

Alexander von Gontard

Säuglings- und Kleinkind- psychiatrie

Ein Lehrbuch

Kohlhammer

Alexander von Gontard

Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie

Ein Lehrbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstiger Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2010

Alle Rechte vorbehalten

© 2010 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026626-1

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Einleitung	13
1 Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein	18
1.1 Klassifikation	18
1.1.1 Revisionen etablierter DSM-IV-Kriterien	19
1.1.2 Klassifikationssystem Zero-to-Three	21
1.1.3 Deutsche Leitlinien	23
1.2 Prävalenz	25
1.2.1 Allgemeine Prävalenz	25
1.2.2 Versorgungsprävalenz	29
1.3 Diagnostik	33
1.3.1 Allgemeine Diagnostik	33
1.3.2 Standardisierte Diagnostik	34
1.4 Therapie	36
2 Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen und Hyperkinetische Störungen	39
2.1 Definition und Klassifikation	39
2.2 Prävalenz	40
2.3 Diagnostik	41
2.4 Klinik	42
2.5 Ätiologie	42
2.6 Therapie	42
2.6.1 Psychotherapie der ADHS	43
2.6.2 Pharmakotherapie der ADHS	45
2.7 Verlauf und Prognose	46
2.8 Zusammenfassung und Empfehlungen	46

3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten/ Störung des Sozialverhaltens	48
3.1	Definition und Klassifikation	48
3.2	Prävalenz	49
3.3	Diagnostik	50
3.4	Klinik	50
3.5	Ätiologie	50
3.6	Therapie	51
3.7	Verlauf und Prognose	53
3.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	54
4	Ausscheidungsstörungen	56
4.1	Definition und Klassifikation	56
4.2	Prävalenz	58
4.3	Diagnostik	61
4.4	Klinik	62
4.5	Ätiologie	63
4.6	Therapie	64
4.7	Verlauf und Prognose	66
4.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	66
5	Posttraumatische Belastungsstörungen	67
5.1	Definition und Klassifikation	67
5.2	Prävalenz	69
5.3	Diagnostik	69
5.4	Klinik	69
5.5	Ätiologie	70
5.6	Therapie	71
5.7	Verlauf und Prognose	72
5.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	72
6	Bindungsstörungen	73
6.1	Definition und Klassifikation	73
6.1.1	Bindungsstörungen	73
6.1.2	Bindungstheorie	75
6.2	Prävalenz	77
6.3	Diagnostik	77
6.4	Klinik	78
6.5	Ätiologie	79
6.6	Therapie	79
6.7	Verlauf und Prognose	80
6.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	80

7	Depressive Störungen	82
7.1	Definition und Klassifikation	82
7.2	Prävalenz	83
7.3	Diagnostik	84
7.4	Klinik	85
7.5	Ätiologie	86
7.6	Therapie	86
7.7	Verlauf und Prognose	87
7.8	Zusammenfassungen und Empfehlungen	87
8	Angststörungen	89
8.1	Definition und Klassifikation	89
8.2	Prävalenz	92
8.3	Diagnostik	93
8.4	Klinik	93
8.5	Ätiologie	94
8.6	Therapie	94
8.7	Verlauf und Prognose	96
8.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	96
9	Anpassungsstörungen	98
9.1	Definition und Klassifikation	98
9.2	Prävalenz	99
9.3	Diagnostik	99
9.4	Klinik	100
9.5	Ätiologie	100
9.6	Therapie	102
9.7	Verlauf und Prognose	102
9.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	102
10	Regulationsstörungen	103
10.1	Definition und Klassifikation	103
10.2	Prävalenz	104
10.3	Diagnostik	105
10.4	Klinik	106
10.5	Ätiologie	106
10.6	Therapie	106
10.7	Verlauf und Prognose	107
10.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	108

11	Fütterstörungen	109
11.1	Definition und Klassifikation	109
11.2	Prävalenz	115
11.3	Diagnostik	116
11.4	Klinik	117
11.5	Ätiologie	120
11.6	Therapie	121
11.7	Verlauf und Prognose	123
11.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	124
12	Schlafstörungen	125
12.1	Definition und Klassifikation	125
12.2	Prävalenz	127
12.3	Diagnostik	127
12.4	Klinik	128
12.5	Ätiologie	129
12.6	Therapie	129
12.7	Verlauf von Prognose	131
12.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	131
13	Weitere Störungen	132
13.1	Autismus	132
13.2	Elektiver Mutismus	133
13.3	Andere Störungen	133
14	Belastende Symptome: Exzessives Schreien	134
14.1	Definition und Klassifikation	134
14.2	Prävalenz	134
14.3	Diagnostik	135
14.4	Klinik	135
14.5	Ätiologie	135
14.6	Therapie	135
14.7	Verlauf und Prognose	136
14.8	Zusammenfassung und Empfehlung	137
15	Beziehungsstörungen	138
15.1	Definition und Klassifikation	138
15.2	Prävalenz	139
15.3	Diagnostik	140
15.4	Klinik	140

15.5	Ätiologie	141
15.6	Therapie	142
15.7	Verlauf und Prognose	142
15.8	Zusammenfassung und Empfehlungen	142
16	Ausblick	144
	Abkürzungen	145
	Literatur	147
	Anhänge	155
	Anhang I: Amerikanische Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen von Säuglingen und Kleinkindern	155
	Anhang II: Zero-to-Three R (2005)	161
	Stichwortverzeichnis	173

Vorwort

Der Begriff der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie sorgt nach wie vor oft für Verwunderung : Braucht man das überhaupt? Wie können schon so kleine Kinder psychisch gestört sein? Handelt es sich nicht nur um eine weitere „Psychiatisierung“, d. h. eine Stigmatisierung eigentlich ganz normaler Reifungsphänomene? Was hat das für Konsequenzen? Selbst wenn es in diesem Alter Probleme geben sollte – die lösen sich doch von alleine! Ein wenig Beratung und vor allem Erziehung – das reicht doch vollkommen aus!

Dieses Buch versucht auf solche Fragen wissenschaftlich fundierte Antworten zu geben und darüber hinaus zu zeigen, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter sehr wohl vorhanden sind und auch erkannt werden können, dass sie genau so häufig sind wie bei älteren Kindern und dass sie sich natürlich mit anderer Symptomatik zeigen, aber für Eltern und Kinder sehr belastend sein können. In anderen Worten, eine Beratung und Behandlung stellt für viele Kinder und Familien eine enorme Hilfe dar und kann die weitere Entwicklung positiv beeinflussen.

Die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie ist ein wichtiges, bisher weitgehend unerforschtes und wenig beachtetes Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der hohen Entwicklungsdynamik des Vorschulalters hat die Erkennung und Behandlung von psychiatrischen Störungen in diesem Alter weitreichende Konsequenzen für die nächsten Entwicklungsschritte.

Von daher hat sie neben den kurativen, auch weitergehende, präventive Effekte für Kinder und Familien.

Dieses Lehrbuch ist der erste Versuch, im deutschsprachigen Bereich das Gebiet der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie darzustellen. Als Vorbild gilt das hervorragende Handbuch (Handbook of Preschool Mental Health) von Luby (2006), in dem einzelne Störungsbilder von ausgewiesenen Experten ausführlich zusammengefasst wurden.

In diesem Buch wurden dagegen Schwerpunkte auf einzelne, besonders wichtige Störungen gesetzt – eine vollständige systematische Übersicht war nicht geplant. Dabei wurde vor allem die Literatur der letzten fünf Jahre berücksichtigt. Das Buch ist gleichzeitig Grundlage für Weiterentwicklungen, wie z. B. spezielle Leitlinien zur Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und den anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden geplant sind und in aufwändigen Konsensusverfahren als allgemeine Empfehlungen für Störungen des frühen Kindesalters erarbeitet werden.

Dieses Lehrbuch spiegelt zugleich die Erfahrungen und die Beschäftigung des Autors mit der Problematik wieder: Als Kinderarzt hat man im klinischen Alltag ausreichend Gelegenheit, junge Kinder und ihre Eltern in verschiedenen Bereichen zu beobachten und bei der Bewältigung von zum Teil schweren körperlichen Erkrank-

kungen zu begleiten. Obwohl psychische Faktoren intuitiv in der Kinderheilkunde berücksichtigt werden, fehlt der Pädiatrie das Rüstzeug, psychische Störungen bei Kindern (und Eltern) professionell zu erkennen und zu behandeln. Viele Kinder- und Jugendpsychiater, vor allem diejenigen, die in der Erwachsenenpsychiatrie sozialisiert wurden, bevorzugen die Arbeit mit Jugendlichen und kennen sich mit den Problemen von Kindern, geschweige denn von Kleinkindern nicht genügend aus. Diese Altersgruppe wird jedoch nicht nur in der praktischen Arbeit vernachlässigt, auch die Forschung im Vorschulalter gehört zu den wenig beachteten Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und wird nur an sehr wenigen Universitätskliniken aktiv verfolgt.

Zu den letzteren gehört auch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes, wo im Jahr 2003 der Schwerpunkt der Säuglings- und Kleinkinderpsychiatrie im ambulanten und stationären Bereich etabliert wurde. In einer Spezialambulanz für Säuglinge, Kleinkinder und ihre Eltern können dort Kinder bis zu fünf Jahren ambulant untersucht und behandelt werden. Für schwere Störungen wurde eine Mutter-Kind-Modellstation (in Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie) mit vier Behandlungsplätzen für Mütter und Kinder gegründet. Das Besondere und bisher Einmalige an dieser Station ist, dass sowohl Mütter mit eigenen psychischen Störungen (wie postpartale Depressionen und Psychosen, aber auch

andere psychische Störungen) als auch Kinder im Alter bis fünf Jahren mit eigenen Störungen (wie Fütterstörungen und allen anderen in diesem Buch dargestellten Störungen) aufgenommen werden können. Während die Mütter Patienten der Erwachsenenpsychiatrie bleiben, werden die Kinder von der Kinderpsychiatrie behandelt. Die Störungen der Interaktion zwischen Mutter und Kind liegen dabei im Fokus der Therapie. Dieses einmalige interdisziplinäre Konzept ermöglicht ein differenziertes Vorgehen bei ganz unterschiedlichen Kombinationen: So können Mütter Hauptbetroffene sein – das Kind ist Begleitperson, wie es häufig bei postpartalen mütterlichen Störungen der Fall ist; das Kind kann andererseits mit seiner Störung im Vordergrund stehen und die Mutter wird als Begleitperson aufgenommen; und schließlich findet man nicht selten das Zusammenspiel von mütterlichen und kindlichen Störungen, die sich wechselseitig negativ verstärken können.

Dieses Lehrbuch beruht somit einerseits auf der vorhandenen Literatur, andererseits auf den Erfahrungen der ambulanten und stationären Arbeit an unserer Klinik. Es sei hiermit allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gedankt, die mit hohem Engagement diese Spezialangebote an unserer Klinik in den letzten Jahren aufgebaut haben. Danken möchte ich besonders Frau Birgit Weber für ihre Unterstützung beim Verfassen des Manuskriptes.

Homburg, im Februar 2010
Alexander von Gontard

Einleitung

Das Säugling- und Kleinkindalter, d. h. das Alter von der Geburt bis zur Einschulung, ist durch eine rasche Entwicklungsdynamik gekennzeichnet. Im deutschen Sprachbereich wird traditionell unterschieden zwischen dem Neugeborenenalter (1.–4. Woche), dem Säuglingsalter (1.–12. Monat) und der entwicklungspsychologisch langen Altersspanne des Kleinkindalters (1.–5. Lebensjahr). Im angelsächsischen Bereich wird eine andere Einteilung vorgenommen, die entwicklungspsychologisch sehr viel sinnvoller ist, wobei die Altersangaben sich bei verschiedenen Autoren unterscheiden können. Als „Infants“ werden junge Kinder im Alter von ca. 0–18 Monaten bezeichnet. Der lateinische Wortstamm „Infans“ bedeutet „noch nicht redend“, „stumm“, d. h. „Infancy“ bezeichnet das Alter vor dem Spracherwerb. „Toddlers“ sind Kleinkinder im Alter von ca. 18 Monaten bis 3 Jahren. „To toddle“ bedeutet „mit kleinen, unsicheren Schritten laufen“, was dem typischen Gangbild dieses Alters entspricht. Schließlich bezeichnet der Begriff „Preschoolers“ ältere Kleinkinder im Alter von ca. 4–5 Jahren. Der Name deutet an, dass es sich um Kinder vor der Einschulung handelt, bei denen typischerweise gerade die kognitive Entwicklung enorme Sprünge macht.

Da in jedem Altersabschnitt auch typische entwicklungspsychopathologische Auffälligkeiten auftreten können, sind in den letzten Jahren spezielle Handbücher zu diesen drei Altersabschnitten erschienen.

Zu erwähnen sind dabei besonders das „Handbook of Infant Mental Health“ von Zeanah (2000), das sich besonders dem ersten Altersabschnitt der „Infancy“ widmet. Das „Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment“ von Del Carmen, Wiggins und Carter (2004) widmet sich ausschließlich und detailliert diagnostischen Fragestellungen. Das Vorschulalter ist der Hauptfokus von „Behavior Problems in Preschool Children“ von Campbell (2004) und dem hervorragenden Handbuch von Luby (2006): „Handbook of Preschool Mental Health“. Eine entsprechende Auswahl von Büchern – noch dazu gestaffelt nach Entwicklungsabschnitten – gibt es in dem deutschen Sprachbereich noch nicht, trotz der Häufigkeit von psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter.

Mehrere epidemiologische Studien konnten zeigen, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter mindestens genau so häufig wie in späteren Lebensphasen sind. Wie von Egger und Angold (2006a) zusammengefasst, zeigen ca. 14–25 % aller Kleinkinder klinisch relevante psychische Störungen. Dennoch werden Auffälligkeiten dieses Lebensalters häufig übersehen, nicht adäquat diagnostiziert und als nicht behandlungsbedürftig betrachtet. So werden nur 11–25 % der Kleinkinder mit Verhaltensstörungen tatsächlich zur Diagnostik und Therapie vorgestellt (Egger und Angold 2006a, Knapp et al. 2007). In manchen Regionen scheint die Inanspruchnahme

noch niedriger zu liegen: So erhielten in einer Studie nur 3 % der 4-jährigen Kinder mit einer DSM-IV-Diagnose tatsächlich professionelle Hilfe (Lavigne et al. 2009). Dies liegt überwiegend daran, dass es sich bei der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie noch um ein junges Fachgebiet handelt. Angold und Egger (2004) kamen zu der Einschätzung, dass die Vorschulpsychiatrie sich auf dem gleichen Stand befindet wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 1970, d. h. vor 40 Jahren. Wichtige, heute selbstverständliche Aspekte der Nosologie (Einteilung der Krankheitsbilder), exakte Diagnostik und evidenzbasierte Therapie waren in der allgemeinen Kinderpsychiatrie damals nur rudimentär vorhanden. Epidemiologische Studien, vor allem im Langzeitverlauf, fehlten, die die Bedeutung der Entwicklungspsychopathologie im Verlauf des Kindes- und Jugendalters herausarbeiten konnten. Angold und Egger wagten 2004 die Voraussage, dass die nächsten zwanzig Jahre die Vorschulpsychiatrie in ähnlicher Weise transformieren werden. Sie gehen davon aus, dass die wissenschaftlichen Erfahrungen bei älteren Kindern für die Forschung im Vorschulalter genutzt werden können, so dass die Fortschritte sehr viel schneller erfolgen werden als bisher in der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Inzwischen sind fünf Jahre seit der Prognose von Angold und Egger (2004) vergangen und die beiden Autoren scheinen Recht behalten zu haben. Gerade in den letzten fünf Jahren ist eine Fülle von Arbeiten publiziert worden. Dabei sind drei Trends besonders begrüßenswert: Während früher Fallberichte oder Arbeiten über selektierte Patientengruppen publiziert wurden, liegen für viele Störungen repräsentative, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studien vor. Gerade durch den Bezug auf nicht selektierte Gruppen von gesunden, unbetroffenen Kindern konnten viele Annahmen

zu Häufigkeit, Schweregrad, Symptomatik und Ätiologie revidiert werden. Der Verlauf der Störungen sowie der intervenierenden Variablen konnten zunehmend erfasst werden, weil mancher dieser bevölkerungsbezogenen Studien nicht nur einen Querschnitt, sondern auch einen Langzeitverlauf beinhalteten. Ein weiterer positiver Trend zeigt sich in der Zunahme von qualitativ hochwertigen Therapiestudien, z. B. mit einem randomisiert kontrollierten Design. Dadurch ist es möglich, Therapieempfehlungen auf einer zunehmend besseren Evidenzbasis aussprechen zu können.

Bei der Sichtung der Literatur der letzten fünf Jahre wurde deutlich, dass manche Störungen sehr intensiv erforscht wurden, andere sehr viel weniger. Zu den Störungen mit hoher Forschungsaktivität gehören die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD – Oppositional Defiant Disorder), die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die Schlafstörungen. Die intensive Beschäftigung mit den externalisierenden Störungen (ADHS und ODD) ist wichtig wegen der Tendenz zur Chronifizierung und Persistenz vom Kleinkind-, über das Schul-, Jugend- und sogar das Erwachsenenalter. Über andere genauso wichtige Problembereiche wie die depressiven, Angst-, Ess- und Fütterstörungen liegen sehr viel weniger Publikationen vor. Über die Anpassungsstörungen fand sich sogar keine einzig spezifische Arbeit. Diese Ungleichverteilung ist mit Sicherheit bedingt durch die Vorlieben und Spezialisierung einzelner Forschungsgruppen sowie durch mögliche Förderschwerpunkte. Es ist zu wünschen, dass die bisher „vernachlässigten“ Gebiete der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie in Zukunft mit mehr Aufmerksamkeit bedacht werden.

Trotz der unausgewogenen Datenlage hat sich für alle Störungen eine kategoriale

Ausrichtung bewährt. Natürlich sind Verhaltenssymptome dimensional verteilt und eine scharfe Abgrenzung zwischen Störung und Normalverhalten sowie von einer Störung zur anderen ist nicht für alle Problembereiche möglich. Dennoch betonen Angold und Costello (2009), dass die bisherigen traditionellen Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-IV auch für das Kindesalter in Praxis und Forschung ausgesprochen erfolgreich waren. Mit entsprechenden Modifikationen können sie sinnvoll bis zum Alter von zwei Jahren eingesetzt werden. Für jüngere Kinder unter zwei Jahren sind alternative Klassifikationen wie z. B. das Zero-to-Three (DC:0–3R) notwendig, die jedoch empirisch validiert werden müssen.

Aus diesem Grund wird in diesem Buch dem Plädoyer für eine kategoriale Einteilung von psychischen Störungen bei Vorschulkindern zugestimmt. Einwände, dass emotionale und Verhaltenssymptome in diesem Alter sich dimensional über ein Spektrum verteilen und deshalb nicht klaren Störungsbildern zugeteilt werden können, zeigen sich in Praxis und Forschung nicht (Angold und Egger 2004). Auch dem Einwand, dass eine Unterscheidung zwischen der eigentlichen „kindlichen“ Störung und Auffälligkeiten in der Beziehung nicht möglich sei, muss widersprochen werden. Es ist sehr gut möglich, diskrete Störung des Kindes zu identifizieren – während Auffälligkeiten in der Beziehung separat klassifiziert werden können. Andererseits gilt der Einwand, dass die bisherigen Klassifikationssysteme die Entwicklungsdynamik des Vorschulalters nicht genügend berücksichtigen, tatsächlich. Einzelne Kriterien, wie Dauer einer Störung oder einzelne Symptome müssen für das junge Alter modifiziert werden. Das Thema der Klassifikation ist von daher zentral für die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Wie

aus den späteren Kapiteln ersichtlich wird, stehen vier verschiedene Klassifikationssysteme zur Verfügung:

1. Die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation mit dem entsprechenden multiaxialen Klassifikationssystem für Kinder und Jugendliche (WHO 1993, Remschmidt et al. 2001).
2. Die DSM-IV der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA 1994, 2000): Während die ICD-10 und DSM-IV für viele Störungen weitgehend übereinstimmen, divergieren sie z. B. erheblich bei der Definition von Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS nach DSM-IV) und hyperkinetischen Störungen (HKS nach ICD-10).
3. Eine Revision und Modifikation der DSM-IV-Kriterien für das Vorschulalter wurde von der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung vorgenommen (AACAP, 2003). Diese wurden als „Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA 2002) bezeichnet. Sie können sogar für manche Kinder bis zum Alter von sieben Jahren sinnvoll sein.
4. Ein gänzlich neues Klassifikationssystem für junge Kinder im Alter von 0–3 Jahren wurde seit den achtziger Jahren entwickelt. Die neuste Auflage dieser Zero-to-Three Klassifikation (DC:0–3R 2005) liegt bisher nur in englischer Sprache vor. Die Kriterien sind für manche Kinder sogar bis zum Alter von fünf Jahren verwendbar.

Dieses Buch behandelt nach einer allgemeinen Einleitung elf der wichtigen psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Zur Vereinfachung wird der Begriff „Vorschulalter“ für die gesamte Zeitspanne von 0 bis 5 Jahren gewählt. Es werden dabei ausschließlich Störungen der ersten Achse referiert, d. h. psychische im Kind diagnostizierbare Störungen.

Speziell werden behandelt: ADHS, ODD, Ausscheidungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Bindungsstörungen, depressive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Regulationsstörungen, Fütterstörungen und Schlafstörungen. Jedes Kapitel folgt dabei einem ähnlichen Verlauf: Die Definition und Klassifikation wird ausführlich behandelt und, soweit Daten vorhanden sind, die Prävalenz referiert. Auf spezielle Aspekte der Diagnostik folgen dann Aspekte der klinischen Ausprägung. Nach der Abhandlung von Ätiologie und Pathogenese werden wirksame und bewährte Behandlungskonzepte vorgestellt, wobei der therapeutische Schwerpunkt bei Säuglingen und Kleinkindern eindeutig auf der Psychotherapie liegt. Für einzelne Störungen wie z. B. ADHS kann auch bei jungen Kindern eine Pharmakotherapie sinnvoll sein. Das Unterkapitel Verlauf und Prognose behandelt die Frage, wie sich die Krankheit weiter entwickelt. Zum Schluss werden die wichtigsten Aspekte zusammengefasst und evidenzbasierte Empfehlungen ausgesprochen. Es wird dabei ausdrücklich Bezug genommen auf

die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (Schmidt und Poustka 2007) sowie Empfehlungen der amerikanischen kinderpsychiatrischen Vereinigung (AACAP). Abweichende und spezifische Empfehlungen für das junge Kindesalter werden speziell formuliert. Obwohl verschiedene Evidenzeinteilungen in Publikationen zu finden sind, folgt dieses Buch aus Gründen der Einheitlichkeit den Evidenzgraden, die in den deutschen Leitlinien (Schmidt und Poustka, 2007) angegeben sind (Tab. 1).

Der Grad der Evidenz bezeichnet dabei die Güte der vorliegenden Daten, auf denen eine Empfehlung beruht. In anderen Worten: Auch Empfehlungen auf einem niedrigen Evidenzgrad (IV oder V) können wirksam sein – nur reicht die Datenlage nicht aus, um eine allgemein gültige Empfehlung aussprechen zu können. Dagegen beruhen Empfehlungen auf einem hohen Grad der Evidenz (I oder II) auf hochwertigen Studien, die zum jetzigen Zeitpunkt eine entsprechende, allgemeine Empfehlung zulassen.

Tab. 1: Grad der Evidenz (nach den deutschen kinderpsychiatrischen Leitlinien; Schmidt und Poustka 2007)

Grad der Evidenz	Art der Evidenz
I	Harte Evidenz beruhend auf mindestens einem systematischen Review, das verschiedene gute randomisierte Studien mit gutem Design einschließt
II	Harte Evidenz beruhend auf mindestens einer kontrollierten randomisierten Studie mit angemessener Größe mit gutem Design
III	Evidenz beruhend auf nicht-randomisierten Studien mit gutem Design, einzelnen Gruppen vor/nach Interventionen, Kohortenstudien, Serien in zeitlicher Folge oder Fall-Kontroll-Studien
IV	Evidenz beruhend auf nicht-experimentellen Studien mit gutem Design, die von mehr als einem Zentrum oder mehr als einer Forschergruppe durchgeführt wurden
V	Meinung respektierter Experten, beruhend auf kritischer Evidenz, deskriptiven Studien oder Berichten von Expertenkomitees

Neben den elf ausführlich behandelnden Störungsbildern finden sich in Kapitel 13 weitere Störungen des jungen Kindesalters. Es handelt sich dabei um gut etablierte Störungen, die nach den bisherigen Klassifikationssystemen sicher diagnostiziert werden können. Im Vordergrund stehen dabei die autistischen Störungen, die als tiefgreifende Entwicklungsstörungen *per se* in der frühen Kindheit beginnen und eine Tendenz zur Persistenz aufweisen. Es würde den Rahmen dieses Buches sprengen, diese Störungen ausführlich und auf hohem Standard zu behandeln. Es darf dabei auf weiterführende, schon vorhandene Literatur hingewiesen werden.

In Kapitel 14 werden belastende Symptome behandelt, die nicht die Kriterien für eine spezifische eigenständige Störung erfüllen. Im Vordergrund steht dabei das exzessive Schreien, das z. B. in das Klassifikationssystem *Zero-to-Three* (DC:0–3R 2005) nicht als eigenständige Störung aufgenommen wurde. Ohne Zweifel ist die Symptomatik für Eltern belastend und kann die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind erheblich beeinträchtigen. In Zukunft wird man möglicherweise durch enge und stringente Definitionen Subgruppen bei älteren Säuglingen identifizieren, die aufgrund von Häufigkeit, Schweregrad und Prognose doch als Störung aufzufassen sind.

Schließlich werden in Kapitel 15 die Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind separat klassifiziert. Diese sind als Störungen der zweiten Achse in dem Klassifikationssystem *Zero-to-Three* (DC:0–3R 2005) aufgeführt und werden hier gesondert referiert.

Einige Aspekte des Vorschulalters (d. h. der Zeitspanne bis zur Einschulung von 0–5 Jahren) können im Rahmen dieses Buches nicht behandelt werden. Dazu zählen zum Beispiel körperliche Erkrankungen und Behinderungen, die traditionell Aufgaben der Kinderheilkunde sind. Auch wird nicht speziell auf die Bedürfnisse von Kindern mit Intelligenzmindering, d. h. geistiger Behinderung eingegangen. Ferner werden Teilleistungsstörungen, die traditionell Aufgabe der Frühförderung sind, nicht separat behandelt. Zu diesen zählen z. B. umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik, des Sprechens, der Sprache und anderer spezifischer kognitiver Funktionen. Für diese drei Gruppen (körperliche Erkrankungen, geistige Behinderung, Teilleistungsstörungen) gilt, dass die Rate von komorbiden psychischen Störungen eindeutig erhöht ist. Diese Risikogruppen benötigen deshalb eine besonders intensive Diagnostik und Therapie möglicher psychischer Störungen – im Vergleich zu anderen Kindern mit typischer Entwicklung.

Zum Schluss finden sich im Anhang des Buches Materialien, die in der Praxis hilfreich sein können: Zum einen eine Übersetzung der amerikanischen Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen von Säuglingen und Kleinkindern. Zum anderen eine kondensierte Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien der revidierten *Zero-to-Three*-Klassifikation (DC:0–3R 2005), die bisher noch nicht in der deutschen Sprache erhältlich ist. Da in diesem Buch immer wieder auf diese wichtige Klassifikation Bezug genommen wird und sie möglicherweise nicht allen Lesern nicht geläufig ist, können die Kriterien somit leicht nachgeschlagen werden.