

1 Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein

1.1 Klassifikation

Störungen im Vorschulalter zeigen gegenüber denen älterer Kinder und Jugendlicher Besonderheiten. Es wurden deshalb in der Vergangenheit verschiedene Einwände dagegen erhoben, dass die Identifikation von psychischen Störungen in diesem Alter, die bei Egger und Angold (2006a) zusammengefasst sind, überhaupt sinnvoll und möglich ist. Man befürchtete, dass erstens das Vorschulalter eine so rasche Entwicklungsdynamik aufweise, dass valide Symptome oder Cluster von Symptomen überhaupt nicht gemessen werden könnten. Da manche Kinder individuelle Entwicklungsverläufe zeigen, die von Normen abweichen können, wurde zweitens in Frage gestellt, ob psychische Störungen überhaupt von Entwicklungsvarianten abgrenzbar seien. Drittens kritisierte man, dass die DSM- und ICD-Klassifikationen nicht genügend Entwicklungsaspekte berücksichtigen würden. Viertens wurde eine Stigmatisierung durch psychiatrische Diagnosen befürchtet, die die Selbstwahrnehmung des Kindes und elterliche Einstellungen negativ beeinflussen könnten. Und fünftens wurde kritisiert, dass Beziehungsaspekte mit den versorgenden Erwachsenen so unmittelbar wirksam seien, dass sie von der kindlichen Problematik nicht abgetrennt werden könnten.

Egger und Angold (2006a) weisen darauf hin, dass genau dieselben Kritikpunkte vor dreißig Jahren allgemein auch bei psychischen Störungen bei Schulkindern und Jugendlichen vorgebracht wurden. Die Ent-

wicklung der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie der letzten Jahrzehnte zeigte hingegen, dass diese Befürchtungen unbegründet sind und dass im Gegenteil eine kategorial ausgerichtete Klassifikation sich für die Praxis und Forschung ausgesprochen bewährt hat. In ihrer kritischen Übersicht kommen Angold und Costello (2009) deshalb zu dem Schluss, dass

- Kategoriale Diagnosen meist extreme Ausprägungen von kontinuierlich verteilten Symptomen repräsentieren;
- DSM-Kategorien sich gut replizieren lassen;
- Viele Störungsbilder, die auf Untersuchungen an Erwachsenen basieren, sich auch im Vorschulalter zeigen und sich in der Praxis bewährt haben;
- Sich die häufigsten psychiatrischen Diagnosen bis zum Alter von zwei Jahren nachweisen lassen;
- Unter dem Alter von zwei Jahren jedoch alternative Klassifikationen notwendig sind, wie z. B. die DC:0-5 (2016). Seit der Veröffentlichung von Egger und Angold (2006a) hat sich gezeigt, dass dieser Zugang auch sehr gut bei Kindern bis zu fünf Jahren geeignet ist.

Von daher erscheint es theoretisch, logisch und praktisch sinnvoll, auch für das frühe Kindesalter eine kategoriale Einteilung von Störungsbildern zu übernehmen. Dabei stehen drei Klassifikationssysteme zur Verfü-

gung, die sich sinnvoll ergänzen, wie im Folgenden aufgeführt.

1.1.1 Multiaxiales Klassifikationssystem nach ICD-10

Das multiaxiale Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO (WHO 1993, Remschmidt et al. 2001). Die ICD-10 bildet in Europa und in weiten Teilen der Welt immer noch die Grundlage der kinderpsychiatrischen Praxis mit gut definierten Störungsbildern, die sich zum Teil auch im Vorschulalter replizieren lassen. Leider gibt es keine Anpassung der ICD-10-Kriterien speziell für Störungen von jungen Kindern, sodass die ICD-10 nur im Tandem mit der DC: 0-5 (2016) sinnvoll angewendet werden kann. Die ICD-11 wird seit mehreren Jahren erwartet, ist aber bisher noch nicht erschienen.

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

1. Achse: Das klinisch-psychiatrische Syndrom
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen
3. Achse: Das Intelligenzniveau
4. Achse: Die körperliche Symptomatik
5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Achse: Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Da vorausgesetzt wird, dass die MAS der ICD-10 allgemein bekannt ist, wird sie in diesem Zusammenhang nicht weiter vertieft. Eine altersspezifische Adaptation bzw. Modifikation der Kriterien für das Vorschulalter gibt es, wie oben schon erwähnt, für die ICD-10 nicht. Die multiaxiale mehrdimensionale

Bereichsdiagnostik (MBD) der Sozialpädiatrie orientiert sich ebenfalls an der ICD-10 (Bode et al., 2009). Der 3. Bereich der MBD ist identisch mit der 1. Achse der MAS. Beide stellen den Hauptfokus dieses Buches dar, nämlich die Erfassung der psychischen Störung des Kindes.

1.1.2 Klassifikation nach DSM-5

Die DSM-5 (APA 2013; Falkai und Wittchen 2015) wird in Nordamerika, anderen Ländern und vor allem in vielen Forschungsprojekten verwendet. Bei manchen Diagnosen bringt die DSM-5 einen deutlichen Vorteil gegenüber der ICD-10, z. B. bei der Neufassung von Essstörungen. Trotz vieler Überschneidungen divergieren die Kriterien für manche Diagnosen vor allem bei AHDS (DSM-5) versus HKS (ICD-10) erheblich, sodass die Unterschiede genau beachtet werden müssen.

Während die bisherigen DSM-IV-Kriterien speziell mit einer altersentsprechender Anpassung für junge Kinder revidiert wurden (die *Research Diagnostic Criteria – Preschool Age* (RDC-PA 2002, AACAP 2003, www.infantininstitute.org), steht eine Überarbeitung der DSM-5 Kriterien noch aus. Die Autoren der RDC-PA-Kriterien hatten dabei versucht, mehrere Grundprinzipien zu berücksichtigen:

- Eine enge Anbindung an DSM-IV-Kriterien: Diese sollten möglichst beibehalten werden, um eine Vergleichbarkeit mit älteren Kindern zu ermöglichen. Eine Veränderung sollte nur erfolgen, falls sie empirisch begründbar ist oder wenn einzelne Items für das Vorschulalter nicht passend sind.
- Keine Annahme von »internalen« Zuständen, Kognitionen und Emotionen: Wegen des eingeschränkten sprachlichen Ausdrucks können junge Kinder Gefühle und Gedanken nicht ausdrücken; sie kön-

nen deshalb auch nicht eingeschätzt werden. Ein Einschluss von internalen Zuständen als Diagnosekriterien wäre deshalb Spekulation.

- Kein Einschluss von elterlichem Verhalten in die Diagnosekriterien der kindlichen Störung: Die Störung erfolgt nach phänomenologischen Prinzipien der kindlichen Symptome und nicht nach möglicher Ätiologie durch Symptome der Eltern-Kind-Beziehung.
- Eine klare Unterscheidung zwischen Symptomen und Beeinträchtigungen: Nur Symptome, nicht z. B. Beeinträchtigungen in der Familie und im Kindergarten, sollen zur Diagnose herangezogen werden.
- Klare Unterscheidung zwischen Symptomen und Diagnostikinstrumenten: Nur die Symptome an sich und nicht die Methodik der Erfassung gehören zu den Diagnosekriterien.

Die Verwendung von DSM-Kriterien mit altersentsprechender Modifikation macht durchaus Sinn, wie mehrere faktorenanalytische Studien im Vorschulalter zeigen konnten. Die Validität DSM-IV-basierter Syndrome wurde z. B. von Sterba et al. (2007) anhand von 1073 Kindern im Alter von 2–5 Jahren untersucht. In einer Faktorenanalyse konnten drei emotionale Syndrome differenziert werden: Soziale Phobie, Trennungsangst und Depression/generalisierte Ängste. Im Gegensatz zu älteren Kindern scheinen somit erhebliche Überlappungen zwischen depressiven und generalisierten Angststörungen vorzuliegen. Zudem konnten drei externalisierende Syndrome unterschieden werden: Oppositionell verweigernd/Störung des Sozialverhaltens (ODD/CD), Hyperaktivität/Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die DSM-Störungen sich sehr wohl im Vorschulalter abbilden lassen: »Psychopathology appears to be differentiated among preschoolers as much as it is among older children and adolescents. We conclude that it is as reason-

able to apply the DSM-IV nosology to preschoolers as it is to apply it to older individuals.« In einer weiteren Studie konnten bei 2–6-jährigen Vorschulkindern grob die DSM-IV-typischen Angststörungen durch Faktorenanalyse nachgewiesen werden. Fünf Faktoren konnten trotz Überlappungen identifiziert werden: Soziale Phobie, Trennungsangst, generalisierte Angst, Zwangsstörungen und Angst vor körperlicher Verletzung (Spence et al. 2001). Wichström und Berg-Nielsen (2014) kamen aufgrund einer detaillierten Faktorenanalyse bei 995 4-jährigen Kindern zu dem Schluss, dass Symptomcluster sehr gut mit den DSM-IV-Kategorien übereinstimmen. Auch Mörnicke et al (2013) konnten anhand einer Faktorenanalyse von 6330 14 bis 15 Monate alten Kleinkindern klar umschriebene Verhaltensprofile identifizieren. 5,7% der Kinder zeigten Vorläufer von Angst-, affektiven und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, und 6,4% von Sprachstörungen. Die Autoren folgern, dass sich selbst in diesem jungen Alter spezifische Verhaltens- und Entwicklungsprofile nachweisen lassen.

Zusammengefasst sprechen diese Studien dafür, dass viele DSM-basierte Diagnosen im Vorschulalter Sinn machen. Mit entsprechender Modifikation können valide, therapeutische Diagnosen schon bei jungen Kindern gestellt werden.

Da die beiden Klassifikationsschemata (ICD-10 und DSM-5) zusammengefasst dennoch nicht alle Besonderheiten des Alters von 0–5 Jahren genügend erfassen, ist die Entwicklung der DC: 0-5 (2016) ein Meilenstein in der Erfassung psychischer Störungen bei jungen Kindern. Die DC: 0-5 (2016) bietet fundierte und aktuelle Kriterien von den wichtigsten Störungsbildern speziell für das junge Alter von Geburt bis zur Einschulung. Die Diagnosekriterien finden sich im Anhang III. Da die deutschen Leitlinien noch auf dem Klassifikationssystem DC: 0–3R (2005) basieren, sind auch diese Kriterien im Anhang II wiedergegeben.

1.1.3 Klassifikationssystem DC: 0-5 (2016)

Die Einführung eines eigenen Klassifikations-systems speziell für junge Kinder wurde von der »Task Force Zero-to-Three: National Center for Infants, Toddlers and Families« ab 1987 verfolgt. Bei der Zero-to-Three handelt es sich um ein globales, nicht kommerzielles wissenschaftliches Institut mit dem Fokus auf einer Verbesserung der seelischen Gesundheit von jungen Kindern. Babys und Kleinkindern soll zu einem guten Start ins Leben verholfen werden, u. a. durch die Schaffung von Standards zur Erkennung von psychischen Störungen. Das ursprüngliche Zero-to-Three-Klassifikations-schema (DC: 0–3) wurde erstmals 1994 veröffentlicht und 1999 ins Deutsche übersetzt (Zero-to-Three: Diagnostische Klassifikation 0–3 1999). Die DC: 0–3 wurde klinisch eingesetzt und durch mehrere wissenschaftliche Untersuchungen überprüft (Zusammenfassung siehe Emde und Wise 2003). Es wurde dabei deutlich, dass die Definition für manche Störungen revidiert und ihre Operationalisierung verbessert werden musste. Die Vorschläge zur Revision finden sich in der revidierten Version DC: 0–3R (2005), die jetzt durch die DC: 0-5 (2016) ersetzt wurde. Das Ziel war es, deskriptive und atheoretische Kriterien zu schaffen, die nicht auf unbestätigten Attributionen oder Interferenzen von inneren seelischen Zuständen beruhen, sondern auf sichtbare und erhebliche Zeichen und Symptome. Das Altersspektrum wurde von 0 bis 5 Jahre erweitert und neue Störungen wurden hinzugefügt. Angaben zur Dauer der Symptomatik, Einschränkungen bei der Diagnosevergabe und Beeinträchtigungen durch die Störung wurden ergänzt. Die Autoren betonen ausdrücklich, dass es sich bei der DC: 0-5 (2016) um eine Ergänzung, aber keinen Ersatz der DSM-5 und der ICD-10 handelt.

Die DC: 0-5 (2016) ist ebenfalls multiaxial aufgebaut und unterscheidet fünf Achsen:

1. Achse: Klinische (psychische) Störung
2. Achse: Beziehungskontext
3. Achse: Medizinische Diagnosen
4. Achse: Psychosoziale Stressoren
5. Achse: Entwicklungskompetenzen

Mit Abstand am wichtigsten ist die erste Achse. Sie bildet den Hauptfokus dieses Buchs. In Tabelle 2 sind deshalb alle Diagnosen der ersten Achse mit Hauptdiagnosen sowie den Subtypen aufgeführt. Man sieht auf den ersten Blick entscheidende Veränderungen gegenüber der bisherigen DC: 0-3R (2005) Klassifikation.

Als erstes finden sich die sogenannten Störungen der mentalen und neuronalen Entwicklung. Dieser sperrige Begriff ist im Englischen eleganter ausgedrückt als »neurodevelopmental disorders« (neurobiologische Entwicklungsstörungen). Diese Störungen beginnen früh im Leben, haben oft eine genetische Ätiologie und haben neurobiologische Korrelate. Die wichtigsten sind die Autismus-Spektrum-Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und ihre Vorläufer. Diese Vorläufer sind neue Kategorien, die weiter durch Studien validiert werden müssen. Die Globale Entwicklungsstörung gehört eigentlich zur 3. Achse der MAS (Intelligenz), die Störungen der Sprache und Motorik zur 2. Achse der MAS (Teilleistungsstörungen). Sie werden deshalb in diesem Buch nicht gesondert behandelt.

Der mehrdeutige Begriff der »Regulationsstörungen« ist in der DC: 0-5 (2016) vollkommen verschwunden und konsequenterweise durch »Sensorische Verarbeitungsstörungen« ersetzt. Neben den klassischen Angststörungen, sind der »Selektive Mutismus« und die »Störung mit Inhibition gegenüber Neuem« als neue Störungen aufgenommen. Ausgehend von dem Temperamentsmerkmal der Behavioralen Inhibition entwickeln manche Kinder eine Furcht gegenüber allem Neuen – nicht nur gegenüber fremden Menschen wie bei der sozialen Phobie.

Die depressive Störung bei jungen Kindern wurde in den letzten Jahren intensiv

beforscht. Dagegen benötigt die dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung noch der weiteren empirischen Validierung.

Neu ist die gesamte Gruppe der Zwangsstörungen und verwandten Störungen, die in der frühen Kindheit bisher zu wenig beachtet und deshalb übersehen wurden. Die Schlafstörungen wurden durch die partielle Aufwachstörung und Alpträumen ergänzt. Ein Rückschritt gegenüber der DC: 0-3R (2005) ist die Vereinfachung der Essstörungen in drei übergeordnete Kategorien. Die bisherige Einteilung in sechs unterschiedliche Subtypen war in der Praxis ausgesprochen hilfreich und soll deshalb in diesem Buch auch beibehalten werden.

Das exzessive Schreien wurde in der DC: 0-5 (2016) als eigene Störung klassifiziert – nicht wie bisher in der DC: 0-3R (2005) als belastendes Symptom.

Sinnvoll ist es, alle traumaassoziierte Störungen in einer Rubrik zusammenzufassen. Auch ist es korrekt, die bisherige verlängerte Trauerreaktion nicht als Anpassungsstörung, sondern als schwere eigene komplizierte Störung zu konzeptualisieren, da der Verlust einer nahen Bezugsperson für junge Kinder noch gravierender ist als in späteren Lebensphasen.

Eine Innovation ist es auch, eine schwere Beziehungsstörung gleichrangig als Störung der ersten Achse einzuführen. Die zweite Achse der DC: 0-5 (2016) erfasst dagegen den Beziehungskontext, d. h. auch bei leichteren Auffälligkeiten der Interaktion.

Natürlich sind die Störungen, die in Tabelle 2 aufgeführt sind, nicht umfassend. Es fehlen wichtige Störungen, wie z. B. die Störungen des Sozialverhaltens oder der Ausscheidungsstörungen, die in der DC: 0-5 (2016) nicht berücksichtigt sind.

Tab. 2: Übersicht über Störungen der Achse I nach DC: 0-5 (2016)

Hauptdiagnosen	Subtypen/Unterdiagnosen
Neurobiologische Entwicklungsstörungen (Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung)	<ul style="list-style-type: none"> • Autismus-Spektrum-Störung • Frühe atypische Autismus-Spektrum-Störung • Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung • Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters • Globale Entwicklungsverzögerung • Störung der Sprachentwicklung • Störung der motorischen Entwicklung
Sensorische Verarbeitungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorische Überreaktivitätsstörung • Sensorische Unterreaktivitätsstörung • Andere sensorische Verarbeitungsstörungen
Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Störung mit Trennungsangst • Soziale Phobie • Generalisierte Angststörung • Selektiver Mutismus • Störung mit Inhibition gegenüber Neuem • Andere Angststörungen der frühen Kindheit
Affektive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Störung der frühen Kindheit • Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung der frühen Kindheit • Andere affektive Störung der frühen Kindheit
Zwangsstörungen und verwandte Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsstörung • Tourette-Störung • Motorische oder vokale Tic-Störung • Trichotillomanie

Tab. 2: Übersicht über Störungen der Achse I nach DC: 0-5 (2016) – Fortsetzung

Hauptdiagnosen	Subtypen/Untertiagnosen
	<ul style="list-style-type: none"> • Zwanghaftes Hautzupfen der frühen Kindheit • Andere Zwangsstörungen und verwandte Störungen
Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Einschlafstörungen • Durchschlafstörungen • Partielle Aufwachstörung • Alpträume der frühen Kindheit
Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Störung des Überessens • Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme • Atypische Essstörung
Schreistörungen der frühen Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Exzessive Schreistörung • Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen der frühen Kindheit
Trauma-, Belastungs- und Deprivationsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung • Anpassungsstörung • Komplizierte Trauerstörung der frühen Kindheit • Reaktive Bindungsstörung • Soziale Bindungsstörung mit Enthemmung • Andere Trauma-, Stress- und Deprivationsstörung der frühen Kindheit
Beziehungsstörungen	Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit

Die Achsen III, IV und V der Zero-to-Three haben in der klinischen Arbeit so wenig Relevanz, dass gut auf sie verzichtet werden kann. Zudem liegt mit dem multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10 schon ein bewährtes Instrument vor, um verschiedene Ebenen oder Achsen psychischer Störungen zu erfassen. Mit dem folgenden, von den deutschen Leitlinien (von Gontard et al. 2015) vorgeschlagenen Vorgehen wird man in der klinischen Praxis den Störungen im Vorschulalter am ehesten gerecht:

1. Klassifikation nach den bewährten sechs Achsen der MAS der ICD-10
2. Als Ergänzung Diagnosen der Achse I nach der DC: 0–5 (2016)

Wenn Diagnosen beider Klassifikationssysteme zutreffen, dann sollen auch beide Diagnosen aufgeführt werden. Nur wenn sowohl die ICD-10 und die DC: 0-5 (2016)

Diagnosen nicht zutreffen, kann es sinnvoll sein, auf das DSM-5-Klassifikationssystem zurück zu greifen und auch dies zu benennen. Wie schon erwähnt, liegen noch keine modifizierten DSM-5-Kriterien für junge Kinder vor, wie sie für die DSM-IV erarbeitet wurden (RDC-PA 2002).

1.1.4 Deutsche Leitlinien

Die ersten Leitlinien zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Schmidt und Poustka 2007) beruhten auf einem S1-Niveau, d.h. auf Experteneinschätzungen, die von den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft absegnet wurden. Bei den Empfehlungen einzelner Störungen wurden damals nicht speziell auf die Besonderheiten des Vorschulalters eingegangen. In einem Kapitel werden die so genannten Regulati-

onsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0–3 Jahre) separat behandelt. Die Klassifikationsvorschläge der deutschen Leitlinien wichen von den internationalen Entwicklungen deutlich ab und behandelten als so genannte »Regulationsstörungen« vor allem die drei Problembereiche exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Ferner plädierten die Autoren der deutschen Leitlinien damals für einen dimensionalen Ansatz – im Gegensatz zu den internationalen Entwicklungen, die ein kategoriales Vorgehen auch bei jungen Kindern befürworteten.

Dagegen basieren die neuen Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (AWMF Nr.: 028/041) auf dem S2k-Niveau, d.h. auf einen interdisziplinären Konsens nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (von Gontard et al. 2015). In vielen Sitzungen und Überarbeitungen wurden Schlüsselempfehlungen, eine Lang- und eine Kurzversion der Leitlinie verabschiedet. Beteiligt waren kinder- und jugendpsychiatrische, kinder- und jugendmedizinische, psychotherapeutische und viele sonstige Fachverbände. Da es sich um eine S2k-Leitlinie (und nicht um eine S2e- oder eine S3-Leitlinie) handelt, wurde der Grad der Evidenz für diese Leitlinien nicht bestimmt und deshalb nicht angegeben. Die Empfehlungen beruhen auf einem formalen Konsensusfindungsprozess, der sich auf die bisherige Forschungslage (und damit indirekt auf der Grad der Evidenz) stützt.

Es wurden auf der Grundlage von ICD-10 bzw. DSM-IV (inzwischen DSM-5) kategoriale, deskriptive Diagnosen (nicht Dimensionen) bevorzugt. Dabei wurden diejenigen Krankheitsbilder berücksichtigt, für die eine adäquate Validität für das Vorschulalter vorliegt. Es wurden insgesamt zwölf der wichtigsten psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters aufgenommen. Es handelt sich dabei ausschließlich um Störungen der ersten Achse (MAS, ICD-10; DC. 0-3R), bzw. dem 3. Bereich der MBD,

d.h. um beim Kind diagnostizierbare psychische Störungen. Darüber hinaus wurde betont, dass subklinische Symptome eine klinische Relevanz können haben, auch wenn sie nicht vollständig den Kriterien für eine Störung entsprechen. In solchen Fällen kann eine Beratung, aber keine Therapie indiziert sein.

Eine Anpassung der Kriterien an das jeweilige Entwicklungsalter ist für manche Diagnosen unbedingt erforderlich, deren Ergänzung durch das damalige Klassifikationssystem der Zero-to-Three-Organisation (DC: 0–3R 2005) vorgenommen wurde (das inzwischen durch die DC: 0-5 ersetzt wurde). Beziehungsstörungen wurden separat klassifiziert, d.h. die zweite Achse der DC:0-3R (2005) wurde in jedem Fall berücksichtigt. Nach der DC: 0-5 (2016) wird die zentrale Bedeutung der Beziehungsstörung für das Wohl des Kindes unterstrichen, in dem sie sogar als Störung der ersten Achse definiert wurde.

Zuletzt orientieren sich die Leitlinien eindeutig an der internationalen Terminologie, wobei die Versorgungssituation in Deutschland berücksichtigt wurde. Die Leitlinie richtet sich an alle Berufs- und Fachgruppen, die Kompetenzen in der Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei jungen Kindern aufweisen. Es werden gezielt Hinweise auf die Qualifikation von einzelnen Berufsgruppen (z. B. in der Behandlung spezieller Störungen) gegeben. Von wesentlicher Bedeutung ist die Multi- und Interdisziplinarität in einem Netzwerk von sachkompetenten Institutionen mit Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen und Therapeuten, die ggf. sozialgesetzbuchübergreifend (z. B. Gesundheitssystem und Jugendhilfe) zusammenwirken.

Eine wichtige Festlegung der Leitlinien war das Mindestalter, bei dem eine Störung diagnostiziert werden kann, wie in Tabelle 3 dargestellt. Dies bedeutet, dass bei Kindern unter diesem Minimalalter die jeweiligen Störungen nicht diagnostiziert werden sollen.

Tab. 3: Psychische Störungen des Kindes: Minimalalter (AWMF Leitlinie 028/041)

Störung	Minimalalter zur Diagnose
Fütterstörungen	4 Wochen
Persistierendes exzessives Schreien	3 Monate
Bindungsstörungen	9 Monate
Schlafstörungen	12 Monate
Anpassungsstörungen	Keine Angaben
Regulationsstörungen	bis 3 Jahre
Angststörungen	18 Monate
Posttraumatische Belastungsstörungen	18 Monate
Depressive Störungen	3 Jahre
ODD	3 Jahre
HKS/ADHS	3, bzw. 4 Jahre
Ausscheidungsstörungen	4, bzw. 5 Jahre

Wichtige Aspekte wurden von den Leitlinien ausgespart. Es wurden nicht körperliche Erkrankungen und Behinderungen thematisiert, die primär Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere der Neuropädiatrie, sind. Eine genaue körperliche Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen ist Grundlage der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Vorschulalter. Primärer Ansprechpartner sind hierfür der betreuende Kinder- und Jugendarzt, z. B. im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen, und der Neuropädiater. Bei allen Kin-

dern 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 wurde nicht speziell auf die Bedürfnisse von Kindern mit globaler Entwicklungsstörung (EQ < 70) und mit Intelligenzminderung, d. h. geistiger Behinderung mit einem IQ < 70 eingegangen. Ferner wurden Teilleistungsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen, die traditionell Aufgabe der Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderung sind, nicht thematisiert. Zu diesen zählen z. B. umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, des Sprechens, der Sprache und anderer spezifischer kognitiver Funktionen. Für eine aktuelle Übersicht zu diesen wichtigen Problembereichen bei Vorschulkindern darf auf Marrus und Hall (2017) verwiesen werden.

Für alle 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 regelrechter Entwicklung.

Dennoch sind die neuen Leitlinien ein wichtiger Schritt vorwärts in der Konzeptualisierung von psychischen Störungen von jungen Kindern, der zudem von verschiedenen Disziplinen und Berufsgruppen in einer konstruktiven Art erarbeitet wurden.

1.2 Prävalenz

1.2.1 Allgemeine Prävalenz

Epidemiologische, d. h. bevölkerungsbezogene Studien bieten die Möglichkeit, repräsentative Angaben zur Häufigkeit und zum Verlauf psychischer Störungen in der Bevölkerung zu erfassen. Alle Studien an Zentren oder Institutionen werden durch Selektionseffekte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Allerdings hängt auch die Qualität der epidemiologischen Studie sehr davon ab, welche Methodik verwendet wurde, z. B. wie die Probanden rekrutiert und welche Instrumente eingesetzt wurden.

Im Vorschulalter gibt es zunehmend qualitativ gute epidemiologische Studien (McDonnell und Glod 2003). Eine gute Übersicht findet sich bei Skovgaard (2010). Abhängig von der Methodik (Fragebogenverfahren gegenüber Interviews) und Definitionen schwankte die allgemeine Prävalenz für psychische Störungen bei 2- bis 5-jährigen Kindern zwischen 7,3 % bis 18,4 %. In ihrer klassischen Übersicht kommen Egger und Angold (2006a) zum Schluss, dass global 14–26 % aller Vorschulkinder klinisch relevante Störungen zeigen – 9–12 % sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag.

Deutsche Studien

Die wichtigste deutsche Studie zur Feststellung von Gesundheitsstörungen im Kindesalter in Deutschland ist der Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Hölling et al. 2007). Hierin wurde bei 84,2 % der Jungen und bei 89,4 % der Mädchen zwischen 3 und 6 Jahren keine Verhaltensauffälligkeiten gefunden, 8,9 % bzw. 6,9 % waren grenzwertig und 6,9 % bzw. 3,7 % psychisch auffällig (insgesamt waren 8,0 % der Kinder grenzwertig und 5,3 % auffällig). Bezüglich der Subskalen des SDQ-Fragebogens (Goodman 1997 – nur

auffällige Befunde) zeigten: 6,6 % der 3–6-jährigen Kinder emotionale Probleme, 15,8 % Verhaltensprobleme, 8,2 % Hyperaktivitätsprobleme und 9,5 % Probleme mit Gleichaltrigen (Hölling et al. 2007). Sechs Jahre später hatten die Verhaltensprobleme signifikant zugenommen und die Probleme mit Gleichaltrigen abgenommen – alle anderen Skalenwerte blieben stabil (Hölling et al. 2014).

Allerdings beruht diese Studie auf Fragebogenangaben und nicht auf diagnostische Interviews, d. h. es werden Verhaltenssymptome, aber keine Diagnosen erfasst. Die KiGGS-Studie zeigt ferner, dass die Gruppe von 3–6-Jährigen (N = 3640) eine höhere Rate von Auffälligkeiten im Sozialverhalten zeigte – sonst war sie mit den älteren Kindern vergleichbar (Hölling et al. 2008).

In einer weiteren deutschen Studie (HAGES) wurden bei 1950 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4–18 Jahren die CBCL- und YSR-Fragebögen eingesetzt. 10–18 % aller Kinder hatten dabei klinisch relevante Problemscores (Barkmann und Schulte-Markwort 2005).

Internationale Studien

Wichtige, ausgewählte bevölkerungsbezogene Prävalenzstudien sind in Tabelle 4 aufgeführt. Diese Tabelle ist der Arbeit von Egger und Angold (2006a) entnommen und wurde durch neuere Studien ergänzt. Neuere Arbeiten verwendeten DSM-IV-Kriterien, während die älteren Studien sich – historisch bedingt – an den DSM-III-Kriterien orientierten. Die Stichprobengröße variierte zwischen 100 und über 4000 Kindern, die untersuchte Altersspanne umfasste das Alter von 2 bis 6 Jahren. Die meisten Studien verwendeten strukturierte psychiatrische Interviews, die älteren beruhten auf Fragebögen und klinischer Konsensusfindung, die methodisch unzuverlässiger sind.

Zunehmend wurden Studien weltweit durchgeführt. Global zeigt die Tabelle 4, dass tatsächlich 14–26 % der 2–6-jährigen Kinder die Kriterien für eine DSM-Diagnose erfüllen. Nach den neueren Studien ist die Spanne der Prävalenzzahlen relative einheitlich zwischen 12,5 % und 18 %. Dies bedeutet, dass Vorschulkinder genauso häufig von einer psychischen Störung betroffen sind wie ältere Kinder und Jugendliche, wie zuletzt auch neuere epidemiologische Studien (allerdings nur mit Fragebogenverfahren) zeigen konnten

In der brasilianischen Pelotas-Studie von 3585 Kindern im Alter von 6 Jahren erfüllten 13,2 % eine Diagnose nach DSM-IV und 12,8 % nach ICD-10. Jungen (14,7 %) waren häufiger betroffen als Mädchen (11,7 %) nach DSM-IV (Petresco et al. 2014). Die Prävalenzen einzelner Störungen sind in der Tabelle 4 aufgeführt.

In einer neuen norwegischen Studie wurde mit strukturierten Interviews (PAPA)

eine Prävalenz von 7,1 % für psychische Störungen (12,5 % mit Enkopresis) bei 4-jährigen Kindern erhoben (Wichström et al. 2012). Diese qualitativ hochwertige Studie liefert auch wichtige Daten zur Komorbidität (siehe unten). In einer isländischen Studie lag die Rate von psychischen Störungen bei 4–6-jährigen Kindern, ebenfalls mit einem strukturierten Interview erhoben, bei 10,1 % (18 % mit Ausscheidungsstörungen) (Gudmundsson et al. 2012). Die amerikanische Studie von Bufferd et al. (2011) erbrachte die höchste Gesamtprevalenz von 27,4 %.

Alle Studien zeigen, dass sich eine Vielzahl von psychischen Störungen mit standardisierten Instrumenten auch in bevölkerungsbezogenen Studien identifizieren lassen. Nicht alle Störungen wurden in jeder Studie erfasst, z. B. fehlen in den meisten Untersuchungen Hinweise auf das Vorliegen von Ausscheidungsstörungen (bis auf Wichström et al. 2012 und Gudmundsson et al. 2012).

Tab. 4: Prävalenz von DSM-basierten Störungen im Vorschulalter

	Petresco et al. 2014	Gudmundsson et al. 2012	Bufferd et al. 2011	Wichström et al. 2012	Egger und Angold 2006a	Lavigne et al. 1996	Keenan et al. 1997	Earls 1982
Land	Brasilien	Island	USA	Norwegen	USA	USA	USA	USA
Klassifikationssystem	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III
Stichprobengröße	N = 4231	N = 317	N = 541	N = 2475	N = 307	N = 510	N = 104	N = 100
Alter	6 Jahre	5 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	2–5 Jahre	2–5 Jahre	5 Jahre	3 Jahre
Instrument	DAWBA	K-SADS-PL	PAPA	PAPA	PAPA	Klinischer Konsensus	K-SADS	Fragebogen und klinischer Konsensus
ADHS	2,6 %	3,8 %	2,0 %	1,9 %	3,3 %	2,0 %	5,7 %	2,0 %
ODD	2,0 %	2,8 %	9,4 %	1,8 %	6,6 %	16,8 %	8,0 %	4,0 %