, Papousek M. (2006) Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med.*;160(5):508-11. doi: 10.1001/archpedi.160.5.508. PMID: 16651494.

von Kries R, Haack T (2016) Bedarf an frühen Hilfen: Epidemiologie. In: Mall V, Friedmann A (Hrsg.) *Frühe Hilfen in der Pädiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg.

Wagner C, Niemczyk J, von Gontard A (2017). Toilet phobia and toilet refusal in children. *Klinische Pädiatrie* 229, 27-31

Wagner N, Perkins E, Rodriguez Y, Ordway C, Flum M, Hernandez-Pena L, Perelstein P, Sem K, Paz Y, Plate R, Popoola A, Lynch S, Astone K, Goldstein E, Njoroge WFM, Raine A, Pincus D, Pérez-Edgar K, Waller R. (2023) Promoting Empathy and Affiliation in Relationships (PEAR) study: protocol for a longitudinal study investigating the development of early childhood callous-unemotional traits. *BMJ Open*; 13(10):e072742. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072742. PMID: 37802613; PMCID: PMC10565261.

Wakschlag LS, Hill C, Carter AS, Danis B, Egger HL, Keenan K, Leventhal BL, Cicchetti D, Maskowitz K, Burns J, Briggs-Gowan MJ (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 622-631

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C, Danis B, Leventhal BL, Keenan K, Egger HL, Cicchetti D, Burns J, Carter AS (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 632-641.

Waldman ID, Rowe R, Boylan K, Burke JD (2021) External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Mol Psychiatry*. 26(2):682-693. doi: 10.1038/s41380-018-0294-z. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30538308; PMCID: PMC6814504.)

Waller R, Wagner N (2019) The Sensitivity to Threat and Affiliative Reward (STAR) model and the development of callous-unemotional traits. *Neurosci Biobehav Rev*. 107:656-671. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.10.005. Epub 2019 Oct 13. PMID: 31618611.

Waller R, Wagner NJ, Flom M, Ganiban J, Saudino KJ (2021) Fearlessness and low social affiliation as unique developmental precursors of callous-unemotional behaviors in preschoolers. *Psychol Med*. 51(5):777-785. doi:10.1017/S003329171900374X. Epub 2019 Dec 26. PMID: 31875794; PMCID: PMC7316617.

Whittall H, Kahn M, Pillion M, Gradisar M. (2021) Parents matter: barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. *Sleep Med*. 84:244-252.

Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 695-705.

Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS. (2014) Psychiatric disorders in preschoolers: the structure of DSM-IV symptoms and profiles of comorbidity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 23(7):551-62. doi: 10.1007/s00787-013-0486-7. PMID: 24122345.

Wiefel A, Titze K, Kuntze L, Winter M, Seither C, Witte B, Lenz K, Grütters A, Lehmkuhl U (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, 59-81

Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. (2002) Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med*. 53:113-31. doi: 10.1146/annurev.med.53.082901.103945. PMID: 11818466.

Wilken M, Bartmann P. (2014) Posttraumatic feeding disorder in low birth weight young children: a nested case-control study of a home-based intervention program. *J Pediatr Nurs*. 29(5):466-73. doi: 10.1016/j.pedn.2014.04.001. Epub 2014 Apr 15. PMID: 24796517.

Wilken M, Hesse M, Jockenhöfer A, Pohl N. (2022) Are feeding disorders and feeding tube dependency the same?: A discrimination study between feeding disorders, feeding tube dependency and healthy eaters. *J Paediatr Child Health*. 58(1):63-68. doi: 10.1111/jpc.15641. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34449108.

Williams DE, McAdam D. (2012) Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Res Dev Disabil*. 33(6):2050-7. doi: 10.1016/j.ridd.2012.04.001. Epub 2012 Jun 28. PMID: 22750361.

Windaus, E. (2012) Die Ergebnisforschung zur Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. In: Cierpka, M. (Hrsg.) Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin - Wien: Springer, 503-514.

Windaus, E. (2021) Wissenschaftliche Evidenz der psychodynamischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. In: Burchartz, A. (Hrsg.). Psychodynamische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Kohlhammer, 185-219.

Winsper C., Bilgin A., & Wolke D. (2020). Associations between infant and toddler regulatory problems, childhood co-developing internalising and externalising trajectories, and adolescent depression, psychotic and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 182-194. doi:10.1111/jcpp.13125

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

Wolke, D. (2000). Fütterungsprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern. *Verhaltenstherapie*, 10, 76-87.

Wolke D, Rizzo P, Woods S. (2002) Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*. 109(6):1054-60. doi: 10.1542/peds.109.6.1054. PMID: 12042542.

Wolke D, Bilgin A, Samara M. (2017) Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. 185:55-61.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.02.020. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28385295.

Wollwerth de Chuquisengo R, Papousek M (2004) Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In: Papousek M, Schieche H, Wurmser H (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber Verlag, Bern, S. 281-309

Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W (2019) SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVE DISORDER. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 144(4):e20192528. doi: 10.1542/peds.2019-2528. Erratum in: *Pediatrics*. 145 (3): PMID: 31570648; PMCID: PMC7067282.

Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. (2017) A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 219:86-2. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003. Epub 2017 May 8. PMID: 28531848.

Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents (WCEDCA) (2007). Classification of child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40, S117-S122

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

World Health Organisation WHO (2004). ICD- 10-GM 2004, Systematisches Verzeichnis German Modifikation (10. Revision). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

World Health Organisation WHO (2006). ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hans Huber.

World Health Organisation (2023). International classification of diseases, 11th Revision (ICD-11). Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Accessed January 20, 2023.

Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF (2007) How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 120:e1069-75. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2961>

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

Zeanah, C.H., Carter, A.S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M.M., Keren, M., Lieberman, A., Mulrooney, K. and Oser, C. (2016), *DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISORDERS OF INFANCY AND EARLY CHILDHOOD DC:0–5: SELECTIVE REVIEWS FROM A NEW NOSOLOGY FOR EARLY CHILDHOOD PSYCHOPATHOLOGY*. *Infant Ment. Health J.*, 37: 471-475. <https://doi.org/10.1002/imhj.21591>

Zeanah CH, Gleason MM (2015) Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.*; 56(3):207-22. doi: 10.1111/jcpp.12347. Epub 2014 Oct 31. PMID: 25359236; PMCID: PMC4342270.

ZERO TO THREE (1994). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0–3)*. Washington, DC: Author.

ZERO TO THREE. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC: 0-3R)*. Washington, D.C., ZERO TO THREE Press

ZERO TO THREE (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC:0–5)*. ZERO TO THREE Press, Washington D.C.

ZERO TO THREE (2019). *DC: 0–5. Diagnostische Klassifikation von seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen des Säuglings- und Kleinkindalters*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Ziegenhain U (2009). Bindungsstörungen. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Störungen im Kindes- und Jugendalter (Band 3)*. Heidelberg, Springer Verlag; S. 314-330

Ziegenhain U, Fegert JM (2012). Frühkindliche Bindungsstörungen. In J.M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (937-947)*. Heidelberg: Springer.

Ziegler M, (2016), *Schreibambulanzen und stationäre Sozialpädiatrie*. In: Mall V, Friedmann A (Hrsg.) *Frühe Hilfen in der Pädiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg. 161-178.

Ziegler M, Wollwerth de Chuquisengo R, Mall V, Licata-Dandel M. (2023) Early childhood mental disorders: excessive crying, sleep and feeding disorders, and interventions using the "Munich model" as an example. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 66:752-760.

Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Smith Roley S, Wagner S, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, Newschaffer C, Robins D, Wetherby A, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR (2015). Early Intervention for Children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. *Pediatrics* 136 Suppl 1:60-81.

Versionsnummer:	2.1
Erstveröffentlichung:	10/2015
Überarbeitung von:	07/2024
Nächste Überprüfung geplant:	06/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF-online