

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes
der Basisdokumentation
an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre)

in den Störungsbereichen der Wahrnehmung,
der Emotionalität und des körperlichen Empfindens
- Entwicklung und Machbarkeit -

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Viola Corinna Dormann
aus Herdecke

Datum der Promotion: 27.02.2015

*Für meine Eltern,
die mir den freien Geist schenkten.*

„Nihil est in intellectu, quod non prius fuerit in sensu“

*„Nichts existiert im Denken,
was nicht schon vorher
in den Sinnen existiert hätte.“
(Aristoteles)*

Kurzfassung

Fragestellung: Die Entwicklung eines an das Säuglings- und Kleinkindalter adaptierten störungsbildübergreifenden Instrumentes, zur Erfassung frühkindlicher Psychopathologien (0-5 Jahre), soll auf Grundlage des psychopathologischen Befundes (PPB) der Basisdokumentation (BADO) für Kinder und Jugendliche (Englert et al. 1998; 2005) erfolgen. Die vorliegende Arbeit umfasst die Bereiche der Emotion, der Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens. Der zweite Teil, der die Bereiche Verhalten, Interaktion und Sprache enthält, wird in der Dissertation von C. Kevenhörster (vgl. 2014) bearbeitet. Die Anwendbarkeit des adaptierten PPB in der Klinik, Qualitätssicherung und Forschung der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie soll geprüft werden. Eine Machbarkeitsanalyse soll erste statistische und inhaltliche Aussagen ermöglichen.

Methoden: Eine erste Adaptation des PPB wurde entwickelt anhand einer ausführlichen Literaturrecherche, klinischer Erfahrungen einer Spezialsprechstunde und einer nationalen Expertenbefragung. Erste inhaltliche und statistische Auswertungen im Rahmen einer experimentellen Machbarkeitsanalyse an einer risikoangereicherten Inanspruchnahmepopulation aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité - Universitätsmedizin Berlin wurden durchgeführt. Dabei wurde die Interraterreliabilität, die interne Konsistenz, eine erste externe Validierung und eine Expertenbefragung durchgeführt.

Ergebnisse: Eine erste Arbeitsversion der Adaptation des PPB wurde zur praktischen Überprüfung fertiggestellt. In den statistischen Auswertungen zeigte sich eine typische Diagnoseverteilung in der Inanspruchnahmepopulation. Die Überprüfung der Testgütekriterien zeigte höchst signifikante Werte für die Interraterreliabilität, der externen Validierung, sowie eine hohe interne Konsistenz und ein überwiegend positives Expertenfeedback.

Schlussfolgerung: Die Machbarkeitsanalyse spricht für eine gute Anwendbarkeit und Güte (Objektivität, Reliabilität, Validität) des adaptierten PPB, die jedoch in weiteren Studien geprüft werden sollten. Als Ergebnis der vorliegenden Arbeit wird eine erste Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter vorgestellt.

Schlüsselwörter:

Psychopathologischer Befund, Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, Basisdokumentation, Qualitätssicherung, Emotionalität, Wahrnehmung, körperliches Empfinden

Abstract

Objectives: The development of an adapted clinical picture overarching instrument for the age of infant and toddler to identify early childhood psychopathology (0-5 years) should be based on the Clinical Assessment Scale of Psychopathology ("Psychopathologischer Befund" (PPB)), which is part of the Basic Documentation (BADO) of child and adolescent psychiatry (Englert et al. 1998; 2005). This work covers the areas of emotion, perception, and physical sensation. The second part, which includes the areas of behaviour, interaction and language, is processed in the dissertation of C. Kevenhörster (vsl. 2014). The applicability of the adapted PPB at the clinic, quality assurance and research of infant and young child psychiatry should be tested. A feasibility study should give a first statistical and content statement.

Methods: A first adaptation of PPB was developed, which based on a detailed literature review, clinical experience and a national expert survey. First substantive and statistical analyses in an experimental feasibility study of a risk-enriched population from the baby and toddler consultation hours in the Department of Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy for Children and Adolescents of the "Charité - Universitätsmedizin Berlin" were conducted. In this process the interrater reliability, internal consistency, a first external validation and an expert survey was realized.

Results: A first working version of the adaptation of the PPB was completed for the practical examination. The statistical analysis showed a typical diagnostic distribution in the specific clinical population. The verification of the test criteria showed highly significant values for interrater reliability, values of the external validation, as well as a high internal consistency and a predominantly positive feedback from the experts.

Conclusions: The feasibility study suggests a good applicability and quality (objectivity, reliability, validity) of the adapted PPB, which should be examined in further studies. As a result of this work, a first version of the PPB for infants and young children is presented.

Keywords:

Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology, infant and young child psychiatry, basic documentation, quality assurance, emotional, cognitive, physical sensation

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	II
Abstract.....	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung.....	7
1.1 Psychiatrische Säuglings- und Kleinkindforschung.....	8
1.1.1 Psychopathologie der frühen Kindheit.....	10
1.1.2 Diagnostische Erhebung und Klassifikationen.....	11
1.2 Die Basisdokumentation.....	13
1.2.1 Entwicklung der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche.....	14
1.2.2 Aufbau der Basisdokumentation.....	15
1.3 Institutionen für die frühe Kindheit.....	16
1.3.1 Konzept der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité - Universitätsmedizin Berlin.....	17
1.4 Anwendungspraxis der BADO in der Kleinkindpsychiatrie.....	18
1.4.1 Bedarfsanalyse.....	19
1.4.2 Anforderung an eine Basisdokumentation im Säuglings- und Kleinkindalter.....	20
1.5 Grundlagen der Testentwicklung.....	21
1.5.1 Ratingskala.....	22
1.6 Ziele.....	23
2 Theoretischer Hintergrund zur Item Adaptation.....	24
2.1 Emotionalität.....	24
2.1.1 Angststörungen.....	26
2.1.1.1 Soziale Angst.....	29
2.1.1.2 Trennungsangst.....	30
2.1.1.3 Leistungsangst.....	30
2.1.1.4 Agoraphobie.....	31
2.1.1.5 Andere umschriebene Phobien.....	32
2.1.1.6 Panikattacken.....	33
2.1.1.7 Generalisierte Angst.....	33
2.1.2 Störung von Stimmung und Affekt.....	34
2.1.2.1 Klagsam.....	35
2.1.2.2 Gereizt-dysphorisch.....	35
2.1.2.3 Depressiv/traurig verstimmt.....	36
2.1.2.4 Anhedonie.....	38
2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen.....	38
2.1.2.6 Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung.....	39
2.1.2.7 Schuldgefühle/Selbstvorwürfe.....	39
2.1.2.8 Affektarm.....	40
2.1.2.9 Interesselosigkeit/Apathie.....	41
2.1.2.10 Affektlabil.....	41
2.1.2.11 Ambivalent.....	41
2.1.2.12 Inadäquat.....	42
2.1.2.13 Innere Unruhe.....	43
2.1.2.14 Gesteigertes Selbstwertgefühl.....	44
2.1.2.15 Euphorisch.....	44
2.2 Wahrnehmung.....	45
2.2.1 Zwangsstörung.....	46

2.2.1.1	Zwangsgedanken und Zwangsimpulse	47
2.2.1.2	Zwangshandlungen	47
2.2.2	Fütterstörung/Esstörung	48
2.2.2.1	Erhöhte Nahrungsaufnahme	51
2.2.2.2	Heißhunger- und Essattacken.....	52
2.2.2.3	Verminderte Nahrungsaufnahme	52
2.2.2.4	Unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/Selbstinduziertes Erbrechen.....	53
2.2.2.5	Körperschema Störung.....	53
2.2.2.6	Rumination.....	54
2.2.2.7	Pica.....	54
2.2.2.8	Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion	55
2.2.3	Merkfähigkeitsstörung, Orientierungsstörung, Bewusstseinsstörung.....	57
2.2.3.1	Merkfähigkeitsstörung.....	59
2.2.3.2	Orientierungsstörung.....	60
2.2.3.3	Störung der Wachheit.....	61
2.2.3.4	Qualitative Bewusstseinsstörung.....	61
2.2.4	Formale und inhaltliche Denkstörung	62
2.2.5	Ich-Störung.....	63
2.2.6	Sinnestäuschung.....	63
2.3	Körperliches Empfinden	64
2.3.1	Funktionelle und Somatoforme Störung.....	65
2.3.1.1	Einnässen.....	66
2.3.1.2	Einkoten	67
2.3.1.3	Schlafstörungen.....	67
2.3.1.4	Dissoziative Störungen	70
2.3.1.5	Autonome Funktionsstörungen	70
2.3.1.6	Schmerzzustände	71
2.3.1.7	Hypochondrie.....	72
2.3.2	Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	72
3	Methoden	74
3.1	Prozedere	74
3.1.1	Konzeption der Adaptation.....	74
3.1.1.1	Literaturrecherche.....	76
3.1.1.2	Klinische Grundlagen für die Adaptation.....	76
3.1.2	Vorgehen der experimentellen und inhaltlichen Überprüfung.....	76
3.1.2.1	Setting der Datenerhebung	77
3.1.2.2	Untersuchungsfragebogen	77
3.1.2.3	Expertenbefragung.....	78
3.1.3	Revision der adaptierten Version des PPB für Säuglinge und Kleinkinder	78
3.2	Instrumente	78
3.2.1	PPB der BADO nach Englert et al. (1998).....	79
3.2.2	CBCL 1 ¹ / ₂ -5.....	82
3.2.3	Kategoriale Diagnostik: ICD-10 und DC: 0-3R	83
3.2.4	Expertenfragebogen.....	84
3.3	Modifikationen	85
3.3.1	Altersspanne und deren Darstellung.....	85
3.3.2	Bedeutung der Fremdwahrnehmung des Untersuchers.....	86
3.3.3	Werte Skala und Auswertung	87
3.3.4	Itemauswahl und Formulierung.....	87
3.4	Machbarkeitsanalyse.....	88
3.4.1	Stichprobe	88
3.4.2	Verteilungsanalyse	98
3.4.3	Häufigkeiten der Störungsbilder im PPB	98
3.4.4	Interne Konsistenz (Cronbachs α).....	98

3.4.5	Interraterreliabilität (Cohens κ).....	99
3.4.6	Inhaltsvalidität bewertet durch Experten.....	99
3.4.7	Externe Validierung anhand der CBCL's 1 ½ - 5.....	100
4	Ergebnisse.....	103
4.1	Adaptierter PPB des Säuglings- und Kleinkindalter (Emotion/Wahrnehmung/ körperliches Empfinden).....	103
4.1.1	Störungsbilder und Items des adaptierten PPB.....	103
4.2	Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse.....	125
4.2.1	Verteilungsanalyse.....	125
4.2.2	Häufigkeitsverteilungen der Items und Störungsbilder.....	126
4.2.3	Interne Konsistenz.....	130
4.2.4	Interraterreliabilität.....	131
4.2.5	Inhaltsvalidität - Experten Meinung.....	133
4.2.6	Externe Validierung.....	134
4.3	Revision des adaptierten PPB.....	135
5	Diskussion.....	139
5.1	Deskriptive Ergebnisse.....	139
5.1.1	Emotionalität.....	139
5.1.2	Wahrnehmung.....	141
5.1.3	Körperliches Empfinden.....	143
5.2	Prüfende Statistik und Testgütekriterien.....	144
6	Limitierungen und Ausblick.....	152
7	Zusammenfassung.....	154
	Literaturverzeichnis.....	157
	Anhang.....	172
A:	Tabellenverzeichnis.....	172
B:	Abbildungsverzeichnis.....	173
C:	Abkürzungsverzeichnis.....	174
D:	Untersuchungsbogen.....	175
E:	Expertenfragebogen.....	193
F:	Revision des adaptierten PPB (Version 1.0) des Säuglings- und Kleinkindalter in den Bereichen Emotionalität, Wahrnehmung und Körperliches Empfinden.....	196
G:	Danksagung.....	218
H:	Curriculum vitae.....	219
I:	Eidesstattliche Erklärung.....	221

1 Einleitung

Die Zeit der frühen Kindheit umfasst die grundlegenden Entwicklungsschritte zum selbsthandelnden frei denkenden Menschen. In dieser Zeit auftretende Verhaltensauffälligkeiten können das Individuum sein Leben lang prägen. Jedes fünfte Kleinkind unter fünf Jahren bereitet seinen Eltern Anlass zur Sorge in den unterschiedlichsten Bereichen der frühkindlichen Entwicklung; sei es durch unstillbares Schreien, chronischer Unzufriedenheit, überängstliches Reagieren, klagsames zurückgezogenes Verhalten, Fütterprobleme, starke Schwankungen in der Stimmungslage, Affektverzerrungen oder die Nacht überdauernde Schlafprobleme (Papoušek et al., 2004). Eine Belastung der familiären Situation ist eine häufige Folge. Die ärztliche und psychologische Versorgung frühkindlicher Regulationsstörungen nimmt im ambulanten und klinischen Alltag einen immer größer werdenden Raum ein (Cierpka, 2012).

In Zeiten von übergreifenden Qualitätsmanagement-Systemen ist es unumgänglich, auch in dem immer weiter wachsenden Bereich der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie ein übergreifendes Dokumentationsinstrument zur Verfügung zu stellen, in dem die gesamte Psychopathologie der frühen Kindheit erfasst werden kann. In einer Bedarfsanalyse im Jahre 2011 konnte gezeigt werden, dass die Nachfrage für ein störungsbildübergreifendes Instrument im Säuglings- und Kleinkindbereich an nationalen Kliniken groß ist (Stephan, 2011).

Die Basisdokumentation (BADO) nach Englert et al. (1998/2006) mit dem Teilbereich des *psychopathologischen Befundes* (PPB) ist ein bewährtes Forschungs- und Qualitätssicherungsinstrument in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch eine Adaptation der Störungsbilder an die frühe Kindheit soll das Instrument auch im Säuglings- und Kleinkindalter valide Ergebnisse liefern. In der vorliegenden Arbeit soll der erste Schritt dieser Adaptation des PPB der BADO nach Englert et al. (1998/2006) an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Bereichen Wahrnehmung, Emotionalität und körperlichem Empfinden durchgeführt werden. Die zweite Hälfte der Adaptation in den Bereichen Verhalten, Interaktion und Sprache findet in einer parallel laufenden Arbeit von C. Kevenhörster (vgl. 2014) statt.

Die Arbeit ist in zwei Teilbereiche gegliedert, der auf Literaturrecherche, klinischer Erfahrung und Expertenmeinung beruhenden Adaptation und einer ersten experimentellen Machbarkeitsanalyse anhand einer risikoangereicherten Inanspruchnahmepopulation.

1.1 Psychiatrische Säuglings- und Kleinkindforschung

Die Forschung auf dem Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein relativ junger Bereich der Forschung im 20. Jahrhundert in der Psychiatrie und wurde eingeleitet mit den Arbeiten von Sigmund Freud (Dornes, 2000). Daniel Stern und Martin Dornes, Psychoanalytiker der heutigen Zeit, prägen die aktuelle Sichtweise des selbstentwickelnden (Stern, 1996), kompetenten, zu mehr Gegenseitigkeit fähigen Säuglings (Dornes, 2001).

Die Einordnung von Verhaltensauffälligkeiten in dem Säuglings- und Kleinkindalter bereitet große Schwierigkeiten, da die Bedeutung einer Symptomatik als Störung vom Entwicklungsstand und dessen altersspezifischen Symptomen eines jeden Kindes abzugrenzen sind (Keenan & Wakschlag, 2000).

Psychische Störungen können dabei durch unterschiedliche Annahmen betrachtet werden. Zum einen gibt es das Kontinuitätskonzept, welches besagt, dass es ein fließendes Kontinuum gibt zwischen gesundem und pathologischem Verhalten. Das Symptom einer Verhaltensauffälligkeit kann in seiner Häufigkeit und Ausprägung stark variieren und darf in geringer Ausprägung oder in einem bestimmten Alter nicht als pathologisch angesehen werden. Eine Norm, welchen Schweregrad ein Symptom haben muss, um von einem akzeptierten normalen Verhalten in ein pathologisches Verhalten umzuschlagen, gibt es hierbei nicht (Remschmidt & Walter, 1999). Daneben gibt es das Modell der Diskontinuitätsannahme, bei welcher das normale Verhalten in einem qualitativen Sprung zum pathologischen Verhalten abzugrenzen ist (Petermann et al., 2008).

Ein wichtiger Aspekt sind dabei die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung.

Im Säuglings- und Kleinkindbereich sind die Meilensteine der Entwicklung dafür da, die individuellen Leistungen eines Kindes mit Gleichaltrigen vergleichen zu können. Sie zeigen also das altersspezifische Verhalten eines Kindes im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern auf. Meilensteine der Entwicklung werden durch breit angelegte Studien mit gesunden Kindern festgelegt und durch Durchschnittswerte und Standardabweichungen für gewünschte Parameter in den speziellen Altersgruppen und deren Verhaltensweisen errechnet (Fegert et al., 2011). Gerade die kindliche Entwicklung bis zum 5. Lebensjahr ist eine Altersspanne, in welcher das Kind viele sogenannte Meilensteine der Entwicklung durchläuft. Jedoch sind die Meilensteine nicht als zwingendes Kriterium zu werten. Zu sehen ist immer das Kind als solches und es ist möglich, dass ein Kind einen Meilenstein gar nicht zeigt (z. B. das Fremdeln). Zu betrachten ist in diesem Zusammenhang also der Prozess, den das Kind durchläuft und die Abfolge, welche

Fähigkeiten sich hintereinander aufbauen, und nicht der einzelne Meilenstein an sich (Pauen et al., 2012). Auch ist es wichtig, die Meilensteine nicht als "Grenzsteine" zu sehen (Michaelis & Niemann, 2010), sondern von einem fließenden Prozess auszugehen. Es ist dennoch nötig, Entwicklungsnormen von den Meilensteinen abzuleiten, denn erst so ist es möglich, in der Praxis Entwicklungsverzögerungen als solche zu erkennen. Es kommt also auf die Präzision und feine Differenzierung an, sodass eindeutig für den Beobachter daraus zu erkennen ist, ab wann eine Entwicklungsverzögerung vorliegt.

Die Varianz von epidemiologischen Studien zu psychopathologischen Entwicklungsabweichungen im Säugling und Kleinkindalter wird durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen. Bei Kleinkindern ist besonders die Dimensionalität von kindlichem Verhalten hervorzuheben und die Erhebung des Status durch verschiedene Quellen, wie den Eltern, dem Kind selber und eventuellen Familienhelfern. Des Weiteren sind Größe und Art der Stichprobe für Unterschiede in den Prävalenzdaten verantwortlich. Eine Übersicht zur aktuellen Studienlage zu klinisch auffälligem Verhalten bei Vorschulkindern zeigt der folgende Abschnitt.

Die Übersichtsarbeit von Kuschel (2001) fasst 20 internationale Studien von 1971 bis 1999 mit dimensional Verfahren zusammen, welche an Vorschulkindern bis 6 Jahren durchgeführt wurden. Es konnte eine mittlere Prävalenz von 15,8 Prozent klinisch auffälligen Verhaltens herausgestellt werden. Eine weitere Studie wurde anhand von 1280 Kindern im Alter von einem und zwei Jahren mit der *Child Behavior Checklist 2-3* (CBCL 2-3) von Briggs-Gowan et al. (2001) in den USA unternommen. Klinisch und subklinisch zeigten sich bei den zweijährigen Kindern 6,7 Prozent der Fälle mit internalisierenden Problemen und 9,3 Prozent der Fälle mit externalen Problemen. Geschlechtsunterschiede waren in der Verteilung nicht vorhanden, jedoch gab es 11,8 Prozent der auffälligen Kinder, welche auf zwei Skalen Pathologisierungen zeigten.

Die *Mannheimer Kohortenstudie* konnte eine Prävalenzrate von 5 Prozent bis 20 Prozent für frühkindliche Regulationsstörungen aufzeigen (Schepank, 1987). Zudem konnte dargestellt werden, dass Risikofaktoren, wie dysfunktionale Partnerschaften und Familienkonstellationen oder eine belastete Eltern-Kind-Interaktion einen starken Beitrag zur Prognose der kindlichen Entwicklung leisten (Laucht et al., 2000). Jedoch konnte auch gezeigt werden, dass die meisten dieser Störungen nicht von Dauer sind, wenn sie früh genug Behandlung finden und nur ca. ein Drittel persistent sind (Ihle & Esser, 2002; Wurmser et al., 2001).

Eine aktuelle Studie einer Inanspruchnahmepopulation an der Charité wurde von Wiefel et al. (2004) durchgeführt. Bei den 68 Probanden (mit Mutter) im Alter von sechs bis 46 Wochen

konnte nach den DC: 0-3 Kriterien eine Prävalenz für psychische Störungen von 85,3 Prozent festgestellt werden.

Zu erkennen ist, dass die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie sich in einem Bereich der Medizin befinden, in welchem steigende Zahlen von Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen sind. Diese erfassten frühkindlichen Regulationsstörungen können Vorläufer für Verhaltensauffälligkeiten im späteren Leben des Kindes sein (Laucht et al., 2004). Eine frühe Prävention und Interaktion in diesem noch variablen Zustand des Kleinkindalters ist also von großer Bedeutung (Papoušek et al., 2004).

1.1.1 Psychopathologie der frühen Kindheit

Die psychische Entwicklung in der frühen Kindheit wird durch verschiedenste Faktoren moduliert und determiniert. Es ist ein komplexes Konstrukt aus biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen sowie der Vulnerabilität des Kindes, welche die jeweiligen Altersstufen beeinflussen und mit demselben Entwicklungsweg zu unterschiedlichen Störungsbildern oder aber auch mit unterschiedlichen Bedingungen zu dem gleichen Krankheitsbild führen können (Ihle et al., 2008).

Die Entwicklungspsychopathologie beschreibt den Zustand "gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese konstruktiv zu bewältigen" (Renschmidt & Schmidt, 1988, p. 146).

Im Mittelpunkt der ersten Reifungsschritte steht die Kommunikation mit der Bezugsperson. Die Abb. 1 zeigt ein systemisches Modell der frühkindlichen dynamischen kommunikationszentrierten Regulations- und Beziehungsentwicklung. Modifiziert nach M. Papoušek (2004b).

Das Modell zeigt, dass die frühkindliche Entwicklung eine hohe intra- und interindividuelle Variabilität aufweist. Sie ist geprägt durch die Reifungs- und Entwicklungsdynamik, welche durch die Lernprozesse bedingt sind. Es zeigt Diskontinuitäten auf, die auf die phasentypischen Meilensteine eingehen. Herausgestellt wird die besondere untrennbare Einheit zwischen Kind und Bezugsperson mit der zentralen Rolle der Kommunikation mit der elterlichen Feinfühligkeit und einer affektiven Spiegelung. Der Säugling erscheint hier als Mitgestalter seiner eigenen Entwicklung, welche durch die Temperamentsforschung ergänzt wird (Sameroff & Emde, 1989). In dem Modell zeigt sich ein breites Spektrum an möglichen Einflüssen auf die Entwicklung. Die Schwierigkeit für die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie liegt darin, gesundes

alterstypisches Verhalten abzugrenzen von pathologischem Verhalten. Die Grundlagen für Psychopathologien können somit schon im Säuglingsalter gelegt werden und erste Anzeichen für psychische Störungen können zu erkennen sein.

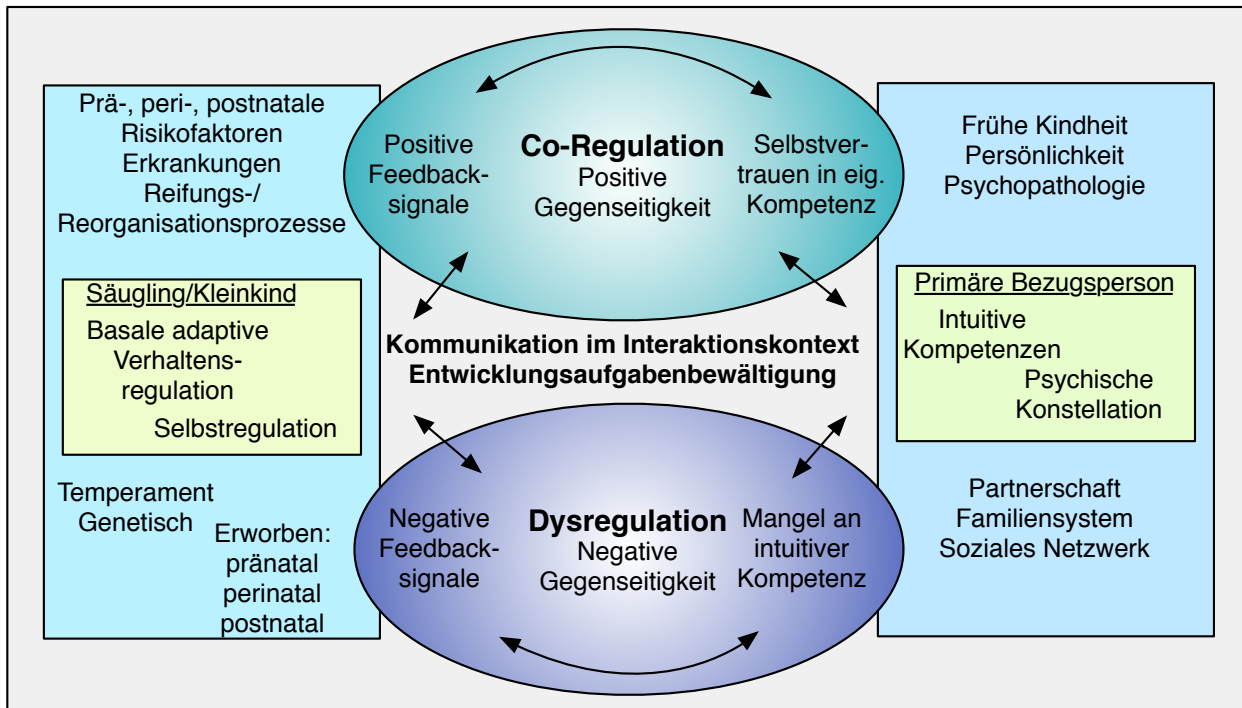


Abb. 1: Frühkindliche kommunikationszentrierte Regulations- und Beziehungsentwicklung. Modifiziert nach Papoušek (2004b, p. 101).

Die Grenze zwischen altersspezifischem und von der Norm abweichendem Verhalten liegt teilweise sehr nah beieinander und benötigt eine gute Differenzierung, um Störungen identifizieren zu können. Durch rechtzeitige Interventionen der Störungen im Kleinkindalter können pathologische Verhaltensweisen abgemildert oder eine gesunde Entwicklung gewährleistet werden. Dies zeigt die Wichtigkeit auf, psychische Störungen in einem möglichst frühen Stadium zu identifizieren (Del Carmen-Wiggins & Carter, 2001; Kuschel et al., 2004; Skovgaard et al., 2004).

1.1.2 Diagnostische Erhebung und Klassifikationen

Um einer diagnostischen Erhebung im Kleinkindalter gerecht werden zu können, werden verschiedene Variablen der zu betrachtenden Person in seinem Lebensraum und mit seinen Einflüssen nötig. Bei der Diagnosen-Findung ergänzen sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dimensionale und kategoriale Methoden. Die angewendeten

Klassifikationssysteme sollen Beobachtungen strukturieren und Krankheitsbilder voneinander abgrenzen und definieren (Wiefel et al., 2007).

Der quantitative Unterschied zwischen Gesundheit und psychischer Krankheit wird mit den dimensional Instrumenten erfasst. Hierzu zählt die *Child Behavior Checklist (CBCL)*, welche das Ausmaß der Krankheit darstellt (Achenbach, 2000).

Der qualitative Unterschied wird anhand der kategorialen Klassifikationssysteme beschrieben (Knölker et al., 2007). Die gängigen Klassifikationssysteme in diesem Bereich sind die *internationale Klassifikation der psychischen Störung der WHO* in der zehnten Revision (ICD-10) (Dilling et al., 2011), das *multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)* in der dritten revidierten Auflage (Remschmidt et al., 2006) und das *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994).

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist die Diagnosen-Findung mittels des ICD-10 und dem DSM-IV nicht genügend differenziert, weshalb durch das *Nationale Center for Clinical Infant Programm* seit 1999 eine spezielle Klassifikation entwickelt wurde, die DC: 0-3, welche die Störungsbereiche des Alters Spektrums null bis drei Jahren spezifischer erfassen soll (Zero to Three, 2005). Reliabilität und Validität sind in der DC: 0-3 noch nicht abschließend erfasst, zeigen jedoch in ersten Untersuchungen vielversprechende Ergebnisse (Skovgaard et al., 2004; Wiefel et al., 2007). Ein kategoriales Betrachten von Verhalten könnte zu einer vorschnellen Pathologisierung der Kinder führen und sollte daher mit Vorsicht betrachtet werden (Cierpka, 2012). Empirische Daten liegen insbesondere bei Kleinkindern unter zwei Jahren nicht gesichert vor (Egger & Angold, 2006).

Strukturierte und halbstrukturierte Interviews können darüber hinaus noch genauere Angaben liefern über Dauer, Ausmaß und spezielle Qualitäten (Döpfner et al., 1993). Das beobachtende Verhalten des Untersuchers spielt bei diesen Untersuchungsformen eine große Rolle und ist somit ein multidimensionales Erfassungssystem, welches es ermöglicht, den Patienten mit seinen Problemen genauer erfassen zu können und seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Diesem Bereich der Untersuchungsmethoden ist die Basisdokumentation nach Englert et al. (2005) in seiner vierten Revision zuzuordnen. Diese liefert valide Ergebnisse im Bereich der Kinder und Jugendlichen. Das Fragenkonzept ist ausgerichtet auf Patienten, die selbstständig im Dialog mit dem Untersucher stehen können.

1.2 Die Basisdokumentation

Die kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität ist ein integraler Bestandteil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die psychiatrische Basisdokumentation ist seit ca. 1995 ein zentraler Teil der Qualitätssicherung in der klinischen Erwachsenen- und später auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieses Qualitätsmanagement soll das im ärztlichen Selbstverständnis liegende Handeln durch systematisch definierte Richtlinien und Methoden zu höheren Qualitätszielen bringen (Philipp, 2006). Es soll eine Orientierungshilfe mit "up to date" Aktualisierungen, wissenschaftlich fundiert und praxisorientiert sein und zudem Transparenz und Reproduzierbarkeit aufweisen. In der Psychiatrie gibt es bis heute kein spezifisches übergreifendes ärztliches Qualitätsmanagement, sondern nur die Anwendung in der jeweiligen Organisation (Philipp & Laux, 2008). Im Sozialgesetzbuch V, Abschnitt 9 "Sicherung der Qualität der Leistungserbringung" § 135 bis § 139 sind die Grundlagen der Qualitätssicherung und eines Qualitätsmanagements im stationären und ambulanten Bereich festgelegt (Schulin, 2011). Es liegt eine allgemeine Verpflichtung vor, ein klinik- und praxisübergreifendes, externes und internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Laut § 137 ist der psychiatrische Bereich vorerst hiervon ausgeschlossen und noch nicht gesetzlich verpflichtet, ein externes Qualitätsmanagement durchzuführen. Interne Maßnahmen werden auf Eigeninitiative durchgeführt, wobei in der Psychiatrie vor allem auf die von der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie* (DGPN) entwickelte *psychiatrische Basisdokumentation* (BADO) (Cording et al., 1995) zurückgegriffen wird. Gezeigt werden konnte, dass die in der BADO erstellte Aufnahme- und Entlassungsdiagnose den letztendlichen Patientenbefund prägen (Schützwohl & Häfner-Ranabauer, 1994) und sich der PPB in der alltäglichen Klinikroutine bewährt hat (Döpfner et al., 1997), weswegen die BADO mit dem PPB bis heute Verwendung findet.

Laut Phillip und Laux (2008) wird das "Benchmarking" und das Zertifizieren in Praxen und Kliniken für psychiatrische Patienten in naher Zukunft stark an Bedeutung gewinnen. Ziele eines guten Qualitätsmanagements sollten sein, erfolgreiche Standards zu etablieren, unnötige Kosten und Handlungen zu reduzieren, Qualitätsschwankungen zu vermeiden und eine wissenschaftlich fundierte Therapiestrategie darzulegen.

1.2.1 Entwicklung der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche

Die DGPN in Verbindung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie (BAG) gab bereits 1982 eine Empfehlung für einen Minimalkatalog zur Basisdokumentation im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie heraus (Dilling et al., 1983), welche in nachfolgender Zeit um weitere wichtige Items erweitert wurde und eine handhabbarere Kurzversion erhielt (Cording et al., 1995).

Da für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Items nicht unverändert übernommen werden konnten, hielt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie an das standardisierte Dokumentationsschema des Frankfurter Dokumentationssystems nach Englert & Poustka (1993). Um diese umfangreiche Dokumentation auch für niedergelassene Ärzte praktikabel zu machen, wurde ab 1994 in einem übergeordneten Gremium in Frankfurt am Main an einer weiterentwickelten bundeseinheitlichen BADO gearbeitet. Diese Arbeitsgruppe entwickelte die neue Fassung der BADO in deren Mittelpunkt das MAS (Remschmidt & Schmidt, 1994), eine Screening Version der psychopathologischen Befunddokumentation (Döpfner et al., 1991) und eine neu entwickelte Leistungsdokumentation stand. Dieses entwickelte Instrument zur Qualitätssicherung, die BADO in der zweiten Revision, wurde erstmals 1995 in Würzburg auf einer Tagung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgestellt (Englert et al., 1995; Poustka et al., 1995). Ein ausführliches Glossar mit Erläuterungen zum Vorgehen und zu Einzelitems wurde ergänzend hinzugefügt (Englert et al., 1996).

Nach der Auswertung einer großangelegten Pilotstudie über ein Jahr mit Hilfe von 8 Kliniken und 8 kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen (Englert et al., 1998a) fand 1998 eine erneute Revision mit einer neuen Umstrukturierung statt, die mit einer neu dazu entwickelten Datenverwaltungssoftware versehen war. Auch eine Version des Glossars zur Dokumentation des PPB bei Kindern und Jugendlichen wurde 1991 in der 4. Revision neu aufgelegt (Döpfner et al., 1991).

Mit Einführung der neuen professionellen "KJP-BADO"¹ wurde 2005/2006 die vierte Revision des Untersuchungsbogens erstellt (Englert et al., 2005, 2006), in welcher die Therapiedokumentation stark gekürzt wurde und einige Zusatzmodule wie z. B. "Modul Sucht" (Englert et al., 2000) oder "Modul Flüchtlingskinder/Migranten" (Adam et al., 2000) hinzu gefügt wurden.

¹ KJP-BADO Dokumentationssoftware für die Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

1.2.2 Aufbau der Basisdokumentation

Die *Basisdokumentation* (BADO) für den psychopathologischen Bereich erfragt differenziert die kindlichen Psychopathologien, unabhängig von einer gestellten Diagnose. Angefertigt wird sie in einem halb strukturierten Interview mit Patient und einem Erziehungsberechtigten. Der Untersucher beurteilt das kindliche Verhalten und die Ergebnisse des Gespräches für seine Beurteilungen. Die Dokumentation ist in sechs Bereiche aufgeteilt, welche zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung erfolgen.

Die sechs Bereiche entsprechen dabei einer kompletten Behandlungsperiode eines Patienten.

Tab. 1: Aufbau der Basisdokumentation mit den sechs Teilbereichen

Teil 1: Soziographische Dokumentation

Teil 2: Ergänzende Anamnesedokumentation

Teil 3: Psychopathologischer Aufnahmebefund (PPB)

Teil 4: Somatische Befunddokumentation

Teil 5: Diagnosebogen

Teil 6: Durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg

Die Teile eins bis vier werden direkt bei der Aufnahme ausgefüllt und befassen sich mit den Bereichen der soziodemographischen Dokumentation, der vollständigen Anamnese inklusive Schwangerschaft, Geburt und die wichtigen Meilensteine der Entwicklung, des psychopathologischen Befundes, welcher unter Methoden genauer erläutert wird und der somatischen Beschwerden. Zudem wird an dieser Stelle eine Erstdiagnose vergeben nach ICD-10 oder DC: 0-3R. Die weiteren Teile fünf bis sechs werden bei der Entlassung ausgefüllt und beinhalten eine Abschlussdiagnose und die Therapie mit Behandlungserfolgen und weiteren Maßnahmen für zukünftiges Handeln.

Die sechs Teilbereiche der BADO umfassen 12 abzuhandelnde Themenbereiche. Diese umfassen 149 Unterbereiche, wovon 122 für jeden Patienten obligatorische sind und 27 zusätzliche Unterbereiche nur bei zutreffenden Gegebenheiten beantwortet werden müssen. Die Verteilung ist aus Abb. 2 zu entnehmen.

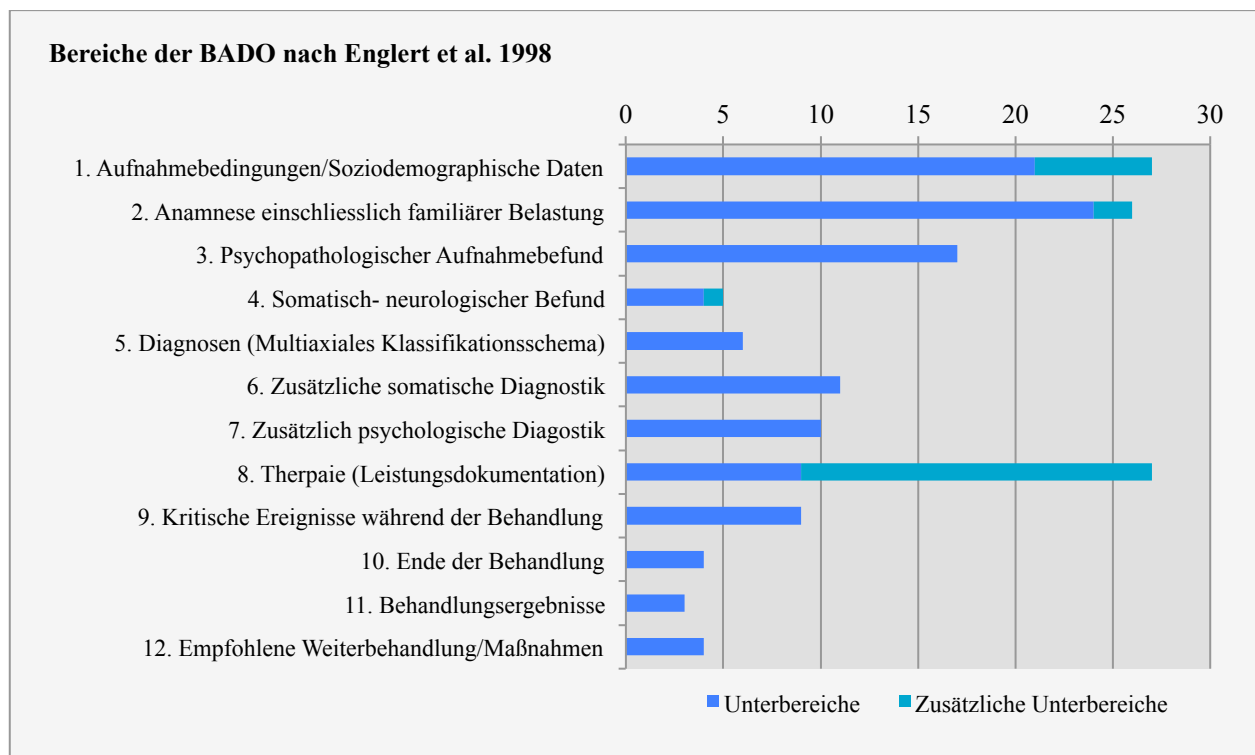


Abb. 2: 12 Bereiche der BADO für Kinder und Jugendliche mit ihren Items nach Englert et al. (1998)

Der Punkt 3 zeigt den PPB, welcher untergliedert wird in 17 Störungsbereiche, welche wiederum durch Items dargestellt sind. Genauere Erläuterung dazu unter Instrumente im Kapitel 3.2.1 (PPB der BADO nach Englert et al. (1998)).

1.3 Institutionen für die frühe Kindheit

Die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse der 1980er Jahre und die darauf folgende anfängliche Säuglings- und Bindungsforschung führten zu einer Sensibilisierung in dem Bereich der Säuglings- und Kleinkindpsychopathologien (Harms, 2008). Im Jahre 1980 gab es eine erste übergeordnete *Institution die World Association for Infant Psychiatry (WAIP)*, welche 1992 durch den Zusammenschluss mit den *Allied Disciplines (WAIPAD)* und der *International Association for Infant Mental Health (IAIMH)* zur weltweiten Dachorganisation *World Association for Infant Mental Health (WAIMH)* wurde (WAIMH, 2008). Die WAIMH unterstützt die wissenschaftliche und praktische Arbeit im Bereich von Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren im präventiven wie im therapeutischen Bereich.

Inzwischen gibt es 58 Tochtergesellschaften (WAIMH, 2012) in unterschiedlichsten Ländern und somit auch in Deutschland, die 1996 gegründete *Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit* (GAIMH).

In der GAIMH schließen sich Forscher, Ärzte, Berater und Therapeuten zusammen, die im Interesse der frühen Kindheit handeln. So entstand 1991 die erste "Sprechstunde für Schreibabys" in München unter der Leitung von M. Papoušek. In Berlin folgte kurz darauf im Jahre 1993 im Rahmen eines Selbsthilfezentrums die erste "Schreiambulanz" (Harms, 2008). Bis 2006 konnten alleine in Deutschland laut einer Expertise der Bundeszentrale ca. 260 Beratungsstellen geschaffen werden, welche sich bis heute laut Prof. Dr. med. Cierpka verdoppelt haben müsste (Cierpka, 2012).

1.3.1 Konzept der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité - Universitätsmedizin Berlin

Die Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin ist seit 2001 ein Teilbereich der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, welche unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl steht. Angegliedert ist sie an das Sozialpädiatrische Zentrum für chronisch kranke Kinder am Otto-Heubner-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Sämtliche Beobachtungen und Datenerhebungen dieser Dissertation wurden hier durchgeführt, weshalb ein kurzer Einblick in das Konzept der Sprechstunde erfolgt.

Das Patientenklientel mit einem weiten Spektrum an psychosomatischen Auffälligkeiten sind Säuglinge und Kleinkinder zwischen null bis fünf Jahren zusammen mit ihren Eltern. Der Schwerpunkt liegt auf den Bereichen der emotionalen Störung und Bindungsstörung, Schlaf-, Schrei- und Fütterstörung sowie einer Früherkennung von autistischem Verhalten. Des Weiteren werden Säuglinge und Kleinkinder betreut, welche durch schwierige psychosoziale Umstände auffallen, z. B. bei Vernachlässigung, Misshandlung, psychischer Erkrankung der Eltern oder bei bekanntem Drogenkonsum. Das Kindeswohl steht hier an oberster Stelle und in einigen Fällen ist eine Sicherstellung zur Überprüfung der Gegebenheiten und gegebenenfalls der Einleitung von weiterführenden Schritten unumgänglich.

Bei der Angliederung eines neuen Patienten findet ein ausführliches Erstgespräch mit den Eltern und dem Kind statt, in welchem eine erste Einschätzung des Entwicklungsstandes und der familiären Gegebenheiten stattfindet.

Die Erstdiagnose wird nach der Erstvorstellung von der behandelnden Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe vergeben. Bevor jedoch eine Abschlussdiagnose festgelegt werden kann, muss der Patient mehrere Stufen diagnostischer Maßnahmen durchlaufen: 1. Vollständige Anamnese von der pränatalen Situation über die Geburt bis zum jetzigen Stand des Kindes und dem sozioökonomischen Hintergrund. 2. Video-Interaktionsbeobachtung, 3. standardisierte Entwicklungsdiagnostik inklusive medizinisch-körperlicher Untersuchung und neurologischem Status, (evtl. logopädische und ergotherapeutische Untersuchungen und bei Bedarf evtl. Elektroenzephalogramm, Computer- oder Magnetresonanztomografie des Kopfes, humangenetische Untersuchung). Dem schließt sich die Diagnosestellung an mit anschließender Therapieempfehlung. Die Störungsbilder werden anhand des MAS, der ICD-10 sowie der DC: 0-3R klassifiziert und können so zu einer angemessenen Behandlung führen, welche von einer Kurzberatung oder funktionellen Therapien wie Ergo-, Musik- oder Logotherapie über eine lange Anbindung mit Familientherapie und Psychotherapie bis hin zur stationären Aufnahme führen kann. Eine enge Zusammenarbeit von Eltern-Kind-Einrichtungen, Sozialarbeitern, Jugendämtern, Ärzten, Psychologen und Erziehern ist hier erforderlich.

1.4 Anwendungspraxis der BADO in der Kleinkindpsychiatrie

Die BADO liefert im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie valide Ergebnisse für Kinder ab dem Schulalter (Englert et al., 1998a). Eine Anwendungsstudie im Bereich der Säuglings- und Kleinkindforschung konnte dazu 2008 in der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" an der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters unter der Leitung von Dr. med. A. Wiefel erstellt und ausgewertet werden (Schaarschmidt, 2009). Die Daten zur Beantwortung der Fragestellung wurden retrospektiv aus den Patientenakten von 2001 - 2007 an 817 Säuglingen und Kleinkindern im Alter von null bis fünf Jahren gewonnen. Das dabei zur Anwendung gekommene Instrument war die BADO nach Englert et al. (1998) in der 3. Revision in Verbindung mit dem dazu erstellten ausführlichen Glossar (Döpfner et al., 1991; Englert & Poustka, 1998).

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass viele Items des PPB nach Englert et al. (1998) im Bereich der Säuglinge und Kleinkinder als nicht beurteilbar (9) codiert werden mussten und somit keinen Informationsgewinn lieferten (Schaarschmidt, 2009). Die Charakteristika der bestehenden BADO mit ihrem Glossar konnte nicht das Verhaltensmuster von Säuglingen und Kleinkindern vollständig und korrekt abbilden, und eine Dokumentation war in vielen Bereichen nicht

möglich. Daraus resultierte, dass im Säuglings- und Kleinkindalter keine validen Ergebnisse gezeigt werden konnten. Für eine Anwendung in der Praxis und auch als Qualitätmanagementsystem im Bereich der frühen Kindheit stellte sich die BADO als nicht praktikabel heraus.

Anhand einer Studie der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, welche 2011 von C. Stephan (2011) durchgeführten wurde, konnte mittels eines Fragebogens die Anwendbarkeit der einzelnen Items im PPB nach Englert et al. (1998) für Kinder von 0-18 Monaten und für Kinder von 19-60 Monaten an bundesweiten Universitätskliniken mit Kinder- und Jugendpsychiatrien, welche die BADO anwenden, beurteilt werden. Es gab 7 Institutionen die nach der "Drop out Analyse" von Bedeutung waren. Für das Alter 0-18 Monate wurden die Items als sehr gering oder gar nicht geeignet eingestuft. Im Alter von 19-60 Monaten wurde die Mehrzahl ebenfalls als eher gering geeignet eingestuft, konnten jedoch in einigen Bereichen bedingt Verwendung finden. Einige der Teilbereiche wie z. B. die Störung der Interaktion konnten als teilweise geeignet eingestuft werden (Stephan, 2011).

1.4.1 Bedarfsanalyse

Die von C. Stephan (2011) erstellte Bedarfsanalyse bezüglich des Interesses an einer adaptierten Fassung des PPB der BADO (nach Englert et al. 1998/2005) für das Säuglings- und Kleinkindalter wurde im Rahmen der "Baby- und Kleinkindforschung" an der Charité - Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters durchgeführt. Eingeschlossen in die Befragung wurden insgesamt 93 Einrichtungen, welche sich wie folgt aufteilten: bundesweit 34 universitäre Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder universitäre Einrichtungen für ambulante Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern mit psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten. Zudem kamen folgende Institutionen regional aus Berlin hinzu: sechs Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 15 Sozialpädiatrische Zentren und 38 andere ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote für Säuglinge und Kleinkinder. Von den angeschriebenen Instituten wurde der Fragebogen 43-mal vollständig und 11-mal mit dem Hinweis „keine Säuglinge und Kleinkinder zu behandeln“ zurück gesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 58,1 Prozent. Von diesen führten 25 Prozent ihr Qualitätsmanagement mit der BADO durch, welche zu 100 Prozent auf die Kliniken fiel. Bei der Frage nach dem Bedarf einer adaptierten Fassung des PPB antworteten 87,5 Prozent mit "ja" und nur 12,5 Prozent mit "nein" (Stephan, 2011). Evidentlich

ist die derzeitige Versorgungssituation von Institutionen für Säuglings- und kleinkindpsychiatrische Belange. Aufgrund von mangelnden Dokumentationswerkzeugen werden an den Kliniken keine einheitlichen und vergleichbaren Dokumentationsmaßnahmen ergriffen, sondern jedes Institut hat seine eigenen Möglichkeiten entwickelt. Der Bedarf nach einem handhabbaren, praxisnahen, übergreifenden Instrument ist gegeben.

1.4.2 Anforderung an eine Basisdokumentation im Säuglings- und Kleinkindalter

Um das Ziel einer übergreifenden multidimensionalen Diagnostik, Dokumentation, Behandlung und soziotherapeutischen Führung auch im Säuglings- und Kleinkindbereich der Psychiatrie gewährleisten zu können, ist es nötig, eine für das Säuglings- und Kleinkindalter spezifische Dokumentation als Arbeitsmittel vorliegen zu haben. Wie in Kapitel 2.4. und 2.4.1 erläutert, ist der PPB der BADO nach Englert et al. (1998/2005) in ihrer dritten und vierten Version der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den meisten Bereichen im Gebiet der 0-5 jährigen Kinder nicht ausreichend. Dem Entwicklungsaspekt des Kindes im Säuglings- und Kleinkindbereich wird in der BADO nach Englert et al. (1998/2005) nicht genügend Beachtung beigemessen. Symptome müssen spezifiziert werden und eine Abgrenzung von altersangemessen vs. altersunangemessen muss durchgeführt werden.

Exemplarisch dazu beschäftigt sich der Punkt 6.02 unter Angststörungen aus dem PPB der BADO (Englert et al., 1998) mit dem Thema der Trennungsangst, an welchem deutlich zu erkennen ist, dass eine klare Trennung zwischen altersangemessen und altersunangemessen gemacht werden muss. Ein Kleinkind mit 20 Monaten würde bei der Trennungsangst sicherlich eine hohe Punktwertung erreichen, wenn es bei einer Trennung von der Bezugsperson stark schreien und schluchzen würde. Von einer Trennungsangst kann jedoch erst gesprochen werden, wenn das Kleinkind über 36 Monate alt ist (Papoušek et al., 2004) und bei Trennung von der Bezugsperson mit exzessivem Klammern und panischem Schluchzen und Schreien reagieren würde. Wie dieses Beispiel verdeutlicht, dass bei Nichtbeachtung des Alters falsche pathologische Werte verzeichnet werden.

Auch wenn der PPB der BADO (Englert et al., 1998/2005) nicht für das Säuglings- und Kleinkindalter spezifisch ist, so ist das Grundkonstrukt eines fein differenzierten Dokumentationssystems wie der PPB der BADO (Englert et al., 1998/2005) es im Kindes- und Jugendalter ist, für eine nuancierte Beurteilung von Vorteil. Die Stärke liegt darin, dass im PPB der BADO (Englert et al., 1998/2005) nicht nach festen Diagnosen beurteilt wird, sondern die Entwicklungsbereiche für das Alter sensibel beschrieben werden und somit zu einem Gesamtbild

des Kindes führen können, ohne das Kind vorschnell in bestimmte Kategorien einzuordnen (Keenan & Wakschlag, 2000).

Um dem Bedarf eines übergreifenden PPB der BADO (Englert et al., 1998/2005) als Qualitätssicherung in der Psychiatrie auch in dem Bereich der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie gerecht zu werden, soll eine Adaptation des PPB der BADO (Englert et al., 1998/2005) und seinem Glossar stattfinden, in dem die Grundstruktur mit seinen 17 Störungsbildern (Aufgliederung in Störungsbilder und ihre Items siehe Kapitel 3.2.1 PPB der BADO nach Englert et al. (1998)) erhalten bleibt, jedoch die Items innerhalb dieser altersspezifisch modifiziert, gestrichen und erneuert werden.

Es besteht die Notwendigkeit der Explikation psychopathologischer Symptome im Säuglings- und Kleinkindbereich unter der Sicht des Entwicklungsaspektes einer jeden Altersstufe. Das Kind in seiner Altersstufe und mit seinem Entwicklungsstand steht dabei im Mittelpunkt.

Bei der Adaptation war es wichtig, feine Nuancen des Verhaltens von Säuglingen und Kleinkindern herauszuarbeiten und jedem Entwicklungsabschnitt gerecht zu werden. Die Adaptation soll anwendbar sein in Kliniken und Praxen, um übergreifend arbeiten und eine Qualitätssicherung gewährleisten zu können.

1.5 Grundlagen der Testentwicklung

Die Konstruktion eines zuverlässigen Instrumentes ist die Voraussetzung für ein aussagekräftiges Ergebnis eines Tests. Um einen solchen Test entwickeln zu können, müssen verschiedene Stufen der Entwicklung durchlaufen werden. Nach Bühner (2010) wird der Konstruktionsprozess in zehn Stufen unterteilt. Sie gliedern sich wie folgt:

Tab. 2: Die Zehn Stufen der Testentwicklung nach Bühner (2010)

1. Anforderungsanalyse und Problemstellung
2. Planung und Literatursuche
3. Eingrenzung des Merkmals und Arbeitsdefinition
4. Testentwurf
5. Überprüfung des Testentwurfs
6. Verteilungsanalyse
7. Itemanalyse und Itemselektion
8. Kriterienkontrolle
9. Revision des Tests
10. Eichung/Cut-off-Werte

Das Augenmerk dieser Dissertation liegt auf den Schritten eins bis sechs und einer ersten Machbarkeitsanalyse. Die Testentwicklungsstufen sieben bis zehn mit einer vollständigen Faktorenanalyse und Validierung könnten Aufgaben einer nachfolgenden Forschungsarbeit sein und aus ökonomischen Gründen nicht mehr dem Ziel dieser Dissertation entsprechen.

Damit der Test aussagekräftig ist, ist er an die Erfüllung von spezifischen Gütekriterien gebunden: Objektivität, Reliabilität und Validität (Bortz & Döring, 2006).

Diese drei Gütekriterien bauen aufeinander auf. Die Objektivität ist eine Voraussetzung für die Reliabilität und diese ist wiederum eine Voraussetzung für die Validität.

- ✓ Die Objektivität ist das Ausmaß, inwieweit das Testergebnis unabhängig von äußeren Einflüssen ist. Eine standardisierte Vorgehensweise ist unabdingbar. Mehrere Personen kommen bei der Anwendung des gleichen Tests unabhängig voneinander zum selben Ergebnis (Bortz & Döring, 2006).
- ✓ Die Reliabilität ist die Zuverlässigkeit eines Tests und beschreibt die Präzision, mit der ein Test ein Merkmal misst. Gleichbleibende Bedingungen erzielen mit einem reliablen Test ein gleichbleibendes Ergebnis. Ob das Ergebnis für das geforderte Merkmal valide ist, spielt dabei keine Rolle (Bühner, 2010).
- ✓ Die Validität eines Tests ist dann gegeben, wenn der Test wirklich das misst, was er beansprucht zu messen. Unterschieden wird zwischen der Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität (Bortz & Döring, 2006).

1.5.1 Ratingskala

Im Bereich der Psychologie werden Ratingskalen (Beurteilungsskalen) gerne eingesetzt, um Merkmale einer Frage einschätzen zu können. Viele Einzelfragen zusammen können eine Summenskala bilden. Am häufigsten findet sich hier die Likert-Skala, welche eine numerische Ratingskala ist und nach dem Psychologen Rensis Likert benannt wurde, der diese Methode bereits 1932 veröffentlichte (Likert, 1932). Sie ist eine bipolare Ratingskala, was bedeutet, dass es eine Abstufung von einem negativen Pol (z. B. nicht vorhanden) über eine Mittelkategorie, dem sogenannten Nullpunkt, bis hin zum positiven Pol (z. B. stark ausgeprägt) gibt. Der Vorteil liegt darin, dass eine Abstufung der Einschätzung erlaubt ist, um differenziert die Ausprägung des Merkmals einschätzen zu können. Ein Nachteil könne die Subjektivität der Einschätzung zur Beantwortung der Items sein. Zudem können Antworttendenzen vorliegen, so zum Beispiel die Tendenz zur Mitte, bei welcher die Entscheidung für eine positive oder negative Antwort

umgangen werden kann. Nach Bortz und Döring kann die Tendenz zur Mitte unterschiedlicher Genese sein (Bortz & Döring, 2006). Der Proband weiß nicht, was er antworten soll, ist sich nicht sicher, möchte die Frage nicht beantworten oder kann sich zwischen den Antwortmöglichkeiten nicht entscheiden. Ein weiterer Nachteil nach Bortz und Döring (2006) ist die "soziale Erwünschtheit" oder ein erhöhter Leidensdruck, der eine Verzerrung in das Verhaltensbild des Kindes bringen kann. Die Likert-Skala ist also ein gutes Ratinginstrument, welches häufig im Bereich der Psychologie angewendet wird, jedoch auch deutliche Einschränkungen aufzeigt (Ogden & Lo, 2011), die im zu entwickelnden Test gut zu verifizieren sind und bestmöglich ausgeschlossen werden sollten.

1.6 Ziele

Zielführende, umfassende, detaillierte und übergreifende Dokumentation in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie ist die Grundlage für eine vollständige Erfassung der kindlichen psychischen Konstitution und einer einsehbaren, vollständigen Qualitätssicherung. Dies ist eine Voraussetzung für eine unverzerrte umfangreiche Wahrnehmung und Diagnostik des Säuglings- und Kleinkindes und einer erfolgreichen Behandlung. Diese Arbeit soll die Grundlage bilden für ein störungsbildübergreifendes Erfassen der speziellen frühkindlichen Psychopathologie durch die Adaptation des bestehenden PPB der BADO nach Englert et al. (1998/2005). Die Erstellung einer alters- und entwicklungsgerechten Adaptation des PPB der BADO (Englert et al., 1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter soll eine spezifischere Aussage über die Besonderheiten der Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter ermöglichen. Die Art der Codierung soll überprüft werden und aufzeigen, ob sie eine genauere Identifizierung von Störungen ermöglicht und eine vorzeitige Pathologisierung des Kindes verhindert. Die Durchführung des neu adaptierten PPB soll nach Fertigstellung praktikabel und zeitökonomisch gestaltet sein. Die Möglichkeit einer gekürzten BADO - Version wie sie nach Englert et al. 2005 zur effektiveren Handhabung in der Praxis erstellt wurde, soll mit der adaptierten Version und dem ausführlichen Glossar gegeben sein.

2 Theoretischer Hintergrund zur Item Adaptation

Dieses Kapitel zeigt den literarischen Hintergrund der Item Adaptation in den drei Hauptthemenbereichen der vorliegenden Dissertation, der Emotionalität, der Wahrnehmung und dem körperlichem Empfinden.

2.1 Emotionalität

Emotionen bestehen aus speziellen psychophysiologischen Vorgängen, welche durch natürliche Selektionsvorgänge und den Erfahrungen eines Individuums geformt werden (Nesse & Ellsworth, 2011). Sie sind relativ kurz, intensiv und gehen einher mit physiologischen Veränderungen, subjektivem Gefühlserleben und spezifischen Kognitionen.

Die Entwicklung der Emotionen beginnt bereits im Säuglingsalter, wobei nach Rauh (2002) die Entwicklung der Emotionen sich auf drei Ausgangsbereiche beschränkt:

- aus Vergnügen und Freude,
- aus Ängstlichkeit und Furcht,
- aus Wut und Ärger.

Ein neugeborenes Kind differenziert seine Emotionen zunächst in rudimentärer Form, kann aber zwischen lustvollen und störenden Empfindungen sowie Ruhe und Erregung unterscheiden (Sroufe, 1996). Rauh (2002) differenziert die ersten Schritte der Entwicklung von Emotionen in acht Stufen.

Tab. 3: Acht Stufen der Emotionsentwicklung nach Rauh (2002)

Stufe	Ausprägung	Alter
1.	absolute Reizschranke	1. Monat
2.	Hinwendung zur Umwelt	2.–3. Monat
3.	Vergnügen an gelungener Assimilation	3.–5. Monat
4.	aktive Teilnahme am sozialen Geschehen	6.–9. Monat
5.	sozial emotionale Bindung	6.–9. Monat
6.	Üben und Forschen	13.–18. Monat
7.	Herausbildung des Selbst	19.–36. Monat
8.	Spiel und Fantasie	ab dem 36. Monat

Diese acht Stufen der kindlichen Emotionsentwicklung sind stark geprägt durch die Beziehung zur Bezugsperson, welche in der Regel die Mutter darstellt. Das Kind ist abhängig von der

Mimik und der Stimmlage der Bezugsperson, wodurch im ersten Schritt eine Gefühlsspiegelung oder eine "Gefühlsansteckung" (Janke, 1999) stattfinden kann, welche entscheidend ist für die weitere Emotionsentwicklung. Die hier stattfindende Interaktion kann differenziert werden in eine "Face-to-Face-Interaktion" und die "Still-Face-Interaktion" (Petermann & Wiedebusch, 2003). Die "Face-to-Face-Interaktion" zeichnet sich aus durch einen intensiven Blickkontakt in der Mutter-Kind-Interaktion mit Austausch von positiven Gefühlsregungen, wie z. B. einem wechselseitigen Lächeln. Die "Still-Face-Interaktion" hat als Leitaspekt eine mimische Ausdrucklosigkeit aufseiten der Bezugsperson und löst beim Säugling Unbehagen, Verunsicherung und negative Emotionen aus. Diese dyadische Beziehung wird im weiteren Entwicklungsprozess immer weiter von einer zunehmenden intrapsychischen Emotionsregulation abgelöst.

Die Entwicklung kann qualitativ als auch quantitativ voranschreiten und somit einen stetigen Zuwachs an Emotionserfahrungen, Emotionsausdrücken, Emotionsformen und die eigene Bewältigung der Emotionen mit sich bringen. Schon im Säuglingsalter ist es somit möglich, positive von negativen Emotionen bei anderen Personen differenzieren zu können. Ein Beispiel hierfür ist, dass sich Säuglinge schon sehr früh positiven Gesichtern länger widmen (Petermann & Wiedebusch, 2003). Bei Säuglingen, mit extrem negativen Erfahrungen, z. B. Missbrauch oder starker Vernachlässigung kann das emotionale Empfinden beeinträchtigt sein und ein mimischer Gesichtsausdruck des Gegenübers könnte verzerrt wieder gegeben werden (Pollak et al., 2000).

Um mit seinen Emotionen umgehen zu können, ist ein schon im Kleinkindalter beginnender intrinsischer sowie extrinsischer Prozess wichtig, die sogenannte Emotionsregulation, wodurch eine Emotion qualitativ und quantitativ modifiziert wird (Janke, 2002). Unterteilt werden kann diese in die internale Emotionsregulation, der sogenannten Selbstregulation (siehe dazu neu entwickeltes Item im adaptierten PPB 1.11 "Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation" generiert von C. Kevenhörster (vgl. 2014) und in eine externale Emotionsregulation, welche das kognitive Wissen und die daraus resultierende Anwendung beinhaltet. Die Entwicklung dieses Abschnittes kann in drei Phasen eingeteilt werden (Friedelmeier, 1999; Holodynski, 1999):

a) Von der interpsychischen Regulation zur "Face-to-Face-Interaktion" (1-6 Monate):

Das Erregungsniveau wird durch die emotionale Zuwendung der Bezugsperson gesteuert, wobei der Säugling mit undifferenzierten Reaktionen antwortet. Ab dem dritten Monat beginnt der

Säugling eine selbstständige interpsychische Regulation, in welcher er Emotionen seines Gegenübers zu Spiegeln beginnt.

b) Von der wechselseitigen Regulation zur rückversicherten Selbstregulation (ab 6 Monaten): Verhaltensintentionen können gegenseitig erkundet werden. Gefühle des Säuglings werden mit beobachtendem Verhalten der Reaktion des Gegenübers zum Ausdruck gebracht. Ab dem ersten Lebensjahr beginnt das Kleinkind seine Emotionen, mit Hilfe einer sozialen Rückversicherung, selbst zu regulieren. So kann das eigene Gefühl am Gegenüber überprüft und das Vertrauen in die eigenen Gefühle entwickelt werden.

c) Von der Rückversicherung zur selbständigen Selbstregulation (ab 3 Jahren):

Das Kleinkind beginnt seine Emotionen selbst zu regulieren, wobei es sein kognitives Wissen dazu gebraucht, selbstständig die soziale Situation einzuschätzen und seine Emotionen daraufhin zu regulieren.

Die Selbstregulation ist ein wichtiger Bestandteil, um sich erfolgreich aus negativen Emotionen heraus zu regulieren. Sie sorgt demnach für eine konstruktive Problemlösung, indem die Informationsquelle der Emotionen genutzt werden kann, um z. B. nicht in Angst zu verharren, sondern diese als Gefahr zu erkennen und dagegen regulieren zu können (Schmitz, 2002).

Können Emotionen nicht richtig gedeutet und verarbeitet werden, so kann es zu Dysregulationen kommen, welche zu Regulationsstörungen mit Angst-, Affekt- und Stimmungsstörungen führen kann.

Die Schwierigkeit in der Erfassung des Befundes bei Kindern besteht darin, dass Kleinkinder nur schlecht selber befragt werden können, denn eine Verbalisierung ihrer negativen Gefühle, oder das Beschreiben ihrer Sorgen ist nur schwer möglich (Harter & Pike, 1984).

2.1.1 Angststörungen

Ängste gehören zu den häufigsten Symptomen im Vorschulalter (Reinhard, 1992). Laut der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie leidet jedes fünfte Kind unter behandlungsbedürftigen Angststörungen, welche unter Behandlung zu 82 Prozent dauerhaft gelindert oder beseitigt werden können (DGKJPP, 2004). Entwicklungspsychologisch normale Ängste sensibilisieren das Kind für Gefahren und sind ein wesentlicher Faktor für das menschliche Überleben. Bestimmte Ängste gehören somit zur normalen Entwicklung und dienen der Sicherheit und der Anpassung an seine Umgebung, wobei sie klar definierte Zeiträume einnehmen. Ist die jeweilige Entwicklungsstufe erreicht, so verschwinden die Ängste

normalerweise und bleiben nur bei Angststörungen mit gleicher Intensität und Persistenz beim Kleinkind erhalten. Zunächst zeigen sich negative Emotionen, zu welchen auch die Angst zählt, als generalisierte Stressreaktion beim Säugling. Dem Säugling ist es nach Montague & Walker-Andrews (2001) schon mit 4 Monaten möglich, zwischen den negativen Emotionen zu unterscheiden und Ängste von Ärger und Trauer abzugrenzen. Seine ersten Angstreaktionen zeigen sich durch weites Augenaufreißen und stilles Erstarren. Mit der weiteren Entwicklung wendet der Säugling sich möglicherweise von der Gefahrenquelle ab und sucht bei der Bezugsperson Schutz (Pauen, 2011). Das Angstverhalten ist nicht mehr in der normalen Toleranz, wenn es nicht in die Entwicklungsstufe passt, die Dauer und Intensität der Gefährdung unangemessen ist, sie auftritt in Situationen ohne objektive Bedrohung oder die Ängste chronifizieren (Essau, 2003). Folgende Ängste sind in den ersten fünf Lebensjahren in bestimmten Entwicklungsbereichen physiologisch:

Tab. 4: Physiologische Ängste bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr

	Physiologischer Zeitraum	Ausprägung nach Helbling (Helbling, 2007)
Körperkontakt (Verlustangst)	6. bis 12. Monate (Essau, 2003)	Kindliche Angst, die stabile körperliche und emotionale Nähe zur Mutter und zum Vater verlieren zu können.
Fremdeln (Achtmonatsangst)	8. bis 30. Lebensmonat (Largo, 2001)	Starkes Misstrauen, Angst und Abneigung gegenüber fremden Personen. Das Kind beginnt zu unterscheiden zwischen vertrauten und fremden Personen.
Trennungsangst	7. bis 36. Lebensmonat (Papoušek et al., 2004)	Starke Ängste in Abwesenheit der Bezugsperson die einhergehen mit exzessivem Schreien.
Vernichtungsangst	24. bis 36. Lebensmonate (Helbling, 2007)	Mit dem Eintritt in die Trotzphase und der gewonnenen Autonomie wachsen die Ängste vor nicht beeinflussbaren Umständen: z .B. Gewitter, Blitz, Feuer, Einbrecher, Monstern, Hexen.
Todesangst	48. bis 60. Lebensmonat (Helbling, 2007)	Tod als Inbegriff des Abschiednehmens.

Wie aus der Tabelle zu erkennen ist, verlagern sich die Angstsinhalte im Kindesalter mit neu gewonnenen Erkenntnissen und dem Erreichen neuer Meilensteine. Zunächst geht es um den Verlust der Geborgenheit und die Angst bei dem Eindringen von lauten Geräuschen in das vertraute Milieu. Im Weiteren verlagert sich die Angst auf Fremde, wobei im Folgenden die

Trennungsangst und das Loslassen der Bezugsperson für einen gewissen Zeitraum physiologisch sind. Wenn auch diese Welt erkundet und eine gewisse Sicherheit vorhanden ist, so verlagern sich die Ängste auf imaginäre Figuren, Naturgewalten und böse Tiere. Im dritten und vierten Lebensjahr ist das Alleinsein und die Angst vor der Dunkelheit ein großes Thema in der Angstbewältigung (Schmidt & Blanz, 1991). Die Ängste des "kleinen" Säuglings in seiner noch "kleinen Welt" verlagern sich rasant auf immer weiter entfernte Objekte und Gegebenheiten, je mehr das Kind seine Umwelt erkundet und begreift.

Die wichtigste Differenzialdiagnose neben den normalen entwicklungstypischen Ängsten sind die begründeten Realängste, welche bei Kindern durch Missbrauch, Misshandlung oder fortlaufenden Bedrohungen entstehen und sich auf andere Angstauslöser verschieben können und somit schwer zu diagnostizieren sind (Walter & Schmid, 2009).

Kindliche Ängste sind verbunden mit einer starken Irritation des Betroffenen bei ängstlichem Verhalten mit Rückzugstendenzen und sozialer Scheu. Die Manifestation der Ängste kann sich in körperlichen Symptomen äußern wie z. B. somatischen Beschwerden bis hin zu speziellen kognitiven Verarbeitungsstrategien. In einer fMRT² Studie konnten Auffälligkeiten in der Verarbeitung von emotionalem Verhalten des Gegenübers bei 8-16 Jahre alten Angstpatienten festgestellt werden. Zu sehen war eine verstärkte Aktivität der Amygdala, welche mit der Stärke der Angststörung korrelierte (Thomas et al., 2001). Solche Verarbeitungsmuster werden hirnganisch schon in der frühen Kindheit festgelegt und je länger sie persistieren, desto deutlicher beeinflussen sie das Verhaltensmuster des Patienten und können je nach Dauer immer schwerer durchbrochen werden. Zu erkennen ist eine Notwendigkeit der Früherkennung von Ängsten, jedoch sollte eine Überprotektion vermieden werden, in dem physiologische Ängste auch als physiologisch angesehen werden. Kindliche Angsterkrankungen sind ein großer Risikofaktor für die Ausbildung von affektiven Störungen, Substanzstörungen und Angststörungen im Erwachsenenalter (Brückl et al., 2007; Schneider & Nündel, 2002).

Die im Folgenden aufgeführten Ängste entsprechen den Kategorien des PPB nach Englert et al. (1998) und werden im Weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

² fMRT = funktionelle Magnetresonanztomographie

2.1.1.1 Soziale Angst

Die soziale Angst ist ein sich langsam entwickelndes Störungsbild, welches hervorgeht aus ängstlichem Verhalten und Schüchternheit. Sie kann teilweise hervorgerufen sein durch soziale Probleme (Soziale Phobie) der Bezugsperson. Ist dies der Fall, so zeigt der Säugling schon früh eine verminderte soziale Ansprechbarkeit (Murray et al., 2007). Sie kann unterteilt werden in Ängste vor fremden Personen (Fremdenangst) und vor sozialer Bewertung (Bewertungsangst) (Asendorpf, 1989).

Fremdenangst:

Im Kleinkindalter handelt es sich zunächst um eine soziale Überempfindlichkeit, die aus einer Schüchternheit heraus besteht (AWMF Leitlinien Register DGKJP, 2007). Die Reaktion des Kleinkindes zeigt sich in Befangenheit, Verlegenheit und der Sorge, den geforderten Situationen nicht gerecht werden zu können. Aufgedrängte Situationen werden mit Schweigen oder Rückzug beantwortet, welches den enormen Leidensdruck des Kindes zeigt. Das ängstliche Verhalten induziert somit bei kleinen Kindern zunächst eine Abgrenzung und kann im weiteren Verlauf zu sozialem Rückzug führen, wobei die sozialen Beziehungen auf ein Minimum reduziert werden und nur die wichtigsten Bezugspersonen im Netzwerk bestand haben. Der soziale Rückzug, ausgelöst durch ängstliches Verhalten, konnte in zwei Studien von Henderson et al. anhand von neun (Henderson et al., 2001) und vierzehn Monate alten Kindern (Henderson et al., 2004) in einer Längsschnittstudie gezeigt werden (Buss, 2011).

Bewertungsangst:

Die Bewertungsangst setzt wichtige kognitive Prozesse voraus, welche unbewusst ablaufen und sich erst ab dem 30. Lebensmonat entwickeln. Das Kind übernimmt in dieser Zeit Verhaltensstandards der Erwachsenen und entwickelt Scham und Stolz. Die Fähigkeit, Verhalten zu übernehmen und daraus seine Normen anfänglich zu definieren, lässt auch die Bewertung eigener Tätigkeiten zu (Asendorpf, 1989). Nach Buss (1986) setzt dieser Prozess erst später ein, wenn es dem Kind möglich ist, sein Verhalten aus der Perspektive der anderen bewusst wahrzunehmen. Diese sogenannte selbstaufmerksame Bewertungsangst entwickelt sich erst mit 48 bis 60 Monaten.

Der Beginn einer feststehenden Diagnose nach ICD-10 sozialen Angst liegt erst im Jugendalter (AWMF Leitlinien Register DGKJP, 2007). Erste Anzeichen können schon im Kindesalter festgestellt werden. Die physiologische Phase der Achtmonatsangst sollte mit 30 Monaten

abgeschlossen sein, ein weiteres Bestehen dieser Angst, mit ängstlichem Verhalten in Gruppen, sozialem Rückzug und der Angst vor schambehafteten Situationen und negativen Bewertungen durch Andere, ist als Verhaltensauffälligkeit zu werten.

Ein wichtiger Parameter um Vorläufer entdecken zu können, ist demnach der soziale Rückzug. Diese soziale Vorsicht oder Zurückhaltung kann bei Kindern mit weiteren Risikofaktoren zu Angststörungen oder weiteren internalisierenden Problemen führen. Eine frühe Dysregulation mit ängstlichen Zügen und übermäßiger Schüchternheit kann ein Vorläufer dafür sein, im späteren Alter eine Angststörung zu entwickeln (Buss, 2011). Somit ist ein gegenregulierendes Eingreifen auch schon im Kleinkindalter notwendig.

2.1.1.2 Trennungsangst

Die Trennungsangst ist, wie aus der Tab. 4: Physiologische Ängste bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr (s. Kapitel 2.1.1 Angststörungen Seite 26) zu erkennen, eine in einem bestimmten Entwicklungsschritt bestehende physiologische Angst bei Kindern, welche bei überfürsorglichen Eltern bis in das 3. Lebensjahr reichen kann. Bleiben die Symptome auch weiterhin bestehen, so wird von einer unangemessenen Trennungsangst gesprochen (Papoušek et al., 2004). Bei frühzeitiger Behandlung hat diese Angst eine gute Prognose mit 96 Prozent Heilungsrate (DGKJPP, 2004). Sobald die Bezugsperson sich aus dem Sichtfeld des Kindes entfernt, beginnt eine altersunangemessene Trennungsreaktion mit den Symptomen: exzessives Klammern, panisches Schreien und Weinen oder unaufhörliches Schluchzen. Auch eine vertraute Ersatzperson kann das Kind nur schwer beruhigen. Dies kann hervorgerufen sein durch eine stark symbiotische Beziehung zur Bezugsperson oder durch belastende Lebensereignisse z. B. einem Trauma, welches bisher nicht vollständig bewältigt werden konnte. Diese Angst kann sich in viele Bereiche des Lebens ausweiten, z. B. auf den Bereich des Schlafens (Einschlafprobleme), aus Angst, sie werden alleine gelassen, auch wenn die Mutter in der häuslichen Umgebung ist. Bleibt diese frühe Anpassungsstörung im Sinne einer frühkindlichen Regulationsstörung (ICD-10, F43.2) erhalten, kann daraus eine Trennungsangst (ICD-10, F93.0) oder eine soziale Phobie (ICD-10, F40.1) resultieren (Scholtes & Benz, 2012).

2.1.1.3 Leistungsangst

Bei der Leistungsangst handelt es sich um ein Phänomen, welches meist erst ab der Schulzeit beginnt. Sie wird also meistens gleichgesetzt mit der Schulangst oder Prüfungsangst. Sie ist eine situations- und reaktionsbezogene Stressreaktion, welche aus dem Ungleichgewicht von selbst und fremd gesetzten Ansprüchen entsteht (Rost & Schermer, 1997). Schon im Kleinkindalter

scheint die Leistungsangst immer mehr an Bedeutung zu gewinnen. Die Ansprüche an kindliche Handlungen auch schon im frühen Kindesalter werden immer höher. Grundlage hierfür sind überhöhte Anforderungen an das Kind seitens der Eltern/Lehrer/Trainer (z. B. Musikschullehrer, Sprachförderung, Leistungssport) und zusätzlich unrealistische Einschätzungen mit überhöhtem Leistungsdruck des Kindes selber. Durch Tadel kann ein ängstliches Kleinkind seine Misserfolge falsch werten und als Versagen beurteilen. Folglich ist eine Leistungsangst die unmittelbare Folge aus einer Bewertungsangst (siehe dazu Kapitel: Soziale Angst). Das immer höhere Lernniveau mit teilweise schon bestehendem Leistungsdruck lässt Vorläufer der Leistungsangst auch schon im Kleinkindalter entstehen. Ausgedrückt werden diese meistens durch somatische Beschwerden des Kindes.

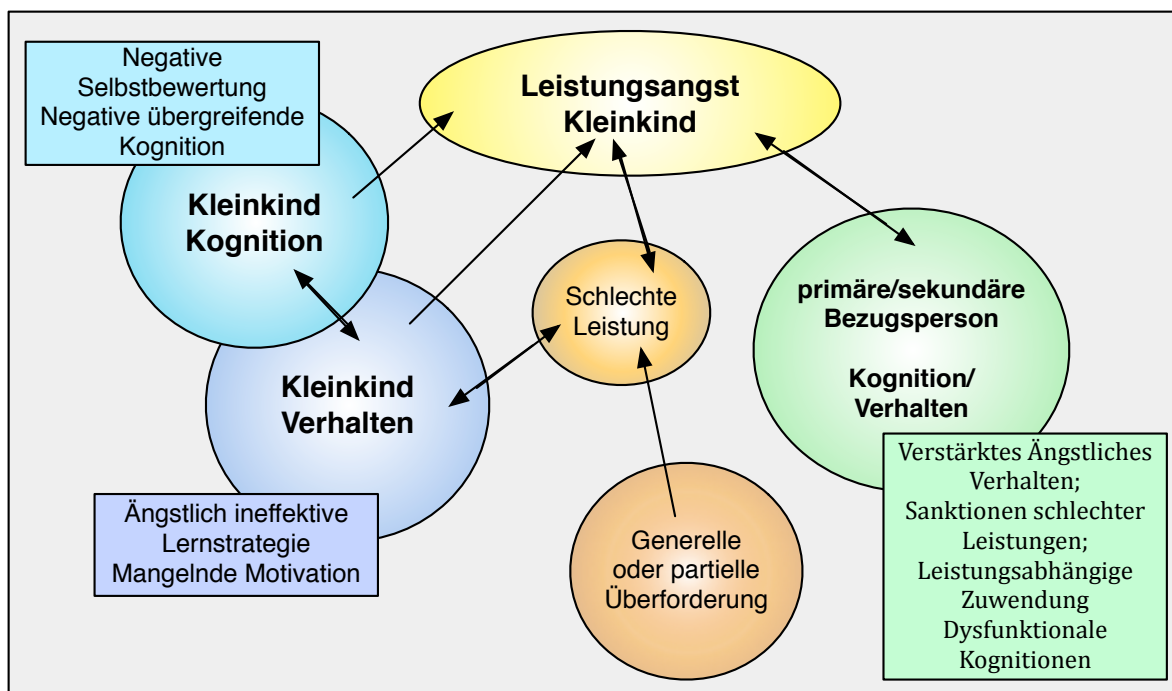


Abb. 3: Pathogenese der Leistungsangst (modifiziert nach Suhr-Dachs & Döpfner (2005))

Eine kognitive Bewertung der eigenen Tätigkeit ist Voraussetzung für die Entwicklung einer Leistungsangst. Typische Kognitionen dabei sind eine negative bedrohliche Situationsbewertung, geringe Selbsteinschätzung und ein geringes Bewältigungsvertrauen (Suhr-Dachs, 2009). Erste Vorläufer einer Leistungsangst sind ab dem 48. Lebensmonat vorzufinden und können die Grundlage für eine Schulangst oder Prüfungsangst sein.

2.1.1.4 Agoraphobie

Eine Phobie ist eine Angststörung, welche einhergeht mit stärksten vegetativen Symptomen. Sie kann auftreten bei kognitiven Vorstellungen eines objektiv gesehenen, völlig angstfreien

Objektes, oder situationsabhängig vorhanden sein in einer objektiv gesehenen völlig ungefährlichen Situation. Durch logische Argumente oder Selbstreflektion ist eine Phobie nicht zu überwinden (Walter & Schmid, 2009).

Die Agoraphobie bezieht sich auf die Angst, vor großen Menschenmengen, beim Betreten von öffentlichen Plätzen, sowie Reisen mit weiter Entfernung und Alleinreisen (Remschmidt et al., 2006). Sie beginnt meist erst in der dritten Lebensdekade, wobei Frauen mit ca. drei Prozent häufiger betroffen sind (Männer ca. ein Prozent) (Wittchen & Jacobi, 2001). Diese spezielle Art von Phobie und ihre Vorläufer treten im Kleinkindalter bis zu 60 Monaten nicht in Erscheinung. Eine Anbindung an eine Bezugsperson ist in dem Alter normal und auf sich allein gestellte Situationen in der Öffentlichkeit sollten nicht vorhanden sein. Falls sie dennoch gefordert werden, so wäre es physiologisch vom Kind, Situationen vermeiden zu wollen, in denen es in der Öffentlichkeit alleine und in großen Menschenmengen sich bewegen müsste. Es wird in dem Alter nicht von einer Agoraphobie gesprochen.

2.1.1.5 Andere umschriebene Phobien

Spezifische Phobien zeigen sich bei Kindern mit einer unangemessenen, starken, dauerhaften Angstreaktion, welche auf spezifische Objekte (z. B. Tiere, Spritzen) oder Situationen (z. B. Arzt, Dunkelheit) gerichtet ist und vom alterstypischen Verhalten abweicht und nicht unter soziale Angst fällt (s. Kapitel: 2.1.1.1 Soziale Angst) (Schlup & Schneider, 2009). Zudem darf die Angst nicht Teil einer generalisierten Angststörung sein (AWMF Leitlinien Register DGKJP, 2007). Die häufigsten Ängste betreffen bestimmte Tiere, Höhen, Donner, geschlossene Räume, Injektionen, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche sowie die Angst vor Fremden und vor der Dunkelheit. Die Konfrontation mit dem phobischen Stimulus löst starke Angstreaktion aus, was ein Vermeidungsverhalten des Kindes zur Folge hat.

Die Entwicklung einer Phobie kann schon im Kleinkindalter vorkommen (Schlup & Schneider, 2009), wobei Mädchen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben als Jungen (Silverman & Moreno, 2005). Zunächst ist die Angst bei Kleinkindern ab 18 Monaten ohne Einsicht der Unbegründetheit, als reines emotionales Gefühl zu deuten. Mit zunehmendem Alter erlaubt der Intellekt die Einsicht der Unbegründetheit der Befürchtungen, mildert sie damit aber nicht. Physiologisch zeigen sich starke Reaktionen mit Zittern, Schwitzen, Tachykardie, Herzklopfen und Bauchschmerzen. Das Kind hat das Gefühl, die phobische Situation oder das phobische Objekt würde ihm persönlich Schaden und ihm wehtun. Die kindliche Reaktion wird geprägt von einem Fluchtverhalten mit Weinen, Klammern an Bezugspersonen, wie gelähmt Erscheinen oder

sogar mit aggressivem Verhalten, wie Wutanfälle oder Umsichschlagen (Schlup & Schneider, 2009).

2.1.1.6 Panikattacken

Panikattacken sind wiederkehrende Angstzustände, welche situationsunabhängig in objektiv harmlosen Situationen auftreten und nicht vorhersehbar sind. Typisch ist ein abrupter Beginn, welcher schnell in den Höhepunkt der Angst mündet und eine Dauer von mindestens einigen Minuten hat. Die Angstsymptome sind verbunden mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Zittern, Hyperventilieren, Parästhesien, Mundtrockenheit, Schwindel, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden (Remschmidt et al., 2006). Eine Panik kann schon im Kleinkindalter auftreten und zeigt sich durch starkes Abwehrverhalten und einer ausgeprägten Angstsymptomatik. Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke, und falls sie aus Sicht des Kindes in einer bestimmten Situation aufgetreten ist, kann sich daraus eine Phobie entwickeln (Jacobs & Nadel, 1999).

2.1.1.7 Generalisierte Angst

Die generalisierte Angst ist eine frei flottierende Angst, die sich nicht auf bestimmte Situationen oder Objekte bezieht (Remschmidt et al., 2006). Sie bezieht sich auf exzessive Sorgen aus dem Bereich der täglichen Bewältigung. Die Angstsymptome treten an den meisten Tagen über mehrere Wochen auf. Erste Vorläufer der generalisierten Angststörung können schon bei Kleinkindern beobachtet werden (siehe Studie von Buss (2011), in die 111 Kleinkinder im Alter von 24 Monaten eingeschlossen waren), sie haben ein ständiges Gefühl der Anspannung mit somatischen Beschwerden, sodass sie das ständige Bedürfnis nach Beruhigung haben. Sie werden häufig als "kleine Erwachsene" angesehen, da sie ständig um das Wohlergehen ihrer engen Mitmenschen bemüht sind und ständig auf der Suche sind, von anderen Anerkennung und Rückversicherung einzuholen (In-Albon, 2009). Symptomatisch fallen die Kinder durch Symptome der Anspannung (akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Ruhelosigkeit, Zittern) und der Übererregbarkeit auf (Oberbauchbeschwerden, Schwindel, Schwitzen, Tachypnoe, Tachykardie) sowie durch Schlafstörungen. Es herrscht häufig das Bedürfnis nach Beruhigung (Remschmidt et al., 2006).

2.1.2 Störung von Stimmung und Affekt

Das Verständnis zwischen dem Säugling oder dem Kleinkind zu seinen Eltern ist eine wichtige Grundlage für die Stimmungs- und Affektregulation im frühen Kindesalter zwischen sieben bis neun Monaten (Papoušek et al., 2004). Die Emotionen können Handlungsintentionen oder auch eine Handlung selber auslösen, welche durch das Individuum nur im geringen Maße beeinflusst werden kann. Diese Handlungen werden als Affekthandlungen bezeichnet, da sie aus dem Affekt heraus entstehen. Affektive Äußerungen des Kindes können von der Bezugsperson aufgegriffen, moduliert, stimuliert oder gedämpft werden und akzentuiert gespiegelt werden (Dornes, 1994). Auch eine falsche Spiegelung ist möglich, wodurch der Säugling seine für die Entwicklung einer gesunden Psyche wichtige Information falsch anlegt und es zu Regulationsstörungen von Stimmung und Affekt kommen kann. So kann z. B. eine pathologische Affektspiegelung vorliegen, wenn die Bezugsperson in ihrer Affektspiegelung die Information außen vor lässt, dass ihre aktuelle Affektlage als Spiegelung zu verstehen ist und der Affekt nicht den Ursprung in der Bezugsperson selber hat (Fonagy et al., 2004). Der emotionale Dialog des Säuglings/Kleinkinds steht bei einer dysfunktionalen Affektspiegelung, bei welcher z. B. das wütende Kind auch die Bezugsperson wütend macht, nicht mehr für eine stabile Halt gebende Bindung. Die Bindungsperson verliert die Position als sicherheitsvermittelnder Pol (Resch, 2004). Diese schon beim Neugeborenen angelegte Beziehungsstruktur kann laut der Forschungsgruppe um P. Fonagy zu einer Borderlinesymptomatik im späteren Jugend- und Erwachsenenalter führen (Fonagy et al., 2004). Eine weitere pathologische Affektspiegelung liegt vor, wenn der zu spiegelnde Affekt des Kindes verkannt wird und eine andere Emotion zurück gespiegelt wird. Das innere Erleben des Kindes und die reflektierte Interpretation des Gegenübers sind somit inkongruent, was zu einer falschen Selbsteinschätzung des Kindes führen kann (Resch, 2004). Als Folge kann eine Fehleinschätzung der affektiven Abstimmung mit Selbstzweifeln und narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen resultieren (Fonagy et al., 2004). Die Entwicklung einer ausgewogenen Stimmungs- und Affektregulation ist somit ein wichtiger Grundstein der kindlichen Entwicklung und sollte einer differenzierten Diagnostik unterliegen, um so früh wie möglich regulierend eingreifen zu können.

Die im Folgenden aufgeführten Affekt- und Stimmungslagen entsprechen den Kategorien des PPB nach Englert et al. (1998) und werden im Weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

2.1.2.1 Klagsam

Erlebte negative Emotionen werden übermäßig affektiert wiedergegeben, anhand von gesteigerter Mimik und Gestik mit übermäßigem Klagen (Saß & Hoff, 2008). Als Auslöser reichen kleine Begebenheiten, die das Kind in der aktuellen Situation destabilisieren und das übermäßige Klagen wiederholt zum Vorschein tritt. Das unangemessene lamentierende Verhalten dominiert das Interaktionsverhalten des Kindes. Säuglinge melden sich bei natürlichen Bedürfnissen auffallend schnell mit einem wehleidigen, kummervollen, mimikreichen Verhalten und benötigen viel Aufmerksamkeit der Bezugsperson, um sich wieder beruhigen zu können. Sobald das Kind anfängt, mit Worten seinem Anliegen Ausdruck verleihen zu können, erhält das klagende Verhalten eine andere Qualität, denn Gefühle und Schmerzen können nun anfänglich verbalisiert dargestellt werden und äußern sich durch lang und breit dargelegte Darstellungen. Mit weiterer kognitiver Fähigkeit und der Möglichkeit, Situationen reflektieren zu können, ca. ab dem 48. Monat neigt das Kind dazu, negative Seiten einer Situation übermäßig hervor zu heben.

2.1.2.2 Gereizt-dysphorisch

Dysphorisch bezeichnet einen Zustand, in dem das Kind ängstlich bedrückt, freudlos gereizt, misstrauisch und unausgeglichen ist. Diese negative Verstimmung kann bis hin zu einer starken Gereiztheit und einer aggressiven Gespanntheit führen (Saß & Hoff, 2008). Bei Säuglingen zeigt sich das gereizt-dysphorische Verhalten durch ein zeitlich vermehrtes, anfallsartiges Schreien, Quengeln und einer deutlichen Unruhe. Bei Kontakt mit der Bezugsperson zeigt sich eine weniger aktive und aufmerksame Kommunikation und eine verringerte mimische und motorische Reaktivität. Die Kinder sind leicht irritierbar, stimmungslabil, weisen eine unglückliche Grundstimmung auf und zeigen häufig somatische Beschwerden. Ihr exzessives Schreien ist durch nichts zu beruhigen (Herrle et al., 1999). Komplexe Bedingungsstrukturen wie niedriger Bildungsstand des Elternhauses, ungewollte Schwangerschaft, beengte Wohnverhältnisse und verminderte Bewältigungsstrategien der Eltern können den frühen Beginn einer solchen Auffälligkeit fördern (Herrle et al., 1999; Kusch, 1995). In der 1999 durchgeführten Studie, über die Auswirkung von dysphorischem Verhalten im Säuglingsalter von Herrle et al. (1999), in welche 362 Kinder über fünf Altersstufen (3 Monate; 24 Monate; 54 Monate und 8 und 11 Jahre) hinweg eingeschlossen wurden, konnte gezeigt werden, dass dysphorisches Verhalten im Säuglingsalter ungünstige Entwicklungskennwerte in allen Funktionsbereichen der späteren Entwicklung aufzeigt. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe lagen mehr Verhaltensauffälligkeiten und Defizite in der kognitiven und motorischen

Leistungsfähigkeit vor. Durch die fortschreitende Entwicklung konnten sich geringfügige Verhaltensauffälligkeiten ausnivellieren, jedoch blieben die Bereiche der sozio-emotionalen Funktionen und extreme Entwicklungsverzögerungen bestehen.

Durch eine frühzeitige Diagnose und eine entsprechende Behandlung kann die für die ganze Familie belastende Situation, durch eine frühe Intervention rechtzeitig behandelt werden.

2.1.2.3 Depressiv/traurig verstimmt

Depressiv bezeichnet einen Zustand von Niedergeschlagenheit und innerer Traurigkeit. Es gibt ein breites Spektrum an Gefühlen, die einer depressiven Verstimmung bis hin zu einer Depression zugeschrieben werden können. Der Ausdruck ist altersabhängig und muss für eine Diagnose gut differenziert werden. Die Rate von depressiven Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter liegt bei 2,8 Prozent und ist somit geringer als im weiteren Kindes- und Jugendalter (5,6 Prozent), wobei mit einer lebenslangen Prävalenz von 10-20 Prozent zu rechnen ist (Costello et al., 2006). Im Säuglingsalter können erste Anzeichen von Rückzugsverhalten und negativen Verstimmungen auftreten, welche darauf hinweisen, dass sich eine Depression entwickeln kann. Eine Überängstlichkeit in der Säuglingszeit kann einer Depression im Kleinkindalter vorausgehen (Silberg et al., 2001). Eine sichere Diagnosestellung einer depressiven Störung kann erst mit 36 Monaten diagnostiziert werden (Luby & Belden, 2006). In den Jahren davor könnte laut Guedeney (2007) von einem "Symptom mit Rückzugsverhalten" gesprochen werden.

Die wichtigsten Symptome im Säuglings- und Kleinkindalter, die auf Störungen mit Rückzugsverhalten und depressiven Verstimmungen hindeuten, sind in Tab. 5 als Übersicht zusammengefasst.

Tab. 5: Symptomübersicht von Störungen mit Rückzugsverhalten und depressiver Verstimmung im Säuglings- und Kleinkindalter, modifiziert nach Essau & Petermann (2000), Warnke & Lehmkuhl (2006) und Schulte-Markwort & Forouher (2007)

	Symptome
Säugling 0-18 Monate	Schreien, Unruhe, Weinen, Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut, unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation, reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer, Anhänglichkeit, Albernheit, Ängstlichkeit, Schüchternheit, selbststimulierendes Verhalten, (Schlafprobleme, Essstörungen)
Kleinkind bis Vorschulkind 19-60 Monate	Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosibilität, Hypomimie, gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit, Spielunlust, Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität, soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung, Aufmerksamkeitssuche, Autostimulation, Schuldgefühle, Erschöpfung, Anhedonie, (Schlafprobleme, Essstörungen)

Einige der Symptome sind bei Kleinkindern von besonderer Wichtigkeit, um eine depressive Störung diagnostizieren zu können. Das spezifischste Symptom ist nach Luby & Belden (2006) die Anhedonie, die in Kapitel 2.1.2.4 Anhedonie genauer beleuchtet wird, sowie erhöhte Schuldgefühle des Kindes und starke Erschöpfung (Luby, 2010). Klassische Symptome wie Traurigkeit oder Irritabilität sind Indikatoren für eine traurige Verstimmtheit, jedoch zur Diagnosefindung eher unspezifisch. Die für andere Altersstufen bekannten Symptome wie Weinen, aggressives Spielen, motorische Passivität, traurige Spielthemen, wenig positive Erfahrungen sind ebenso im Kleinkindalter wegweisend für eine Vorschuldepression. Eine hohe Komorbidität mit anderen psychopathologischen Störungsbildern wie ODD³ 62 Prozent und ADHS⁴ 42 Prozent sowie Angststörungen mit 28 Prozent konnte in einer Studie von Luby et al. (2003) nachgewiesen werden. Zusätzliche Störungen des externalisierenden Verhaltens wirken auf die depressiven Symptome protektiv (Luby & Belden, 2006).

Risikofaktoren an einer frühkindlichen Depression zu erkranken sind anlagebedingte, genetische und biologische Faktoren. Die familiäre Belastung bei Kleinkindern mit depressiven Anzeichen war erhöht und Suizidversuche in der Familie und bipolare Störungen traten gehäuft auf (Luby et al., 2002). Die genetische Prädisposition mit der Prägung durch eine neuroendokrinologische Veränderung im Sinne einer verminderten Stressadaptation und somit einer verlängerten Cortisolausschüttung (Luby et al., 2003), gepaart mit einer schwachen Mutter-Kind Interaktion und einem unstabilen Umfeld, kann zu einer frühkindlichen Depression führen. Sie können somit zusätzlich zur genetischen Komponente eine erlernte Desorganisation des Kindes sein, denn Depression und Desorganisation zeigen den selben psychopathologischen Effekt der erlernten Hilflosigkeit (Guedeney, 2007).

Die Prognose von depressiven Verstimmungen im Säuglings- und Kleinkindalter bleibt mit einer hohen Stabilität bestehen. Sie geht einher mit erheblichen sozialen Einschränkungen (Del Carmen-Wiggins & Carter, 2004) und Konzentrationsproblemen mit ergebnislosem Grübeln über eigene Gefühle und eigene Schuldzuweisungen (Walter & Schmid, 2009). Therapiemaßnahmen sind in dem Bereich noch auf dem Vormarsch, erste aussagekräftige Ergebnisse lieferte eine Pilotstudie von Luby et al. (2012), in welche 54 Kleinkinder zwischen drei bis sieben Jahren eingeschlossen wurden. Untersucht wurde die *Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development* (PCIT-ED) (Lenze et al., 2011), ein 2011 entwickeltes

³ Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalt = ODD

⁴ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung = ADHS

Zusatzmodul der *Parent–Child Interaction Therapy* (PCIT), welche vielversprechende Daten für eine frühe Intervention bei depressiven Störungen lieferte. Eine frühe Identifizierung eines depressiven Störungsbildes ist unabdingbar, um bestmögliche Therapieerfolge erzielen zu können (Luby, 2010).

2.1.2.4 Anhedonie

Die Fähigkeit des positiven emotionalen Erlebens ist reduziert, sowie die Anzahl positiver Reaktionen. Freude, Lust, Vergnügen oder die Motivation, freudvolle Tätigkeiten auszuführen, sind vermindert (American Psychiatric Association, 1994). Anhedonie wird auch als Symptomenkomplex depressiver Erkrankungen bezeichnet, sie ist eines der wichtigsten Symptome zur Diagnosestellung einer frühkindlichen Depression (s. Kapitel Depressiv/traurig verstimmt) (Luby et al., 2002; Luby et al., 2003). Jedoch hat es auch eine gewisse Relevanz bei Angststörungen, was die Spezifität in der Diagnosefindung zur Depression etwas einschränkt. Bei Kindern zeigt sich das Symptom in einer oft übermäßig klammernden Beziehung und einer Spielunlust, wobei die Freudlosigkeit als psychischer Schmerz empfunden werden kann (Walter & Schmid, 2009).

2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen

Mangelndes Selbstvertrauen mit Insuffizienzproblemen zeigen ein nicht vorhandenes Vertrauen in sich selber und die eigene Leistungsfähigkeit (Saß & Hoff, 2008). Kinder thematisieren mangelndes Selbstvertrauen selten direkt, sondern eher in der Einstellung, Anforderungen nicht bewältigen zu können, obwohl sie objektiv die Kompetenz besitzen. Das Gefühl, Anforderungen nicht gewachsen zu sein, tritt erst mit dem 48 Lebensmonat auf, da erst ab diesem Alter unter guten sozialen Bedingungen ein Selbstvertrauen aufgebaut wird. Mit 0-48 Monaten hat das Kind noch kein "Ich-Bewusstsein". Im Alter von 24 Monaten beginnt das Kind sich als Person wahrzunehmen. Dies wird deutlich in der Erkennung seiner selbst im Spiegelbild und der Verbalisierung des "Ich" (Resch, 2004). Mit 48 Monaten kann bei einem Kleinkind bereits eine Metakognition vorgefunden werden. Somit kann das Kind sich aus einer Metaebene betrachten und sein Handeln mit anderen vergleichen (Resch, 2004). Durch das bereits entwickelte "Ich-Bewusstsein" und die nun entstehende Möglichkeit eines vergleichenden Handelns kann ein Selbstvertrauen des Kindes aufgebaut werden. Positive Verstärker durch das soziale Umfeld geben dem Kind dabei mehr Sicherheit und bestärken es in seinem Handeln. Fehlt dieser Aufbau oder ist er nach einiger Zeit wieder regredient, so kann es zu einem mangelnden Selbstwertgefühl kommen. Das Kind fühlt sich als Versager und hat im Spiel mit anderen das

Gefühl der Unterlegenheit, obwohl es objektiv gesehen dafür keinen Anhalt gibt. Gerade bei Bezugspersonen mit psychischen Störungen wie z. B. Depressionen oder Borderlinesymptomen kann die Reaktion des Gegenübers beim Kind starke Verunsicherung auslösen und somit das Vertrauen in die eigenen Gefühle und Wahrnehmungen mindern, was zu einem Mangel an Selbstvertrauen führt.

2.1.2.6 Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung

Hoffnungslosigkeit/Hilflosigkeit ist das Gefühl einer Situation ohne Handlungsspielraum ausgesetzt zu sein. Das Kind fühlt eine tiefe Verzweiflung in sich, da es keinerlei Ausweg sieht, die Gegebenheiten zu verändern. Es liegt eine pessimistische Haltung vor, wobei keine Hoffnung mehr vorhanden ist und eine Zukunftsorientierung fehlt ("Schwarzsehen") (Saß & Hoff, 2008). Um Hoffnungslosigkeit bei sich selber wahrzunehmen, muss das Kind auf Metaebene seine Handlungen beurteilen können, und ein "Ich-Bewusstsein" haben (s. Kapitel 2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen). Die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung kann aus einer Situation entstehen, in welche das Kind integriert ist, es selber jedoch keinen Handlungsspielraum sieht und die Situation nicht kontrollieren kann, z. B. Trennung der Eltern, Trauma, Missbrauch. Das Kind hat Versagensängste, und eine ausweglose Angst mit tiefer Wut oder Traurigkeit kann entstehen. Ist dieses Resignationsgefühl ohne Perspektive (Laux, 2008) nicht nur ein kurzweiliger Zustand, so kann aus einer länger anhaltenden Grundstimmung, eine Depression resultieren.

2.1.2.7 Schuldgefühle/Selbstvorwürfe

Das Kind fühlt sich verantwortlich für eine nach seiner Ansicht verwerfliche Tat, einen verwerflichen Wunsch oder einen verwerflichen Gedanken (AMDP, 2006). Um die Beurteilung einer Handlung als negativ durchführen zu können, benötigt das Kleinkind die Möglichkeit der Metakognition (s. Kapitel 2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen) und der darauf aufbauenden Moralvorstellung von falsch und richtig.

Die erste Entwicklungsstufe der Moral von Kohlberg (1984) beschreibt die präkonventionelle Moralentwicklung bis 10 Jahren, welche sich an Gehorsam und Strafe orientiert und eine egozentrische unilaterale Perspektive aufzeigt. Handlungen werden vom Kind nicht psychologisch interpretiert, sondern moralische Urteile gelten als selbstevident und sind in der Setzung von Autoritäten begründet. Die Moralentwicklung eines Kindes steht mit 48 Monaten ganz am Anfang und kann nur anfänglich beurteilt werden. Die *Longitudinalstudie zur Genese*

*individueller Kompetenzen*⁵ (LOGIK) (Nunner-Winkler, 2008a; Schneider, 2008), in welcher die moralische Entwicklung von 200 Kindern im Alter von vier, sechs und acht Jahren untersucht wurde zeigt, dass Kinder mit 48 Monaten ein Wissen um erste einfache moralische Normen haben, auch ohne Straf- und Autoritätsabhängigkeit. Eine moralische Motivation wird unterschiedlich schnell beim jeweiligen Kind erst in einem nächsten Schritt aufgebaut (Nunner-Winkler, 2007). Im Gegensatz zu dem Wissenskonstrukt von Kohlberg zeigt sich, dass auch Kleinkinder in der präkonventionellen Zeit moralischen Regeln eine intrinsische Gültigkeit zuordnen können (Nunner-Winkler, 2008b). Erlernte moralische Regeln können für Kleinkinder ein stabiles Konstrukt sein, in welchem sie sich bewegen können. Kann jedoch ein übermäßiger eigener oder durch Bezugspersonen vorgegebener Anspruch den Anforderungen der kindlichen Moralvorstellung nicht gerecht werden, so wird das Kind sich Selbstvorwürfe machen und ein übermäßig starkes Schuldgefühle kann daraus resultieren. Die Beurteilung der eigenen Handlungsweise, an welche Erwartungen, Interessen und Verpflichtungen geknüpft sind, wird mit zunehmendem Alter immer differenzierter und komplexer, je spezifischer die Sichtweisen auf sich selber, seine Mitmenschen und auf moralische Regeln in der Zusammenschau sind. Pathologische Selbstanforderungen und Moralvorstellungen können somit die Grundlage sein für übermäßige Schuldgefühle und Selbstvorwürfe.

2.1.2.8 Affektarm

Die Affektarmut ist gekennzeichnet von einer geringen Affekt- und Gefühlsansprechbarkeit des Kleinkindes. Das Spektrum der gezeigten Gefühle ist vermindert. Wenige Extreme (z. B. Hass, Wut) oder nur sehr dürftige Affekte (z. B. gleichgültig, teilnahmslos) sind zu erkennen (Saß & Hoff, 2008). Affektarmut kann mit oder ohne subjektivem Leidensdruck vorhanden sein.

Die Entwicklung einer Affektarmut kann sich in den ersten Lebensmonaten anfänglich darstellen. Wie im Kapitel 2.1.2 Störung von Stimmung und Affekt beschrieben, beginnen Kinder die Gefühle der Bezugsperson zu spiegeln und lernen durch Nachahmung und Reaktion des Gegenübers. Liegt eine dysfunktionale Affektspiegelung vor, in welcher die Kommunikation und das interaktionelle Mikroklima gestört ist oder der Säugling den Ausdruck nicht verstehen und wiedergeben kann, flacht sein Affekt ab (Resch, 2004). Die affektive Ansprechbarkeit des Kindes ist damit herabgesetzt, es scheint nicht "schwingungsfähig" zu sein und es zeigt kaum noch oder gar keine Gefühlsregungen in Situationen, in welchen eine Gefühlsresonanz normal

⁵ Studie zur kindlichen Entwicklung am Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung unter der Leitung von Prof. Dr. F.E. Weinert (1984-2007).

wäre. Bei Ansprache wirkt es teilnahmslos und eine herabgesetzte Mimik ist zu erkennen. Affektarmut ist ein Ausdruck verkümmelter kindlicher Gefühle, die durch Deprivation, Vernachlässigung oder traumatische Lebenssituationen herbeigeführt werden können. Bei Kleinkindern kann es ein Hinweis auf eine Störung des depressiven Formenkreises sein oder im weiteren Entwicklungsverlauf und Schulalter ein Kernsymptom einer negativen schizophrenen Symptomatik darstellen.

2.1.2.9 Interesselosigkeit/Apathie

Das Kind lebt in einer eigenen zurückgezogenen Welt und interessiert sich nicht für die ihn umgebende Situation. Dies äußert sich in innerer Distanz des Kindes zu seiner Umwelt. Das Kind wirkt apathisch, freudlos, und depressiv (Marneros, 2008). Versuche das Kind aus dieser Welt zu locken scheitern. Spielangebote, gezielte Aufforderungen und Handlungen zu folgen, werden abgelehnt. Auch das Verhältnis des Kindes zu seinem eigenen Körper kann gestört sein. Das Symptom der Apathie und der Interesselosigkeit ist Teil des depressiven Störungsbildes (s. Kapitel: 2.1.2.3 Depressiv/traurig verstimmt).

2.1.2.10 Affektlabil

Affektlabilität zeigt sich durch schnelle Stimmungswechsel, die auf einen Stimulus von außen oder auch scheinbar spontan erfolgen. Die Affekte sind dabei von kurzer Dauer mit vielfachen Schwankungen und können in den Extremen der positiven oder negativen Stimmungslage liegen. Das rasche Umschlagen ist pathognomonisch (z. B. himmelhoch jauchzend zu Tode betäubt), wobei der Säugling oder das Kleinkind ungebremst auf vorgegebene Reize reagiert. Die Affektinkontinenz ist dabei die stärkste Ausprägung, bei welcher die Affektreaktion schon bei kaum spürbarem Stimulus vorkommt und eine Beherrschung des Affektes durch das Kind nicht möglich ist (Saß & Hoff, 2008). Die Differenzierung der eigenen Gefühle gelingt dem Kind nicht und es wird abhängig von den angebotenen Reizen "Spielball seiner eigenen Emotionen". Eine übermäßige Affektlabilität lässt das Kind nicht zur Ruhe kommen, es ist hin und her gerissen und kann sich nicht auf eine Sache konzentrieren. Es kann somit ein z. B. Vorläufer eines ADHS (mögliche Diagnose schon ab 3 bis 4 Jahren (Döpfner et al., 2000)) sein und sollte schon frühstmöglich abgeklärt werden, um ggf. therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.

2.1.2.11 Ambivalent

In der Psychopathologie verbinden sich bei dem Ausdruck der Ambivalenz die Affektivität und der Wille. Es besteht eine Koexistenz widersprüchlicher Vorstellungen, Wünsche, Gefühle,

Impulse und Intentionen (Saß & Hoff, 2008). Um solche Gefühle ausdrücken zu können, ist es eine Grundvoraussetzung, Gefühle verbal zu äußern, um die Ambivalenz des Kindes eindeutig darlegen zu können. Eine verbale Äußerung kann erst geschehen, wenn das Kind der Sprache mächtig ist und es selber sein Handeln bewerten und mit seinen Gefühlen abgleichen kann. Dies kann erstmals mit ca. 48 Monaten geschehen, wenn die Ausbildung einer Metakognition (s. Kapitel 2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen) und Sprache vorhanden ist. Erste ambivalente Gefühle können in Extremsituationen auch schon in diesem Alter vorkommen, wie z. B. bei Missbrauch, Gewalt oder durch Gewalt geprägte Trennungssituationen der Eltern. Kinder im Abhängigkeitsgefüge zu Erwachsenen mit ambivalenten Gefühlen diesen gegenüber sind kaum fähig, ihre eigene Unabhängigkeit und Autonomie entwickeln zu können (Harris, 1994). Für den Untersucher sind solche frühkindlichen Ambivalenzen schwierig zu eruieren. Resultieren können aggressive Handlungsweisen oder ein Rückzugsverhalten (Harris, 1994). Das Item kann in dem Altersspektrum also nur bedingt Verwendung finden und bleibt auf Extremsituationen beschränkt.

2.1.2.12 Inadäquat

Inadäquat ist die Nichtübereinstimmung von geäußerten Gefühlen und dem spürbaren Erlebnisinhalt (AMDP, 2006). Beispiel: Das Kind berichtet ganz heiter, dass es schrecklich traurig sei oder es verhält sich inadäquat - es verharrt in einer Situation wie dem exzessiven Trotzen, auch wenn es nicht mehr altersangemessen ist. Im Alter von 18-60 Monaten liegt das Augenmerk auf inadäquaten Handlungen wie dem exzessiven Trotzverhalten. Inadäquate Gefühle können erst ab einem Alter von 48 Monaten geäußert werden (siehe Metaebene in Kapitel: 2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen) und müssen einer genauen Begutachtung unterliegen, ob das Kind beim Gesagten auch den Kontext verstanden hat.

Beim exzessiven Trotzen handelt es sich um Kontext unangemessenes Verhalten, welches intensiv mit einer hohen Frequenz und von langer Dauer ist. Ausgelöst werden sie von Situationen mit Ärger und Wut. Abzugrenzen ist es von dem normalen Trotzverhalten, welches ca. mit 15 Monaten beginnt und bis zum 4. Lebensjahr sich wieder zurück bilden sollte. Die physiologischen Trotzphasen dauern meistens zwischen 30 Sekunden und 5 Minuten, welche sie von dem exzessiven Trotzen unterscheiden, denn hier sind die Phasen wesentlich länger und intensiver (Cierpka & Cierpka, 2012). Mit 17 Monaten sind 80 Prozent der Kinder von Trotzattacken betroffen, wobei der eigentliche Höhepunkt des Symptoms beim exzessiven Trotzen mit 24 Monaten ist, was sich bis zum Alter von 72 Monaten langsam zurückbildet

(Shaw et al., 2001). Die extreme affektive Erregung kann mit schreien, sich hinwerfen, um sich schlagen, aggressivem Verhalten gegen andere Personen oder sogar Autoaggressionen einhergehen. Ein destruktives Verhalten des Kindes liegt hier im Vordergrund (Cierpka & Cierpka, 2012). Eine Beruhigung des Kindes ist kaum möglich. Das destruktive aggressive Verhalten ist jedoch vom Kind nicht als solches gemeint, sondern soll vielmehr ein Aufmerksammachen auf seine eigene Person und die Durchsetzung seines Willens darstellen (Papoušek & Hofacker, 2004). Mit Erlernen der Sprache und der besseren Möglichkeit, seine Bedürfnisse auszudrücken, ist meistens auch das Symptom des Trotzens rückläufig.

2.1.2.13 Innere Unruhe

Die innere Unruhe beschreibt den Zustand der inneren Spannung, Aufregung und des Getriebenseins. Eine äußere motorische Unruhe darf nicht als Ausdruck der inneren Empfindungen interpretiert werden. Die innere Unruhe äußert sich vielmehr durch Konzentrationsschwierigkeiten und einem schnellen abgelenkt sein von gerade erst begonnenen Tätigkeiten. Die Säuglinge erscheinen zunächst als besonders "aufgeweckt". Sie haben einen großen "Reizhunger", gerade erst neu entdeckte Reize werden schnell durch neue abgelöst. Wird ein Reiz entfernt, oder ist er habituiert, ohne dass etwas neues Interessantes für das Kind greifbar ist, stellt sich bei dem Kind ein Unwohlsein ein. Die Reizverarbeitung zeigt bei diesen Kindern eine Hyperexzitabilität, welche schnell abflacht und neue Reize benötigt. Mit dem Beginn der lokomotorischen Phase ab dem 9. bis 18. Lebensmonat kann der "Reizhunger" im größeren Erkundungsradius ausgelebt werden. Fehlt hier die Kapazität, zielgerichtetes Handeln zu erlernen, gemeinsames Spiel zu entwickeln und trianguläre Blickfolgen und Handlungsweisen zu erlernen, fehlt der Aufbau von zielgerichteter Konzentration (Papoušek, 2004a). Eine Konzentrationsschwäche würde sich demnach schon zu Beginn des zweiten Lebensjahres zeigen können. Die innere Unruhe ist somit ab dem 24. Lebensmonat eruierbar. Fehlt auch weiterhin (im zweiten und dritten Lebensjahr) die emotionale Reizkontrolle und zielorientierte Handlungsorientierung ohne abzuschweifen, wird es dem Kind schwerfallen, konzentriertes Lernen durchzuführen. Seine innere Unruhe und seine innere Sprunghaftigkeit können Vorboten sein für eine frühkindliche Spielunlust und einer ADHS-Symptomatik, welche so früh wie möglich einer Intervention bedarf. Die Genese einer ADHS-Symptomatik scheint multifaktoriell (genetisch, neurobiologisch, konstitutionelle Faktoren und modulierende psychosoziale Faktoren) bedingt zu sein (Döpfner, 2008). Das Kind benötigt verhaltensmodulierende und

familiär unterstützende Maßnahmen, um ein weiteres Fortschreiten einer Regulationsstörung verhindern zu können.

2.1.2.14 Gesteigertes Selbstwertgefühl

Das Selbstbewusstsein eines Vorschülers ist in der Regel sehr gut. Durch die Möglichkeit der Metakognition (s. Kapitel 2.1.2.5: Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen) kann es sich selber ab dem 48. Monat mit seinen Handlungen wahrnehmen und sein eigenes Selbstwertgefühl im Rahmen seiner sozialen Umgebung aufbauen. Ein gesteigertes Selbstwertgefühl kann in dem Alter zwischen 48-60 Monaten nur sehr selten auftreten, wenn die kognitive Entwicklung des Kindes seiner Altersgruppe schon voraus ist. Ein Kind, das seine Fähigkeiten zu hoch einschätzt, aufgrund von mangelnder Rückmeldung oder einer eigenen Psychopathologie, traut sich selber viel zu und fühlt sich besonders leistungsfähig. Beurteilt wird hierbei das Ausmaß der geäußerten Selbstzuschreibungen, im Hinblick auf die realen Möglichkeiten und die gesteigerte stimmungsbedingte Selbstüberschätzung. Um die Selbstüberschätzung hier eindeutig eruieren zu können, ist es nötig, dass das Kind sich selbst äußern kann. So kann es äußern, dass ihm nichts zu schwer erscheint und es immer besser ist als seine Freunde. Ein Hinweisen auf seine Selbstüberschätzung wird vom Kind negiert. Mit Eintritt in das Schulalter kann das Kind sein Selbstkonzept weiter entwickeln, durch die soziale Rückmeldung, durch neue Freunde und Lehrer kann das Kind sich ein differenzierteres Bild machen und selber seinen Standpunkt und sein Selbstbild realistischer einordnen (Berk, 2011). Die meisten kindlichen Selbstüberschätzungen finden in dieser Phase eine normale Korrektur von außen.

2.1.2.15 Euphorisch

Euphorie ist ein Zustand des übersteigerten Wohlbefindens, der Heiterkeit, der Zuversicht und eines erhöhten Vitalgefühls, der vom Umfeld nicht mehr nachvollziehbar ist und oft zu unangemessenen Handlungen führt, wobei die folgenden Konsequenzen nicht mehr richtig eingeschätzt werden können (Saß & Hoff, 2008). Euphorisches Verhalten kann erst gezeigt werden, nachdem der Ausdruck von Gefühlsempfindungen der Situation entsprechend möglich ist. Wie in Kapitel 2.1 Emotionalität ausführlich erläutert, ist die Entwicklung der als Basis angelegten Emotionen nach Rauh (2002) in differenzierter Form als individuelle Prägung eines Selbst erst auf der 7. Stufe (Herausbildung des Selbst) also ab dem 19. Lebensmonat möglich. Anhaltende situationsunangemessene Hochstimmungen, bei welcher die Selbstkontrolle des Kindes fehlt, verleiten es zu überschießenden Handlungen und einer überschätzten Selbstwahrnehmung. Übermäßig häufig vorkommendes und lang anhaltendes starkes

euphorisches Verhalten, gepaart mit starker Reizbarkeit und pathologisch überschießender Energie, kann ein Hinweis auf eine bipolare Störung sein (Wilens, 1999).

2.2 Wahrnehmung

Wahrnehmen bezeichnet die subjektive Empfindung von Sinneseindrücken aus Stimuli der Umwelt und der daraus resultierenden inneren Zustände des Menschen. Sensorische Informationen werden anhand von vorher gespeicherten Informationen interpretiert. Wahrnehmungen, gepaart mit kognitivem Abgleichen der Gegebenheit, ermöglicht sinnvolles, verantwortliches Handeln. Somit ist Wahrnehmung eine Grundlage von Lernprozessen und dem daraus entstehenden planerischen Handeln.

Um mit seiner Umwelt Kontakt aufnehmen zu können, sie einzuschätzen und die Effekte des eigenen Handelns zu registrieren, ist es unabdingbar, von Geburt an seine Sinne zu entwickeln. Das Neugeborene kommt schon mit einem gut ausgebildeten Wahrnehmungsapparat auf die Welt (Wilkening & Krist, 2002), den es im Weiteren zu verfeinern gilt. Die wesentliche Entwicklung der Verfeinerung der teilweise rudimentär angelegten Basissinne fällt auf das erste Lebensjahr. Erste Fernsinne sind das Hören, welches schon vorgeburtlich ausgebildet ist und das Sehen, welches sich erst nach der Geburt langsam vollständig ausprägt. Auch die Sinne Riechen, Schmecken und Fühlen sind Basissinne, die schon im Säuglingsalter vorhanden sind. Die Verknüpfung von Sehen und Hören sind erste Schritte zum Denken (Pauen, 2011). Mit 18 Monaten ist ein Kleinkind fähig, Ziele von Handlungen anderer Personen zu erschließen (Meltzoff, 1995). Aber nicht nur Handlungsziele, sondern auch Wünsche des Gegenübers können wahrgenommen werden, wie die so genannte "Brokkoli-Studie" von Repcholi & Gopnik (1997) zeigen konnte. In der Studie wurden den Kindern eine Schale mit Kracker und eine zweite Schale, gefüllt mit Brokkoli, auf den Tisch gestellt. Der natürlichen Präferenz folgend entschieden sich die Kinder für die Kracker. In einem weiteren Durchlauf machte die Versuchsleiterin deutlich, dass ihre Präferenz auf dem Brokkoli lag. Nun bat sie die Kinder, ihr ein Schälchen zu geben, wonach die Kinder über 18 Monate ihr den Brokkoli gaben und die Kinder unter 18 Monate ihr die Kracker anboten. Die Kinder konnten die Präferenzen des Gegenübers wahrnehmen und differenzieren zwischen den eigenen Wünschen und den Wünschen anderer. Die Interpretation von bedeutungsvollen intentionalen Handlungen ist somit schon ab einem Alter von 18 Monaten möglich. Eine große Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2009 (Poulin-Dubois et al., 2009) zeigte, dass zwischen den Forschern Konsens darin besteht, dass ein

Kleinkind schon mit 2 Jahren die Möglichkeit hat, menschliche Handlungen vorherzusagen und Ziele, Absichten und die Wahrnehmungen vom Wissen seines Gegenübers einschätzen kann. Deutlich wird jedoch auch, dass dieses zum heutigen Forschungsstand nicht eindeutig geklärt ist, wie tief die Wahrnehmung eines Kleinkindes in Bezug auf sein Gegenüber wirklich ist. Jedoch kann gesagt werden, dass die vorhandenen Fähigkeiten eine solide ausgereifte Grundlage der Wahrnehmung ist, um im weiteren Lebensverlauf darauf aufzubauen und immer komplexer werdende Zusammenhänge verstehen zu können. Die Wahrnehmung wird im folgenden Abschnitt der Entwicklung geprägt von Gedächtnisleistungen und Denkprozessen, welche es dem Kind ermöglicht, sich selektiv speziellen Informationen zuzuwenden (Pauen et al., 2012).

2.2.1 Zwangsstörung

Zwangsstörungen sind wiederkehrende Gedanken, Impulse oder Handlungen, die das Kind eine immer wiederkehrende stereotype Handlung ausführen lassen, welche keine nützliche Aufgabe erfüllt. Sie sind für das Kind von quälendem Charakter und können manchmal auch schon im Kindesalter als sinnlos erlebt werden (Remschmidt et al., 2006).

Für das Kindes- und Jugendalter liegen die Prävalenzzahlen zwischen zwei bis vier Prozent, wobei 50 Prozent der Zwangsstörungen in einem Alter von 15 Jahren auftreten (Rapoport et al., 2000). Die Prävalenzdaten für Kleinkinder liegen bei Weitem unterhalb dieser Zahlen, somit sind Zwangsstörungen im Vorschulalter eine sehr seltene Verhaltensstörung.

Zwanghaftes Verhalten im Vorschulalter ist zu differenzieren von strukturgebenden Gewohnheitsbildungen, die für die Entwicklung von Kindern von großer Bedeutung sind (z. B. ein ganz bestimmtes Kuscheltier mit ins Bett als Einschlafzeremonie zu nehmen). Dieses passagere zwanghafte Verhalten ist somit ohne Krankheitswert und kommt bei 2/3 aller Kleinkinder vor (Evans et al., 1997). Eindeutige pathologische Zwangssymptome sind immer wiederkehrend, andauernd und beeinträchtigen das Kleinkind in seinem täglichen Verhalten. Sie lösen beim Kleinkind größte Verzweiflung und Kummer aus (Eggers & Döpfner, 2012). Meistens zeigen sie sich durch ein rigides Zwangsverhalten des Kindes (Evans et al., 2002). Auch zeigen sich Zwangssymptome bei tief greifenden Entwicklungsstörungen im Vorschulalter, wie z. B. beim Autismus (s. Kapitel 2.2.1.2: Zwangshandlungen).

Bei der Ätiopathogenese gibt es bis heute kein einheitliches Konzept, jedoch ist ein multifaktorielles Entstehungsmuster zu vermuten, wobei genetische, biologisch-hirnorganische, nichtgenetische, psychodynamische und lerntheoretische Ursachen zusammenspielen (Eggers & Döpfner, 2012). Nach der Übersichtsarbeit von Gleason et al. (2007) sind psychoedukative und

verhaltenstherapeutische Ansätze bei zwanghaften Vorschulkindern erfolgsversprechend. Pharmakotherapeutische Studien sind rar im Kleinkindalter, aber ab sechs Jahren konnte in einer Übersichtsstudie von Geller et al. (2003) gezeigt werden, dass eine pharmakotherapeutische Behandlung eine sinnvolle Ergänzung zu anderen therapeutischen Maßnahmen ist und gute Resultate zeigt.

Die im folgenden Abschnitt aufgeführten Zwänge entsprechen der Kategorien des PPB nach Englert et al. (1998) und werden im weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

2.2.1.1 Zwangsgedanken und Zwangsimpulse

Zwangsgedanken drängen sich unkontrolliert auf und lassen bei dem Betroffenen extreme Zweifel oder Befürchtungen aufkommen, etwas nicht richtig gemacht zu haben. Sie grübeln in Endlosschleifen, welche jedoch nicht handlungsrelevant werden. Zwangsimpulse dagegen zeichnen sich aus durch plötzlich entstehende innere Impulse, die meist ein unerwünschtes Verlangen zeigen, sei es z. B. aggressiver oder sexueller Art oder Ausstoßen obszöner Worte. Im Einzelfall sind die Impulse teilweise steuerbar (Saß & Hoff, 2008). Zwangsgedanken und Zwangsimpulse setzen ein inhaltliches Denken voraus (s. Kapitel 2.2.1.1 Formale und inhaltliche Denkstörung), welches im Kleinkindalter noch nicht vorhanden ist. Sie treten erst im späteren Kindes- und Jugendalter auf.

2.2.1.2 Zwangshandlungen

Zwangshandlungen beruhen im Erwachsenenalter auf Zwangsgedanken oder Zwangsimpulsen (Saß & Hoff, 2008). Im Kleinkindalter sind sie jedoch anders zu definieren, denn Kinder können auch hier schon ritualisierte Verhaltensweisen, die zwanghaft durchgeführt werden müssen, ausüben. Sie treten häufig in Kombination mit anderen tief greifenden Entwicklungsstörungen auf, sodass sie nicht als Zwangsstörung zu codieren sind. Dennoch ist eine deutliche Zwangsneigung zu erkennen, z .B. beim frühkindlichen Autismus sind zwanghafte Repetitionen und Ritualbildungen sowie Ordnungszwänge von großer Bedeutung. Die Kleinkinder haben ein Bestreben nach streng zeremoniellen, ritualisierten Abläufen des täglichen Lebens oder von räumlich anzuordnenden Gegenständen (Eggers & Döpfner, 2012). Bei Nichteinhaltung ihrer selbst gesetzten Zeitpläne oder der Nichtdurchführbarkeit eines Rituals kann dies bei den Kindern zu Unwohlsein mit Ängsten und stärkstem oppositionellen Verhalten bis hin zu Wutausbrüchen führen. Sie zeigen ein rigides Verhalten und können deutlich demonstrieren, was

ihnen gerade gefällt oder was ihnen widerspricht. Die Grenze zwischen alterstypischem Verhalten und einer beginnenden Zwangsstörung ist fließend und unterscheidet sich nur in ihrer Häufigkeit und in ihrer Ausprägung (Evans et al., 2002). Voraussetzung für eine anfängliche Zwangsstörung ist ein selbsthandelndes Kind, welches fähig ist, sein eigenes Handeln betrachten zu können.

2.2.2 Fütterstörung/Essstörung

Fütterstörungen sind ein häufiges Phänomen des Säuglings- und Kleinkindalters. In der Studie von Wright et al. (2007), in welche 455 Kinder im Alter von 30 Monaten eingeschlossen wurden, konnte gezeigt werden, dass bei 20 Prozent der Kinder nach Elternangaben eine Essstörung vorzufinden war. 18 Prozent hatten eine nur eingeschränkte Zahl an Nahrungsmitteln, die sie zu sich nahmen und acht Prozent wurden als äußerst wählerisch beschrieben. Diese Daten konnten durch eine weitere Studie (McDermott et al., 2008) belegt werden, in welcher 5122 Kinder von zwei bis vier Jahren eingeschlossen wurden. Auch hier zeigte sich 20,2 Prozent der Kinder als manchmal unregelmäßige Esser und 7,6 Prozent mit häufigen Unregelmäßigkeiten im Essen. Zudem konnte eine hohe Persistenz aufgezeigt werden. 48 Prozent der Säuglinge mit Fütterstörungen waren in dieser Studie auch nach 6 Monaten konstant in ihrer Problematik.

Da die Klassifizierung der Diagnose mittels der ICD-10 Klassifizierung nicht auf die Problematik im Säuglings- und Kleinkindalter abgestimmt ist, werde ich hier auf die von der Arbeitsgruppe von Chatoor (2009) festgelegte Einteilung eingehen, welche in die Kategorisierung der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) integriert wurde. Mit dieser Einteilung in sechs Bereiche der Fütterstörungen kann eine sensibilisierte und differenzierte Darstellung der heutigen Fütterproblematik des Säuglings dargestellt werden. Die Einteilung der Klassifikation der DC: 0-3R wird kontrovers diskutiert (Kroll, 2011), da nur ein bestimmtes klinisches Setting beschrieben wird und die Behandlungsprogramme und Behandlungsergebnisse noch nicht ausreichend validiert sind (Bryant-Waugh et al., 2010; Gontard, 2010). Die frühkindlichen Essstörungen und die oppositionelle Essverweigerung sind hier nicht ausreichend erfasst, weswegen ich für diese auf die von WCEDCA (WCEDCA, 2007) und Nicholls et al. (2008) erstellte Einteilung eingehen werde. Diese von Nicholls et al (2008) zusammengefasste Gruppe umfasst die atypischen Essstörungen, welche bis in das Schulalter hineinreichen können. Sie werden als EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*) bezeichnet. Die Tab. 6 zeigt eine Zusammenfassung der Fütter- und Essproblematiken im Säuglings- und Kleinkindalter. Zu

beachten ist, dass die sechste Störung nach WCEDCA, das durchgängige Verweigerungssyndrom, in der Tabelle nicht mit aufgenommen wurde, da es erst im Schulalter von Bedeutung ist. Aus dieser Übersicht wird deutlich, dass die Ess- und Fütterproblematik des Säuglings- und Kleinkindalters sich überwiegend auf die verminderte Nahrungsaufnahme bezieht. Die normale Aufteilung nach ICD-10 und der BADO nach Englert et al. (1998) ist hier nur schwer wiederzufinden. Um jedoch die Vergleichbarkeit für die Qualitätssicherung einer einheitlichen BADO gewährleisten zu können, wird das Grundkonstrukt auch in diesem Themengebiet an die BADO nach Englert et al. (1998) angelehnt sein.

Die Genese einer Fütter- oder Essproblematik im Säuglings- und Kleinkindalter ist multifaktoriell bedingt. Sie wird geprägt durch genetische, temperamentsabhängige Faktoren, sowie im Weiteren beeinflusst durch die elterliche Psychopathologie, das Umfeld und die elterliche reziproke Interaktion. Genetische Faktoren spielen besonders eine Rolle bei der sensorischen Nahrungsverweigerung und der frühkindlichen Anorexie. Elterliche und auch kindliche Faktoren stehen somit in einem Wechselspiel und können die Entwicklung und Ausprägung einer Essstörung beeinflussen. Fütterstörungen finden sich verstärkt in Familien mit gehobenem Sozialstatus (Lindberg, 1994; Wolke, 1999). Gedeihstörungen finden sich vermehrt in stark benachteiligten (7,5 Prozent) und in wohlhabenden Schichten (8,2 Prozent). In der Mittelschicht sind sie mit 3,8 Prozent vertreten (Wright & Waterston, 1991).

Eine gut untersuchte Problematik ist die elterliche Psychopathologie und ihre Auswirkung auf Essprobleme in der Kindheit. Es kann gezeigt werden, dass die Nahrungsaufnahme des Kindes bei elterlicher Psychopathologie deutlich beeinträchtigt ist. Die Kinder werden seltener gestillt und die Füttersituationen sind als negatives Erlebnis präsentiert. Die positive Gegenseitigkeit mit zuneigungsvollen unterstützenden körperlichen Berührungen beim Essen, ist bei essgestörten Kleinkindern deutlich beeinträchtigt (Feldman et al., 2004). Eine Suche nach körperlicher Nähe ist für den Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind von großer Bedeutung.

Ist diese Interaktion gestört, so zeigt auch das Kind eine deutliche Abweisreaktion bei körperlicher Zuwendung. Bei Fütterstörungen konnte gezeigt werden, dass gerade diese dyadische Beziehung gestört ist und die Eltern ihr Kind lieber distanziert füttern (Thiel-Bonney & Hofacker, 2012).

Tab. 6: Übersicht der frühkindlichen Fütterstörungen und der atypischen Ess-Störungen nach der DC: 0-3R und WCEDCA (WCEDCA, 2007; Zero to Three, 2005)

Störung	Beginn	Merkmale
Regulations-Fütterstörung ¹	NG	Fütter- und Gedeihprobleme in der Neugeborenenzeit. Kein ausgeglichener Fütterzustand möglich. Kind ist zu abgelenkt, unruhig, schläfrig, agitiert, belastet und gequält. Geringe Mutter-Kind-Reziprozität Wachstumsdefizit vorhanden
Fütterstörung der reziproken Interaktion ¹	Erstes LJ	Kein alterstypischer reziproker Austausch mit Bezugsperson (Nicht Adäquat: Reden, Lächeln, Blickkontakt) Deprivation, Vernachlässigung, Defizit in Mutter-Kind-Interaktion, fehlende Fürsorge Wachstumsdefizit und Gedeihstörung vorhanden
Frühkindliche Anorexie ¹	< 3. LJ	Hungergefühl wird nicht mitgeteilt, geringer Appetit, oft Nahrungsverweigerung, geringe Gewichtszunahme Mutter-Kind-Konflikt über Nahrungsverweigerung Wachstumsdefizit und Gedeihstörung vorhanden
Sensorische Nahrungsverweigerung ¹	Ablösung von Flüssignahrung	Konsequente selektive Nahrungsverweigerung bei speziellem Geschmack, Geruch oder Struktur. Spezifische Ernährungsdefizite, Defizite der Mundmotorik Mutter-Kind-Konflikt aufgrund von Nahrungsverweigerung
Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen ¹	Jedes Alter	Essenswille vorhanden, aber Schwierigkeiten, Nahrung aufzunehmen und dadurch zunehmender Stress beim Füttern. Wachstumsdefizit vorhanden
Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (GIT) ¹	Jedes Alter	Anhaltende Verweigerung von Flaschen, fester oder jeder Nahrung nach traumatischen Erlebnissen des GIT (Sondierung, Reflux, Würgen, Erbrechen, PTBS) Stress beginnt schon beim Anbieten der Nahrung Ausprägung Abhängig von Dauer
Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung ²	Jedes Alter	Nahrungsvermeidung aufgrund emotionaler Störung (Depression, Angst) Keine abnorme Beschäftigung mit Gewicht/Körperschema Wachstumsdefizit
Selektive Ess-Störung ²	Nach Einführung der Breikost	Eingeschränkte, einseitige Auswahl von Nahrungsmitteln bevorzugt bei neu angebotenen Lebensmitteln. Häufig scheues, ängstliches, schüchternes Verhalten Häufig bei Autismus Spektrum Störungen Gewicht kann normal, erniedrigt oder erhöht sein
Nahrungsphobien ²	Nach erstem Lebensjahr	Essensassoziierte Phobie (Häufig Auslöser nachweisbar) Angst vor Erbrechen, Würgen, Schlucken, Vergiftung Assoziation mit Angst- und Zwangsstörungen
Funktionelle Dysphagie ²	Jedes Alter	Nahrungsvermeidung (Ausschluss organischer Dysphagie) Spezifische Schwierigkeiten beim Schlucken Assoziation mit anderen Essstörungen möglich
Nahrungsverweigerung ²	Jedes Alter	Episodische, intermittierende oder situationsabhängige oppositionelle Nahrungsverweigerung Häufig assoziiert mit ODD

¹ DC: 0-3/ ² WCEDCA

NG: Neugeborenes / LJ: Lebensjahr

Blisset, Meyer & Haycraft (2007) untersuchte 96 Kinder zwischen 13-49 Monaten, wobei sich deutliche Unterschiede in der Art der Psychopathologie der Mutter darstellten. Mütter mit Depressionen und Ängstlichkeit (Angst: Sohn nimmt nicht genug Nahrung auf) waren häufig assoziiert mit einer Fütterproblematik bei Jungen. Im Gegensatz dazu waren Fütterprobleme bei Mädchen mit Bulimie und Depression der Mutter verknüpft (Sorge, das Mädchen könne übergewichtig werden).

In einer Studie von Gale et al. (2009) konnte gezeigt werden, dass auch die Qualität der Nahrung von großer Relevanz ist. Das Essen von Obst, Gemüse und selbst zubereiteten Speisen zeigt eine positive Wirkung auf die Säuglinge----- und spiegelt sich wieder in einem signifikant erhöhten IQ im Gegensatz zur Kontrollgruppe .

Komorbiditäten mit unterschiedlichen Ess- und Fütterstörungen liegen häufiger vor. Auch können andere psychische Störungen gleichzeitig vorhanden sein, wie eine Angststörung, depressive Störung, eine ODD oder autistische Störung. Um die Ursache einer Essstörung eruieren zu können, ist somit eine vollständige und umfassende Diagnostik des Kindes notwendig.

Die im Folgenden aufgeführten Fütter- und Essstörungen entsprechen den Kategorien des PPB nach Englert et al. (1998) und werden im Weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

2.2.2.1 Erhöhte Nahrungsaufnahme

Bis heute gibt es einen rapiden Anstieg an übergewichtigen Kindern, welcher durch die Schlagzeile der WHO im Jahre 2004 "EU childhood obesity out of control" (WHO, 2004) verdeutlicht wurde. In der KIGGS⁶ Studie 2007 (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007), welche vom Robert Koch Institut durchgeführt wurde, konnte die Zunahme bei drei bis sechs Jahre alten Kindern objektiv betrachtet werden. In dem Alter sind neun Prozent übergewichtig und 2,9 Prozent leiden an Adipositas. Mit zunehmendem Alter ist aus der Studie zu entnehmen, dass die Prozentzahl derer kontinuierlich steigt. In Bezug auf die Referenzgruppe aus 1980-1990 hat sich in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen damit der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder über 50 Prozent gesteigert. Verschiedene Risikofaktoren neben der genetischen Determinante prägen das kindliche Verhaltensmuster. Laut der KIGGS Studie sind folgende

⁶ KIGGS ist ein Kunstwort und steht für eine bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durchgeführt am Rober Koch-Institut 2003-2006.

Risikofaktoren zu nennen: hohes Geburtsgewicht, elterliches Übergewicht, wenig Schlaf, wenig körperliche Aktivität, Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, kalorienreiche Ernährung und psychische Faktoren. Kinder, die niemals an der Brust gestillt wurden, zeigten ein 46 Prozent erhöhtes Risiko, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln (Gopinath et al., 2011). Ebenso spielte eine erhöhte fetale Wachstumsgeschwindigkeit eine wichtige Determinante, welche mit einem erhöhten Gewicht mit vier Jahren assoziiert ist (Mook-Kanamori et al., 2011).

In der Klinik fallen die betroffenen Kinder auf durch übermäßigen Fütterbedarf oder übermäßiges Essen. Das zum Übergewicht führende Verhalten des Kindes mit häufigen unregelmäßigen Mahlzeiten kann durch die Bezugsperson nicht gesteuert werden. Eine frühzeitige Intervention kann eine Gegenregulation hervorrufen.

2.2.2.2 Heißhunger- und Essattacken

Essattacken mit übermäßiger Gier nach sofortiger Nahrungsaufnahme kommt laut dem DSM-IV in einer Diagnose erst ab dem Alter von sechs Jahren vor (Saß et al., 1998). Die Datenlage zu Kleinkindern ist dagegen rar. Eine Studie von Goldschmidt, Tanofsky-Kraff & Wilfley (2011) schließt Kleinkinder von fünf Jahren mit ein. Sie verdeutlicht, dass es auch schon vor dem 6. Lebensjahr deutliche Anzeichen gibt für eine Frühform von Heißhungerattacken. Kinder mit Essattacken weisen erhöhte emotionale Probleme auf. Heißhungerattacken werden häufig als Kontrollverlust des Betroffenen bezeichnet. Das Kind ist vollkommen fixiert darauf, sofort sein Essen zu erhalten, ohne dieses abwarten zu können. Größter Protest mit Quengeln und Schreien kann bei nicht Erreichen seines Ziels die Folge sein. Es erfolgt meistens eine häufige Nahrungsaufnahme mit gierigem Essen und einem daraus resultierenden adipösen Kind.

2.2.2.3 Verminderte Nahrungsaufnahme

Eine verminderte Nahrungsaufnahme besteht dann, wenn ohne medizinische Indikation die Gewichtsreduktion unterhalb des Normgewichtes ($BMI < 16$) liegt. Sie ist das häufigste grundlegende Problem einer Fütter- und Essproblematik im Säuglings- und Kleinkindalter. Wie die Tab. 6 zeigt, können verschiedene Ursachen zu einer Diagnose führen. Wegweisend sind hier der Gewichtsverlust oder eine mangelnde Gewichtszunahme des Kindes.

Die Kinder verweigern hartnäckig generell oder in bestimmten Bereichen die Nahrung. Sie reagieren mit verdrießlicher Miene, drehen den Kopf weg, drücken die fütternde Hand zur Seite, werfen mit Essen um sich, haben ein provokatives Würgen und Mundzukneifen oder erbrechen

die Nahrung. Nahrungsangebote sind irregulär, mit langen Nahrungspausen und lang anhaltenden Mahlzeiten, ohne dass das Kind genügend zu sich genommen hätte. Eltern versuchen ihr Kind mit Spielzeug oder anderen Reizen abzulenken (Hofacker et al., 2004). Kindliche Signale von Hunger sind für die Eltern kaum wahrzunehmen (Mathisen et al., 1989). Kinder mit PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) können schon beim Anblick eines Löffels mit starker Zurückweisung, Ängstlichkeit und wehrhaftem panischen Verhalten reagieren. Sie zeigen eine Abwehr, die schon im Mund befindliche Nahrung auch herunterzuschlucken. Die Folge ist ängstliches Umsorgen der Eltern, was zu einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion führt. Der Versuch, das Kind nicht vor dem vollen Teller verhungern zu lassen, spornt sie an, den Essensdruck zu erhöhen und die Füttersituationen forciert durchzusetzen. Für das Kind und seine Eltern entsteht so ein "Circulus vitiosus", welcher nur schwer zu durchbrechen ist. Weiteres zur Interaktion im Zusammenhang der Nahrungsaufnahmen siehe Kapitel: 2.2.2.8 Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion. Kindliche Fütterstörungen neigen zu starker Persistenz bis ins hohe Alter. Sie sollten somit früh erkannt werden und professionelle Behandlung finden (Thiel-Bonney & Hofacker, 2012).

2.2.2.4 Unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/Selbstinduziertes Erbrechen

Die willentliche Herbeiführung von Maßnahmen einer Gewichtsreduktion ist erst ab der Schulzeit anzutreffen. So ist nach Nicholls et al. (2008) eine Anorexia nervosa frühestens ab dem Alter von sieben Jahren möglich. Eine frühkindliche Anorexie kann schon im Kleinkindalter auftreten. Die Maßnahmen zur Gewichtsreduktion liegen jedoch im Machtkampf um die Autonomie eher in der sozialen Komponente. Ein Kalorienzählen, übermäßiges Sporttreiben etc. setzt erst im späteren Lebensalter ein. Von daher wird die frühkindliche Anorexie unter dem Punkt 2.2.2.3 Verminderte Nahrungsaufnahme erläutert. Auch eine Bulimia nervosa, mit selbstinduziertem Erbrechen benötigt andere denkerische Voraussetzungen. Fälle von Bulimia nervosa treten ab einem Alter von 10 Jahren auf (Lewinsohn et al., 2000). Wegweisend bei einer Bulimia nervosa sind die Heißhungerattacken (s. Kapitel: 2.2.2.2 Heißhunger- und Essattacken).

2.2.2.5 Körperschema Störung

Eine Fehleinschätzung des eigenen Körpers ist bei Schulkindern und Jugendlichen häufig vergesellschaftet mit Essstörungen und im besonderen Maße mit der Anorexia nervosa. Sie wird deutlich an der nicht realistischen Wahrnehmung des eigenen Körpers, in dem ein ständiges Klagen über bestimmte Körperregionen durchgeführt wird, obwohl objektiv kein Anlass dafür

besteht (Brunner et al., 2012). Eine fehlende Krankheitseinsicht ist durch das Phänomen der Körperschemastörung begründet. Durch die kognitive Fehlwahrnehmung ist es dem Kind nicht mehr möglich, sich selbst objektiv betrachten zu können. Um jedoch von einer Körperschemastörung sprechen zu können, muss das Kind zunächst die Möglichkeit haben, sich im Kontext mit anderen vergleichend betrachten zu können. Ein weiterer Schritt ist es, die Beziehung zu seinem eigenen Körper so weit zu verzerren, dass eine Körperschemastörung vorliegen kann. Eine solche Entwicklung ist im Kleinkindalter nicht möglich. Sie entsteht erst im Schul- und Jugendalter.

2.2.2.6 Rumination

Die Rumination wird definiert durch häufig vorkommendes wiederholtes Heraufwürgen und Wiederkauen von Speisen, ggf. mit abermaligem Herunterschlucken oder aber Ausspucken über einen Zeitraum von mindestens einem Monat, ohne dass eine definierte körperliche Erkrankung zugrunde liegt. Sie ist abzugrenzen von der passageren Regurgitation, welche überwiegend bis in das Alter von 18 Monaten auftreten kann und von keinem pathologischen Wert ist (Brunner et al., 2012). Die Rumination tritt sehr selten auf, aber wenn, dann gehäuft bei Jungen. In den Phasen zwischen dem Heraufwürgen sind die Kinder besonders reizbar und hungrig. Eine Aversion gegen Nahrungsmittel besteht nicht, sondern eher eine übermäßige Nahrungsnachfrage (Saß et al., 1998). Ist eine Rumination vorhanden, so geht sie meist einher mit einer geistigen Behinderung. Sie scheint aufgrund der Saug- und Kaubewegungen bei den Kindern für eine positive Befriedigung zu sorgen. Bei ausgeprägter Deprivationserfahrung kann die Rumination bei Kindern mit schweren emotionalen Störungen, Jaktationen, Kotschmierern und autoerotischer Selbststimulation assoziiert sein (Steinhausen, 1993). Einher geht sie meistens mit einem Gewichtsverlust oder mangelndem Gewichtszuwachs. Typisch kann eine Dehydratation, Hämatemesis und vermehrter Kariesbefall der Zähne sein.

Es können zwei Formen unterschieden werden (Mayes & Volkmar, 1993):

- ✓ Kleinstkinder mit normaler Entwicklung: hier scheint eine dysfunktionale Mutter-Kind-Beziehung im Vordergrund zu stehen (Deprivation und Vernachlässigung)
- ✓ Kleinkind mit geistiger Behinderung: die Selbststimulierung steht im Vordergrund. Symptomatik kann bis ins Erwachsenenalter persistent sein.

2.2.2.7 Pica

Unter dem Begriff Pica wird ein anhaltender Verzehr nicht essbarer Substanzen (Schmutz, Papierschnipsel) ohne jeglichen Ernährungswert definiert. Im Säuglingsalter bis zu 2 Jahren ist

dieses Verhalten als ein Erkunden der kindlichen Umwelt anzusehen. Geht die Phase jedoch über das zweite Lebensjahr hinaus, so kann das Verhalten als pathologisch gedeutet werden. Eine Häufung von mindestens zweimal wöchentlich und der Dauer über einen Monat anhaltend sind wegweisend für eine Diagnose (Remschmidt et al., 2006). Andere psychische Störungen bis auf eine geistige Behinderung müssen ausgeschlossen werden und das Essverhalten sollte nicht kulturell bedingt sein. Die Vorlieben für unterschiedliche Stoffe verändern sich mit dem Alter. Sind es im Kleinkindalter zunächst Bindfäden, Haare und Stoffe, so werden mit zunehmendem Alter eher Sand, Insekten, Blätter, Steine und Exkremente bevorzugt. Eine Aversion gegenüber Nahrungsmitteln besteht meistens nicht (Kondo & Sokol, 2008). Die Pica als umschriebene Störung ist ein seltenes Störungsbild. Eine Komorbidität mit einer geistigen Behinderung oder einer anderen psychischen Störung ist sehr häufig. Sie tritt meist bei genetischer Determinante oder als Folge von Deprivation, Trennungserlebnissen und bei psychosozialen Risiken auf (Chatoor & Khushlani, 2006). Durch die vermehrte Ingestion von Unverträglichem kann es zu einer erhöhten Komplikationsrate kommen. Es finden sich Darmverstopfungen (durch Haare und Stoffe), Bleivergiftungen (Farbingestion) und Infektionen (z. B. Toxoplasmose durch Aufnahmen von Schmutz und Fäkalien) (Brunner et al., 2012).

2.2.2.8 Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion

Ein besonderes Augenmerk bei den Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter liegt auf der Interaktion des Kindes zu seiner Bezugsperson. Der Versuch, Nahrung an das Kind heranzubringen, lässt manch ein Elternteil verzweifeln. Die fehlende Empathie dem Kind gegenüber lässt teilweise das kindliche Signal übersehen, bei welchem es anfänglich Interesse am Essen zeigt. Eltern versuchen vielmehr kontrollierend in die Situation einzugreifen und lassen die Selbststeuerung und Autonomie des Kindes außen vor. Die negativen affektiven Reaktionen mit negativen Reaktionen und inkonsistentem Eingreifen beherrschen meistens die Situation. Solche elterliche Ambivalenzen zeigen auf, dass eine grundlegende Konfliktkonstellation besteht (Hofacker et al., 2004). Eine psychiatrische Erkrankung der Bezugsperson kann Grundlage sein für kindliche Fütterstörungen. Hierbei sind Essstörungen der Eltern von besonderer Bedeutung (Patel et al., 2002) (s. Kapitel: 2.2.2 Fütterstörung/Esstörung). Die Nahrungsaufnahme des Kindes wird nach Hofacker et al. (2004) geprägt durch eine Symptomtrias. Siehe dazu Abb. 4. Die aus dieser Trias entstehenden Bindungsmuster sind problembehaftet, sodass eine Bindungsstörung vorliegt. In einer Untersuchung von Ward, Lee & Lipper (2000) konnte gezeigt werden, dass bei gedeihschwachen Kindern 46 Prozent ein

schwaches Bindungsmuster aufwiesen und bei der Kontrollgruppe lagen die desorganisierten Bindungsmuster lediglich bei 16 Prozent. Gerade bei einer frühkindlichen Anorexie zeigten sich hochgradige unsichere Bindungsmuster (Chatoor et al., 1998).

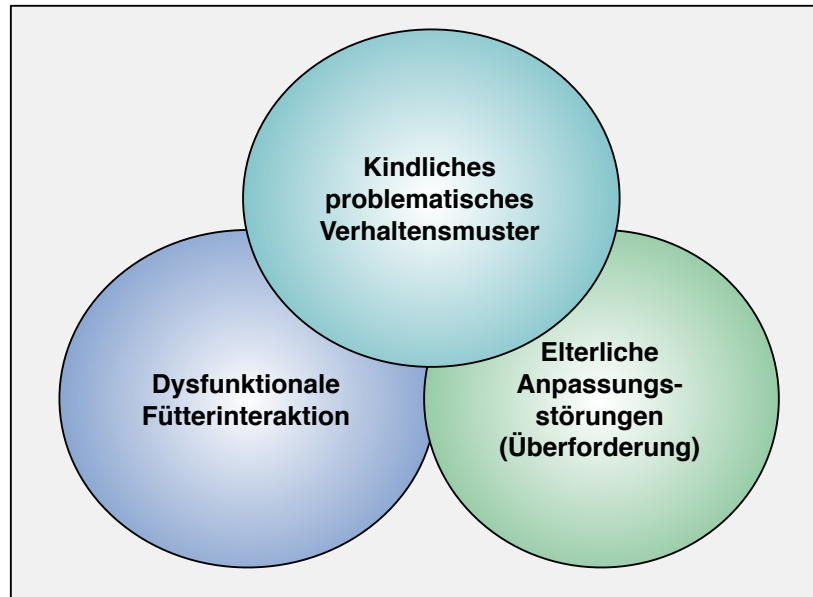


Abb. 4: Symptomtrias der dysfunktionalen Fütterinteraktion bei Fütter- und Essstörungen (Hofacker et al. (2004))

Die Prägung der Fütterinteraktion orientiert sich an den Entwicklungsphasen des Kindes. Im ersten Trimenon ist es die Beeinträchtigung der Basalen- und Erregungsregulation (Chatoor et al., 1985). Nach dem ersten halben Jahr ist die Umstellung des gesügten Kindes auf normale Breikost ein entscheidender Schritt. Ablösungsschwierigkeiten und die Einschränkung der Reziprozität sind hier die zentralen Punkte. Mit Erreichen des ersten Lebensjahres beginnt die Phase der Autonomieentwicklung des Kindes. Hieraus können Machtkämpfe im Kontext von Kontrolle und Autonomie entstehen. Eltern setzen zu unklare oder zu rigide Grenzen, wohingegen die Kinder über die eigene Nahrungskontrolle die Kontrolle über die Eltern ausüben (Papoušek, 2008). Dadurch kommt es zu einem wechselseitigen Teufelskreis, der sich immer weiter aufschaukelt.

Ein gut untersuchtes Beispiel ist hier die *Infantile Anorexie*, bei welcher das Kind pathognomonisch keinen Appetit aufweist. Schon als Säugling ist es ihm nicht möglich, Hunger- und Sättigungsgefühle mitzuteilen. Sie sind leicht ablenkbar und vergessen zwischenzeitlich weiter zu essen. Der Beginn der Störung liegt dann im Übergang zur festen Nahrung. Hier beginnt das Kind, sich immer mehr der Nahrung zu verweigern, und es kommt zu starken Eltern-Kind-Konflikten. In den Konflikten und Auseinandersetzungen findet sich eine reduzierte

dyadische Reziprozität mit starker elterlicher Inkonsistenz. Eigene Essprobleme der Eltern werden in den Füttersituationen mit den Kindern aktiviert (Chatoor & Khushlani, 2006). Die Kinder streben nach Autonomie und setzen ihre Möglichkeiten, die Eltern beeinflussen zu können, gekonnt um. Mit dem Einsetzen der Sprache können die Kinder den Zustand des Langweilens und Desinteressiertseins gegenüber Nahrung auch verbal äußern. Laut einer Studie von Chatoor et al. (2004) konnte gezeigt werden, dass eine vegetative Dysregulation mit erhöhter Herzfrequenz und respiratorischen Arrhythmien in Interaktionssettings vorliegt, was zu einer erhöhten Ablenkbarkeit unter anderem auch beim Essen führte. Zudem zeigte sich ein niedriger Entwicklungsscore *Bayley Scales of Infant Development* ($MDI^7 = 96$) (Vergleichsgruppe $MDI^7 = 110$), welcher assoziiert war mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, einem niedrigen Bildungsgrad der Eltern und einer stark gestörten Interaktion zwischen Mutter und Kind.

Deutlich wird aufgrund dieser Daten die Wichtigkeit der Fütterinteraktion. Das Setting, der soziale Status, die Anforderungen an das Kind und der elterliche psychiatrische Background sind prägend für die Essentwicklung des Kindes. Ein frühes Eingreifen und therapeutische Maßnahmen gemeinsam mit den Eltern können vor weiteren Essproblemen protektive Wirkung haben.

2.2.3 Merkfähigkeitsstörung, Orientierungsstörung, Bewusstseinsstörung

Die Kognitionen des Kindes, also das frühe menschliche Denken besteht aus mentalen Prozessen, zu welchen die Handlungsplanung und Steuerung, Lern- und Gedächtnisprozesse, Informationsverarbeitungs- und Problemlösungskompetenzen sowie Wissenserwerb und komplexes Denken gehören. Die Entwicklung der Kognition in den ersten Lebensjahren ist in der heutigen Zeit ein breites Forschungsgebiet.

Einer der ersten Theoretiker auf diesem Gebiet war der Schweizer Biologe und Psychologe Jean Piaget (1896-1980). Nach Piaget entwickeln sich komplexe Leistungen des Gehirns aus dem spielerischen Verhalten und durch aktive Adaptation des Kindes an seine Umwelt (Piaget, 1936/1963). Durch bereits verfügbare Handlungsweisen erkundet das Kind seine Umwelt anhand der Assimilation⁸ und der Akkumulation⁹. Daraus entsteht die Äquilibration was bedeutet, dass ein neues Schema für ein neues Objekt im kognitiven Sinne entstanden ist (Dacheneder, 2008; Piaget, 1975).

⁷ MDI = Mental Developmental Index

⁸ Assimilation = Anwendung schon gelernter Strukturen auf neue Objekte oder Handlungsweisen

⁹ Akkumulation = Anpassung an Neues

Nach Piaget folgt die kognitive Entwicklung einer festen Ordnung. Die Stufen bauen aufeinander auf und werden in die nächsthöhere Stufe der Entwicklung integriert und modifiziert. Er nahm an, dass auch entwicklungsgestörte Kinder sich in dieser Reihenfolge entwickeln, jedoch die Entwicklung nicht vollständig abschließen können, aufgrund ihrer geistig eingeschränkteren Kapazitäten. Die erste Stufe der *sensomotorischen Intelligenz* (ca. 0-24 Monate) beschäftigt sich mit den angeborenen Reflexen eines Kindes, aus denen sich die weiteren Verhaltensmuster wie Beobachten, Greifen und Wiederloslassen entwickeln können. In Phase 2 dem *präoperationalen Stadium* (ca. 2-7 Jahre) setzt das Experimentieren des Kindes ein. Das Kind entwickelt Erwartungen an seine Umwelt und überprüft diese gezielt. Stufenweise werden mentale Konzepte entwickelt (Objektpermanenz; Mittel-Zweck-Verbindung). Es kann nun mentale Experimente durchführen, ohne dass es den Gegenstand anfassen muss (Dacheneder, 2008; Pauen & Vonderlin, 2007).

Neuropsychologische Ansätze konnten die Theorien von Piaget teilweise widerlegen und zeigen, dass die mentale Repräsentation nicht nur über die handelnde Auseinandersetzung mit der Umwelt zustande kommt, sondern das kindliche Denken wesentlich differenzierter ist. Studien weisen darauf hin, dass neben den angeborenen Wahrnehmungsstrukturen ein sogenanntes domänenspezifisches "Kernwissen" vorliegt (Spelke & Kinzler, 2007). Das kindliche Gehirn ist somit seit der Geburt darauf programmiert, Informationen in einer bestimmten Form zu verarbeiten und abzulegen, z. B. zu unterscheiden zwischen "Ursache" und "Wirkung" (Pauen & Träuble, 2009), oder "belebt" und "unbelebt" (Rakison & Poulin-Dubois, 2001). Einen Überblick über bereichsspezifisches Wissen im Kleinkindalter zeigt die Übersicht von Pauen & Vonderlin (2007) (s. Tab. 7). Dies zeigt auf, dass Verhaltensweisen abstrakt definiert werden können und damit Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Denkfähigkeit gezogen werden können.

Beispiele für erste Meilensteine konnten von S. Pauen (2011) dazu erstellt werden:

- *Funktionshandlungen*: Handlungen werden schon im Kleinkindalter mit Funktionshintergrund ausgeführt, z. B. ohne vorherige Demonstration eines Gegenstandes die richtige Anwendung durchführen (Bürste = das Kind kämmt sich)
- *Sortierverhalten*: Kategoriales Sortierverhalten (Murmeln und Bauklötze werden in verschiedene Behälter sortiert ohne vorherige Anweisung oder Demonstration)
- *Kreativer Einsatz von Hilfsmitteln*: Zielführendes Einsetzen von Hilfsmitteln, wie z. B. Einsatz eines Bechers zum Graben

Tab. 7: "Entwicklung bereichsspezifischen Wissens" nach Pauen & Vonderlin (2007)

Bereiche	Ausprägung	Alter
Kategorien	Globale Unterscheidung belebt-unbelebt	4-7 Monate
	"Basic-level" Unterscheidungen	9-12 Monate
	"Sequentiel Touching"	12-24 Monate
	Sortieren	ab 18 Monaten
Mathematik	Repräsentation kleiner Mengen (bis 4 Elemente)	ab 3-4 Monaten
	Intermodale Wahrnehmung von Mengen (Töne und Aktivitäten)	ab 3-4 Monaten
	Repräsentation der Identität von mehr als einem Objekt	ab 12 Monaten
Physik	Wissen über Solidität, Kontinuität und Trägheit	ab 3-4 Monaten
	Differenzierung des Wissens über Unterstützungs- und Inhaltsrelationen sowie Schwerkraft	ab erstem Lebensjahr
Psychologie	Triadische Aufmerksamkeit	ab 7-9 Monaten
	Emotional und "social referencing"	ab 7-9 Monaten
	Frühes Intentionsverständnis	ab 11-12 Monaten
	Verständnis falschen Glaubens	ab ca. 15 Monaten
	Verständnis für Gefühle anderer (echte Empathie)	ab ca. 2-3 Jahren
	Ansätze der räumlichen Perspektivenübernahme	ab ca. 2-3 Jahren

Die im Folgenden aufgeführte Einteilung der Merkfähigkeits-, Orientierungs-, Bewusstseins- und Wachheitsstörung entspricht dem PPB nach Englert et al. (1998) und wird im Weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

2.2.3.1 Merkfähigkeitsstörung

Die Gedächtnissysteme zur Ausbildung einer Merkfähigkeit, während der Entwicklung eines Kindes, können auf zwei Bereiche aufgeteilt werden. Das deklarative oder explizite und das nicht deklarative oder implizite Gedächtnis. Das nicht deklarative Gedächtnis mit seinen Teilbereichen des Primings, der klassischen Konditionierung, dem prozeduralen Gedächtnis (Fertigkeiten, Gewohnheiten) und dem nicht assoziativen Lernen sind zum Teil schon bei der Geburt persistent und entwickeln sich mit am Schnellsten. Zunächst zeigen sich hier die reflexhaften Leistungen des Säuglings. Es zeigt eine relative Altersinvarianz (Gleisser, 2007).

Das deklarative Gedächtnis ist bewusst zugänglich und beinhaltet die Teilbereiche des semantischen- und episodischen Gedächtnisses. Schon bei Säuglingen gibt es eine Merkfähigkeit von neuen Reizen. Mit zunehmendem Alter wird das Habituationsintervall größer und es entwickeln sich die Dishabituationsprozesse dazu. Er ist schon als Säugling in der Lage, neue Gesichter von bekannten Gesichtern abzugrenzen. Eine Blickpräferenz für den neuen Reiz, in diesem Fall das Gesicht zu erkennen, kann als erstes Anzeichen von Gedächtnis gedeutet werden (Friedman, 1972). Diese Methode des visuellen Paarvergleichs heißt auch Rekognition oder Wiedererkennung. Sie wird im Folgenden an die Gefühlswelt geknüpft, wobei ein Gefühlsausdruck bei Wiedererkennung entsteht. Mit zunehmendem Alter steigert sich die Merkfähigkeit und ein zwei Monate altes Kind kann bereits Inhalte über zwei bis drei Tage erinnern. Gezeigt wurde dies im "Mobile-Paradigma" (Rovee & Fagen, 1976) anhand des "Recall Phänomens"¹⁰. Die Kinder erlernten hier durch Strampeln ein Mobile in Bewegung zu versetzen, welches über ihrem Bett hing. Auch nach zwei Tagen war das Gelernte noch vorhanden und die Kinder konnten es sofort umsetzen. Mit einem Jahr ist es Säuglingen möglich, komplexere Gedächtnisleistungen zu erbringen. Dies konnte gezeigt werden an Imitationsexperimenten, in welchen Kinder mit 13 Monaten einfache Handlungen noch nach einem Monat wiedergeben konnten und dass nach 20 Monaten die Leistungsmerkfähigkeit des Erlernen auf ein Jahr gestiegen war (Bauer et al., 2002).

Untersuchungen zu Skriptwissen (komplexe Wissensrepräsentation eines stereotypen häufig ablaufenden Ergebnisses) konnten zeigen, dass die Konstituierung semantischen Wissens schon sehr früh in der Ontogenese erfolgt. Im Alter von 24 Monaten sind erste bisher noch nonverbale skriptartige Präsentationen möglich (O'Connell & Gerard, 1985). Erste verbale Präsentationen konnten mit drei Jahren beobachtet werden (Nelson & Grundel, 1986) und mit vier bis fünf Jahren ist das Skriptwissen bereits für intrakulturelle Ereignisse relativ einheitlich (Nelson, 1978). In den nun folgenden Lebensjahren erfolgt eine kontinuierliche Zunahme an Umfang und Komplexität von deklarativer Gedächtnisleistung und die Entwicklung des Quellengedächtnisses wird verbessert.

2.2.3.2 Orientierungsstörung

Die Orientierung ist eine komplexe psychische Funktion, die es dem Individuum ermöglicht, sich räumlich, zeitlich, situativ und zur Person zu orientieren und so seinen existenziellen Standpunkt bestimmen zu können (Saß & Hoff, 2008). Die kognitive Entwicklung mit der

¹⁰ Recall Phänomens = aktives Wiedererinnern

Intaktheit der zerebralen Funktion mit den Bereichen der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins und den kognitiven Elementarfunktionen sind wichtige Voraussetzungen von einer funktionsfähigen Orientierung. Eine räumliche Vorstellung erlangt das Kind im späten Vorschulalter. Die zeitliche Orientierung wird beim Kleinkind geprägt durch äußere sichtbare Faktoren, wie hell/dunkel oder der Befriedigung von Grundbedürfnissen wie dem Hungergefühl. Ab dem achten Lebensjahr ist eine Basis aufgebaut, um zeitliche Abfolgen einordnen zu können (Resch, 1999).

Eine Störung in diesem Bereich würde eine Herabsetzung bis Aufhebung der Orientierung in den zeitlichen, räumlichen, situativen und persönlichen gegenwärtigen Gegebenheiten bedeuten.

Es ergibt sich hieraus, dass die Orientierungsfähigkeit durch seine geforderten Grundvoraussetzungen für den Säugling zunächst kein Kriterium für eine Störung ist.

2.2.3.3 Störung der Wachheit

Eine Vigilanzherabsetzung kann verschiedene schwere Grade von Benommenheit über Somnolenz bis Sopor/Koma aufweisen. Bei Störungen im Kindesalter muss unterschieden werden zwischen akut auftretenden und chronischen Zuständen. Zudem muss eine Unterscheidung zwischen organischem oder psychischem Entwicklungsmechanismus gemacht werden. Organisch ausgelöste Zustände können beim Säugling und Kleinkind bei Infektionen, extremen Wasser- und Elektrolytschwankungen, metabolischen Krisen, Schädel-Hirn Trauma und Intoxikationen vorkommen. Eine dissoziative psychiatrische Störung kann dieselben Symptome einer Vigilanzstörung hervorrufen.

Liegt im Gegenzug eine chronische Störung vor, so können die Zustände intermittierend oder lang anhaltend auftreten. Auslöser kann hier ein angeborener Defekt oder ein akutes traumatisches Ereignis sein (Kretz & Beushausen, 2001).

Eine Unterscheidung des Wachheitsgrades kann anhand der folgenden Merkmale differenziert werden (Kölch et al., 2012):

- ✓ Somnolenz: schläfriges Erscheinungsbild, jedoch durch äußeren Reiz erweckbar
- ✓ Sopor: Reaktion erst bei massivem äußerem Reiz, jedoch keine Kommunikation möglich
- ✓ Stupor: keine Reaktion auf äußeren Reiz und keine Kommunikation möglich
- ✓ Koma: vollständiger Bewusstseinsverlust

2.2.3.4 Qualitative Bewusstseinsstörung

Eine qualitative Bewusstseinsstörung zeichnet sich durch ein inadäquates Reagieren auf die Umgebung des Kindes aus, mit agitiertem Verhalten, Aggressivität, Unruhe, Apathie und

Desorientiertheit (Kölch et al., 2012). Hervorgerufen werden kann eine solche Symptomatik durch eine morphologische Hirnveränderung (z. B. Hirntumor oder Schädelhirntrauma, Temporallappenepilepsie), durch verabreichte psychotrope Substanzen oder durch extreme psychische Belastung. Dem Kind ist es nicht möglich, auf seine Umwelt adäquat zu reagieren, Spielsituationen mit anderen sind nahezu unmöglich. Die qualitative Bewusstseinsstörung ist klar zu trennen von externalen Störungen und aggressiven Wutausbrüchen. Eine Beurteilung kann erst gemacht werden, wenn das Kind aktiv handelt.

2.2.4 Formale und inhaltliche Denkstörung

Beeinträchtigungen des Denkvorgangs können sich als formale oder inhaltliche Denkstörung zeigen. Ausgelöst werden die Störungen durch psychiatrische Erkrankungen oder seltener durch physiologische Ursachen.

Formale Denkstörung:

Formale Denkstörungen zeigen sich in der Störung des Denkens und der Sprachproduktion. Zu beachten ist dabei die Syntax der Gedankenformulierung, Geschwindigkeit der Gedankenproduktion, die Gedankenverknüpfung und die in dem Zusammenhang stehende Kontextfrage. Dieses komplexe Konstrukt ermöglicht es einem gesunden Kind, die Gedanken so umzusetzen und sprachlich auszudrücken, dass die Voraussetzung gegeben sind mit seinen Mitmenschen in Kontakt zu treten. Bei emotionaler Belastung können die gedanklichen Kapazitäten soweit belastet sein, dass eine formale Denkstörung auftritt und das Kind nicht mehr in der Lage ist frei zu kommunizieren. Sie ist ein Kardinalsymptom der Schizophrenie, wobei die Grenze zur inhaltlichen Denkstörung nicht immer eindeutig zu ziehen ist (Kirner et al., 2008).

Inhaltliche Denkstörung:

Falsche oder übertriebene Vorstellungen bestimmen das Bild der inhaltlichen Denkstörung. Die Inhalte sind für Außenstehende nicht nachvollziehbar, aber auch der Betroffene selber kann die Inhalte manchmal als quälend und unsinnig erleben. Wahnhaftes Erleben und Persistieren eines magischen Denkens über das Kindesalter hinaus bis ins hohe Erwachsenenalter sind Ausdrucksformen dieses Störungsbildes (Payk, 2007).

Um eine Denkstörung entwickeln zu können, muss zunächst ein Reifezustand des Denkens vorhanden sein, der nicht nur anfänglich in der Entwicklung ist, sondern sich das Kind auch

präzise zum Denken ausdrücken kann. Die Erkrankung ist somit erst ab dem Schulalter vorzufinden.

2.2.5 Ich-Störung

Störungen der subjektiven Wahrnehmung zur eigenen Person der Umwelt und die dort vorherrschende Beziehung wird als Ich-Störung bezeichnet. Sie kann in verschiedenen Qualitäten wie Gedankenausbreitung, -entzug, und -eingung sowie Derealisation und Depersonalisation vorliegen (Saß & Hoff, 2008). Vom 18. Lebensmonat an beginnt das Kind ein verbales Selbstverständnis und eine Symbolisierungsfähigkeit zu entwickeln (Stern, 1983).

Zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat befindet sich das Kleinkind im Stadium des "narrativen Selbst". Es beginnt hier seine mentalen Vorstellungen von den Vorstellungen anderer trennen zu können. Das Selbst des Kindes wird in dieser Phase explizit. Mit 24 Monaten ist es dem Kind möglich, sich als Person wahrzunehmen. Dies wird deutlich in der Erkennung seiner selbst im Spiegelbild und der Verbalisierung des "Ich" (Resch, 2004). Mit 48 Monaten in der Phase des "autobiografischen Selbst" kann bei einem Kleinkind bereits eine Metakognition vorgefunden werden. Somit kann das Kind sich aus einer Metaebene betrachten und sein Handeln mit Anderen vergleichen. Von einem analogen Selbst zum Erwachsenenalter kann erst gesprochen werden, wenn eine Metakognition der zweiten Art der Stufe des "autoreflexiven Selbst" möglich ist. Das Kind hat nun die Möglichkeit, sich selbst distanziert und reflektiert gegenüberzustehen. Diese Stufe der Entwicklung tritt mit dem 11. bis 12. Lebensjahr ein (Resch, 2004) und schließt eine Ich-Störung im Säuglings- und Kleinkindalter aus.

2.2.6 Sinnestäuschung

Sinnestäuschungen sind geprägt durch illusionäre Verkennungen und Halluzinationen. Illusionen bezeichnen die Wahrnehmung als verfälschte Wirklichkeit. Halluzinationen sind Wahrnehmungen ohne physikalische Reizquelle, die auf jedem Sinnesbereich auftreten können. Am häufigsten betreffen sie die Bereiche der optischen und akustischen Halluzination (Saß & Hoff, 2008).

Auch schon in der frühen Kindheit können Halluzinationen aus dem akustischen und optischen Bereich vorkommen. Laut der Datenlage sind sie im Vorschulalter ein häufiges Phänomen. In einer englischen Studie über "Imaginäre Freunde von Fernyhough et al. (2007) wurden 29 Kleinkindern (davon 14 mit Angabe eines imaginären Freundes), im Alter von 44 bis 67

Monaten eine unverständliche Tonbandaufnahme vorgespielt und im Nachhinein die Kinder befragt, was sie aus dieser Aufnahme verstanden hätten. 12 Kinder berichteten, sie hätten deutliche Wörter (9 englische Wörter, 3 andere Wörter) vernommen. Von diesen 12 Kindern berichteten neun Kinder einen imaginären Freund zu haben. Kinder, die zuvor schon von einem imaginären Freund sprachen, hatten somit eine Bereitschaft auch für andere halluzinatorische Phänomene. Schreier & Libow (1986) konnte zeigen, dass optische Phänomene häufig im frühen Kindesalter (2-6 Jahre) zu finden sind. Ein Auftreten solcher kindlichen Phänomene kam besonders bei Kleinkindern vor, welche in dysfunktionalen Familien lebten, und diese eine positive Familienanamnese bezüglich Angstproblemen und Depressionen vorwiesen (Best & Mertin, 2007; Schreier, 1998). Inwieweit die im Kindesalter auftretenden halluzinatorischen Phänomene pathologischen Wert haben, oder zu einer normalen Entwicklung des Kindes dazugehören oder es vor seiner Umgebung schützt und eventuell von ausgesprochener sozialer und emotionaler Kompetenz zeugt, konnte bisher nicht ausreichend geklärt werden.

2.3 Körperliches Empfinden

Der körperliche Ausdruck unseres Empfindens ist ein wesentlicher Bestandteil der Ausdrucksfähigkeit, der sonst nur im Kern der Psyche wahrzunehmenden Gefühle. Dem liegt zugrunde, dass der menschliche Körper und die Psyche in ihrer Interaktion mit gesunden und kranken Gefühlen und Ausdrücken sich wechselseitig beeinflussen können. Die körperlichen Empfindungen beschreiben die aktuelle Befindlichkeit und den aktuellen Zustand (Resch et al., 2012); zum einen mit Hinblick auf die regulatorischen Gegebenheiten, die erforderlich sind, um gewisse Meilensteine der Entwicklung erfolgreich meistern zu können, wie z. B. das Einnässen, und zum Anderen die Verknüpfung der Psyche mit den körperlichen Ausdrucksweisen.

Experimentelle Daten zeigen, dass diese sogenannten somatoformen Störungen zwar nicht einhergehen mit einem normalerweise zu erwartenden körperlichen Korrelat, jedoch der vorhandene Schmerz anhand von fMRT Studien und hirnrorganischen Korrelaten deutlich gezeigt werden konnten. So konnte in der Studie von Eisenberger et al. (2003) nachgewiesen werden, dass psychische Schmerzen des Ausgeschlossenenseins aus einem sozialen Gefüge (Soziale Angst) ähnlich verarbeitet werden wie ein körperlicher Schmerz und in seiner Ausprägung dieselben Hirnstrukturen anspricht (Eisenberger et al., 2003). Auch konnte in einer anderen Studie belegt

werden, dass ein gezielt gesetzter peripherer Schmerz bei somatoformen Patienten im fMRT¹¹ die Regionen im Hirn (anteriorer cingulärer Kortex, Insel und Amygdala), welche für die Verarbeitung von Stress und Affekten eine wichtige Rolle spielen, aktivieren (Gündel et al., 2008). Der anteriore cinguläre Kortex scheint eine Schlüsselrolle bei der Verarbeitung von affektiven Informationen zu spielen und somit eine Schnittstelle zwischen dem kognitiven und dem emotionalen System zu bilden, wobei Informationen gefiltert und eine gelenkte Aufmerksamkeit gesteuert werden kann (Gündel et al., 2000). (Gündel et al., 2000). Bei Entwicklungsstörungen aufgrund von mangelnder Erfahrung der Emotionserkennung können Nervenbahnen nicht richtig verknüpft und gebildet werden und so zu ungenügenden hirnrnorganischen Bedingungen führen, was zu somatischen Schmerzen führen kann.

2.3.1 Funktionelle und Somatoforme Störung

Eine funktionelle und somatoforme Störung ist eine wiederholte Präsentation von körperlichen Krankheitssymptomen oder funktionellen Regulationsproblemen der Körperfunktion, die kein oder nur im geringen Ausmaß daran beteiligtes organisches Korrelat als Ursache vorweisen kann, welches die Stärke und Häufigkeit des Symptoms und dessen körperliche und seelische Funktionseinschränkung erklären könnte (Resch et al., 2012a).

Die Schwierigkeit, bei Kindern eine somatoforme Störung zu diagnostizieren, liegt darin, die Symptome im Entwicklungskontext mit ihrem derzeitigen Stand der Entwicklung zu sehen. Somatische Symptome verändern sich im Laufe der Reifungszeit und die Kinder sind mit jedem Schritt der Entwicklung mehr befähigt, sich selber immer genauer ihrem Gegenüber mitzuteilen. Sind es im Kleinkindalter eher die rezidivierenden Bauchschmerzen, treten mit steigendem Alter die Kopf-, Rücken- und Muskelschmerzen in den Vordergrund. Eine im Kleinkindalter bestehende Somatisierungsstörung mit Bauchschmerzen hat bei Chronifizierung der somatischen Beschwerden meistens das Kopfschmerzsyndrom als Folge (Achenbach et al., 1989). Eine frühe Somatisierungsneigung von 20 Prozent konnte anhand der Studie von Domènech-Llaberia et al. (2004) an drei- bis fünfjährigen Kindern dargelegt werden (2004). Im Weiteren konnten epidemiologische Studien zeigen, dass somatische Beschwerden mit dem Lebensalter zunehmen und tendenziell bei Mädchen häufiger vorkommen als bei Jungen (Berntsson et al., 2001; Ellert et al., 2007). Risikofaktoren für eine Somatisierungsstörung lagen in den Gegebenheiten des sozialen Umfeldes mit niedrigem Bildungsniveau, Eltern mit einer somatischen oder

¹¹ fMRT = funktionelle Magnetresonanztomographie

psychiatrischen Diagnose, Angehörigkeit zu einer Minoritätengruppe, Trennungsangst, häufige psychosoziale Probleme, Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, zunehmendes Alter und ein ängstlicher internalisierender Verhaltenstypus (Campo et al., 1999).

In der Studie von Ellert et al. (2007) konnte herausgestellt werden, dass 54,1 Prozent der Drei- bis Zehnjährigen, welche wiederkehrende, somatische Beschwerden hatten, einen Arzt konsultierten und 36,7 Prozent von ihnen Medikamente deswegen einnahmen. Ersichtlich wird daraus, dass somatische Schmerzen schon im Kleinkindalter eine große Rolle spielen und eine Früherkennung angestrebt werden soll.

Die im Folgenden aufgeführten funktionellen und somatoformen Störungen entsprechen den Kategorien des PPB nach Englert et al. (1998) und werden im Weiteren auf Konsistenz für das Säuglings- und Kleinkindalter überprüft und in den Ergebnissen an den PPB für Säuglinge und Kleinkinder angepasst oder bei Nichtauftreten im Kindes- und Säuglingsalter gestrichen.

2.3.1.1 Einnässen

Ab dem 24. Monat beginnt bei dem Kleinkind die Eigenwahrnehmung. Mit diesem Fortschritt ist es ihm möglich, allmählich Kontrolle über die Blasenfunktion zu erlangen. Im Verlauf des dritten Lebensjahres werden ca. 50 Prozent der Kleinkinder am Tage trocken. Im vierten Lebensjahr sind es bereits 90 Prozent und im fünften Lebensjahr praktisch alle Kleinkinder. Die nächtliche Enuresis verläuft analog dazu um ein paar Monate versetzt (s. Abb. 5).

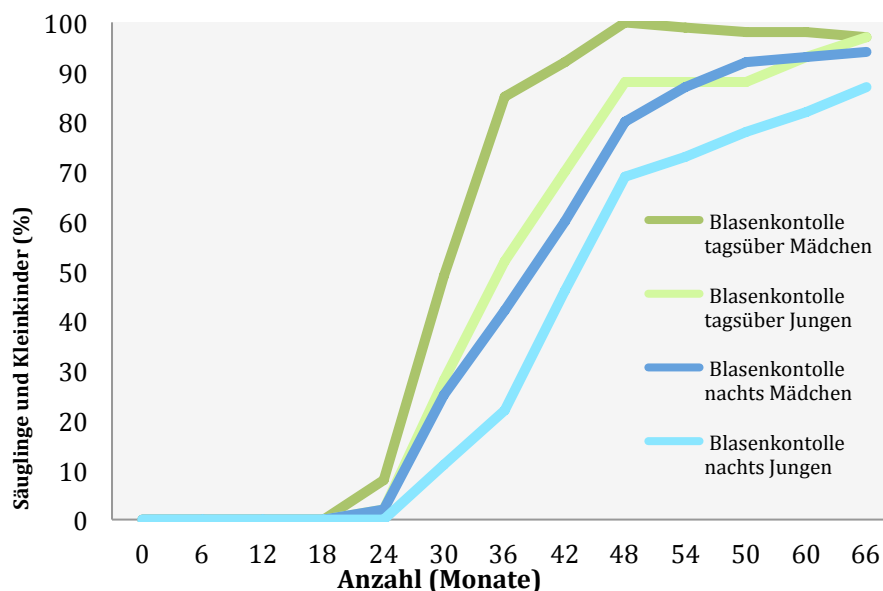


Abb. 5: Entwicklung der Blasenkontrolle tagsüber sowie nachts (modifiziert nach Largo et al. (1996)).

Eine Diagnose Enuresis nach ICD-10 wird vergeben, bei einem unwillkürlichen Harnabgang ab einem Alter von 60 Monaten (Remschmidt et al., 2006). Die Differenzierung des Störungsbildes wurde anhand der neuen Leitlinien für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der *International Childrens Continence Society* (ICCS) (Gontard, 2007; Néveus et al., 2006) auf den neuesten Stand der Forschung gebracht, würde jedoch aufgrund der Altersirrelevanz den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

2.3.1.2 Einkoten

Die Entwicklung der Darmkontrolle verläuft gleichzeitig zur Blasenkontrolle. Nach den Studien von Largo et al. (1996) entwickelt sie sich parallel zur "Blasenkontrolle tagsüber", siehe dazu Abb. 5. Wie aus der Darstellung zu erkennen ist, liegt die Prävalenz im Alter von 4 Jahren bei 2,8 Prozent. Jungen sind mit einer bis zu vierfach erhöhten Wahrscheinlichkeit betroffen (Schreiner-Zink et al., 2009). Enkopresis wird als willkürliches und unwillkürliches Einkoten ab einem Alter von 4 Jahren, nach einem Ausschluss organischer Genese, definiert. Es muss mindestens einmal pro Monat auftreten und für eine Dauer von mindestens drei Monaten nach DSM-VI bzw. 6 Monaten nach ICD-10 bestehen (Schreiner-Zink et al., 2009). Der Stuhl ist von normaler Konsistenz und wird an Orten/Stellen abgesetzt, die im soziokulturellen Milieu des Patienten dafür nicht vorgesehen sind. Auch das "Einschmieren" von Kot ist hier zu beurteilen. Es kann sich hierbei um eine Verlängerung der infantilen Inkontinenz oder um einen Kontinenzverlust handeln, nachdem bereits eine Kontrolle der Darmfunktion vorhanden war (sekundäre Enkopresis) oder auch um das absichtliche Absetzen von Stuhl. Komorbiditäten mit Enkopresis haben eine Wahrscheinlichkeit von 30-50 Prozent im Bereich der psychischen Störungen. Am häufigsten darunter sind die internalisierten Störungen mit passiven Episoden und den Angststörungen (Schreiner-Zink et al., 2009).

2.3.1.3 Schlafstörungen

Schlafstörungen bei Säuglingen oder Kleinkindern sind häufig und belasten die gesamte Familiensituation. In einer aktuellen Studie von Sadeh et al. (2009) mit 5006 Kindern konnte gezeigt werden, dass im Alter von 0-36 Monaten 23 Prozent der teilnehmenden Kinder geringe Schlafprobleme zeigten und zwei Prozent der Kinder starke Schlafprobleme hatten. Eine binationale Studie (Australien/Neuseeland) mit 2154 Säuglingen und Kleinkindern bis 36 Monaten zeigte noch höhere Endwerte für Ein- und Durchschlafstörungen mit 30,7 Prozent (Teng et al., 2012).

Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern werden zurückgeführt auf die zwei Bereiche der Ein- und Durchschlafstörungen. Der Schlaf ist nicht als solches gestört, sondern die Unfähigkeit des Kindes, ohne seine Bezugsperson einzuschlafen oder nach dem nächtlichen Aufwachen wieder einzuschlafen (Scholtes et al., 2012). Aufgrund des instabilen Schlafmusters im ersten Lebensjahr kann eine Diagnose erst mit einem Jahr vergeben werden. Zu beachten ist, dass im PPB auch die Regulationsstörungen im Säuglingsalter erfasst werden sollen, sowie andere Störungen des Schlafverhaltens, auch wenn keine Diagnose daraus abgeleitet wird, so kann doch ein Vorläufer von Schlafstörungen erkannt werden.

In der Zeit des ersten Jahres unterliegt die Schlafentwicklung einer besonders schnellen und komplexen Entwicklung der hirnganischen Strukturen. Der Schlaf ist gekennzeichnet durch einen polyphasischen Zyklus mit einem ca. 60 Minutentakt abwechselnden REM-Schlaf (Rapid-Eye-Movement) und den ruhigen non-REM Schlafphasen. Die kontinuierliche Anpassung an einen bityklischen zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus mit einer ruhigen Tiefschlafphase in der ersten Nachthälfte und REM-Phasen in der zweiten Nachthälfte geht im Zuge der Reifungsvorgänge des Kindes an die ihn nun umgebende Welt vor sich (Papoušek et al., 2009). Mit dem siebten bis neunten Lebensmonat kann es im Zuge der Umorganisation von entwicklungspsychologischen Ängsten wie z. B. Trennungsangst nochmals zu gehäuftem nächtlichen Aufwachen mit Schreiattacken kommen (Louis et al., 1997). Die durchschnittliche Schlafdauer konnte anhand einer Züricher Langzeitstudie eruiert werden, welche für Säuglinge mit sechs Monaten im Durchschnitt bei 14,9 Stunden (Abweichung 1,9 Stunden) liegt (Iglowstein et al., 2003).

Die Symptomatik der Einschlafstörungen zeigt sich an einer längeren Latenzzeit bis zum Einschlafen. Diese Zeit kann >30 Minuten betragen. Die Kinder entwickeln Strategien, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, mit Rufen, Weinen, Schreien. Sie fordern nach dem Beruhigungsmittel, die ihre Bezugspersonen ihnen sonst zur Verfügung gestellt haben, wie die Brust, die Nähe oder noch etwas zu Trinken oder zu Essen. Sie weigern sich ins Bett zu gehen, oder krabbeln aus diesem wieder hervor. Das Kind ist nicht in der Lage, sich selbst zu regulieren. Episoden nach dem ersten Lebensjahr von zwei bis dreimal pro Woche über einen Zeitraum von mehr als einem Monat sind noch vertretbar, können jedoch schnell in eine Schlafstörung abdriften, welche bei einer Frequenz von fünf bis sieben Episoden pro Woche definiert ist.

Die Durchschlafschwierigkeiten sind mit den Einschlafschwierigkeiten eng verbunden. Kann das Kind sich nicht selber beruhigen wenn es nachts erwacht, so ist es sehr wahrscheinlich, dass es,

sich nicht wieder selbst einschlafen kann und den Stimulus von außen benötigt. Physiologisch wacht ein Kind im Schnitt einmal pro Nacht auf und schläft dann nach ca. ein bis fünf Minuten wieder von alleine ein. Ein Kind mit Schlafproblemen wacht durchschnittlich über viermal pro Nacht auf und ein alleiniges Einschlafen ist nahezu unmöglich (Schieche et al., 2004).

Nach der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJPP, 2007) wurden in den Leitlinien folgende Merkmale gesetzt, welche ab dem sechsten Lebensmonat verwendet werden können:

Einschlafstörung:

- ✓ Einschlafen nur mit Einschlafhilfe der Eltern,
- ✓ Einschlafdauer im Durchschnitt > 30 Minuten.

Durchschlafstörung:

- ✓ durchschnittlich mehr als dreimaliges nächtliches Aufwachen in mindestens vier Nächten der Woche, verbunden mit der Unfähigkeit, ohne elterliche Hilfen allein wieder einzuschlafen
- ✓ nächtliche Aufwachperioden im Durchschnitt > 20 Minuten
- ✓ Phasenverschiebung in der zirkadianen Verteilung der Schlaf-Wach-Phasen, Beeinträchtigung der Wachbefindlichkeit.

Komplexe Interaktionsmuster zwischen Bezugsperson und Kind liegen den Schlafstörungen somit zugrunde und müssen bei der Behandlung in seiner Komplexität betrachtet werden (Simard et al., 2009). Prädiktive Faktoren für Schlafstörungen im Kindesalter waren zudem die elterliche Anwesenheit beim Einschlafen, umfassende elterliche Einschlafhilfen und das Einschlafen der Kinder im Bett der Eltern als Routine zu haben (Touchette et al., 2005).

Parasomnien treten gehäuft im Kleinkindalter auf und sind normalerweise vorübergehende Phänomene. Sie stellen eine Unterbrechung des Schlafes dar, aber keine primäre Störung des Schlaf-Wach-Zustandes. Sie können als Pavor nocturnus (unvollständige Weckreaktion, die im ersten Drittel des Nachtschlafs auftritt) , nächtliche Alpträume oder Somnambulismus auftreten (Schlafwandeln erst ab vier Jahren) (Scholtes & Benz, 2012).

Häufig liegen Komorbiditäten vor bei anhaltenden Schlafschwierigkeiten mit internalen und externalen Störungen (Reid et al., 2009). Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung,

Epilepsie oder einer autistischen Störung haben ein erhöhtes Risiko für Schlafstörungen (Goodlin-Jones et al., 2009; Jan et al., 2008).

Eine frühe Diagnose von anfänglichen Schlafstörungen kann durch rechtzeitiges Intervenieren zu einer Verhinderung der Chronifizierung führen (Scholtes & Benz, 2012). Eine unbehandelte Schlafstörung kann zu erheblichen Auswirkungen führen im Bereich der kognitiven Entwicklung, in Bezug auf eine Entwicklung von Adipositas¹², der Affektregulation, der Gesundheit, der Aufmerksamkeit und des Verhaltens, sowie der allgemeinen Lebensqualität (Mindell et al., 2010).

2.3.1.4 Dissoziative Störungen

Als Dissoziation wird ein Schutzmechanismus bezeichnet oder ein Defekt der mentalen Integration, bei welchem ein oder mehrere mentale Prozesse vom Bewusstsein abgespalten werden. Sie können Störungen des Gedächtnis, der Selbstwahrnehmung oder des Identitätsbewusstseins sein (Resch et al., 2012a). Sie entstehen als Reaktion auf eine massive und unerwartete traumatische Stressexposition, wie z. B. Missbrauch, emotionaler Vernachlässigung und Trennungssituationen (Chu & Dill, 1990).

Traumatische Erlebnisse können in jedem Lebensalter vorkommen. Je jünger die Kinder sind, umso eher reagieren sie auf extrem traumatisierende Erlebnisse mit Dissoziationen. Belastungserfahrungen in der frühen Kindheit können somit eine chronische Fehlregulation der Stressantwort des Körpers auslösen und so zu einer Störung und dauerhaften Schädigung der Hirnreifung führen (Glaser, 2000). Das Anpassungsverhalten des Kindes auf eine solche Situation führt zu einer Störung der Entwicklung der Metakognition mit 48 Monaten (s. 2.1.2.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen), wodurch die Entwicklung des Selbstkonzeptes grundlegend gestört ist (Resch, 1999). Die dissoziativen Mechanismen des Abspaltens werden somit in dieser Zeit angelegt, zu eruieren sind sie jedoch erst nach dem 60. Lebensmonat. In der Kindheit zeigen sie sich dann als normative Reaktion auf die Belastungssituation (Ogawa et al., 1997).

2.3.1.5 Autonome Funktionsstörungen

Eine autonome Funktionsstörung liegt vor, wenn körperliche Symptome einer autonomen/vegetativen Erregbarkeit, die vom Kind/von den Eltern einer körperlichen Erkrankung zugeordnet werden, sich körperlich nicht begründen lassen. Die Erkrankungen

¹² Frühkindliche Schlafdauer unter 10 Stunden pro Nacht kann im Alter von 6 Jahren mit 3fach erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Übergewicht oder Adipositas führen. (Touchette et al., 2008)

beziehen sich auf körperliche Systeme, die teilweise oder ganz durch das vegetative System innerviert werden, wie dem Herzkreislauf-System, gastrointestinalem System oder dem respiratorischen System (Remschmidt et al., 2006). Im Kindesalter stehen Beschwerden im Gastrointestinaltrakt im Vordergrund. Sie äußern sich typischerweise in unspezifischen Bauchschmerzen. Eine Abgrenzung von induzierten oder artifiziellen Symptomen ist hier von großer Bedeutung. Die gastrointestinalen Beschwerden können im geringen Maße ein Begleitphänomen der frühkindlichen Entwicklung besonders im Säuglingsalter sein (z. B. Säuglingsdiarrhoe oder Regurgitation). Ab dem Kleinkindalter mit 18 Monaten kann es jedoch auch ein Ausdruck von emotionalen Konflikten oder Beeinträchtigungen darstellen im Rahmen der maladaptiven Anpassungsprozesse. Eine multifaktorielle Genese mit genetisch neurobiologischer Prädisposition, psychosozialen Belastungsfaktoren sozialen Bedingungen und persönlicher Entwicklung werden als Erklärungsansätze dieses Phänomens herangezogen (Resch et al., 2012). Die Kleinkinder leiden häufig unter Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, ohne dass ein organischer Grund dafür vorliegt. Sie fallen auf durch häufige Vorstellungen beim Kinderarzt und einen hohen Anteil an Krankheitstagen.

2.3.1.6 Schmerzzustände

Die somatoforme Schmerzstörung ist definiert durch andauernde, schwere und beeinträchtigende Schmerzen unterschiedlichster Arten, die nicht auf eine erkennbare organische Ursache oder zumindest nicht in der gefühlten Intensität zurück geführt werden kann (Resch et al., 2012a). Bei Kindern sind die somatoformen Störungen typischerweise bezogen auf Bauch-, Glieder- und Kopfschmerzen (Ellert et al., 2007). Durch die regelmäßig stark und häufig auftretenden Schmerzen der Kinder wird die Alltagssituation der gesamten Familie deutlich beeinträchtigt, wobei durch meist häufige Arztbesuche die körperlichen Beschwerden ausgeschlossen werden konnten. Die Kinder zeigen dies durch exzessives Schreien in den verschiedensten Facetten ohne erklärlichen Grund. Sie sind oft schlecht zu beruhigen, wobei die Eltern selber oft ein ängstliches, unruhiges Verhalten zeigen. Die "Dreimonatskolik" wird nicht zu den psychosomatischen Schmerzzuständen im Säuglingsalter gerechnet, obwohl bisher keine eindeutigen Ursachen dargelegt werden konnten. Jedoch ist diese Phase der Entwicklung geprägt von einer starken Aktivität des kindlichen Darmes. Eine nicht schnell genug adäquate Anpassung an die neuen Lebensbedingungen nach der Geburt könnte auf unterschiedliche Weise den Magen-Darm-Trakt beeinflussen und somit zu kolikartigen Störungen führen. Eine Studie von Shenassa & Brown (2004) konnte eine erhöhte Konzentration des im Magen-Darm-Trakt

wirksamen Hormones Motilin feststellen. Eine Korrelation von erhöhtem Motilin beim Säugling und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft wird diskutiert, da beim Erwachsenen die Motilinkonzentration mit dem Nikotinkonsum zunimmt. Durch das Passivrauchen des Säuglings nach der Geburt, könnten somit kolikartige Bauchschmerzen entstehen (Shenassa & Brown, 2004). Die Symptome sind jedoch auf das erste halbe Lebensjahr beschränkt und ein vorhandenes körperliches Leiden im Zuge der Anpassung des Säuglings ist auch, wenn es vorübergehend ist, wahrscheinlich. Bei der Diagnosefindung der kindlichen psychosomatischen Schmerzzustände sollte anhand des DSM-IV zwischen zwei Arten unterscheiden werden: akuter Typus Symptomatik < 6 Monate, und dem chronischen Typus Symptomatik > 6 Monate (American Psychiatric Association, 1994).

2.3.1.7 Hypochondrie

Die Angst oder die Überzeugung, an einer schweren Krankheit zu leiden, ohne dass rein medizinisch diese gesichert ist, nennt sich Hypochondrie. Am häufigsten werden Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Aids, neurologische Erkrankungen oder Multiple Sklerose und Demenzerkrankungen als Krankheit angenommen. Die Belastung ist immens und es können massive depressive Verstimmungen mit Arbeitsunfähigkeit auftreten. Das Ersterkrankungsalter wird von einigen Autoren schon im Kindesalter vermutet, es liegen allerdings keine evidenzbasierten Studien dazu vor (Bleichhardt & Weck, 2010). Ein Auftreten im Kleinkindalter kann jedoch ausgeschlossen werden. In einer Studie von Noyes et al. (2002) konnte gezeigt werden, dass retrospektiv 38 Prozent der betroffenen Personen und nur acht Prozent der gesunden Personen, die in die Studie eingeschlossen waren, in der frühen Kindheit häufig und schwer erkrankten oder ein enges Familienmitglied krank oder verletzt war. Auch ein Trauma wie sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt konnten einer Hypochondrie vorausgehen (Barsky et al., 1994). Die Wahrscheinlichkeit, unter den gegebenen Umständen eine Psychopathologie zu entwickeln, ist generell erhöht und somit sind die Auslöser nicht spezifisch.

2.3.2 Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen besteht dann, wenn das Verlangen nach einer Substanz körperliche, Verhaltens- oder kognitive Phänomene mit sich bringt. Der Konsum der Substanz hat Vorrang gegenüber anderen Verpflichtungen und schränkt den Patienten in seiner Lebensweise ein (Remschmidt et al., 2006). Der Säugling und das Kleinkind sind nicht in der Lage, sich selbstständig psychotrope Substanzen, wie z. B. Alkohol, Medikamente, Opiode, zu beschaffen und sie sich selber zu verabreichen.

Eine Abhängigkeit in der frühen Kindheit ist somit von ganz anderem Charakter. In der pränatalen Phase kann ein Kind an die Abhängigkeit der Mutter gekoppelt sein und macht meistens entweder intrauterin oder postnatal seinen ersten Entzug durch. Eine solche Abhängigkeit ist mit dem Start ins Leben schon vorhanden.

Die drei folgenden Schädigungsmechanismen bei Feten sind zu beobachten (Schulze, 2006):

1. Teratogene Wirkung, d. h. Störung der Entwicklungsprozesse
2. Gewebedestruktion, z. B. zerebraler Infarkt
3. "passive Addiction" die Abhängigkeit mit postnatalem Entzugssyndrom

Die Entwicklungsschäden nach einer intrauterinen Exposition sind sehr spezifisch für unterschiedliche Substanzen und können von geringem Geburtsgewicht über das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) bis hin zu schwersten Retardierungen führen.

Der Entzug des Säuglings ist gekennzeichnet durch starke körperliche Entzugssymptomatik. Bei einem Entzug und einer substitutionellen Unterstützung kann das Kind Abhängigkeitssymptome zeigen. Bei sinkendem Substanzpegel wird es weinerlich, unruhig und unzufrieden. Es können starke körperliche Symptome auftreten bis hin zu Krämpfen und einer opisthotonen Haltung.

Eine weitere prägende Zeit ist die Co-Abhängigkeit in der Kleinkindzeit, wenn bei mindestens einem Elternteil eine Suchterkrankung vorliegt. Das Kind wird Handlanger der Bezugsperson und muss sich um die Bedürfnisse dieser kümmern oder sich selber versorgen. Die Kinder sind gefährdet, sehr früh mit Drogen in Kontakt zu kommen und den Umgang mit ihnen nicht richtig einschätzen zu können. Die Verknüpfung mit emotionalen Gefühlen und Verhaltensregeln werden in der Kleinkindzeit angelegt (Foltran et al., 2011). Fergusson, et al. (1994) untersuchte den Zusammenhang von frühem kindlichen Trinken an 739 Kindern im Alter von 0-15 Jahren. Er konnte zeigen, dass Kinder, die vor dem sechsten Lebensjahr mit Alkohol in Berührung kamen, ein 1,9 bis 2,4-faches erhöhtes Risiko hatten, im Jugendalter regelmäßigen, häufigen Alkoholkonsum zu haben im Vergleich zu Kindern, die erst mit 13 Jahren mit Alkohol in Berührung kamen.

Das Problem der frühkindlichen Exposition mit psychotropen Substanzen wirkt sich auf das gesamte Leben eines Kindes und dessen Verhaltensweisen aus. Auch wenn die Kinder nicht selbstständig ihre Abhängigkeit zu Substanzen fördern können, so werden doch grundlegende Suchtstrukturen in ihnen verankert, die mit zunehmendem Alter von Relevanz sein können.

3 Methoden

Die Methoden umfassen das Prozedere, die verwendeten Instrumente und statistischen Verfahren sowie die Darstellung der angewandten Modifikationen der Adaptation und das Vorgehen der Machbarkeitsanalyse.

3.1 Prozedere

Das Prozedere der vorliegenden Arbeit umfasst drei Kernbereiche, zum einen den Ablauf für die Entwicklung der Arbeitsversion des adaptierten PPB, dessen experimentelle und inhaltliche Überprüfung und das Vorgehen der anschließenden Revision.

3.1.1 Konzeption der Adaptation

Der erste Bereich der Arbeit ist die Entwicklung eines adaptierten PPB der BADO (Englert et al., 1998) und dessen Glossar (Döpfner et al., 1991) an das Säuglings- und Kleinkindalter. Zur Verwendung kommt hierbei die Version von Englert et al. (1998), da diese im Gegensatz zu der Kurzversion (Englert et al., 2005, 2006) eine feiner gegliederte Differenzierung aufweist und somit den spezifischen Altersmerkmalen in der Zeit des Säuglings und Kleinkindes mehr Bedeutung geben kann.

Um dem großen Themengebiet der Entwicklungspsychopathologie und die Erstellung einer adaptierten Version des PPB der BADO (Englert et al., 1998) für das Säuglings- und Kleinkindalter gerecht werden zu können, ist es nötig, die enthaltenen Themenbereiche voneinander abzugrenzen. Übergreifend lassen sich sechs große Themenbereiche des PPB und dessen Glossars darstellen, um ein vollständiges Bild der Entwicklungspsychopathologie zu erhalten (s. Abb. 6).

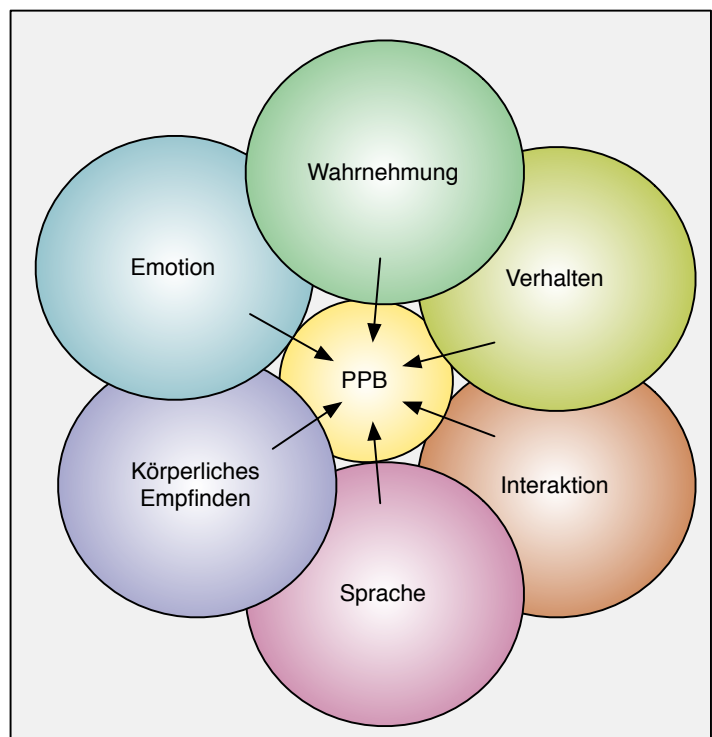


Abb. 6: Sechs Themenbereiche des PPB

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den drei Bereichen: Wahrnehmung, Emotionalität und körperliches Empfinden. Um ein vollständiges Bild der Entwicklung erhalten zu können, wurden die drei Bereiche der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache in einer weiteren Dissertation von C. Kevenhörster behandelt (vgl. 2014).

Die folgende Übersicht zeigt, welche Störungsbereiche in dieser Dissertation unter den Bereichen 1) Wahrnehmung, 2) Emotionalität und 3) körperliches Empfinden einzuordnen sind:

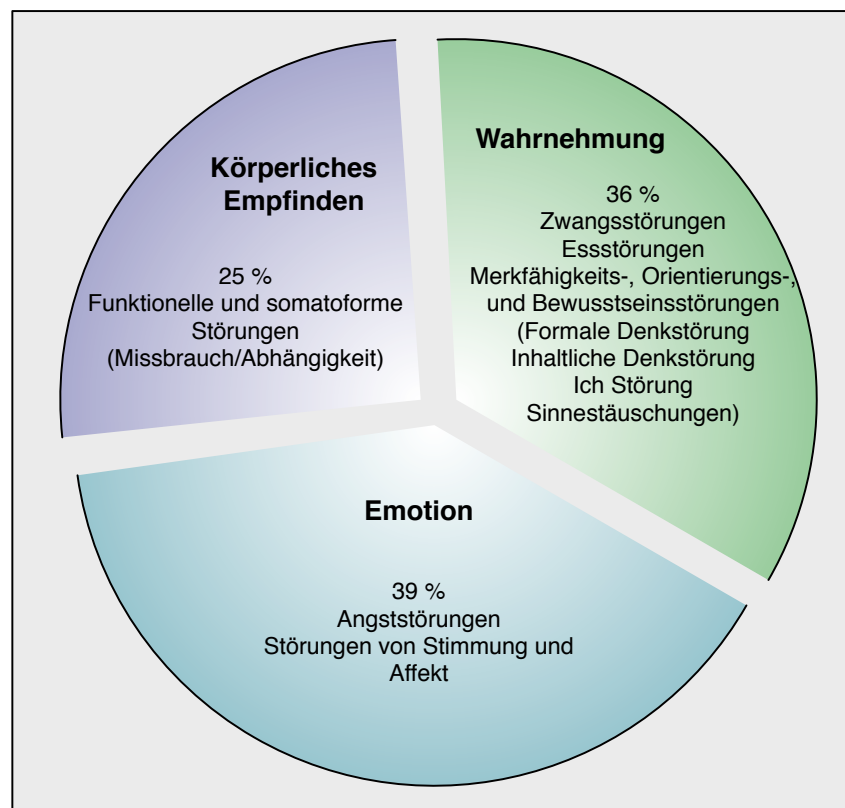


Abb. 7: In der vorliegenden Arbeit eingeschlossene Bereiche und ihre jeweiligen Störungsbilder mit Häufigkeitsangabe

Um eine erfolgreiche Adaptation erreichen zu können, wurden Rahmenbedingungen gesetzt und Modifikationen vorgenommen. Die Grundstruktur und die Überkategorien der Störungsbilder sollten bei der Adaptation des PPB (Englert et al., 1998) und dessen Glossar (Döpfner et al., 1991) nach Möglichkeit erhalten bleiben und die Items auf ihre Konsistenz im Kontext des Säuglings- und Kleinkindalters überprüft und adaptiert werden. Die Überprüfung der Items erfolgte anhand einer ausführlichen Literaturrecherche und einer aktiven Grundlagengewinnung innerhalb der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

3.1.1.1 Literaturrecherche

Grundlage der Entwicklung des adaptierten PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter ist eine systematische Literaturrecherche. Aufgrund der Aktualität des Themas wurde Wert darauf gelegt, internationale medizinische Datenbanken vorrangig einzuschließen. Die Literaturrecherche anhand der Datenbanken Medline, Embase und Chochrane Library fand in der Zeit von 2008 bis Ende Februar 2012 statt. Zusätzlich wurden die neusten Erkenntnisse von den führenden Forschungsgruppen berücksichtigt und in die Arbeit mit eingeschlossen. Der aktuelle Forschungsstand zur kindlichen Entwicklung sollte für diese Arbeit vorliegen und differenziert in die Unterbereiche hereinragen, um eine möglichst breite Zusammenstellung der frühkindlichen Psychopathologien darstellen zu können.

3.1.1.2 Klinische Grundlagen für die Adaptation

Um die Psychopathologien im Säuglings- und Kleinkindalter in ihrer Vielfältigkeit erfassen zu können, wurde ein vollständiger Datensatz (ein Jahr) von 214 Kindern zwischen 0-60 Monaten mit der BADO nach Englert et al. (1998) im Jahre 2008 erhoben und ausgewertet. Die gewonnenen grundlegenden Beobachtungen und Eindrücke in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ermöglichten es, einen Überblick über die Psychopathologien des frühen Kindesalters zu erlangen und mit Experten vor Ort zu diskutieren, um sie in die Adaptation einfließen zu lassen. Bei der Erhebung der Daten konnte das Augenmerk auf notwendige Abänderungen gelenkt und wichtige Rahmenbedingungen für die adaptierte Version gelegt werden.

3.1.2 Vorgehen der experimentellen und inhaltlichen Überprüfung

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden im Rahmen der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" im Sozialpädiatrischem Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, erhoben.

Die Entwicklung der Adaptation des PPB ab dem Jahre 2008 verlief während der regulären Patiententermine der Baby- und Kleinkindsprechstunde. Für die experimentelle Überprüfung und der daraus resultierenden Machbarkeitsanalyse des neu adaptierten PPB wurden die Patienten zu einem Zusatztermin eingeladen. Ein positives Ethikvotum lag vor. Für jeden Patienten konnte

eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 €, gefördert durch die "Wagner-Stiftung¹³", angeboten werden.

3.1.2.1 Setting der Datenerhebung

Vor Beginn der Untersuchung wurden die Probanden und deren Erziehungsberechtigte über Ziele und Inhalte des Forschungsprojektes schriftlich und mündlich informiert und sie konnten ihre Einwilligung zur freiwilligen Durchführung geben. Insgesamt dauerte die Befragung bei Kleinkindern ca. eine Stunde pro Patient, bei Säuglingen ca. eine $\frac{3}{4}$ Stunde. Anwesend waren der Patient, mindestens ein Sorgeberechtigter und zwei Untersucher. Einer der Untersucher war wortführend und der andere nahm eine stille Beobachterfunktion ein (Untersucher: Dormann/Kevenhörster). Dieses Schema wurde alternierend bei jedem Patienten eingesetzt. Beide Untersucher füllten während des Gespräches unabhängig voneinander den adaptierten Fragebogen des PPB für Säuglinge und Kleinkinder und zusätzlich den Fragebogen des PPB nach Englert et al. (1998) aus (s. Anhang D: Untersuchungsbogen). Um unvoreingenommen den jeweiligen Patienten begutachten zu können, gab es vor dem Patientengespräch keine Akteneinsicht. Somit war die Beeinflussung durch vorherige Untersucher und schon vergebene Diagnosen unmöglich. Der Patient konnte sich im Raum frei bewegen und mit den selbst mitgebrachten oder von uns zur Verfügung gestellten Spielutensilien, welche zuvor altersspezifisch aufgestellt wurden (z. B. Ball, Malutensilien, Puzzle, Bauklötze, Bücher) spielen. Befragt wurden die Erziehungsberechtigten, wobei der Untersucher neben dem Gespräch die Situation beobachten musste und nonverbale Äußerungen in seine Beurteilung mit einfließen ließ. Der Patient wurde wahrgenommen in der Umgebung und der Interaktion mit seiner primären Bezugsperson, wichtig dabei war das daraus resultierende Verhalten. Ein Eingreifen in die Interaktion durch den beobachtenden Untersucher war nur in Notfällen gestattet.

Nach dem erfolgten Interview konnte der Erziehungsberechtigte, bei Kindern > 1,5 Jahren den Bogen der CBCL 1 $\frac{1}{2}$ - 5 vor Ort ausfüllen.

3.1.2.2 Untersuchungsfragebogen

Um einen möglichst reibungslosen Untersuchungsablauf gewährleisten zu können, wurde ein Fragebogen generiert, in welchem die Items der adaptierten Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter (Dormann & Kevenhörster 2011) und die Items des PPB nach Englert et al. (1998) direkt im Vergleich zu sehen waren. (s. Anhang D: Untersuchungsbogen). Der

¹³ WAGENER-STIFTUNG -Stiftung für Sozialpädiatrie- (Heusnerstr. 40; 42283 Wuppertal)

Fragebogen wurde nach Möglichkeit während der Untersuchung durch die beiden Rater (engl. Beurteiler / Bewerter) ausgefüllt.

3.1.2.3 Expertenbefragung

Um Experten über den gesamten Bereich der kindlichen Entwicklung einzuschließen und eine breit gefächerte Meinung erhalten zu können, wurden Pädiater/-innen, Kinder- und Jugendpsychiater/-innen und Kinder- und Psychologen/-innen gleichermaßen angeschrieben. Die Experten wurden bundesweit anhand drei Kriterien, von welchen zwei erfüllt sein mussten, ausgewählt: klinische Erfahrung, wissenschaftliche Publikationen/oder deren Mitarbeit daran und Zugehörigkeit zur Leitlinienkonferenz für psychische Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.

Der Fragebogen wurde mit einem kurzen Anschreiben und dem adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder in Papierform und per Mail den Experten zugesendet. Insgesamt wurden elf Experten angeschrieben und für die Beantwortung eine Zeitspanne von drei Monaten angesetzt.

3.1.3 Revision der adaptierten Version des PPB für Säuglinge und Kleinkinder

Nach Fertigstellung der Arbeitsversion des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter und einer ersten Überprüfung anhand der experimentellen Ergebnisse wird die Arbeitsversion einer Revision unterzogen, in welche die Auswertungen der Ergebnisse, die im klinischen Prozedere sichtbar gewordenen sinnvollen Ergänzungen und die Expertenmeinung mit eingeschlossen werden.

3.2 Instrumente

Als Instrumente für die Studie wurden der PPB der BADO (Englert et al., 1998) und der in der vorliegenden Arbeit und der Dissertation von C. Kevenhörster (vgl. 2014) adaptierte PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter verwendet. Als Skala wurde dafür die hier im Kapitel Instrumente beschriebene Likert-Skala eingesetzt. Die CBCL 1½-5 wurde in der weiteren statistischen Überprüfung als Außenkriterium der Studie eingesetzt. Zusätzlich wurden als Vergleichskriterien retrospektiv nach jedem Gespräch die Diagnosen (ICD-10; DC: 0-3R) aus den Patientenakten eingesehen und mit einbezogen. Des Weiteren wurde in der vorliegenden Arbeit ein Expertenfragebogen entwickelt und für die Inhaltsüberprüfung herangezogen.

3.2.1 PPB der BADO nach Englert et al. (1998)

Bei der Entwicklung eines adaptierten PPB wurde in dieser Studie die BADO in der dritten Revision (Englert et al., 1998) eingesetzt. Zudem wurde das ausführliche Glossar des PPB (Döpfner et al., 1991) herangezogen, da hier das Störungsbild und seine Unterbereiche näher beschrieben werden und die Symptomatik und die Exploration differenziert erfasst sind. Der PPB der Basisdokumentation erfasst den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes (s. Abb. 8).

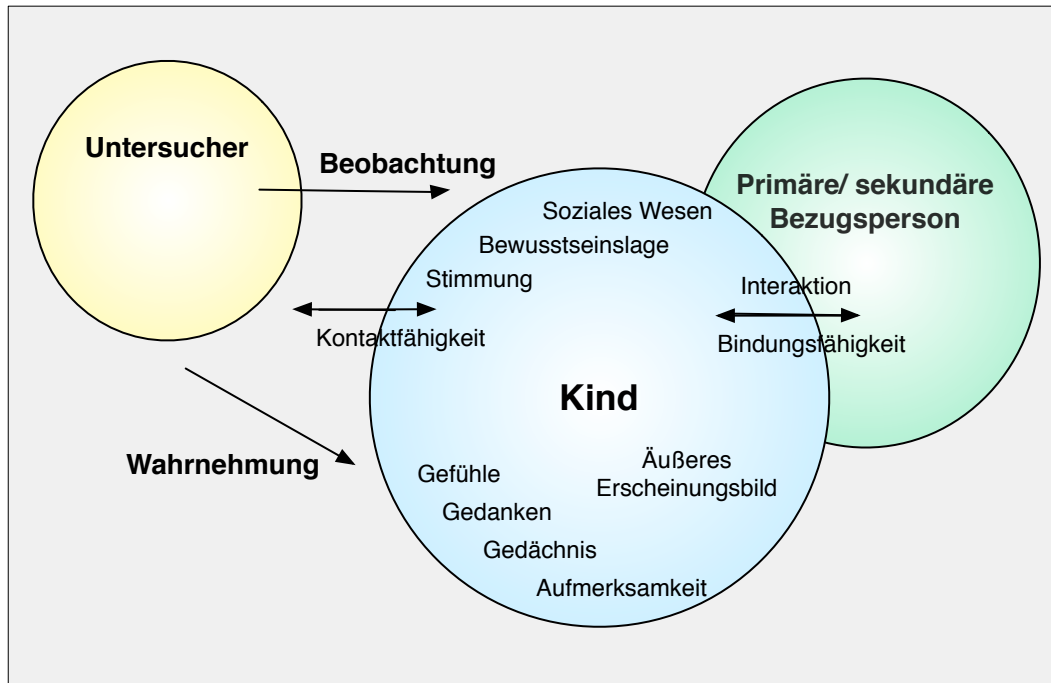


Abb. 8: Das Kind in der Untersuchungssituation des persönlichen Erstgesprächs

Die Abbildung zeigt, dass das Kind bei der Aufnahme des PPB mit seiner vertrauten Bezugsperson betrachtet wird. Durch das ärztliche Bemühen um den Patienten soll in der Zusammenschau das Bild der kindlichen Problematik erfasst werden. Das halbstrukturierte Interview lässt Spielraum, Symptome übergreifend von Symptomkomplexen erfassen zu können. Die Struktur des PPB kann wie folgt gegliedert werden:

Tab. 8: Struktureller Aufbau des PPB nach Englert et al. 1998

1. Störungsbereich
2. Item
3. Unteritem (Exploration)

Die 17 enthaltenen Störungsbereiche ergeben ein umfassendes Bild des kindlichen psychologischen Entwicklungszustandes (s. Abb. 9). Durch ihre feine weitere Untergliederung in Items und Unteritems wird eine differenzierte Diagnostik möglich.

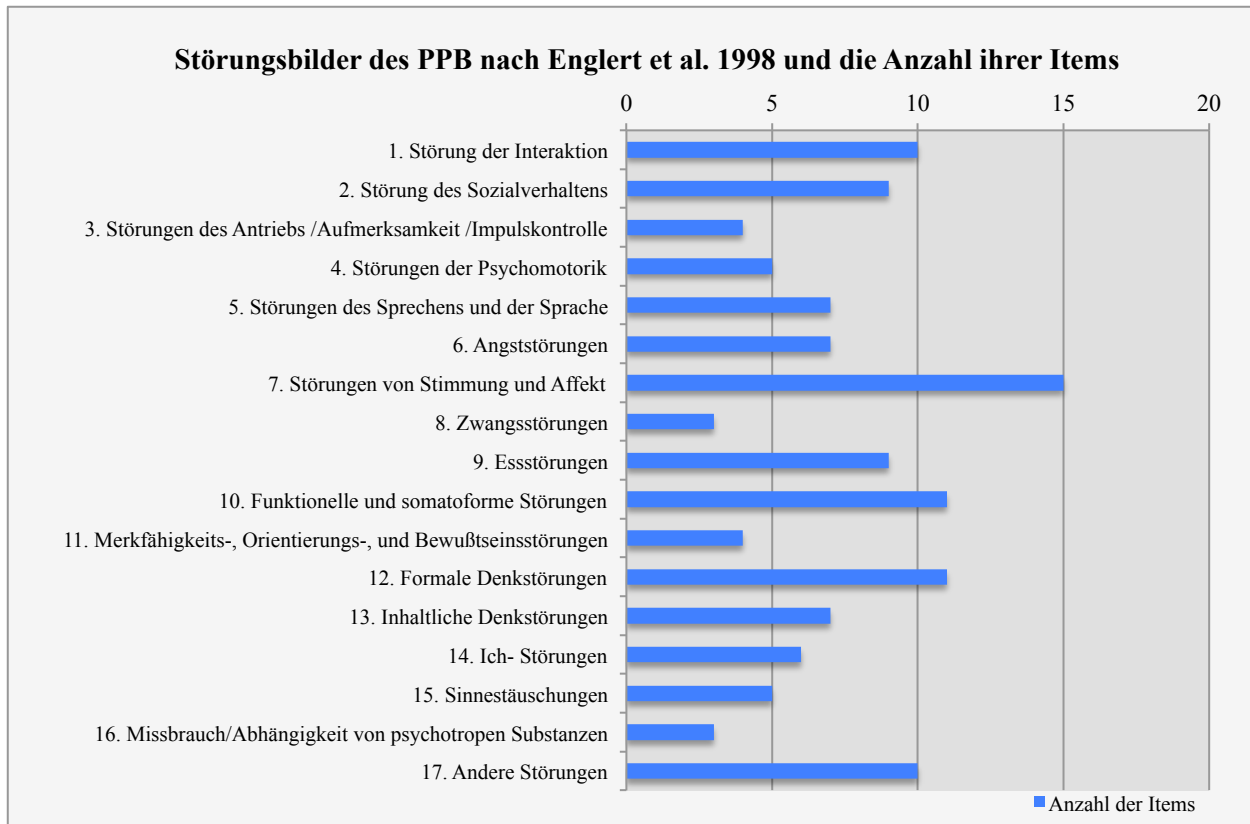


Abb. 9: Die 17 Störungsbilder des PPB nach Englert et al. (1998) und die Verteilung ihrer 126 zugehörigen Items

Die hier dargestellten Störungsbereiche beinhalten 126 Items mit den dazugehörigen Unteritems. Ein Beispiel aus dem Bereich der Essstörungen soll den Aufbau eines Störungsbildes des PPB im Glossar nach Döpfner et al. (1991) verdeutlichen (s. Tab. 9).

Tab. 9: Beispiel eines Störungsbildes (Essstörung) mit einem seiner Items (Erhöhte Nahrungsaufnahme) und deren Exploration im Glossar des PPB nach Döpfner et al. (Döpfner et al., 1991, p. 20)

9. Essstörung (Störungsbild)		
	Orientierende Exploration:	Hat sich in deinem Essverhalten in letzter Zeit etwas verändert; hast du mehr oder weniger oder anders gegessen? Gibt es mit P. Probleme beim Essen?
9.1 Erhöhte Nahrungsaufnahme (Item)		
(Unteritem/ Exploration)	Orientierende Exploration:	Übermäßiges Essen, das zu einer deutlichen Gewichtszunahme über das Normalgewicht hinaus führt.
	Stark ausgeprägte Symptomatik:	Klassisches Bild der Adipositas. Das zum Übergewicht führende Essverhalten kann vom Patienten nicht gesteuert werden.
	Exploration:	Hast du das Gefühl, dass du mehr isst und mehr Appetit hast als andere?

Befragt wird in der Untersuchung das Kind selber und der Erziehungsberechtigte.

Die Beurteilung der Items erfolgt als Selbst- und Fremdurteil. Die Fremdbeurteilung wird vom Untersucher durch das direkt beobachtbare Verhalten durchgeführt, wohingegen die Selbstbeurteilung auf vorherigen Erlebnissen beruhen und vom Patienten selber oder ihrem Erziehungsberechtigten geschildert werden. Es ergibt sich daraus die Unterteilung im Glossar nach Döpfner et al. (1991) "während der Exploration" und "anderer Kontext", welche getrennt voneinander beurteilt werden.

Die Skala des PPB nach Englert et al. (1998/2005) ist eine vierstufige Likert-Skala¹⁴ mit fehlender Mitte auf Ordinal-Zahlen-Niveau (Bortz & Döring, 2006) und der zusätzlichen Möglichkeit einer 9 als nicht bekannt/beurteilbar.

Tab. 10: Die Likert-Skala als Bewertungsskala des PPB nach Englert et al. 1998

- 1 = nicht vorhanden
- 2 = leicht ausgeprägt
- 3 = deutlich ausgeprägt
- 4 = stark ausgeprägt
- 9 = nicht bekannt/nicht beurteilbar

Die Beurteilung erfolgt eher konservativ, d. h. im Zweifelsfall sollte die geringere Ausprägung gewählt werden. Bei der Auswertung sollen die gebildeten Mittelwerte zur letztendlichen Codierung des Störungsbildes führen.

Die Hauptkategorien der Störungsbilder, welche anhand des PPB nach Englert & Poustka (Döpfner et al., 1991; Englert et al., 1998) erfasst werden, können nicht direkt zur Diagnosefindung eingesetzt werden. Ein positives Item kann also im Umkehrschluss nicht die Diagnose im Störungsbild darstellen. Zu erkennen ist, dass auch bei einem positiven Ergebnis dies nicht direkt auf das positiv beurteilte Störungsbild hinweist, sondern vielmehr zu einem Syndrom gezählt wird und einer weiteren Überprüfung unterliegen muss.

➤ Syndrom versus Störungsbild

Für eine ökonomischere Anwendbarkeit wurde in einer 4. Revision (Englert et al., 2005, 2006) des PPB die genaue Untergliederung der Items beim Untersucher vorausgesetzt und diese ohne

¹⁴ Rensis Likert (1903-1981), US-amerikanischer Sozialforscher, entwickelte 1932 eine Skalierungsmethode zur Einschätzung bzw. zur Messung von persönlichen Einstellungen.

weitere Definition aufgezählt. Es wird dabei auf das ausführliche Glossar und den Explorationsleitfaden (Döpfner et al., 1991) verwiesen, um das Störungsbild mit seinen Items spezifisch erfassen zu können (Englert et al., 2005). Ein Hintergrundwissen des vollständigen Glossars ist also unabdingbar, um auch die 4. Revision (Englert et al., 2005, 2006) sinnvoll codieren zu können.

3.2.2 CBCL 1½-5

Die *Child Behavior Checklist 1½-5* (CBCL 1½-5) (Achenbach, 2000) ist ein Erfassungsbogen für frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten, der weltweit am häufigsten Verwendung findet. Entwickelt wurde das Grundkonstrukt 1983 von T.M. Achenbach (Achenbach, 1983). Im Jahre 2000 wurde es in die deutsche Sprache übersetzt und an das Alter 1½-5 angepasst (Achenbach, 2000). Die CBCL 1½-5 ist für die Erfassung von Verhaltenskompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten geeignet. Sie wird von den Eltern psychisch auffälliger Kinder ausgefüllt und umfasst 99 Items, die bei der Auswertung durch eine Faktorenanalyse zu sieben Syndrom-Skalen zusammengefasst wurden (emotionale Reaktivität; ängstlich/depressiv; körperliche Beschwerden; sozialer Rückzug; Schlafprobleme; Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten). Anhand einer Faktorenanalyse der zweiten Ordnung wurden drei übergeordnete Skalen gebildet, die die externalisierenden Auffälligkeiten, internalisierenden Auffälligkeiten und die Gesamtauffälligkeit abbilden. Die Items sind jeweils mit null (0 = trifft gar nicht beziehungsweise nie zu), eins (1 = trifft manchmal oder teilweise zu) oder zwei (2 = trifft genau oder häufig zu) zu bewerten.

Tab. 11: Darstellung der Syndromskalen der CBCL 1 ½-5 und deren übergeordneten Skalen

Problemskalen	Items		
1. Emotional - Reaktiv	9	Internalisierende Probleme	Gesamtprobleme
2. Ängstlich - Depressiv	8		
3. Somatische Probleme	11		
4. Sozialer Rückzug	8		
5. Schlafprobleme	7		
6. Aufmerksamkeitsprobleme	5	Externalisierende Probleme	
7. Aggressives Verhalten	19		
Andere Probleme	33		

Die internalisierenden Störungen werden gebildet durch die ersten vier Bereiche der Syndromskalen (s. Tab. 11). Die externalisierenden Probleme werden von den Bereichen sechs und sieben der Syndromskala gebildet. Die Schlafprobleme und die 33 Items der anderen Probleme finden keine Zuordnung in einer übergeordnete Skala innerhalb der Syndromskala. Für die Gesamtsumme gehen sie aber in die Skala der Gesamtprobleme mit ein. Eine weitere Einteilung des CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) ist die Einteilung der Symptome am DSM-IV¹⁵ orientiert. Es ergibt sich daraus die Symptomskala (s. Tab. 12). Die Items überschneiden sich mit der Skala der Syndrome. Sie lassen eine andere Zuordnung der Items zu und geben somit eine andere Übersicht der Auffälligkeiten.

Tab. 12: Darstellung der Symptomskalen der CBCL 1 ½-5 (Achenbach, 2000)

Symptomskala		Items
1.	Affektive Störungen	10
2.	Angststörungen	10
3.	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	13
4.	Aufmerksamkeit / Hyperaktivität	6
5.	Sozialverhalten	6

Die Auswertung des Fragebogens kann mit Hilfe von *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) (Achenbach, 2012) erfolgen. Dabei wird eine dreiseitige Auswertung angefertigt mit Rohwerten und T-Wert Umwandlung. Direkt optisch zu erkennen anhand der T-Werte ist, ob die jeweiligen Werte sich in einem unauffälligen, einem grenzwertigen oder einem klinisch auffälligen Bereich bewegen.

3.2.3 Kategoriale Diagnostik: ICD-10 und DC: 0-3R

Die ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) ist die wichtigste, weltweit anerkannte und durch das Sozialgesetzbuch gesetzlich vorgeschriebene Diagnoseklassifikations- und Verschlüsselungssystem im Bereich der Medizin.

Sie ist ein sechssachsiges und monohierarchisches alphanumerisches Klassifikationssystem (s. Tab. 13). Für psychiatrische Erkrankungen ist das Kapitel V mit der Notation F00-F99 von Bedeutung. Eine Übersicht der sechs Achsen der ICD-10 gibt Tab. 13.

¹⁵ Klassifikationssystem der American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

Tab. 13: Die sechs Achsen der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006)

Achse	Inhalt
I	Klinisch Psychiatrisches Syndrom
II	Umschriebene Entwicklungsstörungen
III	Intelligenzniveau
IV	Körperliche Symptomatik
V	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
VI	Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Die DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) ist ein Diagnoseklassifikationsschema in der Medizin für Kinder von null bis drei Jahren. Es ist ein monohierarchisches numerisches Klassifikationssystem.

Wenn innerhalb der Vorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde an der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters die Vergabe einer ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) Diagnose nicht möglich ist, so wird die Diagnose nach DC: 0 – 3R (Zero to Three, 2005) gestellt. Wird im ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) System die Diagnose "Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8)" vergeben, so wird sie mit einer Diagnose des DC: 0 – 3R (Zero to Three, 2005) ergänzt.

3.2.4 Expertenfragebogen

Der Expertenfragebogen entstand im Rahmen dieser Dissertation und der von C. Kevenhörster (vgl. 2014). Er beinhaltete 14 Fragen bezüglich des adaptierten Glossars (siehe Anhang E: Expertenfragebogen). In dem Fragebogen wurden offene Fragen gestellt, so dass jeder Spezialist zu seinem Teilgebiet der Forschung seine Meinungen zur Adaptation einfließen lassen konnte. Die Fragen behandelten Strukturmerkmale des Glossars, Altersspannen und Bewertungsskala, die Umsetzung der Adaptation mit Kürzungen und Zusatzitems, die Verständlichkeit der Items bis hin zur Exploration, fachliche Anregungen und Kritik.

3.3 Modifikationen

Dieser Bereich zeigt die Modifikationen auf, welche nötig waren, das Grundgerüst des PPB nach Englert et al. (1998) mit seinem Glossar (Döpfner et al., 1991) an das Kleinkindalter 0-60 Monate anzupassen. Es umfasst den Umgang mit dem Alter in seinen verschiedenen Abstufungen, die spezielle Rolle der Fremdwahrnehmung, die erweiterte Likert-Skala und die angepasste Item- und Explorationsformulierung.

3.3.1 Altersspanne und deren Darstellung

Da der Altersbereich von 0 bis 5 Jahren eine sehr große und wichtige Spanne der Entwicklung eines jeden Kindes ist, war es notwendig, den Altersbereich aufgrund von unterschiedlichen Entwicklungsstufen zu unterteilen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Forschungsinstrumenten wie z. B. der CBCL 1½-5 wurde hier die Altersspanne von 0-18 Monaten und 19-60 Monaten gewählt.

Auch wenn per Definition der Säugling (Duden, 2011) bis zu einem Alter von 12 Monaten gilt, wurde dieser aus oben genannten Gründen bis auf den 18 Lebensmonat erweitert. Somit ergeben sich folgende Kategorien:

Tab. 14: Alterseinteilung im PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter

S: Säugling	0-18 Monate
K: Kleinkind	19-60 Monate

Altersspezifischen "Cut off's" von Verhaltensweisen wurde zudem Beachtung geschenkt, sodass Symptome, die erst z. B. mit 36 Monaten als pathologisch angesehen werden können, auch erst ab diesem Alter als pathologisch gewertet werden.

Z. B. im Glossar unter den Items der "Funktionellen und Somatoformen Störungen" Punkt 10.02 Einkoten. Enkopresis wird als ein willkürliches oder unwillkürliches Einkoten des Kindes gesehen. Eine Alterseinschränkung ist hier zwingend erforderlich, denn ein Einkoten vor dem 4 Lebensjahr wäre nicht als pathologisch zu beurteilen (siehe dazu Kapitel: 2.3.1.2 Einkoten) (Schreiner-Zink et al., 2009).

Um dem Leser des adaptierten PPB einen schnellen Überblick zu ermöglichen, für welches Alter das Item mit seinen Unteritems zutrifft, wird jeweils auf der Itemebene eine Zeile hinzugefügt, für welche Altersklasse dieses anzuwenden ist.

Folgende Möglichkeiten sind hier vorhanden.

Tab. 15: Möglichkeiten der Kennzeichnung bei der Altersbeschränkung im adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder

1. Das dargestellte Item wird beim Säugling und beim Kleinkind verwendet	→	"trifft zu für den Säugling/das Kleinkind"
2. Das dargestellte Item wird nicht beim Säugling, aber beim Kleinkind verwendet	→	"trifft zu für den Säugling /das Kleinkind"
3. Das dargestellte Item hat keine Relevanz im Alter von 0-60 Monaten	→	"trifft zu für den Säugling/das Kleinkind "

Trifft das Item für mindestens eine der beiden Altersgruppen zu, so muss auf Unteritemebene gekennzeichnet werden, für welche Altersgruppe das Unteritem in die Untersuchung einbezogen werden soll. Dies erfolgt durch folgende Abkürzungen, welche sich vor den jeweiligen Explorationen befinden:

Tab. 16: Abkürzungsdarstellung auf Unteritemebene

<u>Bedeutung</u>		<u>Abkürzung</u>
Unteritem nur für den Säugling von Relevanz	→	"S"
Unteritem nur für das Kleinkind von Relevanz	→	"K"
Unteritem für den Säugling und das Kleinkind von Relevanz	→	"S + K"

3.3.2 Bedeutung der Fremdwahrnehmung des Untersuchers

Aus systemlogischen Gründen musste auf die in der Grundversion (Döpfner et al., 1991) verwendeten Begriffe der Selbst- und Fremdwahrnehmung verzichtet werden. Das Kind ist eher nicht verbal zu befragen, sondern beim Kind hat die Verhaltensbeobachtung oberste Priorität. Weil die Selbstwahrnehmung aufgrund des zu untersuchenden Zielalters wegfällt, wird in diesem Glossar ausschließlich mit der Fremdwahrnehmung gearbeitet. Für eine gute Einschätzung des Patienten sind im besten Fall beide Elternteile zu befragen.

Die Fremdwahrnehmung der primären Bezugsperson (in der Regel die Eltern) wiederum kann wegen der engen Verflechtung zum Säugling und Kleinkind durch den "teilnehmenden

Beobachtereffekt" verzerrt sein. Im Gegensatz zu älteren Kindern (Selbst) und deren Eltern (Fremd) wird die dyadische Beziehung und Interaktion selbst zum beobachteten psychopathologischen Objekt. Dadurch bekommt der Untersucher eine stärkere Rolle als Fremdwahrnehmer, wobei er seine eigene Wahrnehmung stark berücksichtigen sollte (Dissimulation – Aggravation). Er sollte sich selbst, seine Kenntnis und seine Erfahrungen am besten einschätzen können und bei möglichen, aufkommenden Schwierigkeiten in der Lage sein, sich selber Hilfe (z. B. Supervision) zu holen.

Die Unterscheidung "während der Exploration" und "anderer Kontext", welche das Glossar nach Döpfner et al. (1991) machte, soll hier durch den Untersucher primär zu einer gemeinsamen Einschätzung vereinigt werden. Er soll aus oben genannten Gründen dazu die berichteten Fremdbeobachtungen auf ihre Plausibilität im Zusammenhang mit den eigenen Beobachtungen prüfen. Sein professionelles Fazit entscheidet über die Ausprägung innerhalb der festgelegten Werte-Skalierung. Er sollte also die Verzerrung durch den Beobachtereffekt berücksichtigen und kann das Letzturteil als qualifizierter Untersucher fällen.

3.3.3 Werte Skala und Auswertung

Die Likert-Skala des PPB nach Englert et al. (1998) wird in der adaptierten Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter als Grundlage bestehen bleiben. Der ursprünglichen Skala wurde der Werte 8 "Logisch nicht möglich" hinzugefügt. Dieser Wert macht es möglich, bestimmte Items nur für bestimmte Altersgrenzen codierbar zu machen und somit falsche Werte aus zu schließen. Die Beurteilung erfolgt auch in der Adaptation eher zum nicht pathologischen Wert. Die abschließende Auswertung der Einzelitems erfolgt über Bildung des Mittelwertes der Unteritems, woraus sich wieder durch Bildung eines Mittelwertes der zu codierende Wert des Störungsbildes ergibt.

3.3.4 Itemauswahl und Formulierung

Die Struktur mit ihren Störungsbildern sowie die dazugehörigen Items für den PPB im Säuglings- und Kleinkindalter wurden an der Vorlage des PPB nach Englert et al. (1998) und dessen Glossar (Döpfner et al., 1991) überprüft, und anschließend teilweise mit aufgenommen, wobei Störungsbilder, Items und Unteritems aus entwicklungspsychologischer Sicht betrachtet wurden und dabei adaptiert, gestrichen oder neu generiert wurden.

Die Unteritems sind generiert als dominierende Stichpunkte für das entsprechende Item, um dem geschulten Anwender die Möglichkeit zu geben, die Stichpunkte möglichst variabel in sein

Gespräch einzubauen. Die Qualitäten eines Items werden somit anhand von formulierten Stichpunkten mit der Likert-Skala vom Untersucher beurteilt.

Die Formulierung der Items erfolgte anhand von bestimmten Kriterien (Bortz & Döring, 2006). Die Items sollten leicht verständlich sein und eine doppelte Verneinung sollte nicht vorkommen. Mehrdeutige Begriffe oder Verallgemeinerungen sollten vermieden werden und die Formulierung sollte allen Untersuchern geläufig sein. Jedem Item sollte eine Aussage zugrunde liegen. Eine negative Formulierung könnte Verwirrung stiften und der Patient oder deren Erziehungsberechtigter könnte sich schnell verurteilt fühlen. Jedoch wirkt eine negative Formulierung auch einer Zustimmungstendenz entgegen (Bortz & Döring, 2006), wodurch wir bei der Generierung der Items die negative Formulierung bevorzugen, da der Untersucher situativ selber entscheiden kann, wie er die Formulierung wählt und durch die negative Formulierung deutlich hervor gehoben wird, wo der Fokus des Unteritems liegt.

3.4 Machbarkeitsanalyse

Die Machbarkeitsanalyse ist eine erste statistische Überprüfung des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter. Sie umfasst die Darstellung der Stichprobe die Auswertung der Verteilungen und Häufigkeiten, die Interne Konsistenz, die Interraterreliabilität, eine Überprüfung der Inhaltsvalidität und eine erste externe Validierung.

3.4.1 Stichprobe

Die Studie schließt das Patientenkollektiv aus den ersten drei Quartalen des Jahres 2011 der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ein. Die Patienten sollten in der angegebenen Zeit mindestens einmal in der Baby- und Kleinkindsprechstunde vorgestellt worden sein. Die Diagnoseverteilung des Klientels in den ersten drei Quartalen in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters kann Tab. 17 entnommen werden. Die dort aufgeführten diagnostischen Gruppen geben einen Überblick der Diagnoseverteilung anhand der ICD-10 und DC: 0-3R.

Tab. 17: Übersicht der diagnostischen Gruppen der Studie mit den Häufigkeiten der Diagnosen nach ICD-10 und DC: 0-3R anhand der Gesamtpopulation der ersten drei Quartale

Diagnostische Gruppe	ICD-10	DC: 0-3R
Bindungsstörungen	F 94.-Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (11,8 %)	150. Deprivation/Misshandlung (15,3 %)
Emotionale und affektive Störungen	F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (0,7 %) F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters (6,3 %)	220. Angststörungen (1,9 %) 230. Depression (0,6 %) 240. Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks (15,3 %) 300. Anpassungsstörung (1,9 %)
Regulationsstörungen	F51.- nichtorganische Schlafstörung (1,4 %) F98.1 Nichtorganische Enkopresis (0,7 %)	400. Regulationsstörungen/Störung der sensitiven Integration (1,3 %) 410. Regulationsstörung Hypersensitiv (4,5 %) 420. Regulationsstörung Hyposensitiv (6,4 %) 500. Schlafstörungen (4,6 %)
(Sozial-) Verhaltensstörungen	F90.- Hyperkinetische Störung (4,9 %) F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (2,8 %) F 92.- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion (2,1%) F95.- Ticstörungen (0,7 %)	-
Reg. stimulationssuchend/impulsiv (RSI)	-	430. Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv (8,3 %)
Sprachstörungen	F98.5 Stottern (0,69 %)	
Essverhaltensstörungen	F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter (4,2 %)	600. Essverhaltensstörungen (5,1 %)
Autistischer Formenkreis	F84.- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (10,4 %)	700. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (6,4 %)
Andere	F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltensstörung (44,4 %) F98.9 Sonstige nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung (0,7 %)	800. Sonstige Störungen nach DSM IV oder ICD-10 (0,6 %)
Keine Diagnose	(6,9%)	(27,3 %)

Die dargestellten Prozentzahlen ergeben sich aus der Zusammensetzung der Erst- und Zweitdiagnose der Gesamtpopulation der Studie N= 130.

Vom 01.01.2011 bis 30.09.2011 befanden sich insgesamt 130 Patienten an die Sprechstunde aktiv angebunden, wovon 96 Patienten von den zu betreuenden Kinder- und Jugendpsychiater/-innen und Psychologen/-innen als für die Studie zu kontaktieren freigegeben wurden. Durch eine telefonische Patientenrekrutierung konnten wir für die Studie insgesamt 41 Patienten gewinnen.

Somit kamen 42,7 Prozent der kontaktierten Patienten zu einem Extratermin in die Klinik, das sind 31,4 Prozent der Gesamtpopulation des Patientenpools der drei eingeschlossenen Quartale.

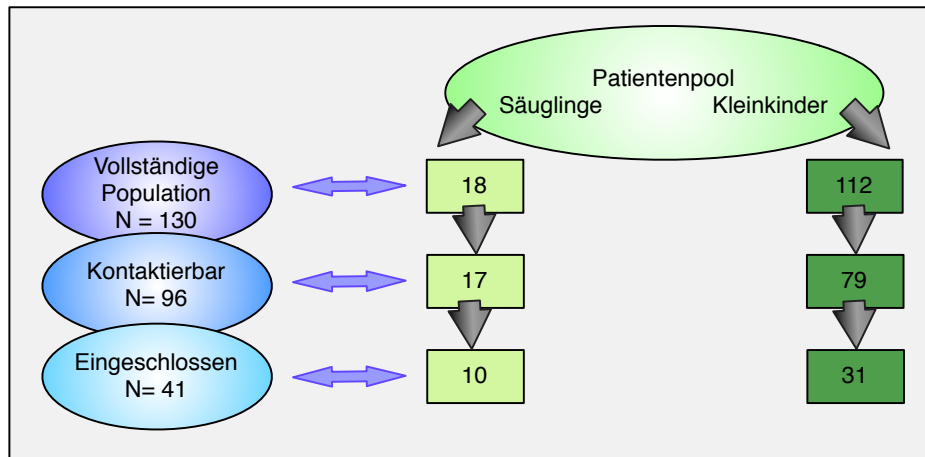


Abb. 10: Aufteilung des Patientenpools

Der Patientenpool

Der einbestellte Patientenpool mit einer Größe von $N = 41$ im Alter von 5-59 Monaten ($M = 33,54$; $SD = 16,4$) zeigte ein breites Verteilungsmuster des Altersspektrums auf.

Wie der Abb. 11 zu entnehmen ist, gibt es eine Kumulation im Bereich der Säuglinge bei dem weiblichen Probanden und eine Kumulation beim männlichen Geschlecht im Bereich der Kleinkinder von 48 bis 58 Monaten. Die Geschlechtsverteilung lag bei 61 Prozent im männlichen und 39 Prozent im weiblichen Bereich. Wobei bei den Säuglingen 7 Mädchen und 3 Jungen vertreten waren und bei den Kleinkindern sich die Geschlechter auf 23 Jungen und 8 Mädchen aufteilte (s. Abb. 11).

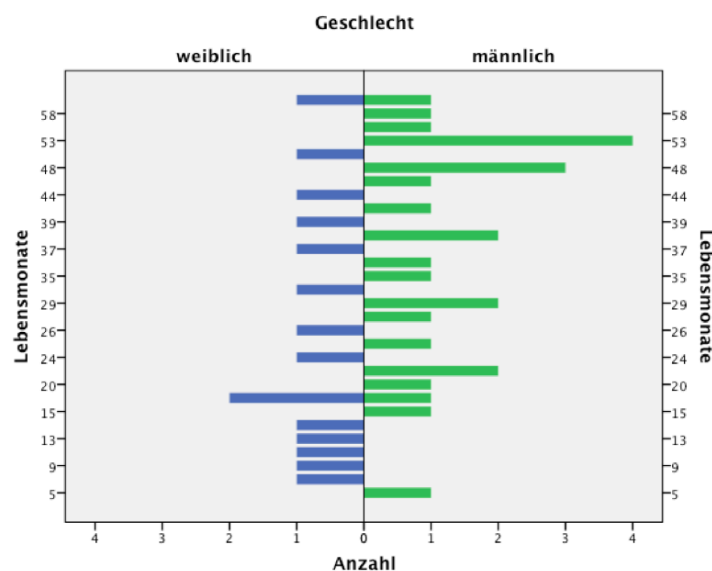


Abb. 11: Altersspektrum der risikoangereicherten Inanspruchnahmepopulation $N = 41$

Das soziale Umfeld deckte ebenso ein breites Spektrum ab. Im sozialen Umfeld zeigten sich folgende Unterschiede: 80,5 Prozent der Patienten lebten bei ihren eigenen Eltern, 9,8 Prozent bei Pflegeeltern, 4,9 Prozent in einem Mutter-Kind-Heim und 4,9 Prozent lebten ohne familiäre Bezugsperson im Heim. In 12,2 Prozent der Fälle war die emotionale Bindung zur primären Bezugsperson gestört. Das Aufwachsen bei Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen trat in 53,7 Prozent der Fälle auf, in 4,9 Prozent hatten beide Eltern eine psychiatrische Diagnose. Zu Drogen hatten 19,5 Prozent (5 Säuglinge, 3 Kleinkinder) der Patienten über die Mutter Kontakt ("Entzugssyndrom beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter"), wovon 1/3 mit Alkohol exponiert war und bei 2/3 die Exposition zu anderen Drogen (z. B. Heroin) vorlag.

Tab. 18: 1. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas nach der ICD-10. Diagnosen Verteilung des Patientenpools N=41

Diagnose ICD-10		Anzahl		Anteil	Verteilung	
F	Bezeichnung	Erst-diagnose	Zweit-diagnose	Prozent	Säugling	Kleinkind
	Keine Diagnose	4		8,9 %	3	1
51.9	Nicht organische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	1		2,2 %		1
84.0	Frühkindlicher Autismus	5		11,1 %		5
84.1	Atypischer Autismus		(1)	2,2 %		(+1)
84.5	Asperger-Syndrom		(1)	2,2%		(+1)
84.9	Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	1		2,2 %		1
90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	3	(1)	8,9 %		3 (+1)
91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	1	(1)	4,5 %		1 (+1)
92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung	1		2,2 %		1
93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2		4,5 %		2
94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2		4,5 %	1	1
94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	1		2,2 %		1
98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	1		2,2 %		1
98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	18		40,0 %	6	12
98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1		2,2 %		1
		41	(4)	100 %	10	31 (+4)

Legende: Die Zweitdiagnose ist in der Darstellung mit aufgenommen und findet sich bei der Verteilung innerhalb der Klammer wieder.

Insgesamt machten 7,3 Prozent der Kinder einen konnatalen Drogenentzug durch und 9,8 Prozent erlebten einen neonatalen Drogenentzug. Die Verdachtsdiagnose eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) konnte bei zwei Kindern (4,9 Prozent) gestellt werden. Das Verteilungsspektrum der Diagnosen ist breit gefächert. Wie der Tab. 18 zu entnehmen ist, gibt es eine starke Mehrheit der Diagnose F98.8. Die Achse 2 des multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD-10 zeigt die Entwicklungsstörungen auf. In der eingeschlossenen Population zeigten auf der zweiten Achse 36,6 Prozent der vorgestellten Kinder eine Diagnose. Die folgende Tab. 19 zeigt die vertretenen Diagnosen in der untersuchten Population:

Tab. 19: Diagnosenverteilung der ICD-10 Achse 2 des Patientenpools N = 41 (in Prozent berechnet)

F80.0 Artikulationsstörung	12,2 % (inkl. 1 ND*)
F80.2 Rezeptive Sprachstörung	2,4 %
F82.0 Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik	14,6 % (inkl. 1 ND*)
F83.0 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	7,3 %
F89.0 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	4,9 %

* ND= Nebendiagnose

Das Intelligenzniveau der Kinder (dritte Achse des multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10) war breit gefächert, 58,5 Prozent waren durchschnittlich, 2,4 Prozent überdurchschnittlich intelligent (IQ > 129), 22,0 Prozent wiesen eine niedrige Intelligenz bis leichte Intelligenzminderung auf und 2,4 Prozent hatten eine schwere Intelligenzminderung (IQ < 20). Insgesamt bleiben 14,6 Prozent der Kinder ohne Einschätzung.

Die vierte Achse des multiaxialen Klassifikationssystems beschreibt die somatischen Beschwerden, welche in der Patientenpopulation mit 36,6 Prozent als Zusatzdiagnose vorhanden waren. Am häufigsten war die Diagnose P 96.1 vergeben mit 19,5 Prozent ("Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter"), 7,3 Prozent der Kinder wiesen eine Q Diagnose auf ("Lippen-Kiefer-Gaumenspalte", "Reduktionsdefekt des Femurs" und einer "Alkoholembryopathie mit Dysmorphiezeichen"), eine L 20.- Diagnose ("Atopisches Ekzem") war in 4,9 Prozent der Fälle vorhanden, und weitere 4,9 Prozent fielen auf die Diagnose P 07.3 "Sonstige vor dem Termin Geborene".

Die fünfte Achse der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) umfasst die psychosozialen Umstände, welche bereits im vorherigen Text genauer erläutert wurden.

Die Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse 6 der ICD-10) im letzten Vierteljahr zeigte, dass keiner der teilnehmenden Patienten hervorragend bis gut angepasst war. 7,3 Prozent zeigten eine befriedigende soziale Anpassung und weitere 7,3 Prozent zeigten eine leichte soziale Beeinträchtigung. Der Hauptteil der Patienten lag in den drei Bereichen der mäßigen (31,7 Prozent), der deutlichen (24,4 Prozent) und der übergreifend durchgängigen (26,8 Prozent) sozialen Beeinträchtigung. Ein Patient konnte mit tiefgreifender und schwerwiegender sozialer Beeinträchtigung eruiert werden.

Die Verteilung der Diagnosen nach der DC: 0-3R zeigt die folgende Tab.:

Tab. 20: 1. Achse der DC: 0-3R Diagnoseverteilung des Patientenpools N=41

Diagnosen DC: 0–3R (1. Achse)		Anzahl		Häufigkeit	Verteilung	
	Bezeichnung	Erst-diagnose	Zweit-diagnose	Prozent	S	K
	Keine Diagnose	6		12,0 %	5	1
150.	Bindungsstörung bei Deprivation	3		6,0 %	1	2
240.	Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks	7	(4)	22,0 %	-	7 (+4)
300.	Anpassungsstörung	2		4,0 %	-	2
400.	Regulationsstörungen/Störungen der sensitiven Interaktion	1		2,0 %		
411.	Regulationsstörung - ängstlich/überechtigt	1		2,0 %	-	1
412.	Regulationsstörung - negativ/trotzig	2		4,0 %	-	2
420.	Regulationsstörung – hyposensitiv/unterreaktiv	3	(1)	8,0 %	3	(+1)
430.	Regulationsstörung – stimulationssuchend/impulsiv	6	(3)	18,0 %	1	5 (+3)
500.	Schlafstörung	2	(1)	6,0 %	-	2 (+1)
600.	Fütterstörung	1		2,0 %	-	1
700.	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	7		14,0 %	-	7
		41	(9)	100 %	10	31 (+9)

Legende: Die Zweitdiagnose ist in der Darstellung mit aufgenommen und findet sich bei der Verteilung innerhalb der Klammer wieder. Säugling (S); Kleinkind (K)

Die drei Hauptdiagnosen in dem Bereich der DC: 0-3R der frühkindlichen Störungen sind demnach die Regulationsstörungen mit 34 Prozent, die gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks mit 22 Prozent und die tief greifenden Entwicklungsstörungen mit 14 Prozent. Die Beziehung zur primären und sekundären Bezugsperson (Achse 2 der DC: 0-3R) wird anhand der *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)*¹⁶ beschrieben.

¹⁶ Skala der PIR-GAS: 90 balanciert, ausgeglichen bis 10 massiv und extrem beeinträchtigt ab einem Wert von 60 ist die Beziehung beeinträchtigt und ab einem Wert unter 40 ist die Beziehung gestört.

Tab. 21: 2. Achse der DC: 0-3R (PIR-GAS) der Patientenpopulation N=41 mit seinen Häufigkeiten

PIR-GAS	Primäre Bezugsperson	Sekundäre Bezugsperson
80 (etwas unausgewogen)	14,6 %	2,4 %
70 (stark aus dem Gleichgewicht)	34,1 %	7,3 %
60 (deutlich gestresst)	19,5 %	/
50 (dysfunktional)	17,1 %	2,4 %
40 (gestört)	7,3 %	/
30 (schwer gestört)	7,3 %	4,9 %
Keine Angaben	/	82,9 %

Der Schwerpunkt in dem Patientenpool (s. Tab. 21) liegt mit 34,1 Prozent in einer stark aus dem Gleichgewicht gebrachten Beziehungsebene zur primären Bezugsperson. An zweiter Stelle stehen die deutlich gestressten Beziehungen mit 19,5 Prozent und die dysfunktionalen Störungen mit 17,1 Prozent. Die Schweregrade "gestört" und "schwer gestört" zeigen jeweils eine Häufigkeit von 7,3 Prozent. Beziehungen zu sekundären Bezugspersonen wurden zu 17,1 Prozent angegeben, wovon am häufigsten die stark aus dem Gleichgewicht gebrachten Beziehungen mit 7,3 Prozent standen und an zweiter Stelle die schwer gestört aus dem Gleichgewicht gebrachten Beziehungen mit 4,9 Prozent.

Drop-Out-Analyse

Insgesamt 31,4 Prozent der aktiven Patienten in den ersten drei Quartalen nahmen an der Studie teil. Die restlichen 68,6 Prozent fielen aus unterschiedlichen Gründen aus der Population heraus. Aufgrund der psychosozialen Stressfaktoren und einer nicht zumutbaren Belastung einiger Kinder wurden zunächst von den behandelnden Therapeuten 26,15 Prozent der 130 Patienten von Anfang an ausgeschlossen.

Das Altersspektrum der ausgeschlossenen Patienten ist breit verteilt und liegt zwischen 0-59 Monaten mit Kumulationen um den 34., 38., 51. und 57. Monat herum. 58,4 Prozent dieser waren männlich und 41,6 Prozent waren weiblich.

Von den nicht eingeschlossenen Patienten N = 89 lebten 36 Prozent im elterlichen (leibliche Eltern oder Pflegeeltern) Haus, wovon bei 43,8 Prozent eine abweichende Elternsituation vorlag, d. h., sie lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil, bei Verwandten in einer Pflegefamilie oder in einer Kurzzeitpflege. 20,2 Prozent der Kinder waren institutionell untergebracht. Eine psychische Störung der Eltern lag bei 55,1 Prozent der ausgeschlossenen Patienten vor und 5,6 Prozent der Eltern wurden mit Behinderung eingestuft. Die Diagnose P96.1 ("Entzugssyndrom

beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter") wurde bei 11,2 Prozent der Kinder diagnostiziert.

Die Verteilung der Diagnosen nach dem multiaxialen Klassifikationsschema der ICD-10 sah im Bereich der ersten Achse wie in Tab. 22 dargestellt aus. Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass es eine Kumulation um die Diagnose F98.8 und in etwas geringerem Maße um die Diagnose F94.2 gibt. Des Weiteren sind die Diagnosen in den typischen Bereichen des Säuglings- und Kleinkindalters breit gefächert. Auf der zweiten Achse der ICD-10 den Entwicklungsstörungen hatten 49,4 Prozent der nicht eingeschlossenen Population Auffälligkeiten. Häufig traten dabei die Diagnosen F82.0 (Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik) mit 20,6 Prozent und F83.0 (Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen) mit 18,7 Prozent als häufigste Störungen auf. An dritter Stelle liegt die F80.1 (Expressive Sprachstörung) mit 6,8 Prozent. Alle anderen Störungen liegen in der Häufigkeit darunter und zeigen das alterstypische Spektrum (s. Tab. 22).

Tab. 22: 1. Achse des multiaxialen Klassifikationsschema der ICD-10 mit den Diagnosen der Drop-Out Population (N= 89)

F	Diagnosen nach ICD-10 Kategorie	Anzahl		Häufigkeit
		Erst- diagnose	Zweit- diagnose	Prozent
	Keine ICD-10 Diagnose	6		6,1 %
43.2	Anpassungsstörungen		(1)	1,0 %
51.4	Pavor nocturnus	1		1,0 %
84.0	Frühkindlicher Autismus	4		4,0 %
84.1	Atypischer Autismus	2	(1)	3,0 %
90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	3		3,0 %
91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	1	(1)	2,0 %
91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	2		2,0 %
92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung	1		1,0 %
92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen		(1)	1,0 %
93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	3	(1)	4,0 %
93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2		2,0 %
93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet	1		1,0 %
94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	4		4,0 %
94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	10		10,1 %
95.0	Vorübergehende Ticstörung	1		1,0 %
98.1	Nichtorganische Enkopresis	1		1,0 %
98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	5		5,1 %
98.5	Stottern [Stammeln]		(1)	1,0 %
98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	42	(4)	46,5 %
		89	(10)	≈100 %

Das Intelligenzniveau der Kinder (dritte Achse des multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10) lag bei 48,3 Prozent der Kinder auf einem durchschnittlichen Intelligenzniveau. Bei einem Kind lag eine überdurchschnittliche Intelligenz ($IQ > 129$) vor, und 13,5 Prozent zeigten eine niedrige Intelligenz ($79 < IQ < 84$) auf. Eine Intelligenzminderung von leicht, mittelgradig und schwer lag bei jeweils einem Kind vor und macht somit 3,3 Prozent der ausgeschlossenen Population aus. Eine schwerste Intelligenzminderung ($IQ < 20$) konnte bei 3,4 Prozent festgestellt werden. Insgesamt bleiben 33,8 Prozent der Kinder der ausgeschlossenen Population ohne Einschätzung.

Eine Diagnose auf der vierten Achse des multiaxialen Klassifikationssystems lag bei 31,5 Prozent der ausgeschlossenen Patienten vor. Diese verteilten sich mit 11,2 Prozent auf das "Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter" (P96.1), mit 3,4 Prozent auf die Diagnosen im Bereich "E" (Stoffwechselerkrankungen), 3,4 Prozent waren "Q" Diagnosen ("Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus", einer "Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)", "Neurofibromatose (nicht bösartig)"). Des Weiteren lagen 3,4 Prozent der Diagnosen im Bereich der "T" Diagnosen mit Verbrennungen und Missbrauchsfällen, sowie 2,2 Prozent der Kinder hatten einen Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (H90.-). Einzeldiagnosen lagen vor mit einem atopischen Ekzem (L20.0) einer Erkrankung des Urogenitaltraktes (N47), einer Augendiagnose (H90.1), einem "extrem unreif geborenem Säugling" (P07.2) und einem Kind mit "Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung" (R62.-).

Die Achse 5 der sozialen Beziehung wurde zu Beginn des Kapitels erläutert. Die sechste Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD-10 die psychosoziale Anpassung zeigte, dass die "leichte" (9 Prozent) und die "mäßige" (10,1 Prozent) soziale Beeinträchtigung die positivsten Beurteilungen waren, gefolgt von dem Hauptteil der "deutlich" (37,1 Prozent) und der "deutlich und übergreifenden" (19,1 Prozent) sozial Beeinträchtigten. Die Häufigkeit der tief greifenden und schweren sozialen Beeinträchtigungen lag bei 2,2 Prozent. Die Diagnosenstellung nach DC: 0-3R teilte sich wie in Tab. 23 dargestellt in 13 Diagnosen auf.

Tab. 23: Diagnoseverteilung nach DC: 0-3R der ausgeschlossenen Population N = 89

Diagnosen DC: 0 – 3 (1. Achse)		Anzahl		Häufigkeit
		Erst-diagnose	Zweit-diagnose	Prozent
	Keine Diagnose	32		29,9 %
150.	Bindungsstörung bei Deprivation	21		19,6 %
220.	Angststörungen im Säuglings- und Kleinkindalter	2	1	2,8 %
230.	Depression im Säuglings- und Kleinkindalter	1		0,9 %
240.	Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks	9	4	12,2 %
300.	Anpassungsstörung	1		0,9 %
400.	Regulationsstörungen/Störungen der sensitiven Interaktion	1		0,9 %
410.	Regulationsstörung hypersensitiv	2	2	3,7 %
420.	Regulationsstörung – hyposensitiv/unterreaktiv	3	3	5,6 %
430.	Regulationsstörung – stimulationssuchend/impulsiv	8	2	9,4 %
500.	Schlafstörung	1	3	3,7 %
600.	Fütterstörung	4	3	6,5 %
700.	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	3		2,8 %
800.	Sonstige Störung nach DSM IV oder ICD-10	1		0,9 %
		89	18	100 %

Vergeben wurde die Diagnose nach DC: 0-3R in 70,1 Prozent der Fälle. Kumulationen gab es bei der "Bindungsstörung bei Deprivation" (150.), gefolgt von der gemischten Störung des emotionalen Ausdrucks und den Regulationsstörungen.

Die Auswertung der PIR-GAS lieferte folgendes Ergebnis:

Tab. 24: PIR-GAS ausgeschlossenen Population N = 89

PIR-GAS	Primäre Bezugsperson	Sekundäre Bezugsperson
90 (ausgeglichen)	3,4 %	1,1 %
80 (etwas unausgewogen)	6,7 %	1,1 %
70 (stark aus dem Gleichgewicht)	6,7 %	5,6 %
60 (deutlich gestresst)	27,0 %	7,9 %
50 (dysfunktional)	6,7 %	4,5 %
40 (gestört)	12,4 %	/
30 (schwer gestört)	/	/
20 (extrem beeinträchtigt)	1,1 %	1,1 %
10 (misshandelt)	1,1 %	3,4 %
Keine Angaben	34,8 %	75,3 %

Zu erkennen ist in der Tab. 24, dass der Bereich ab einer PIR-GAS von 20 (extrem beeinträchtigt) sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Bezugsperson, vorhanden ist. Viele Einschätzungen wurden mit 34 Prozent bei der primären Bezugsperson und mit 75,3 Prozent bei

der sekundären Bezugsperson nicht vergeben. Eine Kumulation war um den Bereich 60 als "deutlich gestresst" vorzufinden.

Der ausgeschlossene Patientenpool zeigt eine breite Variabilität. Zu erkennen ist, dass das Spektrum nicht nur auf eine Randschicht der Patienten zu beschränken ist.

3.4.2 Verteilungsanalyse

Eine Rohwertverteilung soll darüber Auskunft geben, ob bei dem vorliegenden Fragebogen eine Normalverteilung der Items vorliegt (Brosius, 2006). Zur Berechnung der Verteilungsanalyse wurde die Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Dormann & Kevenhörster 2011) verwendet. Die Werte wurden auf Störungsbildebene anhand der Mittelwerte berechnet. Der Test wurde an 41 Patienten durchgeführt und dies jeweils mit 2 Ratern. Das heißt, für ein Störungsbild liegen 82 Patientendaten vor, die für die Verteilungsanalyse von Relevanz sind. Die Verteilungsanalyse wird durchgeführt mit dem *Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest*, der die Nullhypothese überprüft, dass eine Normalverteilung vorliegt (Bortz & Döring, 2006). Wird die Hypothese abgelehnt (Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq 5\%$), sind die Daten nicht normal verteilt, was eine Auswirkung auf die Höhe der Trennschärfe aufzeigt (Bühner, 2010). Hierbei sind Daten die Persönlichkeitsmerkmale aufzeigen, häufig nicht normal verteilt. Bei dem hier durchgeführten Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest handelt es sich um eine Modifikation nach Lillifors, bei dem die Parameter der theoretischen Verteilung aus den Stichprobendaten geschätzt werden. Bewertet werden dabei die Schiefe und die Kurtosis. Die Schiefe ist dabei ein Maß für die Breit- oder Schmalgipfeligkeit einer unsymmetrischen Verteilung (Bühner, 2010).

3.4.3 Häufigkeiten der Störungsbilder im PPB

Im adaptierten PPB soll die Häufigkeit und die Stärke der Ausprägung für jedes Störungsbild dargestellt werden. Zur Ermittlung der Häufigkeiten wurde der eingeschlossenen Patientenpool $N = 41$ auf der Grundlage der Ergebnisse von einem Rater¹⁷ gewertet. Zur Beurteilung wurde das höchst bewertete Item als Wert für das gesamte Störungsbild übernommen.

3.4.4 Interne Konsistenz (Cronbachs α)

Zur Berechnung der internen Konsistenz wird der Koeffizient nach Cronbach (1951) berechnet. Cronbachs Alpha (α) entspricht formal der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität eines Tests (Split-Half-Test) (Bortz & Döring, 2006). Es überprüft also, ob die eine Hälfte der Items dasselbe misst wie die andere Hälfte der Items. Es erfasst den Varianzanteil, der auf eine

¹⁷ Daten von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit C. Dormann

Merkmalsdimension zurückgeht, der alle Items erfasst. Deswegen wird er auch Homogenitätsfaktor genannt. Cronbachs α bezeichnet somit das Ausmaß, in dem die Fragen eines Fragebogens miteinander korrelieren. Die verschiedenen Rater (Anzahl 2) wurden mit den Summen der Items bei der Berechnung in Beziehung zueinander gesetzt und das jeweils im PPB nach Englert et al. (1998) und in der Arbeitsversion des neu adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Dormann & Kevenhörster 2011).

3.4.5 Interraterreliabilität (Cohens κ)

Die Interraterreliabilität beschreibt die Konkordanz zweier Testergebnisse, die durch unterschiedliche Rater mit demselben Test entstanden sind. Sie spiegelt die Reliabilität des Tests wieder, da das Ergebnis zeigt, inwieweit der Test unabhängig vom Untersucher ist. Die Interraterreliabilität wird in dieser Dissertation anhand von zwei Ratern festgelegt, welche unabhängig voneinander die adaptierte Version des PPB am Patienten ausfüllen. Der Grad der Übereinstimmung der Auswertung kann bei zwei Ratern mit dem von Cohen (1960) entwickelten *Cohens Kappa* (κ) bestimmt werden, wobei das Ergebnis als Kappa-Koeffizient oder als Korrelationskoeffizient angegeben werden kann (Dreier et al., 2010).

Der Kappa Koeffizient kombiniert zwei verschiedene Informationsaspekte (Wirtz & Caspar, 2002) zum einen die Konsistenz des Urteilers und den prozentualen Anteil, mit dem ein Merkmal als vorhanden eingeschätzt wird (Wirtz & Kutschmann, 2007).

Bei Items, für welche Cohens κ nicht greift, wurde der (Simple) Matching-Koeffizient (M-Koeffizient) berechnet. Er ist ein Ähnlichkeitsmaß zweier Objekte mit binärer Variablenstruktur und setzt die gleichzeitig vorhandenen Eigenschaften der gerateten Werte der zwei Rater in Beziehung zueinander (Eckey, 2002).

3.4.6 Inhaltsvalidität bewertet durch Experten

Die Inhaltsvalidität wurde anhand des neu entwickelten Expertenfragebogens (s. Kapitel 3.2.4 Expertenfragebogen) überprüft.

Von den elf angeschriebenen Experten lag nach Ablauf der angegebenen Frist und einem Erinnerungsschreiben eine Rückläuferquote von 63,6 Prozent vor, welche in die qualitative Auswertung mit einfließen¹⁸. Bei der Auswertung wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede

¹⁸ Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, Prof. Dr. med. Eva Möhler, Prof. Dr. med. Renate Schepker, Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain, Dr. med. Ernst Pfeiffer, Dr. med. Nikolaus von Hofacker, Dr. Dipl. Psych. Michael Schieche,

zwischen den eingeschlossenen Fachkundigen ermittelt und ihre spezifische Expertenmeinung in die Revision mit eingeschlossen.

3.4.7 Externe Validierung anhand der CBCL's 1 ½ - 5

Eine erste externe Validierung soll die tatsächlichen und die intendierenden Ergebnisse des Fragebogens herausstellen. Um eine externe Validierung durchführen zu können, wird zunächst ein schon validierter Test herangezogen, mit welchem der neue Test verglichen werden kann.

Ein gut validierter Test im Bereich der Kleinkindpsychiatrie ist der CBCL 1 ½ - 5 (Ang et al., 2011). Über den Säuglingsbereich gab es kein vergleichbares ausreichend validiertes Instrument, das verwendet werden konnte, weswegen in dieser Dissertation und im Rahmen der ersten Machbarkeitsanalyse die externe Validierung anhand der 19-60 Monate alten Kinder durchgeführt wurde. Um eine Vergleichbarkeit mit dem zu dem Zeitpunkt aktuellen adaptierten PPB zu schaffen, durfte der ausgefüllte CBCL 1 ½ - 5 nicht älter als ½ Jahr sein.

Der adaptierte PPB und der CBCL 1½-5 sind in Ihrer Struktur verschieden aufgebaut. Der PPB wird unterteilt in 12 Störungsbilder und insgesamt 230 Items. Der CBCL 1½-5 dagegen hat eine Aufteilung auf fünf Symptomskalen, sieben Syndromskalen und insgesamt 100 Items. Um eine Grundlage der Vergleichbarkeit zu schaffen, wurden die Schnittstellen der zwei Instrumente herausgefiltert (s. Abb. 12). 19 Items des CBCL 1½-5 sind nicht im PPB vorzufinden.

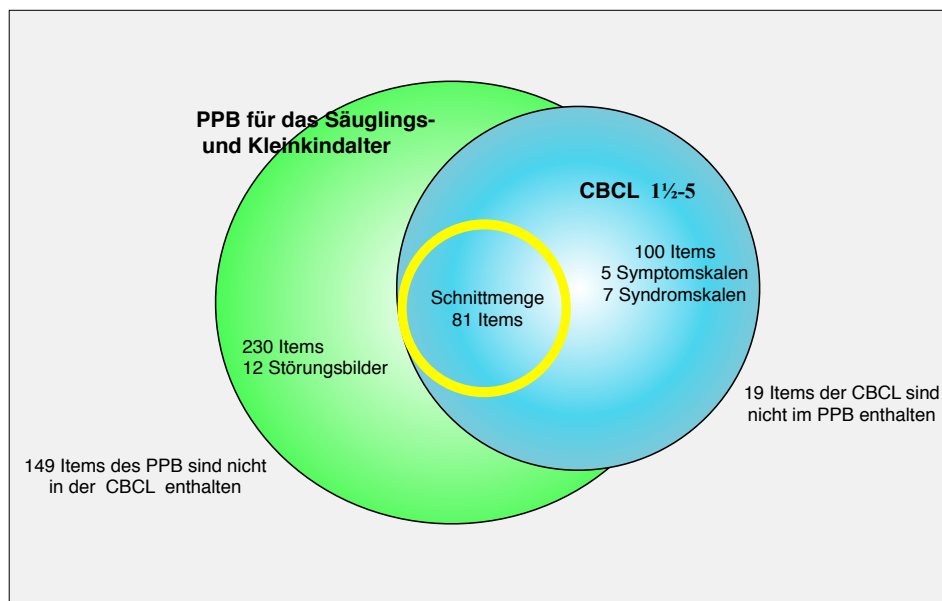


Abb. 12: Schnittmenge der Items im PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter und der CBCL

Dies zeigt unter anderem, dass die Kategorien des CBCL 1½-5 anders gefasst sind. Im PPB sind sie deutlich mehr ausdifferenziert und somit kann es nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit

der Instrumente geben. Da der PPB-Befund in der Auswertung Rohwerte liefert, wurden diese mit den Rohwerten des CBCL 1½-5 verglichen. Um in den validierten Kategorien des CBCL 1½-5 zu bleiben, wurden die Syndrom- und Symptomskalen nicht auseinandergenommen, sondern blieben in ihrer Form erhalten. In den vorhandenen Kategorien des CBCL 1½-5 sind nach der Itemaufteilung nur 3 Störungsbilder der vorliegenden Dissertation aus dem PPB relativ gut wieder zu erkennen und somit vergleichbar. Die Schnittmenge wurde an der übereinstimmenden Zahl der CBCL Items einer Skala zu den Items und Unteritems eines Störungsbildes des PPB für Säuglinge und Kleinkinder gemessen und soll eine Vergleichbarkeit von > 60 Prozent aufweisen.

PPB versus CBCL 1½-5:

➤ Angststörung versus "Anxiety Problems" (Symptomskala)

Die Kategorie der "Anxiety Problems" besteht aus zehn Items in der CBCL. Acht Items der CBCL sind vergleichbar mit dem Inhalt der Unteritems der Angststörungen. Somit gibt es eine Übereinstimmung von 80 Prozent.

➤ Affekt- und Stimmungsstörungen versus "Emotionally Reaktive" (Syndromskala)

Die Kategorie "Emotionally Reaktive" besteht aus neun Items in der CBCL. Sechs Items der CBCL sind vergleichbar mit dem Inhalt der Items im Störungsbild der Affekt- und Stimmungsstörungen. Somit ergibt sich eine Übereinstimmung von 66 Prozent.

➤ Somatoforme Störungen versus "Somatic Complaints" und "Sleep Problems"

Die somatoformen Störungen bilden sich in der CBCL in zwei verschiedenen Kategorien ab. Diese Kategorien wurden zusammengefasst, um den gesamten Bereich der Somatoformen Störungen einzuschließen. Die Kategorie "Somatic Complaints" mit elf Items und die Kategorie "Sleep Problems" mit sieben Items stimmen mit den Items des PPB für Säuglinge und Kleinkinder im Bereich des Störungsbildes der somatoformen Störungen in elf Items überein. Somit ergibt sich eine Übereinstimmung von 61 Prozent.

Die Kategorien Zwangsstörungen und die Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen finden keine Übereinstimmung mit dem CBCL 1½-5. Die Kategorie Essstörung kommt unzureichend in den Bereichen "Somatic Complaints" (Syndromskala) und den "Affective Problems" (DSM orientierte Skala/Symptomskala) vor. Aus dem Bereich "Somatic Complaints" mit seinen elf

Items sind nur vier Items übereinstimmend. Im Bereich "Affective Problems" sind nur zwei Items von den acht angegebenen mit denen aus dem PPB übereinstimmend. Sie wurden in der Berechnung nicht mit aufgenommen, da die Überschneidungspunkte zu gering sind und ein Ergebnis somit keine Relevanz zeigen würde. Des Weiteren wurde der "Total Score" berechnet, welcher die 100 Items des validierten CBCL 1½-5 und die 240 Items des PPB mit seinen Rohwerten berücksichtigt.

Um eine externe Validierung durchführen zu können, wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall (1970) eingesetzt. *Kendalls Tau* (τ) ist ein parameterfreies Maß und kann somit den Zusammenhang ohne Annahmen zur Wahrscheinlichkeitsverteilung zweier Variablen beschreiben. Er überprüft somit monotone Zusammenhänge zweier abhängiger Rangdaten (Bortz & Lienert, 2008). Kendall τ nutzt im Gegensatz zu anderen Rangkorrelationen nur die ordinale Information und ist am aussagekräftigsten bei kleinen Stichproben. Nach Bortz & Lienert (2008, p. 295) liegt der optimale Stichprobenumfang bei ≈ 31 Patienten.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse stellen die adaptierte Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter dar, die Auswertung der statistischen Überprüfung und die sich anschließende Revision des PPB für Säuglinge und Kleinkinder.

4.1 Adaptierter PPB des Säuglings- und Kleinkindalter (Emotion/Wahrnehmung/ körperliches Empfinden)

Die folgenden Punkte zeigen das Ergebnis des adaptierten PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Bereichen der Emotion, Wahrnehmung und dem körperlichen Empfinden. Insgesamt konnten sechs der zehn Störungsbereiche adaptiert werden. Innerhalb der sechs Störungsbereiche konnten 33 Items als sinnvoll eruiert werden und an das frühe Kindesalter adaptiert werden. Zehn der Items wurden wegen unzureichender Relevanz aus dem adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter gestrichen. Bei der Bewertung wurde die Likert-Skala um die Möglichkeit der Acht "logisch nicht möglich" erweitert. Das Fazit des Untersuchers entscheidet über die Ausprägung innerhalb der festgelegten Werte-Skalierung. Das Alter wurde in zwei Kategorien aufgeteilt 0-18 Monate (Säugling) und 19-60 Monate (Kleinkind). Meilensteinbegrenzungen, die nicht innerhalb der zwei Altersspannen ein zu kategorisieren waren, wurden mit spezifischen Altersangaben versehen. Die adaptierten Items dienten als Grundlage für die im Anschluss folgende experimentelle Überprüfung und anschließende statistische Auswertung.

4.1.1 Störungsbilder und Items des adaptierten PPB

Die Ergebnisse der Störungsbilder und Items werden mit denselben Bezifferungen wie in der Arbeitsversion des adaptierten PPB im Folgenden dargestellt. (Störungsbilder = blau; Items = Hellblau)

"6. Angststörungen

Die Angststörungen sind schon im Kleinkindalter vorzufinden. Das Kind zeigt starke Irritationen, verbunden mit Ängstlichkeit und Rückzugsverhalten bei Neuem oder auch bekannten Stimuli."

"6.1 Soziale Angst

Erste Anzeichen einer sozialen Angst können ab dem 30. Lebensmonat festgestellt werden und äußern sich mit ängstlichem Verhalten in Gruppen, sozialem Rückzug und der Angst vor schamhaften Situationen.

Trifft zu für den Bereich 30-60 Monate.

Symptomatik:

- *Aufgrund von Angst vor dem Gegenüber zieht sich das Kleinkind aus verhältnismäßig kleinen Gruppen zurück.*
- *Das Kleinkind meidet größere Menschenansammlungen und weigert sich auch mit der Bezugsperson, in diese einzutreten.*

Exploration:

- ✓ K *Übermäßig ängstliches Verhalten in Gruppen (ca. ab 30 Monaten)*
- ✓ K *Wehrhaftes Verhalten bei Eintritt in Gruppen (ca. ab 30 Monaten)"*

"6.2 Trennungsangst

Altersunangemessene Trennungsangst nach dem 36. Lebensmonat.

Trifft zu für den Bereich 36-60 Monate.

Symptomatik:

- *Klammern und panisches Schluchzen und Schreien, sobald die Bezugsperson den gewohnten Rahmen verlässt und sich vom Kind entfernt.*

Exploration:

- ✓ K *Sofortige Unsicherheit mit Weinen und Schluchzen, wenn vertraute Person sich entfernt (ca. ab 36 Monaten)*
- ✓ K *Schlechtes Einschlafen z. B. nicht alleine (ca. ab 36 Monaten)*
- ✓ K *Weigerung, die gewohnte Umgebung zu verlassen (ca. ab 36 Monaten)*
- ✓ K *Weigerung, alleine zu sein (ca. ab 36 Monaten)"*

"6.4 Leistungsangst

Angst in Leistungssituationen (kleine Bühnenaufführungen, Förderprogramme und sportliche Leistungen) zu versagen und daraufhin Vermeidung der entsprechenden Situation. Das Kind

muss hierfür selbstständig an Programmen teilnehmen können.

Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- *Kann vor Angst zu versagen an Events nicht mehr teilnehmen.*
- *Das Kleinkind verweigert Aussagen, um einem Versagen vorzubeugen.
(Abfragesituation)*

Exploration:

- ✓ *K Körperlich unbegründete Bauchschmerzen, Schwindel oder
Übelkeit vor Events (ca. ab 48 Monaten)*
- ✓ *K Übermäßige Sorgen, etwas falsch zu machen (ca. ab 48 Monaten)*
- ✓ *K Übermäßig hoher Leistungsanspruch (ca. ab 48 Monaten)"*

"6.5 Agoraphobie

*Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.1.1.4 Agoraphobie) im PPB für
Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden. "*

"6.6 Andere umschriebene Phobien

*Deutliche und anhaltende Angst und daraus resultierendes Vermeidungsverhalten vor einem
spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation, die nicht unter soziale Angst fällt (6.01).
Die häufigsten Ängste betreffen bestimmte Tiere, Höhen, Donner, geschlossene Räume,
Injektionen, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche.*

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Auslösende Objekte/Situationen führen zu starker Angst/Panik und ausgeprägtem
Vermeidungsverhalten bei dem Kleinkind, sodass keine Konfrontation möglich ist, auch
nicht durch gutes Zureden.*

Exploration:

- ✓ *K Starkes Abwehrverhalten in bestimmten Situationen oder gegenüber
Gegenständen (z. B. Arzt, Spritze, Tiere, Dunkelheit, Fremden)*
- ✓ *K Panische Schreiattacken in bestimmten Situationen*
- ✓ *K Rückzug oder Erstarren in bestimmten Situationen"*

"6.7 Panikattacken

Panik ist ein aufsteigendes Angstgefühl, welches ohne eine situations- oder objektgebundene Gegebenheit auftritt. Sie wird von vegetativen Symptomen begleitet, die mindestens einige Minuten dauern, abrupt beginnen und schnell einen Höhepunkt erreichen. Die Angstsymptome sind verbunden mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Zittern, Hyperventilieren, Parästhesien, Mundtrockenheit, Schwindel, Übelkeit oder Magen- Darm-Beschwerden. Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke. Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Abrupt beginnende, von außen betrachtet unbegründete Angst mit körperlichen Symptomen wie z. B. Schweißausbrüchen und Schwindel, Zittern und Magen- Darm-Beschwerden oder Übelkeit, die in kurzer Zeit ihre maximale Auswirkung haben.*

Exploration:

- ✓ K *Wiederholt auftretende Angst mit körperlichen Symptomen, welche situations- und objektunabhängig auftritt*
- ✓ K *Panik, die sich innerhalb von Minuten aufbaut*
- ✓ K *Panik von außen betrachtet aus nicht einsehbarem Grund"*

"6.8 Generalisierte Angst

Das Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die sich aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt, sondern frei flottiert. Die Angstsymptome treten an den meisten Tagen über mehrere Wochen auf. Die Angst dreht sich um Alltagssituationen, wie Kindergarten, Beziehungen usw. und äußert sich mit Symptomen der Anspannung (akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Zittern) und der Übererregbarkeit (Oberbauchbeschwerden, Schwindel, Schwitzen, Tachypnoe, Tachykardie). Es herrscht häufig das Bedürfnis nach Beruhigung und somatische Beschwerden werden geklagt.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Die Angst ist nahezu den ganzen Tag vorhanden und äußert sich durch Symptome der Anspannung und der Übererregbarkeit mit somatischen Beschwerden.*

Exploration:

- ✓ *Übermäßiges Bedürfnis nach Beruhigung*
- ✓ *Über Wochen anhaltende somatische Beschwerden*
- ✓ *Kontinuierliche Verweigerung von bestimmten Alltagssituationen"*

"7. Affekt und Stimmungsstörungen

Die Entwicklung einer ausgewogenen Stimmungs- und Affektregulation ist ein wichtiger Grundstein der kindlichen Entwicklung. Fehlregulationen der affektiven Äußerung und der Stimmungslage können zu grundlegenden und tief greifenden Entwicklungsproblemen werden. Ihre Darstellung kann von übersteigter Freude bis hin zu depressiven Symptomen verschiedenste Formen annehmen. "

"7.1 Klagsam

Schmerzen und Kummer werden anhand von Gestik, Mimik und Worten starker Ausdruck verliehen. Dabei klagt oder lamentiert das Kleinkind unangemessen und wiederholt.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das lamentierende und klagende Verhalten dominiert das Interaktionsverhalten des Kleinkindes.*

Exploration:

- ✓ *S+K Übermäßiges wehleidiges Verhalten*
- ✓ *S+K Wehklagen beeinträchtigt das Interaktionsverhalten*
- ✓ *S+K Gestik und Mimik übermäßig gesteigert bei Schmerzen oder Kummer*
- ✓ *K Negative Seiten einer Situation werden überwiegend hervor gehoben (ab ca. 48 Monaten) "*

"7.2 Gereizt-dysphorisch

Missmutige, unausgeglichene Verstimmtheit. Der Säugling/das Kleinkind wirkt mürrisch, gereizt, ablehnend, angespannt und latent aggressiv. Es ist die Bereitschaft zu aggressiv getönten, affektiven Ausbrüchen, die aus scheinbarer Ruhe (gespannter Ruhe) kommen können.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Der Säugling zeigt sich situations- und interaktionsunabhängig, z. B. bei der Versorgung, plötzlich auftretender, gereizter missmutiger Stimmungen, die sich durch einen Interaktionspartner nicht beeinflussen lassen.*
- *Der Säugling/das Kleinkind zeigt sich situations- und interaktionsunabhängig, z. B. unabhängig vom Gesprächsthema, plötzlich auftretende gereizte, missmutige Stimmungen, die sich durch einen Interaktionspartner nicht beeinflussen lassen.*

Exploration:

- ✓ *S+K Plötzlich eintretende situationsunabhängige, missmutige, gereizte Stimmung*
- ✓ *S+K Stimmungslage nicht beeinflussbar durch Interaktionspartner"*

"7.3 Depressiv/traurig verstimmt

Es gibt einen breiten Bereich von Gefühlen: Traurigkeit, Unbehagen, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Sorge, Verzagtheit, Hilflosigkeit, innerer Qual.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Die Symptome des Rückzugsverhaltens beim Säugling (0-18 Monate) äußern sich anhand folgender Auffälligkeiten: Schreien, Unruhe, Weinen, Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation, reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer; Anhänglichkeit; Albernheit, Ängstlichkeit, Schüchternheit, selbststimulierendes Verhalten, (Schlafprobleme, Essstörungen)*
- *Die Symptome einer frühkindlichen depressiven Verhaltensweise (19-60 Monate) äußern sich anhand folgender Auffälligkeiten: Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosibilität, Hypomimie, gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit, Spielunlust, Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität, soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung; Aufmerksamkeitssuche, Autostimulation, Schuldgefühle, Erschöpfung, Anhedonie, (Schlafprobleme, Essstörungen)*

Exploration:

- ✓ *S + K Übermäßig traurig, reizbar, weinerlich und anhänglich*

- ✓ S + K *Auftreten verstärkter autostimulierender Stereotypen*
- ✓ S + K *Auftreten von verstärkter Passivität mit Hypomimie*
- ✓ S+ K *Spielunlust*
- ✓ K *Im Spiel übermäßig traurige Spielthemen"*

"7.4 Anhedonie

Die Fähigkeit des positiven emotionalen Erlebens ist reduziert, sowie die positive Reaktion in der Anzahl. Anhedonie wird auch als Symptomenkomplex depressiver Erkrankungen bezeichnet. Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das Empfinden von Freude, Lust oder Vergnügen ist eingeschränkt.*

Exploration:

- ✓ S+K *Freude oder Vergnügen ist reduziert*
- ✓ S+K *Symptomkomplex depressiver Erkrankungen ausgebildet (Item Depressiv/traurig verstimmt > 2)"*

"7.5 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen

Kleinkinder thematisieren mangelndes Selbstvertrauen selten direkt, sondern eher in der Einstellung, Anforderungen nicht bewältigen zu können, obwohl sie objektiv die Kompetenz besitzen. Das Gefühl, Anforderungen nicht gewachsen zu sein, tritt erst mit dem 48. Lebensmonat auf, da erst ab diesem Alter normalerweise ein Selbstvertrauen aufgebaut wird. Fehlt dieser Aufbau oder ist er nach einiger Zeit wieder regressiv, so kann es zu einem mangelnden Selbstwertgefühl kommen. Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das Kleinkind glaubt in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Kindergarten, Freunde) die gestellten Anforderungen nicht bewältigen zu können, obwohl es objektiv die Kompetenz besitzt.*

Exploration:

- ✓ K *Mangelndes Vertrauen zu sich selber (ab ca. 48. Monaten)*
- ✓ K *Unterlegenheitsgefühl bei Spielkameraden (ab ca. 48. Monaten)*
- ✓ K *Das Kleinkind stellt sich selbst als Versager dar.
Andere Personen können subjektiv alles besser (ab ca. 48. Monaten)"*

"7.6 Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung

Das Kleinkind fühlt eine tiefe Verzweiflung in sich, da es keinerlei Ausweg sieht, die Gegebenheiten zu verändern. Es liegt eine pessimistische Haltung vor, wobei keine Hoffnung mehr vorhanden ist und eine Zukunftsorientierung fehlt (Schwarzsehen). Um Hoffnungslosigkeit spüren zu können, wird ein "Ich-Bewusstsein" vorausgesetzt.

Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- Auswegloses Gefühl mit tiefer Wut oder Traurigkeit
- Versagensängste

Exploration:

- ✓ K Starke Verzweiflung nach Nichterfüllung einer Aufgabe (ab ca. 48 Monaten)
- ✓ K Gefühl: "Die ganze Welt richtet sich gegen mich" (ab ca. 48 Monaten)
- ✓ K Negative Seiten einer Situation werden überwiegend hervorgehoben (ab ca. 48 Monaten)"

"7.7 Schuldgefühle/Selbstvorwürfe

Das Kleinkind fühlt sich übermäßig häufig schuldig für eine nach seiner Ansicht verwerflichen Tat, einem verwerflichen Wunsch oder einem verwerflichen Gedanken. Die eigene Moralvorstellung (ab 48 Monaten) ist so hoch angesetzt, dass es den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden kann und sich Schuldgefühle gepaart mit Selbstvorwürfen entwickeln.

Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- Das Kleinkind entwickelt übermäßige Schuldgefühle bei orientierendem Tadel der Autoritätsperson, welche nicht situationsangemessen sind.

Exploration:

- ✓ K Übermäßig starkes Schuldgefühl nach orientierendem Tadel (ab ca. 48 Monaten)"

"7.8 Affektarm

Das Spektrum der gezeigten Gefühle ist vermindert. Wenige Extreme (z. B. Hass, Wut) oder nur sehr dürftige Affekte (z. B. gleichgültig, teilnahmslos) sind zu erkennen. Affektarmut kann mit

oder ohne subjektivem Leidensdruck vorhanden sein.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- ✓ *Das Kleinkind zeigt kaum oder gar keine gefühlsmäßige Reaktion in Situationen, in denen eine Gefühlsäußerung zu erwarten wäre.*

Exploration:

- ✓ *S+K Affektive Resonanz nicht vorhanden*
- ✓ *S+K Teilnahmslosigkeit bei Ansprache*
- ✓ *S+K Hypomimie*
- ✓ *S+K Schmerzunempfindlichkeit*
- ✓ *K Gefühle können nicht ausgedrückt werden*
- ✓ *K Gefühle Anderer können nicht gespiegelt werden"*

"7.8 Interesselosigkeit/Apathie

Das Kind lebt in einer eigenen zurückgezogenen Welt und interessiert sich kaum bis gar nicht für seine Umwelt. Dieses äußert sich in innerer Distanz des Kindes zu seiner Umwelt. Auch das Verhältnis des Kindes zu seinem eigenen Körper kann gestört sein.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Teilnahmslosigkeit. Der Säugling/das Kleinkind lässt sich nicht durch gezielte Aufforderungen, Laute oder optisch durch bewegte Gegenstände motivieren, einer Handlung zu folgen.*

Exploration:

- ✓ *S+K Ignorieren von Spielangeboten*
- ✓ *S+K Apathisches in die Ferne schweifen*
- ✓ *S+K Interesselosigkeit"*

"7.9 Affektlabil

Schneller Stimmungswechsel, der auf einen Anstoß von außen oder auch scheinbar spontan erfolgt. Die Affekte sind dabei von kurzer Dauer mit vielfachen Schwankungen und können in den Extremen der positiven oder negativen Stimmungslage liegen.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Stark auftretende Stimmungsschwankungen beim Säugling oder Kleinkind in und außerhalb der Untersuchungssituation, welche unabhängig von einem Themenbereich sind.*

Exploration:

- ✓ S+K *Extreme Stimmungsschwankungen*
- ✓ S+K *Stimmungsschwankungen ohne Auslösestimuli"*

"7.10 Ambivalent

Gefühle müssen geäußert werden können, um die Ambivalenz des Kindes eindeutig darzulegen. Es besteht eine Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und Impulse, die er als gleichzeitig vorhanden und meist auch als quälend und belastend erlebt. Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das Kleinkind verspürt ganz gegensätzliche Gedanken und Gefühle gegenüber Situationen oder Personen, welche in seinen Gedanken sehr dominierend auftreten.*

Exploration:

- ✓ K *(Vorhandene widersprüchliche Gefühle des Kleinkindes zu vertrauten Personen) (ab 48 Monaten) "*

"7.11 Inadäquat

Nichtübereinstimmung von geäußertem Gefühl und spürbarem Erlebnisinhalt, z. B., das Kleinkind berichtet ganz heiter, dass es schrecklich traurig sei, oder es verharrt in einer Situation, dem exzessiven Trotzen (nicht pathologisches Trotzen muss hier klar abgegrenzt werden von den länger andauernden und häufiger auftretenden Trotzphasen des exzessiven Trotzens), auch wenn dieses nicht mehr altersentsprechend ist.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Geäußerte Gefühle stimmen nicht mit dem Verhalten in verschiedenen Situationen überein und sind für den Untersucher oder die Begleitperson als sehr irritierend wahrnehmbar.*

- *Das Kleinkind reagiert ohne ersichtlichen Grund mit exzessivem Trotzen und ist nicht zu beruhigen.*

Exploration:

- ✓ K *Starkes Trotzverhalten schon bei kleinen Auseinandersetzungen*
- ✓ K *Das gesprochene Wort stimmt nicht mit der Grundstimmung des Kleinkindes überein (ab ca. 48 Monaten) "*

"7.12 Innere Unruhe

Innere Spannung; Aufregung und getrieben sein. Eine äußere motorische Unruhe darf nicht als Ausdruck der inneren Empfindungen interpretiert werden. Sie äußert sich vielmehr durch Konzentrationsschwierigkeiten und ist somit erst ab dem 24. Lebensmonat eruierbar.

Trifft zu für den Bereich 24-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das Kleinkind verspürt eine starke innere Anspannung und einen enormen Druck, der auf ihm lastet. Es fühlt sich aufgewühlt und kann sich kaum auf anstehende Aufgaben konzentrieren.*

Exploration:

- ✓ K *Gesteigerte Körperspannung (ab ca. 24 Monaten)*
- ✓ K *Schnelles Abschweifen von begonnenen Spielen (ab ca. 24 Monaten)*
- ✓ K *Kein geplantes Handeln möglich (ab ca. 24 Monaten)*
- ✓ K *Konzentrationsprobleme (ab ca. 24 Monaten)"*

"7.13 Gesteigertes Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl des Kindes ist übermäßig gesteigert. Das Kind traut sich selber viel zu und fühlt sich besonders leistungsfähig. Beurteilt wird hierbei das Ausmaß der geäußerten Selbstzuschreibungen im Hinblick auf die realen Möglichkeiten und die durch die gesteigerte stimmungsbedingte Selbstüberschätzung. Um die Selbstüberschätzung hier eindeutig eruieren zu können, ist es nötig, dass das Kind sich selbst äußern kann.

Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das Kind überschätzt wesentlich seine Möglichkeiten und Fähigkeiten mit Aufgaben zurecht zu kommen.*

- *Ein Hinweisen auf seine Selbstüberschätzung wird vom Kind negiert.*

Exploration:

- K *Fühlt sich besser als alle Freunde (ab ca. 48. Monaten)*
- K *Keine Aufgabe scheint dem Kleinkind zu schwer (ab ca. 48. Monaten)"*

"7.14 Euphorisch

Zustand eines übersteigerten Wohlbefindens, der Heiterkeit, der Zuversicht und eines gesteigerten Vitalgefühls, der vom Umfeld nicht mehr nachvollziehbar ist und oft zu unangemessenen Handlungen führt, wobei die folgenden Konsequenzen nicht mehr richtig eingeschätzt werden können. Euphorisches Verhalten kann erst gezeigt werden, nachdem der Ausdruck von Gefühlsempfindungen der Situation entsprechend möglich ist. Dieses beginnt mit 19 Monaten.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Anhaltende situationsunangemessene Hochstimmung mit fehlender Selbstkontrolle*

Exploration:

- ✓ K *Überschießende Handlungen*
- ✓ K *Übermäßiges euphorisches Verhalten"*

"8. Zwangsstörungen

Die Zwangsstörung bei Kleinkindern bezieht sich auf zwanghafte, ritualisierte und stereotype Verhaltensweisen, ohne dass sich die Kleinkinder bewusst darüber wären, etwas falsch zu machen. Können sie ihr Ritual nicht vollständig durchführen, oder wird ein Zeitplan nicht regelrecht eingehalten, so kann dieses zu Ängsten und Unwohlsein, bis hin zu Wutausbrüchen führen."

"8.1 Zwangsgedanken und 8.2 Zwangsimpulse

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.2.1.1 Zwangsgedanken und Zwangsimpulse) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"8.3 Zwangshandlungen

Handlungen auf Impulse und Gedanken, die nicht kontrolliert werden können. Änderungen im

Ablauf führen zu starkem Widerwillen und missmutiger Stimmung.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Ausführen von immer wiederkehrenden, im Auge des Betrachters, "unsinnigen" Ritualen.*
- *Übermäßige Wutausbrüche bei Nichteinhaltung eines Zeitplanes, wie .z. B. Verschiebung der Uhrzeit vom Abendbrot*

Exploration:

- ✓ *K Wutausbrüche bei Nichteinhaltung von festen Ritualen/Strukturen*
- ✓ *K Rituale ohne tieferen Sinn*
- ✓ *K Gegenstände müssen nach einem speziellen Plan sortiert werden oder aufgestellt sein. "*

"9. Fütterstörung/Esstörung

Die Ess- und Fütterstörungen sind ein häufiges Problem der frühen Kindheit. In dem Alter beziehen sich die Fütterprobleme überwiegend auf die verminderte Nahrungsaufnahme und eine dysfunktionale Fütterinteraktion. Beeinflusst wird sie durch genetische, temperamentsabhängige Determinanten, so wie die elterliche Psychopathologie und die reziproke elterliche Interaktion. Wichtig dabei zu eruieren ist, ab wann die Problematik hervorgerufen wurde und ob sie länger als einen Monat besteht."

"9.1 Erhöhte Nahrungsaufnahme

Übermäßiges Essen und/oder übermäßiges Füttern bzw. ernährungsphysiologisches Fehlverhalten beim Füttern, das zu einer deutlichen Gewichtszunahme über das Normalgewicht hinaus führt. Das Kind fordert übermäßig Essen ein. Die Reaktion ist das "permanente" Anlegen an die Brust/Stillen und das ständige Füttern des Kindes.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Klassisches Bild einer Adipositas. Das zum Übergewicht führende Essverhalten kann vom Säugling/Kleinkind bzw. von seiner Bezugsperson/Eltern nicht gesteuert werden.*

Exploration:

- ✓ S+K *Isst/trinkt übermäßig viel*
- ✓ S+K *Angebot von häufigen Mahlzeiten mit übermäßiger Nahrungsaufnahme*
- ✓ S+K *Unregelmäßige selbstbestimmte Nahrungsaufnahme; Essen ohne zeitlichen Rhythmus "*

"9.2 Heißhunger- und Essattacken

Unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln. Dies führt dazu, dass das Kind innerhalb kürzester Zeit große Mengen Nahrung zu sich nimmt. Die Essattacken werden häufig als Kontrollverlust erlebt. Die übermäßige Gier nach Essen lässt das Kind häufig Quengeln und Schreien. Die Reaktion ist das ständige Füttern des Kindes.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Täglich auftretende Essattacken/Heißhungeranfälle/Unruhe. Dabei richten sich alle Gedanken auf Essen und Nahrung und/oder werden von der Bezugsperson als solche aufgegriffen, die sie folgend durch Nahrungsangebot zu stillen versucht.*
- *"Maul stopfen"*

Exploration:

- ✓ S+K *häufiges Schreien/Quengeln mit Beruhigung durch anschließende Nahrungsaufnahme*
- ✓ S+K *hastig, häufig Unruhe während des Essens"*

"9.3 Verminderte Nahrungsaufnahme

Verminderung der Nahrungsaufnahme ohne medizinische Indikation, die zu einer deutlichen Gewichtsreduktion unterhalb des Normgewichts führt oder eine mangelnde Gewichtszunahme (BMI < 16) zur Folge hat.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Gewichtsreduktion, die zu einem Gewichtsverlust führt (BMI < 16), oder eine mangelnde Zunahmen des Gewichtes bei Längenzuwachs zur Folge hat.*

Exploration:

- ✓ S+K *Seltenes Melden des Kindes, um "gestillt" zu werden/selten (keine) Hungergefühle*
- ✓ S+K *Während des Fütterns/Essens schläfrig, agitiert, abgelenkt, unruhig (Exploration/Interaktion gesteigert)*
- ✓ S+K *Isst das Kind im Vergleich zu anderen extrem wenig*
- ✓ S+K *Nahrungsverweigerung (kein Schlucken, Würgen, Hamsterbacken)*
- ✓ S+K *Gewichtsverlust/mangelnde Gewichtszunahme"*

"9.4 Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/ 9.5 Selbstinduziertes Erbrechen

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.2.2.4 Unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/Selbstinduziertes Erbrechen) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"9.6 Körperschema Störung

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.2.2.5 Körperschema Störung) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"9.7 Rumination

Häufig vorkommendes wiederholtes Heraufwürgen und Wiederkauen von Speisen, ggf. mit abermaligem Herunterschlucken oder aber Ausspucken, über einen Zeitraum von mindestens einen Monat, ohne dass eine definierte körperliche Erkrankung zugrunde liegt. Abzugrenzen von der physiologischen passageren Regurgitation, welche überwiegend bis in das Alter von 18 Monaten auftreten kann.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das willentliche "Wiederaufstoßen" der Nahrung tritt bei jeder Mahlzeit auf, über eine Dauer von mindestens einem Monat.*

Exploration:

- ✓ K *Schon bereits geschluckte Nahrung wird wieder heraufgewürgt, erneut gekaut oder ausgespuckt"*

"9.8 Pica

Verzehr von nicht essbaren Substanzen oder ungenießbaren Gegenständen ohne Ernährungswert. Für die klinische Diagnose ist das mindestens zweimal wöchentlich und länger als einen Monat vorherrschend. Andere psychische Störungen bis auf eine geistige Behinderung müssen ausgeschlossen werden, und das Essverhalten sollte nicht kulturell bedingt sein.

Trifft zu für den Bereich 24-60 Monate.

Symptomatik:

- *Täglich auftretender Verzehr nicht essbarer Substanzen*

Exploration:

- ✓ *K Essen von Gegenständen/Substanzen, die zum Essen nicht geeignet sind (ab ca. 24 Monaten) "*

"9.9 Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion

Bei Kindern ist das gestörte Essverhalten eher eine Verhaltens-/Regulationsstörung ("Suppenkasper"). Machtkämpfe im Kontext von Kontrolle und Autonomie sind die Grundlage.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Der Säugling/das Kleinkind zeigt sehr wählerisches Essverhalten/Fütterverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und angemessener Begleitung? Bei Säuglingen/Kleinkindern häufig (ca. 30 Prozent der 4-jährigen inkonstantes/wählerisches Essen).*
- *Die Mahlzeiten dauern überdurchschnittlich lange (ca. > 45 Minuten) bzw. die Intervalle der Mahlzeiten sind gering (ca. < 2 Stunden).*
- *Dissoziales Ess- und Fütterverhalten: Der Säugling/das Kleinkind ist sehr unruhig und abwehrend während des Stillens/Fütterns/Essens. Er streckt sich durch und wendet sich ab. Das Kleinkind ist aggressiv abwehrend, weist Teller/Essen von sich und tobt. Essen aus Langeweile oder Frust.*
- *Interaktionsgestörtes Ess- und Fütterverhalten: Das Kind ist deutlich abgelenkt durch andere Sachen; es ist fixiert auf z. B. Spielzeug/Aktionen, die es nicht "loslassen" kann für die Essenszeit, sodass sich das Essen sehr unruhig gestaltet z. B. mit wiederholten Spieleinlagen. Das Essen/Füttern geschieht gehäuft nur in Ablenkung oder mit Druck*

und Zwang der Bezugsperson. Es gibt keine Ruhe/eigene Essenszeit. Unangemessenes Verhalten sowohl beim Kind und/oder auch der Bezugsperson.

- *Die Trinkschwäche des Kindes mit einer Ungeduld mütterlicherseits lassen die Interaktion bei der Nahrungsaufnahme häufig eskalieren.*

Exploration:

- *S Stillen nicht möglich (zu unruhig, wehrhaft)*
- *S + K Sehr wählerisches Essverhalten*
- *S + K Verweigerung der Nahrung bei best. Geschmack/Konsistenz/Geruch*
- *S + K Häufig lang dauernde Mahlzeiten > 30 min*
- *S + K Häufiges Essen/Füttern mit Ablenkung, Druck oder Zwang*
- *K Unkontrolliertes Essen aus Langeweile/Frust"*

"10. Funktionelle und somatoforme Störung

Wiederholte Präsentation von körperlichen Krankheitssymptomen oder funktionellen Regulationsproblemen der Körperfunktion, die kein oder nur im geringen Ausmaß daran beteiligtes organisches Korrelat als Ursache hat. Die Stärke und Häufigkeit des Symptoms und dessen körperliche und seelische Funktionseinschränkung kann mit dem aktuellen organischen Zustand des Kindes nicht begründet werden."

"10.1 Einnässen

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.3.1.1 Einnässen) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"10.2 Einkoten

Enkopresis wird als willkürliches und unwillkürliches Einkoten ab einem Alter von 4 Jahren nach einem Ausschluss organischer Genese definiert. Es muss mindestens einmal pro Monat auftreten und für eine Dauer von mindestens drei Monaten bestehen. Der Stuhl ist von normaler Konsistenz und wird an Orten/Stellen abgesetzt, die im soziokulturellen Milieu des Patienten dafür nicht vorgesehen sind. Auch das "Einschmierern" von Kot ist hier zu beurteilen. Es kann sich hierbei um eine Verlängerung der infantilen Inkontinenz handeln oder um einen Kontinenzverlust, nachdem bereits eine Kontrolle der Darmfunktion vorhanden war (sekundäre Enkopresis) oder auch um das absichtliche Absetzen von Stuhl.

Trifft zu für den Bereich 48-60 Monate.

Symptomatik:

- *Willkürliches oder unwillkürliches Einkoten ab 4 Jahren ohne Hinweis auf eine fehlende Kontrolle der Ausscheidungsfunktion.*

Exploration:

- ✓ *K Regelmäßiges/wiederkehrendes Einkoten (ab ca. 48 Monate)"*

"10.3 Schlafstörungen

Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern werden zurück geführt auf zwei Bereiche: die Ein- und Durchschlafstörungen. Der Schlaf ist nicht als solches gestört, sondern die Unfähigkeit des Kindes ohne seine Bezugsperson wieder einzuschlafen. Wiederholtes, kurzes nächtliches Aufwachen ist im Säuglingsalter physiologisch. Schlafstörungen zeichnen sich dagegen durch die über den sechsten Lebensmonat hinaus persistierende Unfähigkeit des Säuglings aus, ohne elterliche Hilfe (wieder) einzuschlafen. Bei jungen Säuglingen, insbesondere innerhalb der ersten 3-6 Lebensmonate, geht eine Unreife der Schlaf-Wach-Regulation in der Regel mit exzessivem Schreien einher (7-8 Monat vermehrt). Kleinkinder zeigen zu bestimmten Entwicklungsphasen vermehrte nächtliche Trennungsprobleme und das Bedürfnis nach elterlicher Nähe (z. B. im Rahmen nächtlicher Ängste).

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Fast jede Nacht auftretend und die Erholung so stark störend, dass das Kind und/oder auch die Eltern sich dadurch deutlich beeinträchtigt fühlen.*

Exploration:

- ✓ *S Nächtlich exzessives Schreien (überwiegend im Alter von 3–6 Monaten)*
- ✓ *S + K Durchschlafschwierigkeiten, z. B. > 3 x nächtliches Erwachen*
- ✓ *S + K Plötzliches Erwachen mit panischem Schreien, meistens in der ersten Nachthälfte (Pavor nocturnus – eher Angststörung)*
- ✓ *K Einschlafschwierigkeiten, z. B. nur mit elterlicher Hilfe (bes.3./4.Lebensjahr)*
- ✓ *K Häufige Alpträume (zweite Nachthälfte/wenig Körperspannung)*
- ✓ *K Schlafwandeln (ca. ab 4. Lebensjahr) "*

"10.4 Dissoziative Störungen

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.3.1.4 Dissoziative Störungen) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"10.5 Autonome Funktionsstörungen

Körperliche Symptome einer autonomen/vegetativen Erregbarkeit, die vom Kind/von den Eltern einer körperlichen Erkrankung zugeordnet werden, aber sich körperlich nicht begründen lassen. Im Kindesalter stehen Beschwerden im Gastrointestinaltrakt im Vordergrund. Sie äußern sich typischerweise in unspezifischen Bauchschmerzen und müssen abgegrenzt werden von induzierten oder artifiziellen Symptomen.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- ✓ *Häufiges Beklagen von Bauchschmerzen/Übelkeit/Erbrechen ohne organische Ursache schränken das alltägliche Leben des Patienten und der Eltern ein und provozieren einen häufigen Besuch beim Kinderarzt oder in der Notaufnahme und Fehlzeiten in der Tagesfremdbetreuung.*

Exploration:

- ✓ *K Häufig körperliche Beschwerden in Form z. B. von Bauchschmerzen / Erbrechen/Herzrasen"*

"10.6 Schmerzzustände

Diverse und diffuse Schmerzen, Schmerzen jeglicher Art, die nicht auf eine erkennbare organische Ursache zurückgeführt werden können bzw. mit dem vermuteten organischen Korrelat in Intensität und/oder Lokalität nicht übereinstimmen. Typischerweise Bauch-, Glieder- und Kopfschmerzen. Abgrenzung von induzierten oder artifiziellen Symptomen.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- ✓ *Regelmäßig, stark und häufig auftretende Schmerzzustände, sodass das Kind und seine Eltern darunter leiden und der Alltag dadurch deutlich beeinträchtigt wird. Rein körperliche Gründe sind ausgeschlossen.*

Exploration:

- ✓ *S+K Häufiges exzessives Schreien/Weinen ohne erkennbaren Stimuli*
- ✓ *S+K Verschiedene Qualitäten und, Arten des Schreiens*

- ✓ S+K *Oft schlecht/kaum zu beruhigen*
- ✓ S+K *(Eltern) oft selbst unruhig/ängstlich, wenn Kind schreit"*

"10.7 Hypochondrie

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.3.1.7 Hypochondrie) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"11. Merkfähigkeitsstörung Orientierungsstörung Bewusstseinsstörung

Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke zu merken. Die Merkfähigkeit differenziert je nach Sinnesgebiet und Material und ist auch von der Affektlage abhängig."

"11.1 Merkfähigkeitsstörung

Die Merkfähigkeit eines Säuglings bzw. Kleinkindes wird mit steigendem Alter und normaler Entwicklung immer mehr differenziert. Ein Säugling kann schon mit 12 Monaten Gesichter wieder erkennen. Die Fähigkeit, sich etwas zu merken, wird im weiteren Verlauf so weit ausgebaut, dass Kleinkinder Handlungen nahezu originalgetreu wiedergeben können. Merkfähigkeitsstörungen können so schon im Säuglingsalter erkannt werden.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Gesichter können auch nach einem kurzen Intervall nicht wieder erkannt werden (12.-18. Monate)*
- *Bei Kleinkindern können Episoden innerhalb eines kurzen Zeitraums nicht behalten und wiedergegeben werden.*

Exploration:

- *S + K Keine Fähigkeit, Gesichter wieder zu erkennen*
- *S + K Wiedererkennung ohne Kopplung eines Gefühlsausdruckes*
- *K Situationen können nicht wahrheitsgemäß wieder gegeben werden (ab ca. 36 Monate)*
- *K Reproduzieren von Worten oder gesehenen Gegenständen nach einem Zeitraum von ca. 10 min schlecht möglich (ab ca. 36 Monate)"*

"11.2 Orientierungsstörung"

Kann nach dem neusten Wissensstand (siehe dazu Kapitel: 2.2.3.2 Orientierungsstörung) im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"11.3 Störung der Wachheit"

Vigilanzherabsetzung verschiedenen Grades von Benommenheit über Somnolenz bis Stupor/Sopor/Koma. Die quantitative Bewusstseinsstörung sollte vom Untersucher eingeschätzt werden.

Trifft zu für den Bereich 0-60 Monate.

Symptomatik:

- ✓ *Somnolenz (Der Säugling/das Kleinkind schläft immer wieder ein, ist aber erweckbar)*
- ✓ *Sopor (Der Säugling/das Kleinkind ist nur noch mit starken Stimuli erweckbar, Reflexe sind erhalten, Muskeltonus erschlafft)*
- ✓ *Stupor (das Kind scheint erstarrt, keine Kommunikation möglich)*
- ✓ *Koma (Der Säugling/das Kleinkind ist auch mit starken Stimuli nicht erweckbar)*

Exploration:

- ✓ *S+K Starke Benommenheit*
- ✓ *S+K Ist schwer erweckbar*
- ✓ *S+K Öffnet bei Ansprache oder Berührung die Augen nicht*
- ✓ *S+K Schläft auffällig häufig im Gespräch mit der Mutter ein"*

"11.4 Qualitative Bewusstseinsstörung"

Bewusstseinsengung oder Bewusstseinsverschiebung kann aufgrund von morphologischen Hirnveränderungen oder durch psychotrope Substanzen hervorgerufen werden. Das Kind kann nicht mehr adäquat auf seine Umwelt reagieren. Die qualitative Bewusstseinsstörung ist zu differenzieren zu externalen Störungen und aggressiven Wutausbrüchen. Die angegebene Symptomatik ist vom Untersucher zu beurteilen. Die Störungen müssen das Handeln des Kindes dominieren und nicht nur ein einmaliges Erlebnis sein.

Trifft zu für den Bereich 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Das kindliche Verhalten ist nicht adäquat an die Umgebung angepasst.*

- *Aggressives Verhalten dominiert.*
- *Verminderte Aufmerksamkeit mit Desorientiertheit und Affektstörungen.*

Exploration:

- ✓ K *Erhöhtes aggressives Verhalten*
- ✓ K *Eine gemeinsame Spielsituation mit anderen Kindern ist kaum möglich*
- ✓ K *Plötzliches extremes situationsunabhängiges Umschlagen der Stimmungslage"*

"12. Formale Denkstörung / 13. Inhaltliche Denkstörung

Nach dem neusten Wissensstand ist die Denkstörung eine Erkrankung, welche sich aufgrund der Entwicklung des Denkens erst im Schulalter manifestieren kann (siehe dazu Kapitel: 2.2.4 Formale und inhaltliche Denkstörung). Sie wurde deshalb im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen."

"14. Ich-Störung

Nach dem neusten Wissensstand ist die Entwicklung eines autoreflexiven Selbstbildes erst im Alter von 11 bis 12 Jahren möglich (siehe dazu Kapitel: 2.2.5 Ich-Störung) und kann deshalb im PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen werden."

"15. Sinnestäuschung

Nach dem neusten Stand der Wissenschaft (siehe dazu Kapitel: 2.2.6 Sinnestäuschung) sind Sinnestäuschungen in der frühen Kindheit von großer Bedeutung. Inwieweit sie jedoch pathologischen Wert haben, ist bis heute nicht eindeutig geklärt. Im PPB für Säuglinge und Kleinkinder werden sie somit nicht aufgenommen."

"16. Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Wie in Kapitel: 2.3.2 Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen erläutert, kann das Kind im Alter zwischen 0 bis 5 Jahren - vorgegeben durch elterlichen Drogenmissbrauch - eine Abhängigkeit erleben und davon grundlegende Schäden davon tragen. Das Kind kann ein Entzugssyndrom durchmachen, das dringend behandelt werden sollte, und grundlegende Strukturmuster für Suchtverhalten können angelegt werden.

Der eigenständige Missbrauch von psychotropen Substanzen ist jedoch nicht möglich, weswegen dieses Item aus dem adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter gestrichen wurde."

4.2 Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse

Die folgenden Kapitel stellen die Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter dar.

4.2.1 Verteilungsanalyse

Die Verteilungsanalyse anhand der Mittelwerte der Items zeigt, dass der Median bei den sechs Störungsbereichen unterhalb von 1,5 liegt. Die Boxplott-Darstellung (s. **Abb. 13**), dass die höchsten Werte im Bereich der Zwangsstörungen mit einem Maximum bei drei ("deutlich ausgeprägt") liegen. Die meisten Störungsbilder liegen aber weit unterhalb dieser Anzahl. Der Wertebereich, in dem sich die mittleren 50 Prozent der Werte befinden, liegt in allen Störungsbereichen unterhalb einer Zwei ("leicht ausgeprägt").

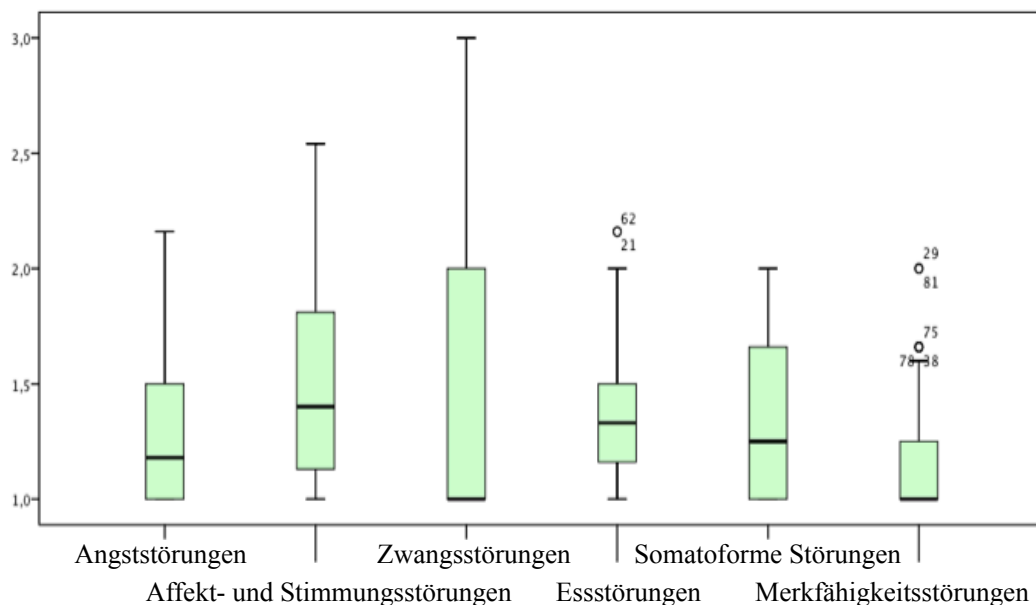


Abb. 13: Boxplott der Verteilungsanalyse

Die Auswertung mit dem Kolmogorov-Smirnov Koeffizienten konnte zeigen, dass die Signifikanz in allen Störungsbereichen $p < 0,001$ ist und somit die empirische Verteilung sich signifikant darstellt. Aus der Tab. 25 ist zu entnehmen, dass alle Störungsbilder eine rechtsseitige Verteilung vorweisen, die sich unterhalb der Grenze von Zwei ("leicht ausgeprägt") befinden.

Des Weiteren ist hier der Kurtosis-Wert dargestellt. Ein Wert von Null würde einer Normalverteilung entsprechen. Werte > Null entsprechen einer höheren Dichte der Werte um den Mittelwert, dies liegt bei den Angst- Zwangs-, Ess-/Fütter- und Merkfähigkeitsstörungen vor. Werte < Null entsprechen einer Verteilung mit gleichmäßiger Dichte, dies ist zu erkennen bei den Somatoformen-, Affekt- und Stimmungsstörungen.

Tab. 25: Verteilungsanalyse und ihre Parameter

Störungsbild		Angststörung	Affekt- und Stimmungsstörung	Zwangsstörung	Essstörung/ Fütterstörung	Somatoforme Störung	Merkfähigkeitsstörung
Schiefe		1,1	0,7	1,3	1,0	0,5	1,9
Kurtosis		0,5	-0,2	0,1	0,8	-1,2	2,4
Kolmogorov-Smirnov*	Statistik	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3	0,4
	df	62	62	62	62	62	62
	Signifikanz p	< 0,001	0,007	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Legende: * Signifikanzkorrektur nach Lilliefors; Statistik= empirische Prüfgröße D; df= Anzahl der Freiheitsgrade

4.2.2 Häufigkeitsverteilungen der Items und Störungsbilder

Die folgende Tab. 26 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder im adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder anhand der eingeschlossenen Patientenpopulation. Zur Beurteilung wurde das höchst bewertete Item als Wertung für das gesamte Störungsbild gesetzt.

Tab. 26: Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder im PPB für Säuglinge und Kleinkinder

	Ausprägung (Anzahl Patienten)				
	1 = nicht vorhanden	2 = leicht ausgeprägt	3 = deutlich ausgeprägt	4 = stark ausgeprägt	8 = logisch nicht möglich
6. Angststörung	22	6	10	3	
7. Affekt- und Stimmungsstörung	11	14	9	7	
8. Zwangsstörung	21	6	4	/	10
9. Ess- und Fütterstörungen	15	13	12	1	
10. Funktionelle und somatoforme Störungen	24	7	8	2	
11. Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörung	34	3	4	/	

Es zeigt sich, dass bei allen Störungsbereichen die Kategorien nicht vorhanden und leicht ausgeprägt mit mindestens 63 Prozent vertreten sind. Die "deutliche" und "starke Ausprägung" der Störungsbilder schwanken spezifisch für das Störungsbild und den Patientenpool.

Eine differenzierte Aufschlüsselung der aufgetretenen Häufigkeit eines jeden Items in der eingeschlossenen Population N=41 zeigt die im Folgenden dargestellte Tab. 27.

Die Übersicht zeigt die Häufigkeiten der Ausprägungen vergleichend im PPB für Säuglinge und Kleinkinder und dem PPB nach Englert et al. (1998) (PPB nach Englert et al. (1998) in der folgenden Tabelle in Klammern dargestellt).

Tab. 27: Häufigkeit der Ausprägung der Items in der eingeschlossenen Patientenpopulation im Vergleich des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder und des PPB nach Englert et al. (1998)

Störungsbild Item		Ausprägung Anzahl Patienten. Adaptierter PPB fürs Säuglings- und Kleinkindalter /(PPB nach Englert et al. (1998))					
		1= nicht vorhanden	2 =leicht ausgeprägt	3 = deutlich ausgeprägt	4 = stark ausgeprägt	8 = logisch nicht möglich	9 = nicht beurteilbar
Angst							
	Soziale Angst	28	2	1	/	10	/
							(41)
	Trennungsangst	17	5	3	/	16	/
		(23)	(6)	(10)	/	/	(2)
	Leistungsangst	26	2	3	/	10	/
		(30)	(1)	/	/	/	(10)
	Andere umschriebene Phobien	29	3	8	1	/	/
							(41)
	Panikattacken	25	2	2	2	10	/
							(41)
	Generalisierte Angst	30	10	/	/	/	/
							(41)
Affekt und Stimmungsstörung							
	Klagsam	31	10	/	/	/	/
							(41)
	Gereizt-Dysphorisch	25	8	7	1	/	/
							(41)
	Depressiv/traurig verstimmt	37	3	1	/	/	/
							(41)
	Anhedonie	41	/	/	/	/	/
		(39)	/	/	(1)	/	(1)
	Insuffizienzgefühle/ mangelndes Selbstvertrauen	7	2	2	/	29	1
							(41)
	Hoffnungslosigkeit/ Verzweiflung	8	3	/	/	29	1
		(9)	(1)	/	/	/	(31)
	Schuldgefühle	9	2	1	/	29	/
		(12)	(2)	(1)	/	/	(26)
	Affektarm	34	5	2	/	/	/
		(37)	(1)	(1)	/	/	(2)

4 Ergebnisse /Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse

Störungsbild Item		Ausprägung Anzahl Patienten. Adaptierter PPB fürs Säuglings- und Kleinkindalter/(PPB nach Englert et al. (1998))					
		1 = nicht vorhanden	2 = leicht ausgeprägt	3 = deutlich ausgeprägt	4 = stark ausgeprägt	8 = logisch nicht möglich	9 = nicht beurteilbar
Weiterführung von vorheriger Seite → Affekt und Stimmungsstörung							
	Interesselosigkeit	36 (35)	3 (4)	1 (1)	1 (1)	/	/
	Ambivalent	25 (25)	2 (1)	2 (2)	1 (1)	10	1 (12)
	Inadäquat	16 (22)	6 (1)	3 (1)	3 (1)	13	/
	Innere Unruhe	18	15	7	/	1	/
	Gesteigertes Selbstwertgefühl	10	1	/	/	29	1 (41)
	Euphorisch	17	6	6	2	10	/
							(41)
Zwangsstörung							
	Zwangsstörungen	21	6	4	/	10	/
							(41)
Ess- und Fütterstörung							
	Erhöhte Nahrungsaufnahme	26	11	4	/	/	/
							(41)
	Heißhunger- und Essattacken	33	6	2	/	/	/
							(41)
	Verminderte Nahrungsaufnahme	30	7	4	/	/	/
							(41)
	Rumination	30 (34)	1 (4)	/	/	10	/
				(3)	/	/	/
	Pica	28 (31)	2 (2)	/	1 (5)	10	/
				(3)		/	/
	Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion	28	10	3	/	/	/
							(41)
Somatoforme und funktionelle Störung							
	Einkoten	9 (11)	1 (1)	1 (2)	2 (27)	28	/
						/	/
	Schlafstörungen	27 (26)	6 (1)	8 (7)	/	/	/
					(8)	/	/
	Autonome Funktionsstörung	23 (35)	1 (1)	/	/	17	/
						/	(6)
	Schmerzzustände	41 (34)	/	/	/	/	/
			/	/	/	/	(7)
Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörung							
	Merkfähigkeitsstörung	38 (16)	2 (1)	1 (1)	/	/	/
					(5)	/	(19)
	Störung der Wachheit	40	/	/	/	1	/
							(41)
	Qualitative Bewusstseinsstörung	26 (25)	2 (1)	3 (2)	/	10	/
					/	/	(13)

Legende: Die Werte zwischen den Klammern beziehen sich auf den PPB nach Englert et al. (1998)

Bei den Angststörungen zeigte die Auswertung der Items (s. Tab. 27), dass die Bewertung im PPB nach Englert et al. (1998) in vier Bereichen (Soziale Angst; Andere umschriebene Phobien, Panikattacken; Generalisierte Angst) vollständig als "nicht beurteilbar" bewertet wurde. Im adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter waren alle sechs Items beurteilbar. Die Trennungsangst zeigte im adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter drei Kinder mit einer "deutlichen Ausprägung" und im PPB nach Englert et al. (1998) waren es zehn Kinder mit dieser Codierung. Im gesamten Störungsbild der Angststörungen zeigten 24,4 Prozent Kinder eine "deutliche Ausprägung" und 7,3 Prozent der Patienten zeigten in mindestens einem Bereich der Angststörungen eine "starke Ausprägung" (s. Tab. 26).

Bei den Stimmungs- und Affektstörungen konnten im PPB nach Englert et al. (1998) acht Items als vollständig "nicht beurteilbar" und vier Items als teilweise "nicht beurteilbar" identifiziert werden (s. Tab. 27). Im adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter waren alle Items beurteilbar, wovon acht Items durch Altersbegrenzungen teilweise mit einem "logisch nicht möglich" codiert wurden. Mit einer stark ausgeprägten Symptomatik wurden im adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter die Items affektlabil (4 Kinder), inadäquat (3 Kinder), euphorisch (2 Kinder) und gereizt-dysphorisch (1 Kind) bewertet. Am häufigsten wurde in allen Items die Ausprägung "nicht vorhanden" codiert. Im gesamten Störungsbild der Affekt- und Stimmungsstörungen zeigten 22,0 Prozent der Patienten eine deutliche Ausprägung und bei 17,1 Prozent der Kinder lag eine starke Ausprägung vor (s. Tab. 26).

Die Zwangsstörungen wurden im adaptierten PPB mit einem Item der Zwangshandlungen übernommen. Dieses eine Item ist im PPB nach Englert et al. (1998) bei allen Patienten mit "nicht beurteilbar" codiert worden. In der Adaptation fielen zehn Kinder aufgrund der Altersbegrenzung unter die Codierung "nicht logisch". Bei vier Patienten konnte eine "deutliche Ausprägung" (9,8 Prozent) festgestellt werden und bei keinem Patienten konnte eine "starke Ausprägung" von Zwangshandlungen beobachtet werden (s. Tab. 26).

Die Ess- und Fütterstörungen waren mit vier Items im PPB nach Englert et al. (1998) nicht beurteilbar (s. Tab. 27). Die Items waren am häufigsten im Bereich "nicht" bis "leicht ausgeprägt" gewertet. Das Item der Pica zeigte nach der adaptierten Version ein Kind auf, welches eine "deutliche Ausprägung" hatte. Im PPB nach Englert et al. (1998) (s. Tab. 27), waren hier fünf Kinder als "auffällig" gewertet worden. Insgesamt lagen im Bereich der deutlichen Ausprägung bei den Ess- und Fütterstörungen 29,3 Prozent und 2,4 Prozent zeigten eine starke Ausprägung (s. Tab. 26).

Bei den funktionellen und somatoformen Störungen waren anhand beider Instrumente die vier eingeschlossenen Items bewertbar (s. Tab. 27). Das Item des Einkotens wurde in dem PPB nach Englert et al. (1998) bei 27 Kindern als "stark ausgeprägt" bewertet. In der adaptierten Version fielen bei diesem Item 28 Kinder als "nicht logisch" bewertbar heraus und bei 3 Kindern wurde eine "deutliche" oder "starke Ausprägung" festgestellt. Die Schlafstörungen konnten bei acht Kindern mit "deutlicher Ausprägung" codiert werden. Im Bereich der autonomen Funktionsstörung und den Schmerzzuständen war kein Kind mit pathologischen Werten vorhanden. Insgesamt verteilten sich die Werte in den funktionellen und somatoformen Störungen und auf 19,5 Prozent der Kinder mit einer "deutlichen Ausprägung" und 4,9 Prozent der Kinder mit einer starken Ausprägung (s. Tab. 26).

Bei der Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörung war ein Item im PPB nach Englert et al. (1998) vollständig nicht codierbar (s. Tab. 27). Die anderen zwei Items waren teilweise bewertbar und zeigten im Item der Merkfähigkeitsstörungen sechs Kindern mit einer "deutlichen" oder "starken Ausprägung". Im adaptierten PPB lag im Bereich der "deutlichen Ausprägung" ein Kind. Die weiteren 40 Kinder lagen im unauffälligen Bereich von "keiner" bis "leichter Ausprägung". Im gesamten Bereich der Merkfähigkeits- Orientierungs- und Bewusstseinsstörung waren 9,8 Prozent der Kinder mit einer "deutlichen Ausprägung" und kein Kind mit einer "starken Ausprägung" codiert (s. Tab. 26).

4.2.3 Interne Konsistenz

Die interne Konsistenz konnte in der durchgeführten Machbarkeitsanalyse anhand von Cronbachs α bestimmt werden. Die folgende Tab. 28 zeigt die Störungsbereiche der hier vorliegenden Dissertation für Cronbachs α . Die sechs weiteren Störungsbereiche des Verhaltens, der Interaktion und der Sprache sind in der Dissertation von C. Kevenhörster (vgl. 2014) nachzulesen. Die letzte Rubrik zeigt das "Total", und damit die vollständigen Auswertungen der PPB in allen seinen 12 Störungsbereichen zusammen.

Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass Cronbachs α durchweg gute bis exzellente Werte¹⁹ zeigt. Im Vergleich zu dem PPB nach Englert et al. (1998) ist zu erkennen, dass die Reliabilität in einigen Bereichen schwankt. Auch hier sind hohe Werte des Cronbachs α zu erkennen. In der Kategorie Zwangsstörungen liegt im PPB nach Englert et al. (1998) kein Wert vor. In der Adaptation zeigt dieser Bereich für Cronbachs α den Wert 1,00, was eine exzellente

¹⁹ > 0,9 exzellent; > 0,8 gut; > 0,7 akzeptabel; > 0,6 fragwürdig; > 0,5 schlecht; 0,5 inakzeptabel

Übereinstimmung widerspiegelt. Im Bereich der Essstörungen und den Merkfähigkeitsstörungen liegen die Werte in der adaptierten Version bei $\alpha > 0,8$ und somit in einem guten Bereich. Das "Total" lässt für beide Bereiche einen exzellenten Wert zu.

Tab. 28: Darstellung des Cronbachs α in den 6 Störungsbereichen (Angststörung; Affekt- und Stimmungsstörung; Zwangsstörung; Essstörungen; Somatoforme Störungen, Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen) und dem "Total" im Vergleich des bestehenden und des neu adaptierten PPB.

Störungsbilder	Adaptierter PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter (2011) Cronbachs α	PPB nach Englert et al. (1998) Cronbachs α
6. Angststörung	0,91	0,96
7. Affekt-/Stimmungsstörungen	0,96	0,79
8. Zwangsstörungen	1,00	/
9. Essstörungen (Fütterstörungen)	0,87	0,98
10. Somatoforme Störungen	0,90	0,98
11. Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen	0,83	0,75
Total (mit seinen 17 Störungsbereichen)	0,99	0,93

4.2.4 Interraterreliabilität

Die Interraterreliabilität zwischen zwei Ratern bemessen an Cohens κ ergab die Ergebnisse in Tab. 29. Dargestellt sind fünf "Totalwerte" und 37 Itemwerte. Die bestimmten κ Werte innerhalb der Items zeigen mindestens eine mittelgradige Übereinstimmung. 27 Prozent der Werte zeigen eine beachtliche Übereinstimmung und 40,5 Prozent sind nahezu vollkommen in Ihrer Übereinstimmung. Zu erkennen ist, dass die "Total-Werte" des jeweiligen Störungsbildes unter den Werten der Einzelitems liegen. Der "Total-Wert" bei Zwangsstörungen wurde außen vor gelassen, da sich in der Kategorie nur ein Item befindet. Alle Werte sind mit einer näherungsweise Signifikanz von $p < 0,001$ berechnet.

Tab. 29: Interraterreliabilität (2 Bewerter) anhand des adaptierten PPB (N = 41), bemessen an Cohens κ

Störungsbild mit Items	Kappa (κ)	Asymptomatischer Standardfehler ^a	Näherungsweise T ^b	Näherungsweise Signifikanz p
Angst				
Soziale Angst	0,90	0,07	7,35	< 0,001
Trennungsangst	0,89	0,06	8,45	< 0,001
Leistungsangst	0,74	0,90	6,90	< 0,001
Andere umschriebene Phobien	0,79	0,90	7,06	< 0,001
Panikattacken	0,82	0,08	7,56	< 0,001
Generalisierte Angst	0,94	0,06	6,83	< 0,001
"Total" Angststörung	0,65	0,90	6,35	< 0,001
Affekt- und Stimmungsstörung				
Klagsam	0,54	0,14	3,67	< 0,001
Gereizt Dysphorisch	0,83	0,08	7,57	< 0,001
Depressiv Gereizt Dysphorisch	0,44	0,18	3,27	< 0,001
Anhedonie	Keine Berechnungen von κ möglich, da eine Konstante vorliegt			
Insuffizienzgefühle/ mangelndes Selbstvertrauen	1,00	0,00	9,30	< 0,001
Hoffnungslosigkeit Verzweiflung	0,95	0,05	8,22	< 0,001
Schuldgefühle	0,89	0,07	7,20	< 0,001
Affektarm	0,70	0,12	5,55	< 0,001
Interesselosigkeit	0,80	0,13	6,82	< 0,001
Affektlabil	0,59	0,11	6,20	< 0,001
Ambivalent	0,69	0,10	6,40	< 0,001
Inadäquat	0,64	0,09	7,23	< 0,001
Innere Unruhe	0,53	0,11	5,07	< 0,001
Gesteigertes Selbstwertgefühl	0,95	0,05	7,18	< 0,001
Euphorisch	0,84	0,07	9,67	< 0,001
"Total" Affekt und Stimmungsstörungen	0,64	0,09	7,14	< 0,001
Zwangsstörungen				
Zwangsstörungen	0,92	0,05	9,25	< 0,001
Ess- und Fütterstörungen				
Erhöhte Nahrungsaufnahme	0,68	0,09	6,06	< 0,001
Heißhunger- und Essattacken	0,51	0,12	4,32	< 0,001
Verminderte Nahrungsaufnahme	0,54	0,13	4,27	< 0,001
Rumination	0,94	0,06	6,58	< 0,001
Pica	0,79	0,10	6,17	< 0,001
Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion	0,74	0,11	5,65	< 0,001
"Total" Ess- und Fütterstörungen	0,46	0,10	4,54	< 0,001
Somatoforme Störung				
Einkoten	0,86	0,08	7,53	< 0,001
Schlafstörungen	0,72	0,10	6,37	< 0,001
Autonome Funktionsstörung	0,81	0,09	5,60	< 0,001
Schmerzzustände	Keine Berechnungen von κ möglich, da eine Konstante vorliegt			
"Total" Somatoforme Störung	0,72	0,10	7,13	< 0,001
Merkfähigkeit-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörung				
Merkfähigkeitsstörung	0,54	0,16	4,28	< 0,001
Störung der Wachheit	Keine Berechnungen von κ möglich, da eine Konstante vorliegt			
Qualitative Bewusstseinsstörung	0,83	0,08	7,77	< 0,001
"Total"	0,58	0,13	5,01	< 0,001

Legende: a. Die Null_Hypothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hypothese wird der symptomatische Standardfehler verwendet.

Drei der Items waren aufgrund einer auftretenden Konstante nicht auswertbar. Deshalb wurde der M-Koeffizient berechnet, welcher in folgender Tabelle dargestellt ist.

Tab. 30: M-Koeffizient der drei Unteritems mit enthaltener Konstante

Item	Übereinstimmung		Abweichende Werte	
	N	Prozent	N	Prozent
Anhedonie	38	92,7 %	3	7,3 %
Schmerzzustände	40	97,6 %	1	2,4 %
Störung der Wachheit	40	97,6 %	1	2,4 %

Der M-Koeffizient zeigt, dass zwei der Items eine Übereinstimmung mit 97,6 Prozent aufweisen und bei 2,4 Prozent der Werte Abweichungen vorliegen. Das Item der Anhedonie zeigte eine Übereinstimmung von 92,7 Prozent und abweichende Werte mit 7,3 Prozent.

4.2.5 Inhaltsvalidität - Experten Meinung

Die Inhaltsvalidität des adaptierten PPB wurde anhand einer Expertenumfrage evaluiert. Von den elf angeschriebenen Experten aus dem Kreise der Leitlinienkommission für psychische Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und den Experten der Kinder und Jugendpsychiatrie an der Charité gab es sieben Rückläufer (Rücklaufquote 63 Prozent). Unter ihnen waren fünf langjährige Fachärzte/-innen und zwei erfahrene Psychologen/-innen. Von ihnen benutzen 57,1 Prozent den PPB in der verkürzten vierten Revision nach Englert et al. (2005) oder eine hausinterne abgewandelte Form des PPB als diagnostisches Instrument. 71,4 Prozent der Befragten befürworteten den neu entwickelten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter und sahen Vorteile für die klinische Diagnostik im Bereich der Säuglinge und Kleinkinder.

Die Präferenz der Werteskalierung lag mit 100 Prozent auf der Likert-Skala. Die Frage der Alterseinteilung wurde kontrovers beantwortet. Überwiegend wurde für eine differenziertere Untergliederung plädiert. Am häufigsten wurde eine Dreiteilung des Alters vorgeschlagen mit "Infant", "Toddler" und "Preschooler". Weitere Vorschläge gingen von 0-12 Monaten und 13-60 Monaten sowie 0-15 Monaten und 16-60 Monaten über die Einteilung "Zero to three" und drei bis fünf Jahren. Ein weiterer Vorschlag war eine entwicklungsphysio- und psychologische Einteilung anhand von jeweiligen "Meilensteinen", welche eine noch feinere Untergliederung des Alters nach sich ziehen würde. Die Operationalisierung in der Exploration wurde von vier der Befragten Experten (57,4 Prozent) als gut bis sehr gut angesehen, einer beschrieb sie als "wechselhaft" und zwei Kritiker bewerteten sie als "nicht gut" verständlich, "ungenügend" und "unscharf" ausdifferenziert. In Bezug auf die Störungsbereiche der vorliegenden Doktorarbeit

wurde der Wunsch nach weiterer Differenzierung im Bereich der Angst (z. B. Toilettenverweigerungssyndrom) und der Ess- und Fütterstörungen geäußert, zudem war die Überlegung, ob die Abhängigkeit mit dem neugeborenen Entzugssyndrom doch in der Exploration mit aufgenommen werden sollte. Auch gab es die Anregung, den Befund für intelligenzgeminderte Kinder zu erweitern. Überwiegend wurde der erste Eindruck als "positiv", sowie "interessant", "verwertbar" und "gut praktikabel" bewertet, aber es wurde auch als "schwieriges" und "mutiges" Unterfangen bezeichnet. Ein Kritiker sah die Arbeitsversion des PPB schon vorliegenden Instrumenten unterlegen und zwei weitere zeigten Schwächen im Bereich der Adaptation an das Säuglingsalter auf. Die negative Formulierung wurde von zwei Bewertern als zu pathologisierend empfunden und sie wünschten eine positivere Wortwahl. Zwei Kritiker sahen die Möglichkeit den Beziehungskontext zur Bezugsperson codieren zu können außer Acht gelassen. Teils wurde die festgelegte Struktur des PPB nach Englert et al. (1998) als störend empfunden, da die Möglichkeit der genauen Differenzierung und die Besonderheiten der Charakterisierungen der Altersgruppe somit fehlen würde. Eine Anpassung an die bestehende "praktikablere" Revision (Kurzform) nach Englert et al. (2005) wurde mit geteiltem Echo empfohlen. Einerseits wäre sie nicht so umfangreich und somit im Klinikalltag praktikabler, jedoch andererseits zu unsensibel für die Differenzierung der Altersspanne.

4.2.6 Externe Validierung

Die externe Validierung wurde anhand des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder und des PPB nach Englert et al. (1998) versus des CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) "Total-Score" durchgeführt. Die Tab. 31 zeigt die drei vergleichbaren Items des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder und des PPB nach Englert et al. (1998).

Tab. 31: Korrelation CBCL 1½ - 5 versus dem PPB in der adaptierten Form für das Säuglings- und Kleinkindalter und nach Englert et al. (1998).

Störungsbild	Adaptierter PPB Korrelationskoeffizient (Kendall's τ)	PPB nach Englert et al. (1998) Korrelationskoeffizient (Kendall's τ)
6. Angststörung	0,35 (0,012*)	0,05 (0,747)
7. Affekt- und Stimmungsstörungen	0,28 (0,036*)	0,23 (0,110)
10. Somatoforme Störungen	0,35 (0,012*)	0,08 (0,525)
"Total-Score"	0,31 (0,014*)	0,26 (0,041*)

Legende: * die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau Signifikant

Aus der Tab. 31 ist zu entnehmen, dass der Korrelationskoeffizient in den Bereichen, in denen verwertbare Übereinstimmungen der Items vorliegen, die Korrelation durchweg auf dem 0,05 Niveau signifikant ist. Im Gegensatz dazu sind die Werte im PPB nach Englert et al. (1998) nicht als signifikant zu werten. Der "Total-Score" umfasst alle bestehenden Items - wie zu Beginn erwähnt - und deckt somit die vollständige psychische Entwicklung des Kindes ab. Zu erkennen ist, dass der adaptierte PPB und der PPB nach Englert et al. (1998) auf dem 0,05 Niveau signifikant sind.

4.3 Revision des adaptierten PPB

Nach der Zusammenschau der Ergebnisse kann die aktuelle Arbeitsversion des PPB in bestimmten Bereichen einer Revision unterzogen werden. Im Folgenden sind die Störungsbilder und Items dargestellt, in welchen grundlegende Strukturmerkmale verändert wurden.

Im Bereich der Affekt- und Stimmungsstörungen (Störungsbild 7 im adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder) wurde das Item "Gereizt-dysphorisch" in seiner Exploration und Symptomatik anhand der gemachten Erfahrungen erweitert. Aufgenommen wurde das vermehrte anfallsartige exzessive Schreien, die ängstliche, bedrückte, freudlose, gereizte, missmutige und unausgeglichene Stimmungslage sowie die verminderte mimische und motorische Reaktivität in der Kommunikation.

Das Item "Ambivalent" wurde in der revidierten Form erweitert um die Frage, ob das Kind hin und her gerissen ist zwischen seinen Gefühlen. Begrenzt wurde das Item auf 48 Monate. Das Item "Gesteigertes Selbstwertgefühl" wurde durch Expertenangereicherung erweitert. Das Kind zeigt bei einem gesteigerten Selbstwertgefühl inadäquate Größenfantasien, seine selbst gewählten Aufgaben übersteigen das kindliche Vermögen und es fühlt sich unberechtigt besser und stärker als seine Freunde.

Im Bereich der Fütterstörung/Essstörung (Störungsbild 9 im adaptierten PPB) wurde das Item der "Heißhunger – und Essattacken" aufgrund der Datenlage auf das Kleinkind beschränkt. Im Säuglingsalter ist eine erhöhte Nahrungsaufnahme von einer Heißhungerattacke mit einer anfallsartigen Gier nach Essen und einer Fixation auf die Nahrungsgabe nicht zu differenzieren. Das Kind hat das Gefühl, dass es nicht satt und zufrieden ist. Die Interaktion und das kindliche Verhalten beim Essen spielen bei der Entwicklung von Ess- und Fütterstörungen im frühen

Kindesalter eine große Rolle, weshalb das Item "Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion" in das Item "Dysfunktionale Fütterinteraktion/Dissoziales Essverhalten" neu adaptiert wurde. Eine neue Exploration für übermäßiges Spiel mit der Nahrung zur Aufmerksamkeitsgewinnung wurde hinzugefügt. Die Exploration zur Verweigerung der Nahrung bei bestimmtem Geschmack/Konsistenz/Geruch wurde aus der Kategorie entfernt und aufgrund der Zugehörigkeit in das Item der "verminderten Nahrungsaufnahme" implementiert.

Im Bereich der funktionellen und somatoformen Störungen (Störungsbild 10 im adaptierten PPB) wurden im Bereich der "Schlafstörungen" die Explorationen zur Einschlafdauer (>30 min) und zu den nächtlichen Aufwachperioden (im Durchschnitt >20) hinzugefügt. Dies beruht darauf, dass in der frühen Kindheit nicht der Schlaf als solches gestört ist, sondern eine Unfähigkeit des Kindes vorliegt, ohne seine Bezugsperson ein- oder auch nach nächtlichem Aufwachen wieder einzuschlafen.

Den "Schmerzzuständen" wurde auf Expertenraten die "Drei-Monatskolik" abgegrenzt und die Exploration des selbst klagenden Kindes über Schmerzen hinzugefügt.

Das Störungsbild der Sinnestäuschungen (Störungsbild 15 im adaptierten PPB) wurde in der revidierten Form wieder aufgenommen. Die Kategorien nach Englert et al. (1998) wurden dabei nicht eingehalten, sondern ein eigenständiges Item ("Kindliche Imaginäre Sinnestäuschungen") dafür angelegt.

Tab. 32: Neu generiertes Item in der revidierten Version des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder im Störungsbereich "15. Sinnestäuschung"

"15. Sinnestäuschung

Sinnestäuschungen sind in der frühen Kindheit von großer Bedeutung. Inwieweit sie jedoch pathologischen Wert haben, ist bis heute nicht eindeutig geklärt. "

"Kindliche Imaginäre Sinnestäuschungen

Auftreten von visuellen oder akustischen Phänomenen in der frühen Kindheit. Für Kinder ist es oft normal, einen "Imaginärer Freund" zu haben. Auch Fabelwesen können optisch erkennbar sein. Zudem können auch akustische Phänomene schon im Kleinkindalter auftreten z. B. wahrnehmen von Wörtern bei wortlosen Geräuschen. Abzugrenzen ist davon das normale kindliche

Vorstellungsvermögen. Die Phänomene müssen für das Kind optisch oder akustisch definitiv wahrnehmbar sein und nach Aussagen des Kindes nicht nur in der Fantasie bestehen. (Die Kategorie soll nicht zu Pathologisierungen führen, sondern zu Forschungszwecken mit aufgenommen werden).

Trifft zu für das Alter 19-60 Monate.

Symptomatik:

- *Optische Sinnestäuschungen wie "Imaginärer Freund" oder immer wieder gesehene Fabelwesen sind beim Kind real vorhanden*
- *Auftreten von akustischen Worten, die nur vom Kind selber gehört werden können*

Exploration:

- ✓ K *"Imaginärer Freund" vorhanden*
- ✓ K *Laute oder Sprache hören ohne das diese real wären*

Das Störungsbild des Missbrauchs/der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Störungsbild 16 im adaptierten PPB) wurde in der revidierten Form erneut aufgenommen. Ein Suchtverhalten im Kindesalter kann, bedingt durch elterliches Verhalten, hervorgerufen und/oder bedient werden. Es wird z. B. ein mit Alkohol getränkter Schnuller dem Kind angeboten, um es somit zu beruhigen. Sind die Kinder selbstständig unterwegs, so kann es vorkommen, dass sie entdecken, wie bestimmte Substanzen selbstständig erlangt werden können. Nikotin in Raucherhaushalten lagert sich z. B. auf den Fensterscheiben ab. Durch lecken an der Scheibe befriedigen diese Kinder ihre anfängliche Sucht selber²⁰.

Da die Items (Alkohol/Rauchen/Psychopharmaka/Drogen) des PPB nach Englert et al. (1998) keine Relevanz im Säuglings- und Kleinkindalter haben, wurde hier ein eigenständiges Item "Kindliches Suchtverhalten/Abhängigkeit" generiert und der Störungsbereich in der revidierten Fassung wieder mit aufgenommen.

²⁰ Schriftliche Auskunft Prof. Dr. Renate Schepker, Seit 2005 Chefärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau, Ravensburg

Tab. 33: Neu generiertes Item in der revidierten Version des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder im Störungsbereich "16. Missbrauch/Abhängigkeit"

"16. Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Das Kind kann im Alter zwischen 0 bis 5 Jahren - vorgegeben durch elterlichen Drogenmissbrauch - eine Abhängigkeit erleben und davon grundlegende Schäden davon tragen. Es kann ein Entzugssyndrom durchmachen, das dringend behandelt werden sollte, und grundlegende Strukturmuster für Suchtverhalten können angelegt werden. "

"Kindliches Suchtverhalten/Abhängigkeit

Der Säugling macht prä- oder postnatal einen Drogenentzug durch, wobei er in Substitutionsphasen oder von der Mutter verabreichte Ersatzmaßnahmen durch Quengeln und Schreien einfordert. Typische Entzugssymptome werden beim Säugling/Kleinkind erkennbar bei nicht Erhalten der geforderten psychotropen Substanz. Zudem ist es möglich, dass der Säugling zur Beruhigung auch ohne in einem Drogenentzug zu sein von der Bezugsperson Substanzen z. B. einen in Alkohol getränkten Schnuller erhält. Ist das Kleinkind in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen, so kann es auch vorkommen, dass es gewohnte süchtig machende Substanzen selbstständig zu sich nimmt, z. B. Nikotin in Raucherhaushalten vom Fenster ablecken. Das soziale Umfeld, welches sich meistens im Drogenmilieu abspielt, trägt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von kindlichen Süchten.

Trifft zu für Kinder im Alter 0-60 Monate.

Symptomatik:

- *Quengeln und schreien mit wehrhaftem Verhalten bei nicht Erhalten von gewohnten psychotropen Substanzen. Schnelles Abflachen des Verhaltens nach Einnahme.*
- *Auftreten von Entzugssymptomen bei nicht Erhalten von gewohnten psychotropen Substanzen*

Exploration:

- ✓ S+K *Quengeln und Schreien bei nicht Erhalten von z. B. Substitutionsmedikamenten*
- ✓ S+K *Nicht Einschlafen, ohne vorher mit einer speziellen psychotropen Substanz in Berührung gekommen zu sein (z. B. Schnuller mit Alkohol tränken)"*

5 Diskussion

Ziel der Dissertation war es, den PPB nach Englert et al. (1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter zu adaptieren, sowie mit der neu entstandenen Adaptation erste Datenauswertungen anhand einer Pilot-Stichprobe durchzuführen, um die Haltbarkeit der Adaptation anhand statistischer Erhebungen und einer Expertenbefragung zu überprüfen.

Der adaptierte PPB für Säuglinge und Kleinkinder wurde nach Auswertung der Ergebnisse aus der Arbeitsversion des PPB und den daraus resultierenden Ergebnissen inklusive der Expertenbefragung revidiert und angepasst.

5.1 Deskriptive Ergebnisse

Die Diskussion der deskriptiven Ergebnisse umfasst die Revision der Störungsbilder und ihrer Items. Sie soll aufzeigen, welche Punkte in der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder verbesserungswürdig sind, um sie dann in eine revidierte Version des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zu integrieren. Diskutiert werden soll dabei die bestehende Arbeitsversion, wie sie in Kapitel 4.1 zu finden ist. Einfließen in die Diskussion werden die Erfahrungen des Testzeitraumes, die Expertenbefragung, die statistische Auswertung und die im Kapitel 4.3 beschriebenen Revisionen.

5.1.1 Emotionalität

Die Kategorie der Emotionalität umfasst die Bereiche der Angst-, Affekt- und Stimmungsstörungen.

Die Angststörungen im Kindesalter traten in der ICD 10 sowie der adaptierten Version des PPB gleichhäufig auf. Der PPB nach Englert et al. (1998) zeigt dagegen in den Störungsbereichen soziale Angst, andere umschriebene Phobien und der generalisierten Angst keine Codiermöglichkeit, denn der gesamte Bereiche war als "nicht beurteilbar" einzustufen. Mögliche pathologische Probleme konnten somit in den Teilbereichen nicht erfasst werden. Durch die Anpassung wird eine Codierung möglich.

Die externe Validierung des Störungsbildes der Angst anhand der CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) zeigte valide Ergebnisse im Kleinkindbereich. Einer der befragten Experten hatte den Einwand, dass nur die spezifischen und sozialen Phobien sowie die Trennungsangst und die generalisierte Angststörung im Kleinkindalter relevant sind. Jedoch konnte an der hier

untersuchten Population gezeigt werden, dass Vorläufer von Leistungsangst und Panikattacken wie in Kapitel 2.1.1.3 (Leistungsangst) und 2.1.1.6 (Panikattacken) herausgestellt wurden, auch schon in der frühen Kindheit auftreten können. Drei Kinder der untersuchten Population wurden im Bereich der Leistungsangst mit einer deutlichen Ausprägung bewertet. Daraus wird deutlich, dass das Störungsbild in der heutigen Zeit Relevanz zeigt. Ein Blick in die angrenzenden Länder z. B. Niederlande (Einschulung mit 4 Jahren (EURYDICE, 2009)) macht deutlich, dass die Kinder immer früher einem Leistungsdruck ausgesetzt werden. Auch die Panikattacken zeigen nicht die gleichen Merkmale wie im Erwachsenenalter, jedoch können auch hier deutliche Vorläufer zu erkennen sein. Die statistische Auswertung zeigt, dass aufgrund der an das Säuglings- und Kleinkindalter adaptierten Version des PPB Kinder mit Vorläufern einer Panikstörung identifiziert werden konnten. Auch wenn die Leistungsangst und die Panikattacken laut Expertenaussage bei Kleinkindern nicht von großer Bedeutung sind, so zeigen die Ergebnisse, dass es wichtig ist, sie im PPB mit zu codieren, um Einzelfälle nicht zu übersehen. Die Items wurden somit vollständig in die revidierte Version übernommen, lediglich einige Alterseingrenzungen wurden hinzugefügt, um die Störungen besser einordnen zu können.

Der Bereich der Affekt- und Stimmungsstörungen zeigt die grundlegenden Affekt- und Stimmungslagen für das Säuglings- und Kleinkindalter auf. In dem PPB nach Englert et al. (1998) gab es acht Kategorien (Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv, Insuffizienzgefühle und mangelndes Selbstvertrauen, affektlabil, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, (euphorisch), die zu keiner Codierung ("nicht beurteilbar") führten. Dies lag an der mangelnden Differenzierung und einer Exploration, welche das Kind selber direkt ansprach, was jedoch im Säuglingsalter gar nicht und dem Kleinkindalter nur selten zu einer verwertbaren Aussage führt. Nach Anpassung des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter und die Umstellung der Exploration war es in der Adaptation möglich, alle Items beurteilen zu können. Durch die gesetzten Altersbegrenzungen werden Kinder anhand der Altersstufen selektiv beobachtet und Meilensteine können altersgerecht eingehalten werden. Das Störungsbild mit seinen 15 Items umfasst das gesamte Spektrum der Affekt- und Stimmungslagen. Da es somit verschiedenste Richtungen der Pathologien mit einschließt von übersteigerter Freude bis hin zu depressiven Symptomen, mitteln sich die Werte in der Verteilungsanalyse übermäßig häufig. Im Vergleich mit dem Außenkriterium, der CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) konnte ermittelt werden, dass die Signifikanz des Störungsbildes höchst signifikant ist.

Das Item "Gereizt-Dysphorisch" konnte anhand der erworbenen Erkenntnisse in seiner Ausführung und seiner Exploration ergänzt werden. Durch die hinzugefügten Ausprägungsmerkmale ist das Item im Bild des gereizten dysphorischen Kindes um ein weiteres spezifiziert worden. Im Item "Ambivalent" konnten in der revidierten Form durch das Einbringen einer direkten Exploration das Kind und die Eltern direkt befragt werden und nicht nur der Eindruck des Untersuchers herangezogen werden. Das Item "Gesteigertes Selbstwertgefühl" war in der Arbeitsversion für die befragten Sorgeberechtigten nur schwer zu beantworten und wurde deshalb im Bereich der Exploration erweitert. Alle übrigen Items konnten in ihrer Ausführung für die revidierte Version erhalten bleiben.

5.1.2 Wahrnehmung

Die Wahrnehmung der frühen Kindheit ist ein elementarer Bereich, der sich aufteilt in die Zwangsstörungen, die Essstörungen, die Merkfähigkeits-, Orientierungs-, und Bewusstseinsstörungen und die in der Arbeitsversion des PPB nicht mit aufgenommenen Denkstörungen, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen.

Die Zwangsstörungen des Erwachsenenalters kommen in der Kleinkindpsychiatrie nicht vor, jedoch gibt es Syndrome, in welchen zwanghaftes Verhalten deutlich zu erkennen ist (Eggers & Döpfner, 2012). Von einigen Kindern (z. B. bei Kindern mit frühkindlichem Autismus; Prävalenz 10-16/10.000 (Fombonne, 2005)) werden zwanghafte, ritualisierte und stereotype Verhaltensweisen akribisch durchgeführt. Im adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder wurde lediglich das Item der Zwangshandlungen eingeschlossen. Hier zeigte sich, dass eine hohe Codierung in der adaptierten Form des PPB auftrat im Gegensatz zu der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) Codierung, bei welcher kein Kind eine Zwangsdiagnose erhielt. Dies zeigt, dass kindliche Zwangshandlungen nicht zu einer Codierung als Zwangsstörung führen, sondern als Syndrom im ganzen zu betrachten sind, z. B. in den tief greifenden Entwicklungsstörungen. Das Item der Zwangshandlungen konnte in die revidierte Version übernommen werden.

Die Ess- und Fütterstörungen nehmen einen großen Bereich der frühkindlichen Störungen ein. Aus dem PPB nach Englert et al. (1998) wurden in der adaptierten Version drei Items gestrichen (Selbstinduziertes Erbrechen/Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/Körperschemastörungen). Der Aufbau des Störungsbildes ist für das Säuglings- und Kleinkindalter nur bedingt sinnvoll. Eine Neukategorisierung der Items wäre für eine

differenzierte Diagnostik sinnvoll. Um die Grundstruktur des PPB nach Englert et al. (1998) zu erhalten, wurden die Kategorien beibehalten und das Item "Anderes" umdefiniert, um die spezifische dysfunktionale Fütterinteraktion mit hinzuzunehmen. Das für den Säuglings- und Kleinkindbereich eine Adaptation unabdingbar war, zeigen die codierten Werte der Untersuchungspopulation, welche mit dem PPB nach Englert et al. (1998) ausgefüllt wurden. Sieben der neun Items waren aufgrund des Inhalts und der Fragestellung nicht beurteilbar. Die Diagnosegebung nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) und nach DC: 0-3 (Zero to Three, 2005) deckt sich mit den Kindern einer starken Ausprägung im adaptierten PPB. Einige Kinder hatten im adaptierten PPB eine deutliche Ausprägung der Items, was zeigt, dass eine Symptomatik im PPB demnach nicht zu einer Codierung nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) führen muss, sondern Fütterprobleme häufig komorbide mit anderen psychiatrischen Erkrankungen einhergehen.

Ein Teil der Items wurde für die revidierte Version aufgrund von neuen Anregungen aus der klinischen Erfahrung und von Expertenmeinungen noch einmal überarbeitet und in der ersten Version des PPB revidiert. Der Bereich der Heißhunger- und Essattacken wurde aufgrund der Datenlage auf das Kleinkind beschränkt. Die Ergebnisse und die klinische Erfahrung zeigten, dass eine erhöhte Nahrungsaufnahme im Säuglingsalter von einer Heißhungerattacke mit einer anfallsartigen Gier nach Essen und einer Fixation auf die Nahrungsgabe nicht zu differenzieren ist. Das Item "Anderes/dysfunktionale Fütterinteraktion" wurde um die Komponente des Dissozialen Essverhaltens aufgrund der klinischen Erfahrung von Experten erweitert. Die Interaktion und das kindliche Verhalten beim Essen können so in die festen Strukturen des PPB nach Englert et al. (1998) integriert werden, und die Problematik der Fütter- und Essstörung im Säuglings- und Kleinkindalter besser abbilden.

Der Bereich Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen zeigt auf, dass die Basis für geistige Leistung schon in der frühen Kindheit gestört sein kann und auch schon beurteilt werden muss. Im adaptierten PPB konnten ein Fünftel der Kinder mit einer leichten oder deutlichen Ausprägung identifiziert werden. In der Untersuchungssituation wurde deutlich, dass das Item "Qualitative Bewusstseinsstörung" sehr deutlich von den externalen Störungen zu differenzieren ist, da ansonsten falsche positive Werte vorliegen können. Die falschen positiven Werte zeigten sich anhand des hohen Prozentsatzes, weshalb das Item in der revidierten adaptierten Version daher in wichtigen Punkten noch einmal überarbeitet und noch spezialisierter dargestellt wurde.

Im Bereich der Sinnestäuschungen ist durch klinische Erfahrung die Frage nach der Aufnahme dieses Teilbereiches aufgekommen. Wie in Kapitel 2.2.6 Sinnestäuschung dargestellt, können akustische und optische Halluzinationen auch schon im frühen Kindesalter auftreten. Ein "Imaginärer Freund" in jungen Jahren ist bei vielen Kindern vorhanden. Durch eine Studie von Fernyhough et al. (2007) gibt es erste Anhaltspunkte, dass diese Kinder auch für andere Sinnestäuschungen empfänglich sind. Ob sich hinter den kindlichen Sinnestäuschungen eine Pathologie befindet, oder die Kinder im späteren Lebensalter besonders emotional kompetent sind, konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden. Da der adaptierte PPB auch ein Instrument im Bereich der Qualitätssicherung ist, und sich gut für Langzeitbeobachtungen eignet, soll ein neu adaptiertes Item mit aufgenommen werden, ohne dass aus ihm eine Psychopathologie abgeleitet werden muss. Bei Nichtaufnahme des Items könnten wichtige Informationen verloren gehen, die im späteren Alter von Relevanz sein könnten.

5.1.3 Körperliches Empfinden

Der dritte Teilbereich, der in dieser Dissertation vorgestellten Störungsbilder für den adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter, schließt die funktionellen und somatoformen Störungen und den in die Arbeitsversion des adaptierten PPB nicht mit aufgenommenen Bereich des Missbrauchs/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ein.

Das Störungsbild der funktionellen und somatoformen Störung umfasst sieben Items, wovon nahezu die Hälfte für die frühe Kindheit keine Relevanz aufzeigten. Die Adaptation an das Säuglings- und Kleinkindalter zeigt ein vollständig anderes Bild in der Codierung als der PPB nach Englert et al. (1998). Die Frage nach dem aktiven Einkoten zeigte bei zwei Drittel der Säuglinge und Kleinkinder im PPB nach Englert et al. (1998) die volle Ausprägung. Da hier keine Alterslimitierung vorliegt, muss die Frage auch bei Säuglingen mit voll zutreffend beantwortet werden. In der adaptierten Form mit Alterslimitierung sank die Zahl der einkotenden Kinder auf ein Normalmaß herab und bildet somit eine wahrscheinliche Auftretenshäufigkeit in einer risikoangereicherten Gruppe ab. Durch die Überprüfung mit dem Außenkriterium des CBCL 1¹/₂-5 (Achenbach, 2000) konnte gezeigt werden, dass die adaptierte Form signifikantere Werte liefert als der PPB nach Englert et al. (1998). Aufgrund von Expertendiskussionen in den Bereichen Schlafstörungen und Schmerzzuständen konnten Spezifizierungen in der revidierten Version vorgenommen werden.

Den Schlafstörungen wurden Explorationen zur Einschlafdauer (>30 min) und zu den nächtlichen Aufwachperioden (im Durchschnitt >20) hinzugefügt. Dies beruht darauf, dass in

der frühen Kindheit nicht der Schlaf als solches gestört ist, sondern eine Unfähigkeit des Kindes vorliegt, ohne seine Bezugsperson ein- oder auch nach nächtlichem Aufwachen wieder einzuschlafen.

Von den Schmerzzuständen wurde auf Expertenraten die "Drei-Monatskolik" abgegrenzt und die Exploration des selbst klagenden Kindes über Schmerzen hinzugefügt.

Nach den Spezifizierungen konnte das Störungsbild in die revidierte Fassung übernommen werden.

Durch die vorgenommene Expertenbefragung wurde das Störungsbild Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen erneut überprüft. In der untersuchten Patientenpopulation waren fast ein Viertel der Kinder zu Alkohol oder Drogen exponiert. Auch wenn ein eigenständiger Missbrauch von psychotropen Substanzen nicht möglich ist, so kann über die Eltern als ausführendes Organ eine Sucht vorherrschen. Kinder können durch ihr Verhalten die Substanzen einfordern, wie z. B. beim Drogenentzug in einem Substitutionsprogramm, schreien und quengeln, bis die zu substituierte Substanz verabreicht wird. Auch kann es vorkommen, dass drogenkranke Eltern ihrem Kind Substanzen verabreichen, um es ruhig zu stellen. Die Sucht im Kind persistiert bis ins körperliche Empfinden. Die Symptome und Verhaltensweisen des Kindes deuten die Stärke des Suchtverhaltens. Das zunächst in der Arbeitsversion gestrichene Item wird somit in der Revision wieder mit aufgenommen.

5.2 Prüfende Statistik und Testgütekriterien

Der Vergleich der Populationen von eingeschlossenen (N = 41) und ausgeschlossenen (N = 89) Patienten zeigte in einigen Bereichen unterschiedliche Strukturen. Die Diagnoseverteilung war im Gesamten breit gefächert. Eine Kumulation um die Diagnose F98.8 der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) zeigt die fehlenden Klassifizierungsmöglichkeiten der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) in der frühen Kindheit. Aufgrund dessen wurden zudem die DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) Diagnosen mit aufgenommen. Bei diesen zeigte sich spezifisch für die ausgeschlossene Gruppe eine Häufung der Diagnose 150. Die Häufung der Diagnose 150. ist somit im Vergleich zur eingeschlossenen Menge spezifisch für die ausgeschlossene Population.

Die Entwicklungsstörungen der zweiten Achse wurden in der ausgeschlossenen Population weniger vergeben, das Spektrum der Diagnosen ähnelte sich in beiden Gruppen in seiner Struktur. Die Achse drei der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006), das Intelligenzniveau war in den

Populationen gleichmäßig verteilt. Der Anteil der Kinder, der eine Zusatzdiagnose auf der vierten Achse erhielt, war annähernd gleich in der ein- und ausgeschlossenen Population.

Die soziale Situation (Achse 5 der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006)) in welcher die Kinder lebten, zeigte deutliche Unterschiede im Bereich der institutionellen Unterbringung. Mehr als doppelt so viele Patienten der ausgeschlossenen Population lebten fremd untergebracht. Kindern aus Einrichtungen waren somit für die Studie schwerer zu rekrutieren. Teils lag es an den bisher nicht eindeutig geklärten Sorgerechtszuständen oder an dem extra zu erbringenden hohen Zeitaufwand. Der Kontakt zum Drogenmilieu war in der eingeschlossenen Populationen erhöht vertreten. Eine Begründung liegt in dem vorhandene Schwerpunkt der Klinik und dem angegliederten "Cornelius"²¹ Projekt, weshalb die betroffenen Familien häufig in der Klinik vorstellig waren und eine gute Anbindung zu ihren Therapeuten hatten.

Die Achse sechs des multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) die "psychosoziale Anpassung" zeigte, dass die eingeschlossene Population ein breiteres Spektrum aufweist als die ausgeschlossene Population, welche einen Fokus hat auf die deutlich und übergreifende Beeinträchtigung. Das breite Spektrum ermöglicht einen umfassenden Eindruck innerhalb der Population.

Die dargestellte PIR-GAS konnte zeigen, dass in der ausgeschlossenen Population bei einem Drittel keine Angaben zur Bezugsperson gemacht wurden. Das heißt, viele der Patienten in der Population waren nur sehr kurz in der Klinik vorstellig und sind nicht vollständig in ihren Behandlungsplan integriert worden. Dies deckt sich nicht mit den Angaben der eingeschlossenen Population, in welcher die PIR-GAS immer vorhanden war.

Anhand der vergleichenden Diskussion kann verdeutlicht werden, dass die eingeschlossene Population ein repräsentatives Altersspektrum einer Inanspruchnahmepopulation mit klinisch relevanter Diagnoseverteilung abbildet. Beide Populationen beinhalten den Querschnitt des Patientenspektrums des Sozialpädiatrischen Zentrums's (SPZ). Sowohl sozial schwache als auch sozial starke, sowie psychiatrisch auffällige und nicht auffällige Patienten konnten bei der Untersuchung eingeschlossen werden.

Die Altersverteilung der *Stichprobe* ist typisch für eine klinische Stichprobe in der Altersgruppe für Säuglinge und Kleinkinder (Frankel et al., 2004; Hiermann et al., 2005). Das Altersspektrum war repräsentativ und konnte alle Altersbereiche der Säuglinge und Kleinkinder einschließen. Es handelte sich um eine risikoangereicherte homogene Patientengruppe, die an das SPZ für

²¹ Cornelius Stiftung für Kinder suchtkranker Eltern

chronisch kranke Kinder am Otto-Heubner-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters angeschlossen war. Die Diagnoseverteilung des untersuchten Patientenpools zeigte bei der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) auffallend hohe Werte im Bereich der F98.8 Diagnose. Dies zeigt auf eine ungenügende Klassifikation mittels der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) in dieser Altersklasse hin. Anhand der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) erhielten weniger Kinder als in der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) keine Diagnose, was verdeutlicht, dass die Klassifikation als Zusatzdiagnostikum eingesetzt wird. Bei der Auswertung der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) zeigte sich das altersgerechte gesamte Spektrum der Störungen mit leichten Kumulationen im Bereich der Diagnose 240. und 430. Generell sind die Ergebnisse der Diagnoseverteilung mit denen anderer Studien vergleichbar (Frankel et al., 2004). Die Prävalenzrate hängt grundsätzlich bei kleinen Stichproben vom Einzugsgebiet und der Spezialisierung der Institution ab. Im Folgenden sollen die Diagnosen der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) im Vergleich zu anderen Studien dargestellt und somit überprüft werden, ob die Patientenpopulation repräsentativ die klinisch relevanten Diagnosen aufweist.

Die *Regulationsstörungen* mit einem Anteil von insgesamt 38 Prozent in der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) sind die am häufigsten codierten Störungen in der untersuchten Population (in Vergleichsstudien liegen diese bei 14 (Frankel et al., 2004) oder bei Hiermann et al. (2005) bei 25 Prozent, wobei in der Studie Essstörungen mit einbezogen sind). Diese Werte sind auffallend hoch im Vergleich zu der Gesamtpopulation in den ersten drei Quartalen 2012, in welcher sie mit 17 Prozent die normale Wahrscheinlichkeit darstellen. An zweiter Stelle stehen die *Störungen des affektiven und emotionalen Ausdrucks*, welche mit 22 Prozent im mittleren Bereich von anderen Studien liegen (Vergleichsstudien: 18 Prozent in der Studie von Keren et al. (2003) und 24 Prozent bei Luby & Morgan (1997)). Die Studienlage der *Bindungsstörungen* zeigt sehr unterschiedliche Prävalenzen. Ein Grund dafür kann sein, dass die Autoren ungleich auch auf anderen Achsen codieren. In der eingeschlossenen Population lagen sie bei sechs Prozent. In den Vergleichsstudien schwanken die Werte in der DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) zwischen null Prozent bei Luby & Morgan (1997) sowie zwei Prozent bei Keren et al. (2003) und Frankel et al. (2004) mit 18 Prozent. *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen* gehören zu dem Formenkreis der autistischen Störungen. Die untersuchte Population zeigt einen Anteil von 14 Prozent von betroffenen Kindern, was sich mit der Studie von Luby & Morgan (1997) deckt, welche in 13 Prozent der Fälle auch eine Störung aus dem autistischen Formenkreis aufweisen konnte. Die *Schlafstörungen* liegen in der untersuchten Population bei sechs Prozent, was im

Gegensatz zu anderen Studien, (z. B. Frankel et al. (2004) bei < 1 Prozent) eine hohe Prozentzahl darstellt. Zu erklären ist dies mit der kleinen Stichprobe von $N = 41$. Das heißt, es liegen drei Diagnosen vor. Ein Kind in der Population wurde mit Ein- und Durchschlafstörungen codiert, wodurch schon zwei Diagnosen begründet sind. In einer solch kleinen Stichprobe kann somit in manchen kleinen Bereichen das Ergebnis im Gegensatz zur Gesamtpopulation vermeintlich verfälscht vorliegen. Die Anzahl der *Essstörungen* in der vorliegenden Population mit zwei Prozent liegt im unteren Bereich der meisten aktuellen Studien (Luby et al. (1997) < 3 Prozent, Frankel et al. (2004) < 4 Prozent).

Auch wenn in einigen Störungsbereichen die Werte nach Vergleich, wie es der vorherige Abschnitt zeigt, nicht mittig im alterstypischen Spektrum lagen, so kann diese Population als klinische Inanspruchnahmepopulation, in der Angliederung an eine universitäre, großstädtische Säuglings- und Kleinkindambulanz, als klinisch relevantes Spektrum dargestellt werden.

Die Verteilungsanalyse der Items anhand des Kolmogorov-Smirnov Koeffizienten konnte zeigen, dass alle Störungsbereiche der hier vorgestellten Dissertation im signifikanten Bereich liegen. Die dargestellte Schiefe zeigt, dass die Items eine rechtsseitige Verteilung aufweist, was belegt, dass die meisten Kinder in den jeweiligen Störungsbereichen keine pathologischen Werte aufweisen. Die rechtsseitig bestehende signifikante Normalverteilung zeigt jedoch auch, dass es nicht nur überwiegend gesunde Kinder in den jeweiligen Störungsbereichen gibt, sondern je größer der Wert auf der Likert-Skala ist, umso konstanter nimmt die Häufigkeit der Ausprägung ab.

Dies ist dadurch zu erklären, dass die Normalverteilung auch in einer risikoangereicherten Gruppe im gesunden Bereich liegt und es immer nur einige Kinder gibt, die in den jeweiligen Störungsbereichen pathologische Werte zeigen. Daraus ist zu entnehmen, dass durch die Mittelung der Werte in den einzelnen Items die hoch pathologisch gepunkteten Werte herausgemittelt wurden und somit das gesamte Störungsbild nicht mehr als über ein "deutlich ausgeprägt" (3) heraus kommen konnte. Aber auch ein "deutlich ausgeprägt" ist eine Rarität. Unter den sechs eingeschlossenen Störungsbereichen dieser Dissertation kam eine Bewertung "deutlich ausgeprägt" (3) nur viermal vor (innerhalb von den Störungsbildern der Angststörung und Zwangsstörung). Bei keinem Probanden kam durch die Mittelung der Werte ein "stark ausgeprägt" (4) innerhalb der Beurteilung vor. Dies zeigt, je mehr Items ein Störungsbild aufweist und je feiner das jeweilige Item gefasst ist, desto mehr gehen die pathologischen Werte zurück. Mögliche Pathologisierungen sind hier somit abgedämpft dargestellt und eine Orientierung zum Positiven liegt vor.

Es wurde dieses Verfahren gewählt, um nicht voreilig in den Störungsbereichen zu pathologisieren. Eine Bewertung mit "leicht ausgeprägt" (2) als gemittelter Gesamtwert ist damit schon als auffällig anzusehen. Der PPB nach Englert et al. (2005) in seiner Kurzfassung umgeht dieses Phänomen, das ein "leicht ausgeprägt" (2) schon als krankhaftes Verhalten zu werten ist, indem er die stärkste Ausprägung innerhalb der Einzelsymptome für den gesamten Störungsbereich übernimmt. Die Darstellung der Häufigkeitsverteilung in Kapitel 3.4.3 konnte dieses Vorgehen bestärken. Die Mittelung innerhalb der Unteritems und den Übertrag des höchst bewerteten Items auf den gesamten Störungsbereich macht es möglich, nicht vorschnell das Verhalten negativ zu bewerten, aber psychische Störungen deutlich hervor zu heben. Eine falsche Mittelung der Werte sowie eine falsche Pathologisierung ist mit diesem Vorgehen ausgeschlossen.

Die Testgütekriterien konnten in dieser Dissertation in einer ersten Machbarkeitsanalyse beurteilt werden. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt keine vollständige Validierung durchgeführt werden konnte, so können anhand der Stichprobe von $N=41$ erste Einschätzungen gegeben werden.

Die Objektivität konnte anhand der Interraterreliabilität gemessen werden. Die Ergebnisse zeigten anhand von Cohens κ , dass alle Items eine hervorragende Näherungsweise Signifikanz aufweisen. Die fünf "Total" Werte für κ lagen mit ihren Werten unterhalb der Einzelitems, konnten aber dennoch eine sehr gute Signifikanz zeigen. Ihre Aussagen sind inhaltlich unpräziser, da sie für einen gesamten Störungsbereich Auskunft geben. Zurück zu führen ist dies auf eine statistische Mittelung der Werte. Aufgrund dieser Tatsache wird deutlich, dass die "Total" Werte nur eine geringe Bedeutung für die Aussage haben. Bei drei Einzelitems konnten kein Cohens κ berechnet werden, da bei einem Bewerter eine Konstante vorlag. In den vorliegenden Fällen handelte es sich um die Konstante eins. Die Berechnung des M-Koeffizienten zeigte, dass auch in den drei weiteren Items eine sehr gute Übereinstimmung vorlag. Die Ergebnisse zeigen, dass die durchgeführte Interraterkorrelation hoch signifikante Werte liefert und eine hohe Objektivität für den adaptierten PPB im Säuglings- und Kleinkindalter vorliegt.

Die Reliabilität konnte in der vorliegenden Stichprobe durch die interne Konsistenz berechnet werden. Der adaptierte PPB für Säuglinge und Kleinkinder zeigt mit seinem Ergebnis durchgängig gute bis exzellente Werte anhand von Cronbachs α . Ein Grund der hohen Reliabilität kann in der großen Anzahl der Items liegen, denn der hier erstellte Mittelwert

innerhalb der Items relativiert die Schwankungen und suggeriert somit einen hohen "Output". In der Kategorie Zwangsstörungen liegt im PPB nach Englert et al. (1998) kein Wert vor, was in der Bewertung als "nicht beurteilbar" (9) codiert wurde. Erst durch die Adaptierung der Symptome an das Säuglings- und Kleinkindalter ist eine Beurteilung des Items möglich. Die Essstörungen konnten zeigen, dass die Kategorien für den Säugling nur schwer zu übernehmen waren und die interne Konsistenz somit nicht exzellent ist. Im PPB nach Englert et al. (1998) liegen sie jedoch im exzellenten Bereich, was damit zusammenhängen kann, dass die Items für das Alter nicht so ausdifferenziert vorliegen und somit leichter in Übereinstimmung zu bringen sind.

Die qualitativen Verbesserungen des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter geben quantitativ, aufgrund der hohen Anzahl der Unteritems, mehr Angriffspunkte. Somit ergeben sich in manchen Bereichen in der internen Konsistenz etwas schlechtere Werte. Dies liegt in den meisten Teilbereichen an der deutlichen Spezialisierung und ist somit dem PPB nach Englert et al. (1998) deutlich überlegen. Die sehr gute interne Konsistenz des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder ist am deutlichsten zu erkennen im "Total Score". Das Ergebnis zeigt, dass das Untersuchungsgütekriterium für den adaptierten PPB des Säuglings- und Kleinkindalters der Reliabilität im höchsten Maße erreicht ist.

Die Validität des Tests konnte anhand der vorliegenden Population mithilfe der CBCL 1½ - 5 (Achenbach, 2000) als Außenkriterium gemessen werden. Anhand der CBCL 1½ - 5 (Achenbach, 2000) war es möglich, die Population der Kleinkinder zu vergleichen. Für den Säuglingsbereich gab es keinen validen Test, um eine externe Validierung in dem vorgegebenen Setting durchführen zu können. Deswegen wurde die Validierung durch ein Test-Außenkriterium auf die Kleinkinder beschränkt und bei den Säuglingen konnte in der ersten Validitätsprüfung auf die rein qualitative Expertenmeinung zurückgegriffen werden. Wie in den Ergebnissen deutlich zu erkennen ist, sind die Störungsbilder im Kleinkindbereich im Einzelnen nur bedingt vergleichbar mit den Skalen der CBCL 1½ - 5 (Achenbach, 2000). Sie zeigen dennoch in den nahezu übereinstimmenden Störungsbereichen der Angststörung, der Affekt- und Stimmungsstörung und der somatoformen Störung höchst signifikante Ergebnisse. Als Kritik ist hier hervorzuheben, dass nicht alle Items aus den jeweiligen Bereichen im adaptierten PPB und der Kategorie in der CBCL 1½ - 5 (Achenbach, 2000) sauber zueinander passen. Im Gegensatz dazu zeigt jedoch die Korrelation des "Total Score" unabhängig von der Kategorisierung von Einzelitems das vollständige Abbild des kindlichen pathologischen Befundes. Der Vergleich des "Total Scores" kann somit als valide anerkannt werden und zeigt in der Auswertung eine gute

Signifikanz. Der Vergleich des "Total Scores" des PPB nach Englert et al. (1998) und dem adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder in Korrelation zur CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) zeigt, dass die adaptierte Version durch die Anpassung an das Säuglings und Kleinkindalter ein deutlich besseres Signifikanzniveau aufzeigt. Das beide PPB's (Englert et al. (1998) und Dormann/Kevenhörster 2011) eine solch hohe Signifikanz aufweisen, kann an der Mittelwertbildung der Rohwertergebnisse liegen, welche dazu führt, dass starke Abweichungen in den Werten ausgeglichen werden und somit das Signifikanzniveau insgesamt angehoben wird. Eine erste Validitätsprüfung des adaptierten PPB an Kleinkindern konnte somit erfolgreich und mit sehr guten Ergebnissen abgeschlossen werden.

Die durchgeführte Expertenmeinung zeigt eine subjektive Meinung der in Deutschland forschenden und praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiatern/-innen und Psychologen/-innen auf dem Bereich der Säuglings- und Kleinkindsforschung. Die Meinung kann somit als erster Eindruck mit überwiegend positiver Resonanz gewertet werden. Die pathologisierende Operationalisierung der Exploration wurde von einigen Experten als zu negativ wertend beurteilt. Die negative Formulierung soll den Untersucher durch die Ankerbeispiele sensibilisieren, um eine mögliche Störung erfassen zu können. Die Art der Exploration ist dem Untersucher dabei freigestellt und somit gut in sein halbstrukturiertes Interview zu integrieren. Die Frage an den Patienten, der den adaptierten PPB nicht selber ausfüllt, kann also vom Untersucher an den Patienten angepasst werden. In der Alterseinteilung zeigte sich Diskussionsbedarf und die hier angewendete Einteilung 0-18 als Säugling und 19-60 fand keine Übereinstimmung. Die Experten waren untereinander in ihren Aussagen, welche Altersgrenzen in Bezug auf die Meilensteine und die Vergleichbarkeit sinnvoll wären, nicht im Konsens. In dieser Dissertation wurde das Augenmerk besonders auf die Vergleichbarkeit gelegt, was sich für die erste Validitätsprüfung als sinnvoll erwies. Aber auch eine Einteilung in "Infant" (0-12 Monate), "Toddler" (13-36 Monate) (Thomas et al., 1997) und "Preeschooler" (37-60 Monate) könnte für spätere Zeitpunkte der Entwicklung in Betracht kommen, um den Entwicklungsschritten des Kindes den Vorrang in der Einteilung zu geben.

Die Anlehnung des Testkonstruktes an die bestehende Form des PPB nach Englert et al. (1998) wurde von einigen Experten als zu "starr" empfunden. Die beibehaltenen Kategorien der Störungsbilder und Items ermöglicht ein übergreifendes Instrument in der gesamten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch die Anwendung unterschiedlicher Glossare und Adaptierungen, Streichungen oder Neuentwickelungen von Items kann somit ein einheitliches Instrument über die Altersgrenzen hinweg entstehen. Auch wenn in einigen Bereichen die Sensibilität im

Säuglings- und Kleinkindalter dadurch etwas eingeschränkt wird, so zeigen die hier vorliegenden Daten, dass die pathologischen Bereiche deutlich hervorgehoben werden und sich eine in den jeweiligen Störungsbereichen spezialisierte Diagnostik anschließen kann. Die Anmerkungen auf andere bestehende, weitaus feinere und für einzelne Bereiche spezifischere Tests sind angemessen, jedoch in der Spezifikation in dem PPB nicht erforderlich und zu ausschweifend, da falls im PPB ein Störungsbild identifiziert wird, eine weiterführende Diagnostik mit Spezifikationen in den bestimmten Bereichen unausweichlich ist. Um eine vergleichende Qualitätssicherung und eine Richtungsgebung in der Diagnostik auch im Säuglings- und Kleinkindalter zu ermöglichen, gibt der adaptierte PPB den ersten großen Überblick über die Entwicklung des Kindes, um dann eine weiterführende spezifizierte Diagnostik anzuschließen.

Wie Untersuchungen zu Beginn dieses Projektes zeigten und in dem Kapitel Bedarfsanalyse dargelegt werden konnten, ist der praktische Bedarf an einer adaptierten Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter groß und der Nützlichkeitsaspekt, welcher bei jeder Testentwicklung mit beachtet werden muss (Schraml & Baumann, 1974) somit gegeben. Der Ökonomieaspekt ist ein weiteres Kriterium, welches in dem Zusammenhang steht. Der adaptierte PPB für Säuglinge und Kleinkinder stellt ein umfassendes Instrument dar, welches aufbaut auf einer schon in der Klinik gewohnten Testkonstruktion. Die Einarbeitung für den Anwender sollte somit relativ einfach möglich sein. Für geschulte Anwender ist es möglich, die Information aus dem Erstgespräch vollständig zu entnehmen. Auch für Einsteiger ist anhand des Glossars ein schneller Einstieg möglich. In seiner vollständigen Ausführung ist der adaptierte PPB zeitaufwendig, kann jedoch spezifisch in den unterschiedlichen Bereichen Störungen identifizieren. Eine verkürzte Version des PPB synchron zum PPB nach Englert et al. (2005) ist auch für das Säuglings- und Kleinkindalter denkbar, sie würde dann im Klinikalltag zeitökonomisch anwendbar sein, aber einen Sensibilitätsverlust der Items mit sich bringen.

6 Limitierungen und Ausblick

Die vorliegende Dissertation konnte in den Bereichen der Wahrnehmung, Emotion und dem körperlichen Empfinden die Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter in einem ersten Schritt vornehmen. Eine Fülle von spezifischen Störungsbildern und Verhaltensweisen wurden dabei an die frühe Kindheit adaptiert und ihre Aussagekraft überprüft.

Die vorliegende Machbarkeitsanalyse konnte an dem konsekutiven in der "Baby- und Kleinkindsprechstunde" vorgestellten Patientenpool mit $N = 41$ erste Aussagen liefern. Der Patientenpool als risikoangereicherte Inanspruchnahmepopulation liefert erste valide Ergebnisse über betroffene Kinder. Der Einschluss einer Vergleichspopulation anhand von gesunden Kindern steht dabei noch aus. Die sinnvollste Art der Auswertung wurde anhand der Verteilungsanalyse herausgestellt. Die zu mittelnden und so zum Störungsbild führenden Items stellten sich als nicht praktikabel heraus, stattdessen sollten die Explorationen zwar als Mittelwert mit Tendenz zum Positiven gewertet werden, jedoch auf Itemebene sollte immer das am höchsten bewertete Item für den gesamten Störungsbereich geltend gemacht werden. Die Einteilung des Altersbereiches kann für die vorliegende Adaptation als sinnvoll erachtet werden, denn so konnte eine Vergleichbarkeit mit einem validierten schon in der Anwendung befindlichem Test durchgeführt werden. Aufgrund der bestehenden Expertenkritik könnte eine Einteilung nach "Infant", "Toddler" und "Preeschooler" in einer erneuten Revision noch einmal überprüft werden. Die ersten statistischen Auswertungen sprechen für eine hohe Objektivität und Reliabilität sowie eine gute Validität. Die Interraterreliabilität, gemessen an zwei Bewertern, welche beide auf bestimmten Bereichen des PPB Experten waren, zeigte gute bis sehr gute Übereinstimmungen. Eine weitere Untersuchung sollte anhand von Ratern geschehen, welche einen unterschiedlichen Wissensstand aufweisen, um die Vergleichbarkeit noch differenzierter herauszustellen. Die Validität anhand eines Außenkriteriums konnte an Kleinkindern ($N = 31$) durchgeführt werden. Durch den Vergleich zum Außenkriterium der CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) konnten erste Aussagen über den dargestellten Inhalt gemacht werden. Die unterschiedliche Einteilung der entwicklungspathologischen Bereiche im PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter und der CBCL 1½-5 (Achenbach, 2000) können in den einzelnen Störungsbereichen nur bedingt eine Aussage ermöglichen. Für Säuglinge gab es die Möglichkeit der Überprüfung der Inhaltsvalidität aufgrund der Expertenmeinung. Eine externe Validierung im Säuglingsbereich anhand eines Außenkriteriums steht im nächsten Forschungsschritt noch aus. Anhand der Experten konnten einige Items noch ergänzt und so die Spezifizierung

verfeinert werden. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt keine vollständige Validierung der adaptierten Version des PPB bevor. Um das Instrument praktikabel zu machen, sollte die psychometrische Qualität der Adaptation anhand einer größeren und übergreifenden Stichprobe mit unabhängigen Ratern in verschiedenen Qualifikationsstufen überprüft, sowie einer großen vollständigen Validierung mit Faktorenanalyse unterzogen werden.

Trotz der offenen, noch zu überprüfenden Punkte lässt sich als Fazit herausstellen, dass die Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter durch seine dargestellten signifikanten Auswertungen in der Machbarkeitsanalyse vielversprechende Werte liefert. Nach einer zukünftig groß angelegten Studie könnte somit ein störungsbildübergreifendes Instrument für den klinischen Alltag, die Qualitätssicherung und den Forschungsbereich bereitgestellt werden.

7 Zusammenfassung

Aufgrund von immer höher werdenden Anforderungen an die Qualitätssicherung ist es unumgänglich, auch in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie übergreifende Dokumentationsinstrumente zur Verfügung zu stellen. Im Bereich der Schulkinder und der Jugendlichen wird die Dokumentation anhand des PPB nach Englert et al. (1998) durchgeführt. Um dasselbe bewährte Instrument in der Qualitätssicherung auch für die Säuglinge und Kleinkinder anwenden zu können, bedarf es einer spezifisch auf das Alter abgestimmten Adaptation. In dieser Dissertation wurde somit die Adaptation des PPB nach Englert et al. (1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Bereichen Wahrnehmung, Emotionalität und dem körperlichen Empfinden durchgeführt (Für die Bereiche Verhalten, Interaktion und Sprache s. C. Kevenhörster (vgl. 2014)).

Sie umfasst zwei Teilbereiche: die Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter anhand von Literaturrecherchen, Expertenbefragungen, klinischer Arbeit und die experimentelle Überprüfung anhand einer Machbarkeitsanalyse des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder in der Baby- und Kleinkindforschung.

Der entwicklungsgerechte adaptierte PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter soll verwertbare Ergebnisse für Säuglinge und Kleinkinder liefern. Er soll dabei im Klinikalltag praktikabel und zeitökonomisch sein.

Die Adaptation fand in den Jahren 2008-2012 statt und umfasst ein ausgiebiges Studium der Psychopathologien in der frühen kindlichen Entwicklung. Die psychische Entwicklung der frühen Kindheit weist eine hohe intra- und interindividuelle Variabilität auf, die durch verschiedenste Faktoren moduliert und determiniert wird. Es ist ein komplexes Konstrukt aus biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen sowie der Vulnerabilität des Kindes, welche die jeweiligen Altersstufen beeinflussen. In den Kategorien 0-18 Monaten als Säugling und 19-60 Monaten als Kleinkind wurden, unter Berücksichtigung der Meilensteine der kindlichen Entwicklung, die vorliegenden Items des PPB nach Englert et al. (1998) adaptiert. Items, welche in der kindlichen Entwicklung keine Relevanz haben, entfernt und neu definiert. Insgesamt konnten hiermit somit 35 Items innerhalb der sechs Störungsbereiche (Angststörung, Affekt- und Stimmungsstörung, Zwangsstörung, Merkfähigkeits-, Orientierungs- und

Bewusstseinsstörung und die funktionelle und somatoforme Störung) als sinnvoll eruiert und adaptiert werden.

Die experimentelle Überprüfung konnte anhand einer homogenen, risikoangereicherten Inanspruchnahmepopulation ($N = 41$) von Kindern im Alter von 5-59 Monaten, des Sozialpädiatrischen Zentrums für chronisch kranke Kinder am Otto-Heubner-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, in den ersten 3 Quartalen 2011 erhoben werden. Anhand dieser Population konnte mit Hilfe von zwei unabhängigen Bewertern die Erhebung des PPB nach Englert et al. (1998) und die Erhebung des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter durchgeführt werden. Die Verteilung der Stichprobe mit 61 Prozent Jungen und 39 Prozent Mädchen und einem breiten Altersspektrum mit 10 Säuglingen und 31 Kleinkindern kann als repräsentativ für eine Inanspruchnahmepopulation angesehen werden. Auch die Diagnoseverteilung zeigte ein breites Spektrum an Pathologien, welche für das Säuglings- und Kleinkindalter höchste Relevanz zeigen. Die Verteilungsanalyse zeigte, dass eine Mittelung im jeweiligen Unteritems mit Tendenz zum positiven Wert das einzelne Item ausmacht und nicht schon voreilig pathologisiert. Ist jedoch ein Item innerhalb eines Störungsbildes positiv, so ist es sinnvoll, das gesamte Störungsbild als positiv zu betrachten, da sich bei Bildung eines erneuten Mittelwertes auf Itemebene die Verhaltensauffälligkeit zum Großteil aufheben würde.

Die durchgeführte Machbarkeitsanalyse zeigt eine hoch signifikante Objektivität, gemessen an der Interraterreliabilität (Cohens κ), eine sehr gute Reliabilität, gemessen an der internen Konsistenz (Cronbachs α) und eine höchst signifikante erste Validität im Bereich der Kleinkinder, welche anhand des Außenkriteriums der CBCL 1½ - 5 (Achenbach, 2000) (Kendalls τ) durchgeführt werden konnte.

Nach der experimentellen Überprüfung und der Expertenbefragung konnte anhand des bis dato zusammengetragenen Wissens die Arbeitsversion des adaptierten PPB erneut angepasst werden. Dabei wurden weitere zwei Störungsbereiche (Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und Sinnestäuschungen) mit jeweils einem Item an das Säuglings- und Kleinkindalter adaptiert und dem revidierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter zugefügt

(siehe Anhang F: Revision des adaptierten PPB (Version 1.0) des Säuglings- und Kleinkindalters in den Bereichen Emotionalität, Wahrnehmung und Körperliches Empfinden).

Die Intention, den PPB nach Englert et al. (1998) für das Säuglings- und Kleinkindalter zu adaptieren und somit im Bereich der Säuglings- und Kleinkinddiagnostik ein Instrument zur Qualitätssicherung zu erstellen, kann auf Basis der ersten Machbarkeitsanalyse und der überwiegenden Expertenmeinung als erfolgreich betrachtet werden. Wie die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, kann durch ein erneutes größer angelegtes Forschungsprojekt mit einer größeren Stichprobenzahl auf Grundlage der hier vorliegenden Adaptation ein valides Instrument für die Qualitätssicherung im Bereich der Säuglings- und Kleinkindforschung entstehen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2000). *CBCL/1,5-5 & C-TRF/1,5-5 Profietes*. Burlington: VT.
- Achenbach, T. M. (2012). *Preschool (Ages 1 1/2-5) Assessments* Retrieved 10 January, 2012, from <http://www.aseba.org/preschool.html>
- Achenbach, T. M., Conners, C. K. & Quay, H. C. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299–323.
- Adam, H., Walter, J., Aßhauer, M. & Barkmann, C. (2000). *Ergänzungsdokumentation zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie: Flüchtlingskinder/Migranten; unveröffentlichtes Manuskript*. Hamburg Eppendorf.
- AMDP. (2006). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8.Auflage)*: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ang, R. P., Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ooi, Y. P., Fung, D. S. S. & Wo, B. (2011). Examining the Criterion Validity of CBCL and TRF Problem Scales and Items in a Large Singapore Sample. *Child Psychiatry & Human Development* 43, 70 - 86.
- Asendorpf, J. B. (1989). *Soziale Gehemtheit und ihre Entwicklung*. Berlin: Springer.
- AWMF Leitlinien Register DGKJP. (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-, und Jugendalter*: Deutscher Ärzteverlag.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. & Cleary, P. D. (1994). Histories of Childhood Trauma in Adult Hypochondriacal Patients. [Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3), 397-401.
- Bauer, P. J., Burch, M. M. & Kleinknecht, E. E. (2002). Development in early recall memory: normative trends and individual differences. *Advances in child development in behavior*, 30, 103-152.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie (5. Auflage) bearbeitet von Prof. Dr. Ute Schönplflug*. München: Pearson Studium.
- Berntsson, L. T., Kohler, L. & Gustafsson, J. E. (2001). Psychosomatic complaints in school children: a nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 44–45.
- Best, N. & Mertin, P. (2007). Correlates of Auditory Hallucinations in Nonpsychotic Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 611-623.
- Bleichhardt, G. & Weck, F. (2010). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst (2., aktualisierte Auflage)*. Heidelberg: Springer.
- Blisset, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors* 8, 311-318.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (Vol. 4)*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung (Vol. 3)*. Heidelberg: Springer
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M. & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1-and 2-year-old

- children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 811-819.
- Brosius, F. (2006). *SPSS*. Bonn: MITP Verlag.
- Brückl, T. M., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 47–56.
- Brunner, R., Schulze, U. & Resch, F. (2012). Essstörungen. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (2. Auflage)* (pp. 653-677). Heidelberg: Springer.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111.
- Bühner, M. (2010). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion (Auflage 3.)*. München: Pearson Studium.
- Buss, A. H. (1986). Two kinds of shyness. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Verlag.
- Buss, K. A. (2011). Which Fearful Toddlers Should We Worry About? Context, Fear Regulation, and Anxiety Risk. *Development Psychology*, 47, 804-819.
- Campo, J. v., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M. & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in Pediatric Primary Care: Association with Psychopathology, Functional Impairment, and Use of Services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1093–1101.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington: Zero To Three.
- Chatoor, I., Dickson, L., Schaefer, S. & Egan, J. (1985). A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice* (pp. 235-258). New York: Plenum Press.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V. N. & Harmon, R. J. (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1217–1224.
- Chatoor, I. & Khushlani, D. (2006). Eating disorders. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment* (pp. 115-136). New York/ London: The Guilford Press.
- Chatoor, I., Surlles, J., Ganiban, J., Beker, L., McWade Paez, L. & Kerzner, B. (2004). Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*, 13, e440-e447.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry* 147, 887–892.
- Cierpka, M. (2012). *Frühe Kindheit 0-3 Jahre; Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Cierpka, M. & Cierpka, A. (2012). Entwicklungsgerechtes Trotzen, persistierendes Trotzen und aggressives Verhalten. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 – 3; Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 263-283). Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. (1960). A coefficient for agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement*, 20.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R.-D., Geiselhart, H., John, U., et al. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur

- Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 24, 3-41.
- Costello, E., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 1263-1271.
- Dacheneder, W. (2008). Psychologische Beurteilung und Grundsätze der Betreuung. In H.-M. Straßburg, W. Dacheneder & W. Kress (Eds.), *Entwicklungsstörungen bei Kindern: Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung (4. Auflage)*. München: Springer.
- Del Carmen-Wiggins, R. & Carter, A. S. (2001). Introduction-Assessment of infant and toddler mental health: advances and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 8-10.
- Del Carmen-Wiggins, R. & Carter, A. S. (2004). *Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment*. Oxford/ New York: Oxford University Press.
- DGKJPP. (2004). Kindliche Angststörungen fast immer heilbar. *DGKJP Presse Service Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*
- DGKJPP. (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, (3. aktualisierte Auflage)*: Deutscher Ärzte Verlag.
- Dilling, H., Balck, F., Bosch, G. & Christiansen, U. (1983). Zur psychiatrischen Basisdokumentation. *Nervenarzt*, 54, 262–267.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V *Klinisch-diagnostische Leitlinien* (Vol. 8). Bern: Huber.
- Domènech-Llaberia, E., Janè, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G. & Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 598–604.
- Döpfner, M. (2008). Hyperkinetische Störungen. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 172-196). Stuttgart: Thieme.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., Aster, M., et al. (1993). Die Psychopathologische Befund- Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 21, 90-100.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Steinhausen, H. C. & Aster, M. (1991). *Psychopathologische Befunddokumentation für Kinder und Jugendliche: Dokumentationsbogen, Glossar und Explorationsleitfaden*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W., Englert, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., et al. (1997). Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben - eine multizentrische Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 548-565.
- Dornes, M. (1994). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a.M: Fischer.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes* (Vol. 4.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling. Sonderausgabe. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt: Fischer.
- Dreier, M., Borutta, B., Stahmeyer, J., Krauth, C. & Walter, U. (2010). *Vergleich von Bewertungsinstrumenten für die Studienqualität von Primär- und Sekundärstudien zur Verwendung für HTA-Berichte im deutschsprachigen Raum* (Vol. 102). Köln: DIMDI.

- Duden. (2011). *Duden - Deutsches Universalwörterbuch: Das umfassende Bedeutungswörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (Vol. 7). Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Eckey, H. F. K., R; Rengers, M. (2002). *Multivariate Statistik: Grundlagen - Methoden - Beispiele* (Vol. 1). Wiesbaden: Dr. Th. Gabler Verlag.
- Egger, H. L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(3/4), 331–337.
- Eggers, C. & Döpfner, M. (2012). Zwangsstörungen. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290–292.
- Ellert, U., Neuhäuser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits- surveys (KIGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 711–717.
- Englert, E., Fegert, J. & Hübler, H. (2000). Jugendliche Drogenkonsumenten in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Konsummuster in verschiedenen Behandlungssettings. In B. Blanz (Ed.), *Abstractband zum XXVI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (pp. 244). Jena.
- Englert, E., J. J., Rotthaus, W., Wienand, F., Lam, L. & Poustka, F. (1996). Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie III/96*, 38-51.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998). Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998a). Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis. In F. Poustka & H. Katschnig (Eds.), *Qualitätssicherung und Lebensqualität* (pp. 83-92). Wien: Springer.
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, F., Lam, L. & Poustka, F. (2005). *Glossar: Basisdokumentation Kinder und Jugendpsychiatrie* (Vol. 4): DGKJPP / BAG / BKJPP
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, F., Lam, L. & Poustka, F. (2006). *Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie* (Vol. 4): DGKJPP / BAG / BKJPP
- Englert, E. & Poustka, F. (1993). *Glossar zur Kinder und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation*. Frankfurt am Main.
- Englert, E. & Poustka, F. (1998). *Glossar zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation*. 4.
- Englert, E., Schmeck, K., J. J., Rotthaus, W., Wienand, F. & Poustka, F. (1995). *Qualitätssicherung in Klinik und Praxis: Entwurf für eine gemeinsame Basisdokumentation*. Würzburg.
- Essau, C. A. (2003). *Angstdiagnostik bei Kindern. Kindheit und Entwicklung*. München: Reinhardt.

- EURYDICE. (2009). *Frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung in Europa: ein Mittel zur Verringerung sozialer und kultureller Ungleichheiten* Brüssel: EACEA Exekutivagentur für Bildung, Audiovisuelles und Kultur.
- Evans, D. W., Leckman, J. E. & Carter, A. (1997). Rituals, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development*, 68, 58–68.
- Evans, D. W., Milanak, M. E., Medeiros, B. & Ross, J. L. (2002). Magical Beliefs and Rituals in Young Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 43-58.
- Fegert, J. M., Eggers, C. & Resch, F. (2011). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (Vol. 2). Berlin Heidelberg: Springer.
- Feldman, R., Keren, M., Gross-Rozval, O. & Tyano, S. (2004). Mother- child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(9), 1089–1096.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1994). Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction*, 89, 1007–1016.
- Fernyhough, C., Bland, K., Meins, E. & Coltheart, M. (2007). Imaginary companions and young children's responses to ambiguous auditory stimuli: implications for typical and atypical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(11), 1094-1101.
- Foltran, F., Gregori, D., Franchin, L., Verduci, E. & Giovannini, M. (2011). Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutrition Reviews*, 69(11), 642–659.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66, 3-6.
- Fonagy, P., Gyorgy, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Karnac Books.
- Frankel, K. A., Boyum, L. A. & Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 578-587.
- Friedelmeier, W. (1999). Emotionsregulation in der Kindheit. In W. Friedelmeier & M. Holodynski (Eds.), *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen* (pp. 197-218). Heidelberg Spektrum Akademischer Verlag.
- Friedman, S. (1972). Habituation and recovery of visual response in the alert human newborn. *Journal of Experimental Child Psychology*, 13(2), 339-349.
- Gale, C. R., Martyn, C. N., Mariott, L. D., Limond, J., Crozier, S., Inskip, H. M., et al. (2009). Dietary patterns in infancy and cognitive and neuropsychological function in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, 816-823.
- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., et al. (2003). Which SSRI? A Meta-Analysis of Pharmacotherapy Trials in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 160, 1919–1928.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97–116.
- Gleason, M. M., Egger, H. L., Emslie, G. J., Greenhill, L. L., Kowatch, R. A., Lieberman, A. F., et al. (2007). Psychopharmacological Treatment for Very Young Children: Contexts and Guidelines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1532-1572.
- Gleisser, U. (2007). Lern- und Merkfähigkeit. In L. Kaufmann, H.-C. Nuerk, K. Konrad & K. Willmes (Eds.), *Kognitive Entwicklungsneuropsychologie* (pp. 177-199). Göttingen: Hogrefe.

- Goldschmidt, A. B., Tanofsky-Kraff, M. & Wilfley, D. E. (2011). A laboratory-based study of mood and binge eating behavior in overweight children. *Eating Behaviors, 12*, 37-43.
- Gontard, A. v. (2007). Enuresis und funktionelle Harninkontinenz *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Aufl.)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Gontard, A. v. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goodlin-Jones, B., Schwichtenberg, A. J., Iosif, A. M., Tang, K., Liu, J. & Anders, T. F. (2009). Six-month persistence of sleep problems in young children with autism, developmental delay, and typical development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 48*, 847-854.
- Gopinath, B., Subramanian, I., Flood, V. M., Baur, L. A., Pfund, N., Burlutsky, G., et al. (2011). Relationship between breast-feeding and adiposity in infants and pre-school children. *Public Health Nutrition*, 1-6.
- Guedeney, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health, 393-408*.
- Gündel, H., Ceballos-Baumann, A. O. & Rad, M. (2000). Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. *Nervenarzt, 71(3)*, 151-163.
- Gündel, H., Valet, M. & Sorg, C. (2008). Altered cerebral response to noxious heat stimulation in patients with somatoform pain disorder. *Pain, 137*, 413-421.
- Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe: Bindungsförderung – Krisenintervention – Eltern-Baby-Therapie*. Berlin: Ulrich Leutner Verlag.
- Harris, P. L. (1994). The Child's Understanding of Emotion: Developmental Change and the Family Environment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35 (1)*, 3-28.
- Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Dev 55*, 1969-1982.
- Helbling, E. (2007). Angst im Kindes- und Jugendalter; Entwicklung und Störung. *Vorlesungsreihe der VOPT Universität St. Gallen*.
- Henderson, H. A., Fox, N. A. & Rubin, K. H. (2001). Temperamental contributions to social behavior: the moderating roles of frontal EEG asymmetry and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 68-74.
- Henderson, H. A., Marshall, P. J., Fox, N. A. & Rubin, K. H. (2004). Psychophysiological and behavioral evidence for varying forms and functions of nonsocial behavior in preschoolers. *Child Development, 75(1)*, 251-263.
- Herrle, J., Laucht, M., Esser, G., Dinter-Jörg, M. & Schmidt, M. H. (1999). Dysphorische Säuglinge. Frühe Mutter-Kind-Interaktion und Entwicklung bis zum Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung 8(1)*, 15-22.
- Hiermann, P., Fries, M., Hüchel, D., Kiess, W. & Merckenschlager, A. (2005). Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: Ergebnisse der Leipziger Beratungsstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. *Klinische Pädiatrie, 217*, 61-67.
- Hofacker, N. v., Papoušek, M. & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung* (pp. 171-199). Bern: Hans Huber.
- Holodynski, M. (1999). Handlungsregulation und Emotionsdifferenzierung. In W. Friedelmeier & M. Holodynski (Eds.), *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen* (pp. 29-51). Heidelberg & Berlin: Spektrum.

- Iglowstein, I., Jenni, O., Molinari, L. & Largo, R. L. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, *111*, 302–307.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, *53*, 159-169.
- Ihle, W., Frenzel, T. & Esser, G. (2008). Entwicklungspsychopathologie und Entwicklungsepidemiologie. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 13-30). Stuttgart: Thieme.
- In-Albon, T. (2009). Generalisierte Angststörung. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie; Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Jacobs, W. J. & Nadel, L. (1999). The first panic attack: A neurobiological theory. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, *53*(1), 92-107.
- Jan, J. E., Owens, J. A., Weiss, M. D., Johnson, K. P., Wasdell, M. B., Freeman, R. D., et al. (2008). Sleep hygiene for children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatrics*, *122*, 1343-1350.
- Janke, B. (1999). Naive Psychologie und die Entwicklung des Emotionswissens. In W. Friedelmeier & M. Holodynski (Eds.), *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen* (pp. 70-98). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Janke, B. (2002). *Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Keenan, K. & Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(1), 33-46.
- Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2003). A five year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Ment Health J*, *24*(4), 337-348.
- Kevenhörster, C. (vsl. 2014). *Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre) in den Störungsbereichen des Verhaltens, der Interaktion und der Sprache - Entwicklung und Machbarkeit* - bisher unveröffentlichte Dissertationsschrift, Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Kirner, A., Zellagui, N. & Kircher, T. (2008). Formale Denkstörungen – Psychologie. In T. Kircher & S. Gauggel (Eds.), *Neuropsychologie der Schizophrenie; Symptome, Kognition, Gehirn* (pp. 427-442). Heidelberg: Springer.
- Knölker, U., Mattejat, F. & Schulte- Markwort, M. (2007). Normale Entwicklung und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In U. Knölker, F. Mattejat & M. Schulte- Markwort (Eds.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapiesystematisch* (Vol. 4). Bremen: Uni med Verlag AG.
- Kohlberg, L. (1984). The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. *Essays on Moral Development*, Vol. II.
- Kölch, M., Fegert, J. M., Hellenschmidt, T. & Brunner, R. (2012). Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 971-983). Berlin Heidelberg: Springer.
- Kondo, D. G. & Sokol, M. S. (2008). Eating disorders in primary care. A guide to identification and treatment. *Postgrad Med*.
- Kretz, F. J. & Beushausen, T. (2001). *Das Kinder Notfall Intensiv Buch: Lebensrettendes Know-how*. München: Urban & Fischer.

- Kroll, M. (2011). Interdisziplinäre Eltern-Kind Behandlung von schweren komplexen Fütterstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(6), 452–465.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). *Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter* (Vol. 50): Springer.
- Kusch, M. (1995). Entwicklungspsychopathologie: Störungen des Säuglingsalters - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 4, 3-4.
- Kuschel, A. (2001). *Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern*. Dissertation, Braunschweig: Technische Universität Braunschweig.
- Kuschel, A., Lubke, A., Koppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2004). Prevalence of psychiatric symptoms and comorbid conditions in 3- to 5-year-old children: results of the Braunschweig Kindergarten Study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(2), 97-106.
- Largo, R. H. (2001). *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. München: Piper.
- Largo, R. H., Molinari, L., von Siebenthal, K. & Wolfensberger, U. (1996). Does a profound change in toilet-training affect development of bowel and bladder control? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 106-116.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. (2000). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 59-69.
- Laucht, M., Schmidt, M. & Esser, G. (2004). Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späteren Kindesalters? In M. Papoušek, M. Schieche & M. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 339–356). Bern: Hans Huber.
- Laux, G. (2008). Depressive Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie; Band 1: Allgemeine Psychiatrie (3. Auflage)*. Heidelberg: Springer.
- Lenze, S. N., Pautsch, J. & Luby, J. L. (2011). Parent-child interaction therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety*, 28 (2), 153-159.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H. & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284-1292.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology* 140, 5-55.
- Lindberg, L. (1994). *Early feeding problems: A developmental perspective. Acta universitatis Upsaliensis, Comprehensive summeries of Uppsala*. Uppsala: Dissertations from the Faculty of Social Sciences.
- Louis, J., Cannard, C., Bastuji, H. & Challamel, M.-J. (1997). Sleep ontogenesis revisited: A longitudinal 24-hour home polygraphic study on 15 normal infants during the first two years of life. *Sleep*, 20, 323-333.
- Luby, J. L. (2010). Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 91–95.
- Luby, J. L., A.K., H., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M. & Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 928-937.

- Luby, J. L. & Belden, A. C. (2006). Mood disorders. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment* (pp. 209-230). New York/London: The Guilford Press.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M., et al. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 340-348.
- Luby, J. L., 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 (3), 313-322.
- Luby, J. L. & Morgan, K. (1997). Characteristics of an infant/preschool psychiatric clinic sample: Implications for clinical assessment and nosology. *Infant Mental Health Journal* 18(2), 209-220.
- Marneros, A. (2008). Schizophrenie ähnliche Störungen und nichtorganische Wahnerkrankungen. In H. J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie; Band 1: Allgemeine Psychiatrie* (Vol. 3). Heidelberg: Springer.
- Mathisen, B., Skuse, D., Wolke, D. & Reilly, S. (1989). Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 293-302.
- Mayes, L. C. & Volkmar, F. R. (1993). Nosology of eating and growth disorders in early childhood. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 15-35.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O’Callaghan, M. J. & Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 29, 197-205.
- Meltzoff, A. n. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, 31(5), 838-850.
- Michaelis, R. & Niemann, G. (2010). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie: [Grundlagen und diagnostische Strategien]; 26 Tabellen*. Stuttgart: Thieme.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J. & Hwei How, T. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross cultural comparison. *Sleep Medicine*, 11, 393–399.
- Montague, D. P. F. & Walker-Andrews, A. S. (2001). Peekaboo: A new look at infants’ perception of emotion expression. *Developmental Psychology* 37, 826–838.
- Mook-Kanamori, D. O., Durmus, B., Sovio, U., Hofman, A., Raat, H., Steegers, E. A. P., et al. (2011). Fetal and infant growth and the risk of obesity during early childhood: the Generation R Study. *European Journal of Endocrinology*, 165, 623-630.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 45-52.
- Nelson, K. (1978). How children represent knowledge of their world in and out of language: A preliminary report. In R. S. Siegler (Ed.), *Children’s thinking: What develops?* (pp. 225-273). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nelson, K. & Grunzel, J. (1986). Children’s scripts. In K. Nelson (Ed.), *Event Knowledge: Structure and function in development* (pp. 21-46). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Nesse, R. M. & Ellsworth, P. C. (2011). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129-139.
- Néveus, T., Gontard, A. v., Hoebeke, P., Hjälmås, K., Bauer, S., Bower, W., et al. (2006). The standardisation of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents:

- Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 176 (1), 314–324.
- 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.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Nunner-Winkler, G. (2007). Zum Verständnis von Moralentwicklungen in der Kindheit. In D. Horster (Ed.), *Moralentwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nunner-Winkler, G. (2008a). Zur Entwicklung moralischer Motivation. In W. Schneider (Ed.), *Entwicklung von der frühen Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter: Befunde der Münchner Längsschnittstudie LOGIK*. Weinheim Basel: Beltz.
- Nunner-Winkler, G. (2008b). Die Entwicklung des moralischen und rechtlichen Bewusstseins von Kindern und Jugendlichen. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2, 146-154.
- O'Connell, B. G. & Gerard, A. B. (1985). The Development of Mnemonic Skill. In F. E. Weinert & M. Perlmutter (Eds.), *Memory development: Universal changes and individual differences*. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A. & Weinfeld, N. S. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879.
- Ogden, J. & Lo, J. (2011). How meaningful are data from Likert scales? An evaluation of how ratings are made and the role of the response shift in the socially disadvantaged. *Journal of Health Psychology*, 1-12.
- Papoušek, M. (2004a). Dysphorische Unruhe und Spielunlust in der frühen Kindheit: Ansatz zur Früherkennung und Prävention von ADHS. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung* (pp. 357-388). Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M. (2004b). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung* (pp. 77-110). Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M. (2008). Störung des Säuglingsalters. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Säuglingsalters* (pp. 80-101). Stuttgart: Thieme.
- Papoušek, M. & Hofacker, N. v. (2004). Klammern, Trotzen, Toben. Störungen der emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglings- und Kleinkindsalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Papoušek, M., Scholtes, K., Rothenburg, S., Hofacker, N. v. & Cierpka, M. (2009). Ein- und Durchschlafstörungen in den ersten beiden Lebensjahren. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 483–492.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J. & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 5, 1-18.

- Pauen, S. (2011). *Vom Baby zum Kleinkind. Entwicklungstagebuch zur Beobachtung und Begleitung in den ersten Jahren*. Heidelberg: Springer.
- Pauen, S., Frey, B. & Ganser, L. (2012). Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 – 3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Pauen, S. & Träuble, B. (2009). How 7-month-olds interpret ambiguous motion events: category-based reasoning in infancy. *Cognitive Psychology*, 59(3), 275-295.
- Pauen, S. & Vonderlin, E. (2007). *Entwicklungsdiagnostik in den ersten drei Lebensjahren; Empfehlungen zum Ausbau des Erhebungsinstrumentariums über Kinder im Sozioökonomischen Panel (SOEP) Expertise* (Vol. 21). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Payk, T. R. (2007). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2008). Klassifikation und epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (Vol. 6, pp. 29-56). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Philipp, M. (2006). Chefarztqualifikation und Qualitätsmanagement. *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mitteilungen*, 1, 29-32.
- Philipp, M. & Laux, L. (2008). *Qualitätsmanagement in der Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Piaget, J. (1936/1963). The origins of intelligence in children. *Norton, New York*.
- Piaget, J. (1975). *Gesammelte Werke*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K. & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Development effects of child abuse and neglect. *Development Psychology*, 36 (5), 679 - 688.
- Poulin-Dubois, D., Brooker, I. & Chow, V. (2009). The developmental origins of naive psychology in infancy. *Advances in Child Development and Behavior*, 37, 55-104.
- Poustka, F., Wienand, F., Moik, C., Englert, E. & Schmeck, K. (1995). *Dokumentation als Basis einiger Aspekte der Qualitätssicherung in Praxis, Poliklinik und im stationärem Bereich*. Würzburg.
- Rakison, D. H. & Poulin-Dubois, D. (2001). Developmental origin of the animate-inanimate distinction. *Psychological Bulletin*, 127(2), 209-228.
- Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G. & Weissman, M. M. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: parent versus child identification of cases. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. *Journal Anxiety Disorder*, 14(6), 741–768.
- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie* (Vol. 5, pp. 129-208). Weinheim: Beltz.
- Reid, G. J., Hong, R. Y. & Wade, T. J. (2009). The relation between sleep problems and emotional and behavioural problems among 2- and 3-year olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research* 18, 49-59.
- Reinhard, H. G. (1992). Angst im Kindes- und Jugendalter. In U. Müller (Ed.), *Angst und Angsterkrankungen* (pp. 91-103). Regensburg: Roderer.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (1988). *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (Vol. 5). Bern: Hans Huber.

- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. rev. Auflage*. Bern: Huber.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1999). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe
- Repacholi, B. N. & Gopnik, A. (1997). Early reasoning about desires: Evidence from 14- and 18- month-olds. *Developmental Psychology*, 33(1), 12-21.
- Resch, F. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters (2. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Resch, F. (2004). Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung* (pp. 31-47). Bern Hans Huber.
- Resch, F., Brunner, R. & Oelkers-Ax, R. (2012a). Dissoziative und somatoforme Störungen. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Resch, F., Meyenburg, K. & Goldbeck, L. (2012). Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (2. Auflage)* (pp. 679-715). Berlin Heidelberg: Springer.
- Rost, D. & Schermer, F. (1997). *Differentielles Leistungsangst Inventar*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Rovee, C. K. & Fagen, J. W. (1976). Extended conditioning and 24 hour retention in infants. *Journal of Experimental Psychology*, 21(1), 1-11.
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K. & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a webbased study. *Journal of Sleep Research* 18, 60-73.
- Sameroff, A. J. & Emde, R. N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.
- Saß, H. & Hoff, P. (2008). Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV; Deutsche Bearbeitung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaarschmidt, E. (2009). *Die Anwendungspraxis des psychopathologischen Befunds nach Poustka im Säuglings- und Kleinkindalter und die Möglichkeiten zur Vorhersage bestimmter Items für die Ausbildung einer externalisierenden Störung*. Diplomarbeit Universität Potsdam.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim*. Berlin: Springer.
- Schieche, M., Rupperecht, C. & M., P. e. (2004). Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit; Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Hans Huber.
- Schlup, B. & Schneider, S. (2009). Spezifische Phobien Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Schmidt, M. H. & Blanz, B. (1991). Spezifische Angstsyndrome im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 45.

- Schmitz, G. S. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartungen für emotional kompetentes Verhalten. In M. v. Salisch (Ed.), *Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend* (pp. 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. & Nündel, B. (2002). Familial transmission of panic disorder: The role of separation anxiety disorder and cognitive factors *European Neuropsychopharmacology*, 12, 149–150.
- Schneider, W. (2008). *Entwicklung von der frühen Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter: Befunde der Münchner Längsschnittstudie LOGIK*. Weinheim: Beltz.
- Scholtes, K. & Benz, M. (2012). Entwicklungsgerechtes anklammerndes Verhalten und exzessives Klammern. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 – 3; Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Scholtes, K., Benz, M. & Demant, H. (2012). Schlafstörungen im Kindesalter. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 – 3; Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schraml, W. J. & Baumann, U. (1974). *Klinische Psychologie II*. Bern: Huber.
- Schreier, H. A. (1998). Auditory Hallucinations in Nonpsychotic Children With Affective Syndromes and Migraines: Report of 13 Cases. *Journal of Child Neurology*, 13, 377-382.
- Schreier, H. A. & Libow, J. A. (1986). Acute Phobic Hallucinations in Very Young Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(4), 574-578.
- Schreiner-Zink, S., Fuhrmann, P. & Gontard, A. v. (2009). Enuresis und Enkopresis. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie; Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Schulin, B. (2011). *Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII. Allg. Teil, Grundsicherung, Arbeitsförderung, Gem. Vorschriften, Kranken-, Renten-, Unfallvers., Kinder-/Jugendhilfe, PflegeVers., Sozialhilfe* (Vol. 40): Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Schulze, A. (2006). Drogenentzugssyndrome bei Neugeborenen. In A. Strauss (Ed.), *Geburtshilfe Basics*. Heidelberg: Springer.
- Schützwohl, M. & Häfner-Ranabauer, W. (1994). Formulating a diagnosis in psychiatry. *Nervenarzt*, 149-155.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovanelli, J. & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, 36–43.
- Shenassa, E. D. & Brown, M.-J. (2004). Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics*, 114(4), 497–505.
- Silberg, J., Rutter, M., Neale, M. & Eaves, L. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 116-121.
- Silverman, W. K. & Moreno, J. (2005). Specific phobia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 819–843.
- Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M. & Montplaisir, J. Y. (2009). Longitudinal study of preschool sleep disturbance. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 162, 360-367
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L. & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: a review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(16):337-346.
- Spelke, E. S. & Kinzler, K. D. (2007). Core knowledge. *American Psychologist*, 55(11), 1233-1243.

- Sroufe, L. A. (1996). Emotional development. The organization of emotional life in early years. *New York: Cambridge University Press.*
- Steinhausen, H. C. (1993). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* München: Urban & Schwarzenberg.
- Stephan, C. (2011). *Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit: Versorgungsstruktur und Dokumentation.* Diplomarbeit: Freie Universität Berlin.
- Stern, D. N. (1983). The early development of schemas of self, other and self with other. In J. D. Lichtenberg & S. Kapla (Eds.), *Reflection on self psychology* (pp. 49-84). Hillsdale New Jersey: The Analytic Press.
- Stern, D. N. (1996). *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Suhr-Dachs, L. (2009). Prüfungsängste. In S. Schneider & J. r. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie; Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 573-592). Heidelberg: Springer.
- Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2005). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen – THAZ.* Göttingen: Hogrefe.
- Teng, A., Bartle, A., Sadeh, A. & Mindell, J. A. (2012). Infant and toddler sleep in Australia and New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health, 48,* 268–273.
- Thiel-Bonney, C. & Hofacker, N. v. (2012). Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0 – 3; Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 219-248). Heidelberg: Springer.
- Thomas, J. M., Benham, A. L., Gean, M., Luby, J., Minde, K., Turner, S., et al. (1997). Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(10), 21-36.
- Thomas, K. M., Drevets, W. C., Dahl, R. E., Ryan, N. D., Birmaher, B., Eccard, C. H., et al. (2001). Amygdala Response to Fearful Faces in Anxious and Depressed Children *Archives of General Psychiatrie 58,* 1057-1063.
- Touchette, É., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., et al. (2005). Factors Associated With Fragmented Sleep at Night Across Early Childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159.*
- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R. E., Boivin, M., Falissard, B., Genolini, C., et al. (2008). Associations Between Sleep Duration Patterns and Overweight/Obesity at Age 6. *Sleep, 31*(11).
- WAIMH. (2008). World Association for Infant Mental Health. Geschäftsordnung der WAIMH.
- WAIMH. (2012). World Association for Infant Mental Health. WAIMH Affiliates Retrieved (Access January 10 2012, from <http://www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3327>)
- Walter, J. & Schmid, G. (2009). Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Entwicklungsauffälligkeiten. In H. G. Schlack, U. Thyen & R. v. Kries (Eds.), *Sozialpädiatrie Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag* (pp. 341-376). Heidelberg: Springer.
- Ward, M. J., Lee, S. S. & Lipper, E. G. (2000). Failure-to-thrive is associated with disorganized infant-mother attachment and unresolved maternal attachment. *Infant Mental Health Journal, 21*(6), 428–442.
- WCEDCA. (2007). Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents. Classification of child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders 40*(117-122).
- WHO. (2004). Interantional Obesity Task Force- Childhood Obesity Report.
- Wiefel, A., Oepen, G., Wollenweber, S., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2004). Psychiatrie der frühen Kindheit. In U. Lehmkuhl & G. Lehmkuhl (Eds.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B., et al. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 56, 59-81.
- Wilens, T. (1999). *Straight talk about psychiatric medications for kids*. New York: Guilford Press.
- Wilkening, F. & Krist, H. (2002). Entwicklung der Wahrnehmung und Psychomotorik. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie* (pp. 395–417). Weinheim: Beltz PVU.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Wirtz, M. & Kutschmann, M. (2007). *Analyse der Beurteilerübereinstimmung für kategoriale Daten mittels Cohens Kappa und alternativer Maße* (Vol. 46). Stuttgart · New York: Thieme.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44, 993 - 1000.
- Wolke, D. (1999). Interventionen bei Regulationsstörungen. In R. Oerter, C. Hagen & G. Röper (Eds.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (Vol. 10). Weinheim: Beltz.
- Wright, C. & Waterston, T. (1991). What do we mean by failure to thrive? In Proceeding of First National Congress on the Prevention of Child Abuse and Neglect. *University of Leicester*.
- Wright, C. M., Parkinson, K. N., Shipton, D. & Drewett, R. F. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 120, 1069-1075
- Wurmser, H., Laubereau, B. & Hermann, M. (2001). Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Human Development*, 64, 1-6.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, (DC: 0-3R)

Anhang

A: Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Aufbau der Basisdokumentation mit den sechs Teilbereichen	15
Tab. 2: Die Zehn Stufen der Testentwicklung nach Bühner (2010)	21
Tab. 3: Acht Stufen der Emotionsentwicklung nach Rauh (2002).....	24
Tab. 4: Physiologische Ängste bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr.....	27
Tab. 5: Symptomübersicht von Störungen mit Rückzugsverhalten und depressiver Verstimmung im Säuglings- und Kleinkindalter, modifiziert nach Essau & Petermann (2000), Warnke & Lehmkühl (2006) und Schulte-Markwort & Forouher (2007)	36
Tab. 6: Übersicht der frühkindlichen Fütterstörungen und der atypischen Ess-Störungen nach der DC: 0-3R und WCEDCA (WCEDCA, 2007; Zero to Three, 2005).....	50
Tab. 7: "Entwicklung bereichsspezifischen Wissens" nach Pauen & Vonderlin (2007)	59
Tab. 8: Struktureller Aufbau des PPB nach Englert et al. 1998.....	79
Tab. 9: Beispiel eines Störungsbildes (Essstörung) mit einem seiner Items (Erhöhte Nahrungsaufnahme) und deren Exploration im Glossar des PPB nach Döpfner et al. (Döpfner et al., 1991, p. 20)	80
Tab. 10: Die Likert-Skala als Bewertungsskala des PPB nach Englert et al. 1998.....	81
Tab. 11: Darstellung der Syndromskalen der CBCL 1 ½-5 und deren übergeordneten Skalen ...	82
Tab. 12: Darstellung der Symptomskalen der CBCL 1 ½-5 (Achenbach, 2000).....	83
Tab. 13: Die sechs Achsen der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006)	84
Tab. 14: Alterseinteilung im PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter	85
Tab. 15: Möglichkeiten der Kennzeichnung bei der Altersbeschränkung im adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder	86
Tab. 16: Abkürzungsdarstellung auf Unteritemebene.....	86
Tab. 17: Übersicht der diagnostischen Gruppen der Studie mit den Häufigkeiten der Diagnosen nach ICD-10 und DC: 0-3R anhand der Gesamtpopulation der ersten drei Quartale	89
Tab. 18: 1. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas nach der ICD-10. Diagnosen Verteilung des Patientenpools N=41	91
Tab. 19: Diagnosenverteilung der ICD-10 Achse 2 des Patientenpools N = 41 (in Prozent berechnet)	92
Tab. 20: 1. Achse der DC: 0-3R Diagnoseverteilung des Patientenpools N=41	93
Tab. 21: 2. Achse der DC: 0-3R (PIR-GAS) der Patientenpopulation N=41 mit seinen Häufigkeiten	94
Tab. 22: 1. Achse des multiaxialen Klassifikationsschema der ICD-10 mit den Diagnosen der Drop-Out Population (N= 89)	95
Tab. 23: Diagnoseverteilung nach DC: 0-3R der ausgeschlossenen Population N = 89	97
Tab. 24: PIR-GAS ausgeschlossenen Population N = 89	97
Tab. 25: Verteilungsanalyse und ihre Parameter.....	126
Tab. 26: Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder im PPB für Säuglinge und Kleinkinder	126
Tab. 27: Häufigkeit der Ausprägung der Items in der eingeschlossenen Patientenpopulation im Vergleich des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder und des PPB nach Englert et al. (1998)	127
Tab. 28: Darstellung des Cronbachs α in den 6 Störungsbereichen (Angststörung; Affekt- und Stimmungsstörung; Zwangsstörung; Essstörungen; Somatoforme Störungen, Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen) und dem "Total" im Vergleich des bestehenden und des neu adaptierten PPB.....	131

Tab. 29: Interraterreliabilität (2 Bewerter) anhand des adaptierten PPB (N = 41), bemessen an Cohens κ	132
Tab. 30: M-Koeffizient der drei Unteritems mit enthaltener Konstante	133
Tab. 31: Korrelation CBCL 1½ - 5 versus dem PPB in der adaptierten Form für das Säuglings- und Kleinkindalter und nach Englert et al. (1998).....	134
Tab. 32: Neu generiertes Item in der revidierten Version des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder im Störungsbereich "15. Sinnestäuschung"	136
Tab. 33: Neu generiertes Item in der revidierten Version des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder im Störungsbereich"16. Missbrauch/Abhängigkeit"	138

B: Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Frühkindliche kommunikationszentrierte Regulations- und Beziehungsentwicklung. Modifiziert nach Papoušek (2004b, p. 101).	11
Abb. 2: 12 Bereiche der BADO für Kinder und Jugendliche mit ihren Items nach Englert et al. (1998)	16
Abb. 3: Pathogenese der Leistungsangst (modifiziert nach Suhr-Dachs & Döpfner (2005)).....	31
Abb. 4: Symptomtrias der dysfunktionalen Fütterinteraktion bei Fütter- und Essstörungen (Hofacker et al. (2004))	56
Abb. 5: Entwicklung der Blasenkontrolle tagsüber sowie nachts (modifiziert nach Largo et al. (1996)).	66
Abb. 6: Sechs Themenbereiche des PPB.....	74
Abb. 7: In der vorliegenden Arbeit eingeschlossene Bereiche und ihre jeweiligen Störungsbilder mit Häufigkeitsangabe.....	75
Abb. 8: Das Kind in der Untersuchungssituation des persönlichen Erstgespräches	79
Abb. 9: Die 17 Störungsbilder des PPB nach Englert et al. (1998) und die Verteilung ihrer 126 zugehörigen Items	80
Abb. 10: Aufteilung des Patientenpools.....	90
Abb. 11: Altersspektrum der risikoangereicherten Inanspruchnahmepopulation N= 41	90
Abb. 12: Schnittmenge der Items im PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter und der CBCL	100
Abb. 13: Boxplott der Verteilungsanalyse	125

C: Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
ADHS:	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BADO:	Basisdokumentation
BAG:	Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
CBCL:	Child Behavior Checklist
DC: 0-3R:	Diagnostic Classification: 0-3, Revised Version
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Version
DGPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie
EDNOS:	Eating Disorder Not Otherwise Specified
FAS:	Fetales Alkoholsyndrom
GAIMH:	German Association for Infant Mental Health
IAIMH:	International Association for Infant Mental Health
ICCS:	International Children's Continence Society
ICD-10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
ITMSE:	Infant and Toddler Mental Status Exam
LJ:	Lebensjahr
LOGIK:	Longitudinalstudie zur Genese individueller Kompetenzen
MAS:	multiaxiales Klassifikationssystem
MDI:	Mental Developmental Index
med.:	medizinisch
NG:	Neugeborenes
ODD:	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
p.:	Page (Seite)
PCIT:	Parent-Child Interaction Therapy
PCIT-ED:	Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development
PIR-GAS:	Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale
PPB:	Psychopathologischer Befund
REM:	Rapid-Eye-Movement
s.:	siehe
SPZ:	Sozialpädiatrisches Zentrum
Tab.:	Tabelle
vsl.:	Voraussichtlich
WAIMH:	World Association for Infant Mental Health
WAIP:	World Association for Infant Psychiatry
WAIPAD :	World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines
RDC-PA:	Research Diagnostic Criteria Preschool Age

D: Untersuchungsbogen

Gegenüberstellung des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter (Arbeitsversion) nach Dormann & Kevenhörster (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011

PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991

**Basisdokumentation Teil III
Psychopathologischer Aufnahmebefund**

Name:

Anwesende:

Datum der Untersuchung:

Alter bei U:

CBCL (½ Jahr zurück):

Untersucher 1:

Untersucher 2:

<p>Basisdokumentation Teil III Psychopathologischer Aufnahmebefund Adap- tierte Version an Englert & Poustka 1998</p> <p>Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) Viola Corinna Dormann Christine Kevenhörster</p> <p>CAVE: Symptome sind im Glossar nach zu lesen Die Exploration erfolgt anhand von dominierenden Stichpunk- ten Erfragen Sie die Qualitäten dieses Punktes anhand der dort formulierten Stichpunkte mit der Likert-Skala. Exploration immer im Kontext des Items zu sehen.</p> <p>Kodierung 1 nicht vorhanden 2 leicht ausgeprägt 3 deutlich ausgeprägt 4 stark ausgeprägt 8 logisch nicht möglich 9 nicht beurteilbar</p> <p>Mit 8 oder 9 kodierte Items fallen aus der Berechnung heraus. Die Berechnung umfasst nur die für die Altersstufe zutreffen- den Items. Säuglinge (0-18 Monate) bzw. (0-1,5 Jahre) und Kleinkinder (19-60 Monate) bzw.(1,5-5 Jahre)</p> <p>S: Säugling K: Kleinkind</p>	<p>Basisdokumentation Teil III Psychopathologischer Aufnahmebefund nach Englert & Poustka 1998</p> <p>CAVE: Symptome sind im Glossar nach zu lesen Die Exploration erfolgt anhand von dominierenden Stichpunk- ten Erfragen Sie die Qualitäten dieses Punktes anhand der dort formulierten Stichpunkte mit der Likert-Skala.</p> <p>Kodierung: 1 nicht vorhanden 2 leicht ausgeprägt 3 deutlich ausgeprägt 4 stark ausgeprägt</p> <p>9 nicht beurteilbar</p> <p>Mit 9 kodierte Items fallen aus der Berechnung heraus. Die Berechnung umfasst nur die für die Altersstufe zutreffen- den Items.</p>
--	--

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vs. 2013)

1 Störung der Interaktion

	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--	--------------	--------------------	--	--------------	------------------

1.01 Unkooperativ

	Unangemessene Reaktion auf Kontaktangebote bekannter Personen	1-2-3-4-8-9		Trotz intensiver Bemühungen des Untersuchers ist über die gesamte Untersuchungssituation hinweg keine oder nur eine sehr kurzfristige Kooperation erreichbar.	1-2-3-4-9
	Unangemessene Reaktion auf Kontaktangebot durch fremde Personen	1-2-3-4-8-9			
	Nicht bereit sein, Aufforderungen/Angebote nachzukommen	1-2-3-4-8-9			
K	Teilen z.B. beim Spielen nicht möglich	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

1.02 Überangepasst

K	Versucht Ihr Kind, es Ihnen oder Spielkameraden immer Recht zu machen	1-2-3-4-8-9		Übernimmt P. die Meinungen oder Wünsche anderer oder versucht er, es allen immer Recht zu machen?	1-2-3-4-9
K	Übermäßige Übernahme von Meinungen anderer Kinder oder Bezugspersonen	1-2-3-4-8-9			
K	Ideen Anderer unangemessen übernehmen	1-2-3-4-8-9			
K	Kein eigener Wille	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

1.03 Scheu/Unsicher

	Übermäßig scheues/schüchternes Verhalten	1-2-3-4-8-9		Ist P. ein scheues Kind?	1-2-3-4-9
	Mangelndes Einfügen in eine Gruppe (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9		Fällt es P. schwer Kontakt zu anderen Kindern (Jugendlichen) oder Erwachsenen aufzunehmen oder sich zu behaupten?	1-2-3-4-9
	Mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9			
	Schlechtes Durchsetzungsvermögen (ab. ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

1.04 Kaspernd/Albern

S	Aufmerksamkeitsheischend, stark erregbar, mit Armen rudern	1-2-3-4-8-9		Kaspert P. gerne und häufig herum?	1-2-3-4-9
	Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in gewohnten Situationen	1-2-3-4-8-9		Ist P. der Klassenclown?	1-2-3-4-9
	Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in fremden Situationen	1-2-3-4-8-9			
K	Ausgeprägtes „Clown“-Verhalten und Vordergrundstreben	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

1.05 Sozial zurück gezogen

S	Ängstlichkeit/Weinen bei Kontakt mit anderen Personen	1-2-3-4-8-9	P. zieht sich in der Familie ständig auf sein Zimmer zurück	1-2-3-4-9
	Unlust, sich mit anderen Personen zu beschäftigen	1-2-3-4-8-9	P. beteiligt sich nicht an Gesprächen (z.B. Erstgesprächen)	1-2-3-4-9
K	Häufiges Alleinsein und Rückzug beim Spielen	1-2-3-4-8-9	P. isoliert sich von anderen	1-2-3-4-9
K	Rückzug bei Familienaktivitäten	1-2-3-4-8-9		
K	Spielen am Rande der Gruppe	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.06 Misstrauisch/ Sensitiv

	Keinen „Trost suchen“	1-2-3-4-8-9	Haben Sie den Eindruck, dass P. über das normale verstehbare Maß hinaus misstrauisch ist?	1-2-3-4-9
	Mangelndes Vertrauen	1-2-3-4-8-9	Bist du auch sonst eher jemand, der schnell Vertrauen fasst?	1-2-3-4-9
	Vermehrt misstrauisch	1-2-3-4-8-9		
	Trotz sozialer Rückversicherung und Bestätigung einer positiven Stimmungslage, weiterhin misstrauisch/skeptisch	1-2-3-4-8-9		
K	Versteckt sich gerne oder hält sich im Hintergrund, wenn z.B. jemand Unbekanntes in die Wohnung kommt	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.07 Demonstrativ

	„Demonstratives“ Schreien	1-2-3-4-8-9	Kommt es vor, dass P. in seinem Verhalten unecht wirkt und man den Eindruck hat, dass er etwas vorspielt oder etwas nur tut, um auf sich aufmerksam zu machen?	1-2-3-4-9
	Streben nach Aufmerksamkeit durch herausgestelltes Verhalten/Aktionen	1-2-3-4-8-9		
K	Verhalten wirkt unecht; Eindruck von Rolle bzw. „Vorspielen“	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.08 Distanzgemindert

	Häufiges Ansprechen fremder Leute und/oder schnelles Vertraut machen (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Kommt es vor, dass P. z.B. fremde Leute häufig anspricht und zu schnell vertraulich wird?	1-2-3-4-9
	Unangemessenes Reagieren auf fremde Leute (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.09 Empathiestörung

	Unsensibel/keine Aufmerksamkeit für Gefühle bekannter Personen – kein Mitgefühl (z.B. trösten) (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Haben Sie den Eindruck, dass P. auf Gefühle von anderen nicht so richtig eingehen kann und sie auch nicht so richtig wahrnimmt?	1-2-3-4-9
	Unsensibel /keine Aufmerksamkeit für Gefühle fremder Personen (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Gilt das für alle Personen?	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011		PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
	Inadäquate Reaktionen auf Emotionsäußerungen Anderer (ab ca. 12 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/ sozialer Kompetenz

S	Wenig/keine Reaktion durch Bewegungsäußerung	1-2-3-4-8-9	Haben sie den Eindruck, dass P. zu anderen Menschen keinen Kontakt aufnehmen kann, auf andere Menschen nicht eingehen kann?	1-2-3-4-9
S	Rares Lächeln/Brabbeln	1-2-3-4-8-9	Hat P. Freunde?	1-2-3-4-9
	Hält schlecht/keinen Blickkontakt - keinen Blick aufnehmen/halten/fixieren/suchen	1-2-3-4-8-9		
	Eingeschränkter Kontakt zu Mitmenschen - keine/mangelnde Worte/Gesten	1-2-3-4-8-9		
	Keine Neugier am Gegenüber	1-2-3-4-8-9		
	Reagiert nicht auf eigenen Namen.	1-2-3-4-8-9		
K	Keine Freunde	1-2-3-4-8-9		
K	Rücksichtslosigkeit	1-2-3-4-8-9		
K	Schwierigkeiten sich in Gruppen einzugliedern, bzw. sich anzupassen	1-2-3-4-8-9		
K	Mangelnde Problemlösung (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

1.11 (NEU) Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation

S	Schreien/Schlafschwierigkeiten, Schwierigkeiten sich selbst zu beruhigen	1-2-3-4-8-9		
	Mangel an Eigenmotivation, Schwierigkeiten, sich selbst zu beruhigen	1-2-3-4-8-9		
	Von Emotionen überwältigt, so dass zielgerichtetes Handeln eingeschränkt ist	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2 Störung des Sozialverhaltens

SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9
--------------	--------------------	--------------	------------------

2.01 Dominant

K	Sehr bestimmend, was andere tun und lassen sollen	1-2-3-4-8-9	Haben Sie den Eindruck, dass P. gern bestimmt, was andere tun und lassen sollen?	1-2-3-4-9
K	Mangelnde Akzeptanz ausgemachter Grenzen und Regeln	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.02 Oppositionell-verweigernd

K	Schnell aufgebracht, ärgerlich oder wütend	1-2-3-4-8-9	Wie verhält sich P. wenn Sie oder andere etwas verbieten oder etwas von ihm wollen?	1-2-3-4-9
K	Deutliches Trotzverhalten nach Sanktionen oder Aufträgen/Bitten	1-2-3-4-8-9		
K	Durch Kleinigkeiten zu provozieren	1-2-3-4-8-9		

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991). Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011		PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
K	Übersteigertes Oppositionsverhalten (Selbstläufer?)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.03 Aggressiv

K	Beschimpft, tyrannisiert oder bedroht andere	1-2-3-4-8-9	Beschimpft, tyrannisiert oder bedroht P. andere oder hat er oft körperliche Auseinandersetzungen mit anderen?	1-2-3-4-9
K	Häufige körperliche Auseinandersetzungen mit seinem Gegenüber	1-2-3-4-8-9		
K	Häufige Zerstörung eigener Spielsachen oder die der anderen	1-2-3-4-8-9		
K	Selbstverletzend	1-2-3-4-8-9		
K	Risikoträchtiges Verhalten	1-2-3-4-8-9		
K	Oft aggressive Spielthemen (wie Kampf, Mord etc.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.04 Lügen/ Betrügen

K	Häufiges Erfinden von „Geschichten“ nicht wahrer Begebenheiten (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Lügt oder betrügt P. übermäßig viel?	
K	Übermäßiges nicht die Wahrheit angeben und darauf bestehen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.05 Stehlen

K	Häufiges mit nach Hause nehmen von z.B. fremden Spielsachen (Kita, Freunde, Laden) (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hat P. schon mal etwas gestohlen?	1-2-3-4-9
K	Sich zu eigen machen, nicht mehr abgeben wollen fremder Sachen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.06 Weglaufen

K	Aus der Wohnung laufen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Ist P. schon einmal von zu Hause wegge- laufen?	1-2-3-4-9
K	Aus Gruppen unbemerkt sich entfernen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hat er schon einmal die Schule ge- schwänzt?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

2.07 Andere Regelüberschreitung

K	Häufiges Grenzüberschreiten (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	sF	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

3 Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle

	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--	-------------	--	-------	-----------

3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung

S	Träges Trinkverhalten/mit Einschlafen	1-2-3-4-8-9	Haben Sie den Eindruck, dass es P. an der Energie fehlt, bestimmte Dinge zu tun?	1-2-3-4-9
	Mangelnde Neugier im Vergleich zu anderen	1-2-3-4-8-9	Brauchst du viel Kraft und Energie, um bestimmte Dinge zu tun?	1-2-3-4-9
	Häufig lustlos und antriebsarm	1-2-3-4-8-9		
K	„Träumer“	1-2-3-4-8-9		
K	Die Verrichtung alltäglicher Situationen brauchen ungewöhnlich lange	1-2-3-4-8-9		
K	Oft unkonzentriert/Probleme, sich etwas zu merken	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

3.02 Antriebssteigerung/ motorische Unruhe

S	Besonders gesteigerte Körperspannung	1-2-3-4-8-9	Ist P. sehr unruhig oder zappelig?	1-2-3-4-9
	Unruhe beim Trinken und/oder Essen. Häufiges Verschlucken /Überstrecken/Abwenden	1-2-3-4-8-9		
	Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten	1-2-3-4-8-9		
	Häufiges Schreien, lautes Verhalten	1-2-3-4-8-9		
K	„Tollpatschiges“ Verhalten	1-2-3-4-8-9		
K	Übermäßig oft in stetiger Bewegung ohne konzentrierten Handlungsspielraum	1-2-3-4-8-9		
K	Zappelphilipp oder gilt als Störenfried	1-2-3-4-8-9		
K	Probleme der Grob- und Feinmotorik (ca. ab 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

3.03 Impulsivität

	Schnell misslaunig, Schreien aus heiterem Himmel	1-2-3-4-8-9	Neigt P. dazu, schnell zu handeln ohne erst darüber nachzudenken z.B. bei den Hausaufgaben?	1-2-3-4-9
	Schwierigkeiten sich zu beruhigen	1-2-3-4-8-9	Kann P. schlecht abwarten bis er an der Reihe ist?	1-2-3-4-9
K	Häufige Verletzungen/vermehrter Unfallgefährdung	1-2-3-4-8-9		
K	Ausgeprägtes Trotzverhalten	1-2-3-4-8-9		
K	Häufige Ungeduld und nicht Abwarten können	1-2-3-4-8-9		
K	Urplötzliches Wechseln von unabgeschlossenen Aktionen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

3.04 Aufmerksamkeitsstörung

	Häufiges Ablenken durch äußere neue Reize	1-2-3-4-8-9	Lässt sich P. beim Spiel oder bei den Schularbeiten durch bestimmte Dinge leicht ablenken z.B. durch Geräusche oder durch andere Personen oder fällt es ihm schwer, sich auf Dinge zu konzentrieren?	1-2-3-4-9
--	---	-------------	--	-----------

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991). Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011		PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
	Nicht in der Lage, sich auf die Sache zu konzentrieren (häufiger Spielwechsel)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

4 Störung der Psychomotorik

		1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--	--	-------------	--	--------------	------------------

4.01 Motorische Tics

K	Stetige immer wiederkehrende Zuckungen im Gesicht, mit den Armen oder Kopf oder mit anderen Körperregionen, z.B. Augenblinzeln (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Haben Sie bei P. immer wieder auftretende Zuckungen im Gesicht, mit dem Kopf oder an den Schultern beobachtet?	1-2-3-4-9
K	Häufig unwillentliche Nachahmung von Bewegungen anderer (Echopraxie) (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

4.02 Vokale Tics

K	Unabsichtliches Räuspern oder unbewusstes Ausstoßen von Lauten (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Kommt es vor, dass sich P. häufig räuspern muß oder Laute ausstößt, ohne es zu wollen?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

4.03 Stereotypien

K	Häufige immer wiederkehrende rhythmische Bewegungen über längere Zeit, die kaum zu unterbrechen. (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Kommt es vor, dass P. lange Zeit hindurch immer wieder die gleichen Bewegungen macht?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

4.04 Manieriert-bizarrr

K	Häufig verschroben/überartikuliert in seinen Äußerungen/Bewegungen, so dass es bizarr und verzerrt wirkt (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Wirkt P. manchmal in seinem Ausdruck und seinen Bewegungen verschroben oder bizarr?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

4.05 Anderer Störungen der Psychomotorik

K	Oft unruhig und getrieben (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	sF	1-2-3-4-9
K	Motorisch verlangsamt - im Vergleich zu anderen Altersgenossen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Erstarren in bestimmter Haltung (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Kind befolgt automatisch und scheinbar unbeabsichtigt Befehlsaufforderungen anderer (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

5 Störung des Sprechens und der Sprache

	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--	-------------	--	-------	-----------

5.01 Artikulationsstörung

K	Das Kind spricht undeutlich (ab 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Spricht P. undeutlich?	1-2-3-4-9
K	Kind kann nur von den Eltern verstanden werden – Unverständlichkeit für Außenstehende (ab 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

5.02 Expressive Sprachstörung

K	Verspäteter Sprachbeginn (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Fällt es P. schwer, in vollständigen und richtigen Sätzen zu sprechen?	1-2-3-4-9
K	Zögernde/mühsame Zunahme des Wortschatzes (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Wegen unzureichender sprachlicher Möglichkeiten, Zuhilfenahme andere Mittel (Hände/Füße..) (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Wortfindungsstörungen (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Inkorrekte Formulierung kurzer Sätze (ab 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

5.03 Rezeptive Sprachstörung

K	Stark unzureichende/bzw. keine Ausführung/Antwort verbaler Anweisungen (Gib mir das Auto.. Wo ist deine Nase...!?) (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Bei jüngeren Kindern (3-4) Exploration durch einfache Anweisung: (Gib mir/Mama die Puppe, lege die Puppe auf den Stuhl), bei Schulkindern im Rahmen des Gespräches.	1-2-3-4-9
K	Unterstützende Gestik zur Anweisung bringt besseres Verständnis (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Echolalie in Kommunikationsverhalten (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	„hört“ nicht/ist unaufmerksam (ab ca. 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

5.04 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/ Poltern)

K	Hastiges Sprechen/gestörter Redefluss (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Spricht P. manchmal sehr hastig oder stottert er?	1-2-3-4-9
K	Dabei motorische Verspannungen/ vegetative Begleitumstände (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Situationsabhängigkeit (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Emotionale Belastung beim Sprechen (um den 60. Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

5.05 Mutismus

K	Bestimmten Situationen/bestimmten Bezugspersonen gegenüber „stumm“ (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Spricht P. in bestimmten Situationen oder mit bestimmten Personen überhaupt nicht?	1-2-3-4-9
---	---	-------------	--	-----------

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011			PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
K	Während der Untersuchungssituation „stumm“ (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Seit wann ist das so?		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

5.06 Logorrhoe

K	Übermäßiger Rededrang „ohne Punkt und Komma“, teilweise mit nicht vollständig verstehbaren Zusammenhängen (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Redet P. viel?		1-2-3-4-9
			Hat P. einen übermäßigen Rededrang?		1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

5.07 Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache

K	Unfähigkeit, die Sprache als Mittel der Verständigung in der üblichen Weise einzusetzen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Ist P. unfähig, die Sprache als Mittel der Verständigung in		1-2-3-4-9
K	Sagt immer wieder das Gleiche/wiederholt einfach immer wieder das, was gerade gesagt wurde (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Sagt P. häufig immer wieder das Gleiche oder wiederholt er einfach immer wieder das, was gerade gesagt wurde?		1-2-3-4-9
K	Benutzt manche Worte anders als üblich/ungewöhnliche Bezeichnungen für bestimmte Gegenstände (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Benutzt er manche Worte anders als üblich oder hat er ungewöhnliche Bezeichnungen für bestimmte Gegenstände?		1-2-3-4-9
K	Betonung/Stimmfarbe oft verändert (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Ist die Betonung/Stimmfarbe von P. verändert?		1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

6 Angststörung

		1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--	--	--------------------	--	--------------	------------------

6.01 Soziale Angst

K	Übermäßig ängstliches Verhalten in Gruppen (ca. ab 30 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hast du Angst vor deiner Klasse zu sprechen?		1-2-3-4-█
K	Wehrhaftes Verhalten bei Eintritt in Gruppen (ca. ab 30 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hast du Angst vor anderen Kindern oder Erwachsenen		1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-█

6.02 Trennungsangst

K	Sofortige Unsicherheit mit Weinen und Schluchzen, wenn vertraute Person sich entfernt (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hast du in letzter Zeit häufig Angst, dass Deiner Mutter (Vater) etwas zustoßen könnte und Du dann alleine wärst?		1-2-3-4-█
K	Schlechtes Einschlafen, z.B. nicht alleine (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Ist es für P. in letzter Zeit nicht möglich, alleine zu schlafen?		1-2-3-4-9
K	Weigerung die gewohnte Umgebung zu verlassen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Ist es für P. in letzter Zeit nicht möglich, sich von Ihnen für eine kurze Zeit zu trennen?		1-2-3-4-9
K	Weigerung alleine zu sein (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9

6.03 Leistungsangst

K	Körperlich unbegründete Bauchschmerzen, Schwindel oder Übelkeit vor Events (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hast du in letzter Zeit öfters Angst, in der Schule aufgerufen zu werden und falsche Antworten zu geben oder eine Klassenarbeit mit zu schreiben.		1-2-3-4-█
---	---	-------------	---	--	-----------

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991). Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011			PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991	
K	Übermäßige Sorgen etwas falsch zu machen (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Haben Sie den Eindruck, dass P. in letzter Zeit aus Angst zu versagen, häufiger Ausreden oder Vorwände gebraucht, um sich Leistungssituationen zu entziehen.	1-2-3-4-9
K	Übermäßig hoher Leistungsanspruch (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Sind in letzter Zeit häufiger körperliche Beschwerden, wie z.B. Bauchschmerzen, Schwindel, Übelkeit usw. vor Anforderungssituationen aufgetreten?	1-2-3-4-9
SUMME		1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

6.04 Agoraphobie

			Hast du manchmal Angst, aus dem Haus zu gehen oder die Straßenbahn zu benutzen oder in die Stadt zu gehen?	1-2-3-4-■
SUMME		1-2-3-4-■-9	SUMME	1-2-3-4-■

6.05 Andere umschriebene Phobien

K	Starkes Abwehrverhalten in bestimmten Situationen oder gegenüber Gegenständen (z.B. Arzt, Spritze, Tiere, Dunkelheit, Fremde)	1-2-3-4-8-9	Hast du vor verschiedenen Dingen, z.B. Tieren, Gewitter, Krankheiten oder Arztbesuchen, Angst?	1-2-3-4-■
K	Panische Schreiattacken in bestimmten Situationen	1-2-3-4-8-9	Versuchst du solche Situationen zu vermeiden?	1-2-3-4-■
K	Rückzug oder Erstarren in bestimmten Situationen	1-2-3-4-8-9		
SUMME		1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-■

6.06 Panikattacken

K	Wiederholt auftretende Angst mit körperlichen Symptomen, welche situations- und objektunabhängig auftritt	1-2-3-4-8-9	Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass du plötzlich unerwartet panische Angst bekommen hast, verbunden mit Schweißausbrüchen, Erstickenanfällen u.ä.?	1-2-3-4-■
K	Panik, die sich innerhalb von Minuten aufbaut	1-2-3-4-8-9		
K	Panik von außen betrachtet aus nicht einsehbarem Grund	1-2-3-4-8-9		
SUMME		1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-■

6.07 Generalisierte Angst

K	Übermäßiges Bedürfnis nach Beruhigung, ohne erkennbaren Grund	1-2-3-4-8-9	Warst du in letzter Zeit häufig ängstlich oder hast Du Dir Sorgen über Dinge gemacht, die möglicher Weise passieren könnten?	1-2-3-4-■
K	Über Wochen anhaltende somatische Beschwerden	1-2-3-4-8-9		
K	Kontinuierliche Verweigerung von bestimmten Alltagssituationen	1-2-3-4-8-9		
SUMME		1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-■

7 Affekt-/Stimmungsstörungen

SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME	1-2-3-4-9
--------------	--------------------	--	--------------	------------------

7.01 Klagsam

	Übermäßig wehleidiges Verhalten	1-2-3-4-8-9	Bist du in letzter Zeit überwiegend gut gelaunt und ausgeglichen?	1-2-3-4-█
	Wehklagen beeinträchtigt Interaktionsverhalten	1-2-3-4-8-9	Oder bist du sogar in ungewohnter Hochstimmung?	1-2-3-4-█
	Gestik und Mimik übermäßig gesteigert bei Schmerzen oder Kummer	1-2-3-4-8-9	Oder bist Du traurig, niedergeschlagen, gedrückter Stimmung, mit wenig Selbstvertrauen?	1-2-3-4-█
K	Negative Seiten einer Situation werden überwiegend hervor gehoben (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Oder bist du gereizt, misstrauig oder innerlich unruhig?	1-2-3-4-█
			Oder bist du eher gefühllos, unbeteiligt oder schwankt und wechselt deine Stimmung häufig?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.02 Gereizt-dysphorisch

	Plötzlich eintretende situationsunabhängige, misstrauige, gereizte Stimmung	1-2-3-4-8-9	Fühlst du dich im Augenblick gereizt oder verstimmt?	1-2-3-4-█
	Stimmungslage nicht beeinflussbar durch Interaktionspartner	1-2-3-4-8-9	Kann man sagen das du ziemlich misstrauig und unausgeglichen bist?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.03 Depressiv/ traurig verstimmt

	Übermäßig traurig, reizbar, weinerlich und anhänglich	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich traurig und niedergeschlagen oder schwunglos und ohne Energie?	1-2-3-4-█
	(Auftreten verstärkter autostimulierender Stereotypen)	1-2-3-4-8-9		
	Auftreten von verstärkter Passivität mit Hypomimie	1-2-3-4-8-9		
	Spielunlust	1-2-3-4-8-9		
K	Im Spiel übermäßig traurige Spielthemen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.04 Anhedonie

	Freude oder Vergnügen ist reduziert	1-2-3-4-8-9		
	(Symptomkomplex depressiver Erkrankungen ausgebildet – 7.03 > 2)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.05 Insuffizienzgefühle/ mangelndes Selbstvertrauen

K	Unterlegenheitsgefühl bei Spielkameraden (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hast Du das Gefühl nichts Wert zu sein, dumm und unfähig zu sein?	1-2-3-4-█
K	Das Kleinkind stellt sich selbst als Versager dar (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich weniger Wert als andere?	1-2-3-4-█
K	Mangelndes Vertrauen zu sich selbst (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Andere Personen können subjektiv alles besser (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011

PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991

7.06 Hoffnungslosigkeit/ Verzweiflung

K	Starke Verzweiflung nach Nichterfüllen einer Aufgabe (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	sF	
K	Gefühl: " Die ganze Welt richtet sich gegen mich" (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Negative Seiten einer Situation werden überwiegend hervorgehoben (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-9

7.07 Schuldgefühle/ Selbstvorwürfe

K	Übermäßig starkes Schuldgefühl nach orientierendem Tadel (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Übermäßig starkes Schuldgefühl nach orientierendem Tadel.	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.08 Affektarm

	Affektive Resonanz nicht vorhanden	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich manchmal so als ob Du gar keine Gefühle in Dir spürst?	1-2-3-4-█
	Teilnahmslosigkeit bei Ansprache	1-2-3-4-8-9	Ist in letzter Zeit aufgefallen, dass P. besonders gleichgültig und teilnahmslos wirkt, wenig oder gar keine Gefühle äußert und auch auf Gefühle Anderer kaum reagiert?	1-2-3-4-9
	Hypomimie	1-2-3-4-8-9		
	Schmerzunempfindlichkeit	1-2-3-4-8-9		
K	Gefühle können nicht ausgedrückt werden	1-2-3-4-8-9		
K	Gefühle Anderer können nicht gespiegelt werden	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.09 Interesselosigkeit/ Apathie

	Ignorieren von Spielangeboten	1-2-3-4-8-9	sF	
	Apathisches in die Ferne schweifen	1-2-3-4-8-9		
	Interesselosigkeit	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.10 Affektlabil

	Extreme Stimmungsschwankungen	1-2-3-4-8-9	Verändert sich Deine Stimmung häufig von einer Minute zur anderen und schwankt dabei z.B. zwischen Lachen und Weinen?	1-2-3-4-█
	Stimmungsschwankungen ohne Auslösestimuli	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.11 Ambivalent

K	Widersprüchliche Gefühle des Kleinkindes zu vertrauten Personen (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	sF	
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.12 Inadäquat

K	Das gesprochene Wort/das Verhalten stimmt nicht mit der Grundstimmung überein (ab ca. 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Geschieht es öfters, dass P. etwas berichtet und dabei seine Stimmung gar nicht zu ihm passt, was er sagt?	1-2-3-4-9
---	--	-------------	--	-----------

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011		PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
K	starkes Trotzverhalten schon bei kleinen Auseinandersetzungen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

7.13 Innere Unruhe

	Gesteigerte Körperspannung	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich innerlich angespannt, aufgewühlt oder wie unter inneren Druck?	1-2-3-4-█
	Häufiges Schreien, getriebener Blick	1-2-3-4-8-9		
K	Schnelles Abschweifen von begonnenen Spielen	1-2-3-4-8-9		
K	Kein geplantes Handeln möglich	1-2-3-4-8-9		
K	Konzentrationsprobleme (ab 24 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.14 Gesteigertes Selbstwertgefühl

K	Fühlt sich besser als alle Freunde (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich im Augenblick besonders stark und leistungsfähig?	1-2-3-4-█
K	Keine Aufgabe scheint dem Kleinkind zu schwer (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Traust Du Dir alles zu?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

7.15 Euphorisch

K	Überschießende Handlungen	1-2-3-4-8-9	Bist Du seit einiger Zeit in besonders guter Laune?	1-2-3-4-█
K	Übermäßiges euphorisches Verhalten	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich besonders leistungsfähig und gelingt Dir einfach alles?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-█

8 Zwangsstörungen

	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9
--	--------------	--------------------	--------------	------------------

8.01 Zwangsgedanken

			Gehen Dir immer wieder bestimmte Gedanken durch den Kopf; So dass Du Dich davon kaum oder gar nicht lösen kannst?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-█-9	SUMME	1-2-3-4-█

8.02 Zwangsimpulse

			Hast Du öfters Drang, bestimmte Dinge zu tun, so dass Du Dich nicht/kaum dagegen wehren kannst?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-█-9	SUMME	1-2-3-4-█

8.03 Zwangshandlungen

K	Wutausbrüche bei Nichteinhaltung fester Rituale/Strukturen	1-2-3-4-8-9	Musst Du bestimmte Dinge immer wieder oder in der gleichen Reihenfolge tun?	1-2-3-4-█
K	Rituale ohne tieferen Sinn	1-2-3-4-8-9	Kannst/ versuchst Du Sich dagegen zu wehren?	1-2-3-4-█

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011

PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991

K	Gegenstände müssen nach einem speziellen Plan sortiert werden oder aufgestellt sein.	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-█

9 Fütterstörung/Esstörung

	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-9
--	--------------	--------------------	--	------------------------

9.01 Erhöhte Nahrungsaufnahme

	Isst/Trinkt übermäßig viel	1-2-3-4-8-9	Hast Du das Gefühl, dass Du mehr isst und mehr Appetit hast als andere?	1-2-3-4-█
K	Angebot von häufigen Mahlzeiten mit übermäßiger Nahrungsaufnahme	1-2-3-4-8-9		
K	Unregelmäßige, selbstbestimmte Nahrungsaufnahme; Essen, ohne zeitlichen Rhythmus	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-█

9.02 Heißhunger- und Essattacken

	häufiges Schreien/Quengeln mit anschließender Beruhigung durch Nahrungsaufnahme	1-2-3-4-8-9	Hast Du in letzter Zeit öfters richtigen Heißhunger und isst du dann übermäßig viel in sehr kurzer Zeit?	1-2-3-4-█
	(häufige Unruhe beim Essen), hastiges Essen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-█

9.03 Verminderte Nahrungsaufnahme

	Während des Fütterns/des Essens Schläfrig - agitiert – abgelenkt – unruhig (Exploration/Interaktion gesteigert)	1-2-3-4-8-9	Hast Du in letzter Zeit weniger gegessen als sonst und dabei deutlich an Gewicht verloren?	1-2-3-4-█
	Seltenes Melden des Kindes, um „gestillt“ zu werden/keine (selten) Hungergefühle	1-2-3-4-8-9		
	Nahrungsverweigerung Kein Schlucken, Würgen, Hamsterbacken	1-2-3-4-8-9		
	Isst das Kind im Vergleich zu anderen extrem wenig	1-2-3-4-8-9		
	Gewichtsverlust/mangelnde Gewichtszunahme	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9		SUMME 1-2-3-4-█

9.04 Selbstinduziertes Erbrechen

			Hast du Erbrechen selbst herbeigeführt?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-█-9		SUMME 1-2-3-4-█

9.05 Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

			Hast Du in letzter Zeit Abführmittel benutzt, um Dein Gewicht zu verringern?	1-2-3-4-█
			Hast Du in letzter Zeit öfters den drang verspürt, durch körperliche Aktivität (z.B. Gymnastik) Dein Gewicht zu verringern?	1-2-3-4-█
	SUMME	1-2-3-4-█-9		SUMME 1-2-3-4-█

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011

PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991

9.06 Körperschema Störung

			Hast Du in letzter Zeit häufig oder immer das Gefühl, zu dick oder unförmig zu sein	1-2-3-4-█
		SUMME	1-2-3-4-█-9	SUMME
				1-2-3-4-█

9.07 Rumination

K	Schon geschluckte Nahrung wird wieder heraufgewürgt, erneut gekaut oder ausgespuckt	1-2-3-4-8-9	Ist Ihnen aufgefallen, dass P. Speisen wieder hochwürgt und erneut gekaut oder ausgespuckt?	1-2-3-4-9
		SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME
				1-2-3-4-9

9.08 Pica

K	Essen von Gegenständen/Substanzen, die zum Essen nicht geeignet sind (ab ca. 12-24 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Isst P. Dinge die nicht zum Verzehr geeignet sind?	1-2-3-4-9
		SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME
				1-2-3-4-9

9.09 Anderes (abnormales Essverhalten)

S	Stillen nicht möglich (zu unruhig, wehrhaft)	1-2-3-4-8-9	Fühlst Du Dich innerlich angespannt, aufgewühlt oder wie unter inneren Druck?	1-2-3-4-█
	Sehr wählerisches Essverhalten	1-2-3-4-8-9		
	Verweigerung der Nahrung bei best. Geschmack/Konsistenz/Geruch	1-2-3-4-8-9		
	Sehr mäkelig bei neuen Nahrungsmitteln	1-2-3-4-8-9		
	Häufig lang dauernde Mahlzeiten (> 30 min)	1-2-3-4-8-9		
	Häufiges Essen/Füttern mit Ablenkung, Druck oder Zwang	1-2-3-4-8-9		
K	Unkontrolliertes Essen aus Langeweile/Frust	1-2-3-4-8-9		
		SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME
				1-2-3-4-█

10 Somatoforme Störungen

		SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9
--	--	--------------	--------------------	--------------	------------------

10.01 Einnässen

			Nässt P. noch ein?	1-2-3-4-9
		SUMME	1-2-3-4-█-9	SUMME
				1-2-3-4-9

10.02 Einkoten

K	Regelmäßiges/wiederkehrendes Einkoten (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Kotet P. noch ein?	1-2-3-4-9
		SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME
				1-2-3-4-9

10.03 Schlafstörungen

S	Nächtlich exzessives Schreien	1-2-3-4-8-9	Hat P. Schlafschwierigkeiten	1-2-3-4-9
	Plötzliches Erwachen mit panischem Schreien meistens in der ersten Nachthälfte (Pavor nocturnus)	1-2-3-4-8-9		
	Durchschlafschwierigkeiten, z.B. > 3x	1-2-3-4-8-9		

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011		PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991		
	nächtliches Erwachen			
K	Einschlafschwierigkeiten, z.B. nur mit übermäßiger Elterlicher Hilfe (bes.3./4.Lebensjahr)	1-2-3-4-8-9		
K	Häufige Alpträume (zweite Nachthälfte/wenig Körperspannung)	1-2-3-4-8-9		
K	Schlafwandeln (ca. ab 4. Lebensjahr)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

10.04 Dissoziative Störungen

			Hat P. körperliche Beschwerden?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-9	SUMME	1-2-3-4-9

10.05 Autonome Funktionsstörungen

K	Häufig körperliche Beschwerden in Form z.B. von Bauchschmerzen/Erbrechen/Herzrasen	1-2-3-4-8-9	Hat P. körperliche Beschwerden?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

10.06 Schmerzzustände

	Häufiges exzessives Schreien/ Weinen ohne erkennbare äußere Stimuli	1-2-3-4-8-9	Hat P. körperliche Beschwerden?	1-2-3-4-9
	Verschiedenen Qualitäten/Art und Weisen des Schreiens	1-2-3-4-8-9		
	Oft schlecht/kaum zu beruhigen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

10.07 Hypochondrie

			Machst Du Dir öfters Gedanken über Deine Gesundheit?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-9	SUMME	1-2-3-4-9

11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörung

	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9
--	--------------	--------------------	--------------	------------------

11.01 Merkfähigkeitsstörung

	Keine Fähigkeit, Gesichter wieder zu erkennen	1-2-3-4-8-9	Wiederbenennung von Gegenständen, Erinnern von Begriffen oder Sätzen ect. Nach 10 min. Die Beurteilung muß altersgemäß erfolgen. Der Patient muß explizit aufgefordert werden, sich die Begriffe bzw. Gegenstände zu merken.	1-2-3-4-9
	Wiedererkennung ohne Kopplung eines Gefühlsausdruckes	1-2-3-4-8-9		
K	Situationen können nicht wahrheitsgemäß wieder gegeben werden (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Reproduzieren von Worten oder gesehene Gegenständen nach einem Zeitraum von ca. 10min schlecht möglich (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

Arbeitsversion PPB für S + KK, Dormann/Kevenhörster 2011

PPB für K + J, Englert & Poustka 1998 und Döpfner et al. 1991

11.02 Orientierungsstörung

			Wann bist du hier her gekommen?	1-2-3-4-█
			In welcher Stadt sind wir hier?	1-2-3-4-█
			Sag mir bitte wann und wo du geboren wurdest. Wo wohnst du?	1-2-3-4-█
			Hast du Schwierigkeiten dich zurecht zu finden?	1-2-3-4-█
		SUMME	1-2-3-4-█-9	SUMME 1-2-3-4-█

11.03 Störung der Wachheit

	Starke Benommenheit	1-2-3-4-8-9	Wirkt P. benommen, schläfrig oder apathisch?	1-2-3-4-9
	Ist schwer erweckbar	1-2-3-4-8-9		
	Öffnet bei Ansprache oder Berührung die Augen nicht	1-2-3-4-8-9		
	Schläft auffällig häufig im Gespräch mit der Mutter ein	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

11.04 Qualitative Bewusstseinsstörungen

Also nur bei Verdacht auf Qualitative Bewusstseinsstörung zu kodieren. Nur Fremdwahrnehmung des Untersuchers zu beurteilen.

K	Erhöhtes aggressives Verhalten	1-2-3-4-8-9	sF	
K	Eine gemeinsame Spielsituation mit anderen Kindern ist und kaum möglich	1-2-3-4-8-9		
K	Plötzliches extremes situationsunabhängiges Umschlagen der Stimmungslage	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

12 Andere Störungen

	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9
--	--------------	--------------------	--------------	------------------

12.01 Selbstverletzendes Verhalten

K	Ritualisierte Selbststimulation ggf. mit Verletzungsfolge	1-2-3-4-8-9	Kommt es wiederholt zu Verletzungen, die P. sich selber zufügt?	1-2-3-4-9
K	Selbstverletzungen	1-2-3-4-8-9		
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

12.02 Suizidgedanken/ Entsuigungsideen

K	Verbalisierung von Gedanken, nicht mehr da zu sein: „ich möchte lieber tot sein“ (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9	Hat P. schon einmal davon gesprochen, dass er nicht mehr leben will, dass das Leben keinen Sinn macht oder dass er sich umbringen will?	1-2-3-4-9
K	Gesteigerte Beschäftigung mit dem Tod (ab ca. 36 Mon.) (ohne aktuellen Anlass)	1-2-3-4-8-9	Hat P. schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	1-2-3-4-9
	SUMME	1-2-3-4-8-9	SUMME	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991). Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

12.03 Suizidale Handlungen

			Schon aufgetreten ?	1-2-3-4-9
		SUMME	1-2-3-4-9	SUMME 1-2-3-4-9

12.04 Geschlechtsidentitätsstörung/ sexuelle Störungen

K	Nicht altersgemäßes sexuelles Verhalten – Abneigung des eigenen Geschlechtes	1-2-3-4-8-9	Gibt es bei P. Probleme im Sexualverhalten oder in der sexuellen Entwicklung?	1-2-3-4-9
K	Die Wahl des Spielmaterials/ Kleidung entspricht eher dem des anderen Geschlecht (ohne äußeren Anlass)	1-2-3-4-8-9		
		SUMME	SUMME	1-2-3-4-9

12.05 Sexualisiertes Verhalten

K	Vermehrte Kontaktaufnahme über sexuelles Verhalten – Ungehemmte Berührungen Geschlechtsteile anderer	1-2-3-4-8-9	Gibt es bei P. Probleme im Sexualverhalten oder in der sexuellen Entwicklung?	1-2-3-4-9
K	Sexuelles Verhalten bezieht sich auf jüngere Spielgenossen	1-2-3-4-8-9		
K	Übermäßig sexuelles Verhalten auch in der Öffentlichkeit (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
K	Exzessives Masturbieren (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		
		SUMME	SUMME	1-2-3-4-9

12.06 Abnorme Bindung an Objekte

K	Mit sich Tragen von besonderen Objekten (z.B. Schnuller im Mund, dazu alte(n) Schnuller fest in den Händen, alte Kleidungsstücke/Stoffe)	1-2-3-4-8-9	Gibt es bestimmte ungewöhnliche Gegenstände?	1-2-3-4-9
K	Starke Unruhe/Streit bei Veränderungen/Wegnehmen des Objekts	1-2-3-4-8-9		
		SUMME	SUMME	1-2-3-4-9

12.07 Abnorme Interessen/ Gewohnheiten

K	Intensives fixiertes Interesse an wiederkehrenden Handlungen z. B. mit einem bestimmten Spielzeug oder einer Beschaffenheit von Gegenständen	1-2-3-4-8-9	Gibt es spezielle Interessen, mit denen sich P. sehr lange und intensiv beschäftigt?	1-2-3-4-9
K	Vernachlässigen andere Spielmöglichkeiten	1-2-3-4-8-9		
K	Starke Unruhe bei Störung/Ablenkung auf Anderes	1-2-3-4-8-9		
		SUMME	SUMME	1-2-3-4-9

Fusion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) und dem PPB nach Englert et al. (1998) und Döpfner et al. (1991).
 Untersuchungsbogen der experimentellen Überprüfung (2011) der Dissertationen Dormann (2012) und Kevenhörster (vgl. 2013)

E: Expertenfragebogen

Dissertationsprojekt: Adaptation und Anwendungspraxis des
Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation
an das Säuglings- und Kleinkindalter. Dormann/Kevenhörster



Expertenbefragung

Charité - SPZ für chronisch kranke Kinder

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters, CCVK
Direktorin: Prof. Dr. med. Dipl. psych. Ulrike Lehmkuhl
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Gebäude: Mittelallee 5a
AG Säuglings- und Kleinkindforschung
OA Dr. Roland Burghardt/Dr. Andreas Wiefel
Augustenburger Platz 1

Berlin, 20. August 2011

EXPERTENBEFRAGUNG:

Basis für den folgenden Fragebogen ist das von uns neu adaptierte Glossar zum
Psychopathologischen Befund für Säuglinge und Kleinkinder (von 0 – 60 Monaten) auf der
Grundlage des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation nach Englert und
Poustka. Der hierzu erstellte Fragenpool beschäftigt sich mit Fragen zur Qualität, der
Anwendbarkeit und einer Aussicht für die Zukunft.

Anlage zum Online-Fragebogen:

- Adaptiertes Glossar des Psychopathologischen Befundes (PPB) an das Säuglings-
und Kleinkindalter nach Kevenhörster/Dormann (PDF-Datei)

STATISTISCHE ANGABEN

Name des Experten:

Fachrichtung/Position:

Institution/Krankenhaus:

Forschungsschwerpunkt:

Dissertationsprojekt: Adaptation und Anwendungspraxis des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter. Dormann/Kevenhörster



Expertenbefragung

1. AKTUELLER PPB DER BASISDOKUMENTATION

1.1 Wenden Sie den aktuellen PPB nach Englert/Jungmann/Wienand/Lam und Poustka in der bestehenden „Kurzform“ an oder in der seit 1991 bestehenden ausführlichen Form nach Englert und Poustka an? Nutzen Sie mögliche Alternativen?

1.2 Sehen Sie den Bedarf einer adaptierten Version des PPB im Säuglings- und Kleinkindalter von erhöhter Relevanz?

2. NEU ADAPTIERTES GLOSSAR DES PPB IM SÄUGLINGS- UND KLEINKIND-ALTER (0 - 60 MONATE).

2.1 Ist die Unterteilung in Säugling (0-18) und Kleinkind (19-60) sinnvoll oder ist eine weitere/andere Differenzierung notwendig?
- Säuglinge werden bei uns außerhalb der normalen Definition gefasst, damit es eine Vergleichbarkeit mit anderen Messinstrumenten (z.B. CBCL) gibt. -
Oder sehen Sie eine andere Einteilung oder Bezeichnung als entwicklungsgerechter und sinnvoller an, wie z.B. Infant, Toddler, Preschooler?

2.2 Die Auswahl der Likertskala ohne die Mitte als Bewertungsmatrix wurde von uns gewählt aufgrund ihrer Sensitivität. Würden Sie eher eine Likertskala oder eine Skala nach Achenbach bevorzugen?

Dissertationsprojekt: Adaptation und Anwendungspraxis des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter. Dormann/Kevenhörster



Expertenbefragung

2.5 Sehen sie besondere Merkmale von Störungen, welche im Fragebogen außeracht gelassen wurden?

2.6 Sehen sie die gestrichenen Punkte als richtig an, oder haben sie in diesen Bereichen Erfahrungen bei Säuglingen und Kleinkindern gemacht, so dass sie doch zu bewerten sind?

2.7 Würden sie zu dem adaptierten Glossar, analog zum aktuell kurzen PPB nach Englert/Jungmann/Wienand/Lam und Poustka 2005, auch eine ebenfalls geplante Kurzfassung, in welcher die Störungsbilder ohne Unteritems zu kodieren sind, bevorzugen?

2.8 Wie ist Ihr erster allgemeiner Eindruck des adaptierten PPB?

3. ZUM SCHLUSS

3.1 Fachliche Anregungen zur Adaptation?

3.2 Welche Kritikpunkte sehen Sie?

3.3 Sehen Sie einen Vorteil in der Adaptation des PPB?

3.4 Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

F: Revision des adaptierten PPB (Version 1.0) des Säuglings- und Kleinkindalters in den Bereichen Emotionalität, Wahrnehmung und Körperliches Empfinden

Glossar Teil 2.¹
zur Dokumentation des
Psychopathologischen Befundes

In den Bereichen Emotionalität, Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens

bei Säuglingen (0 - 18 Monate)
und Kleinkindern (19 - 60 Monate)

Version 1.0 einer altersgerechten Adaptation
des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation
an das Säuglings- und Kleinkindalter (0 - 5 Jahre)
Dormann, 2012

Teil 1. siehe Dissertation C. Kevenhörster (vsl. 2014) (Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahren). In den Störungsbereichen des Verhaltens der Interaktion und der Sprache - Entwicklung und Machbarkeit -)

¹Teil 2. von 2 Teilen.

Erster Teil: Verhalten, Interaktion und Sprache (Dissertation C. Kevenhörster (vsl. 2014)

Zweiter Teil: Emotionalität, Wahrnehmung und körperliches Empfindens; (vorliegende Dissertation)

Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund im Säuglings- und Kleinkindalter
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Viola Corinna Dormann
Christine Kevenhörster
Andreas Wiefel
Ulrike Lehmkuhl

Die revidierte Form 1.0 des PPB für Säuglinge- und Kleinkinder wird aus Urheberrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

G: Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Dipl.- Psych. U. Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, Campus Virchow Klinikum-Universitätsmedizin Berlin, für die Überlassung des Themas und der Begutachtung der Dissertationsschrift.

Ein besonderer Dank gebührt meiner Mitdotorandin in diesem Zwillingsprojekt, Christine Kevenhörster, für die wertvollen inhaltlichen Austauschmöglichkeiten und die gute Zusammenarbeit bei der Erstellung eines PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter.

Mein außerordentlicher Dank gilt im Weiteren allen Kindern und Eltern, welche sich bereit erklärten, die erste Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter zu erproben und somit erste Erfahrung in der klinischen Anwendung mit dem Messinstrument zu erhalten und eine erste statistische Einschätzung zu ermöglichen.

Für die Betreuung des Dissertationsprojektes bedanke ich mich bei meinem Betreuer Herrn Dr. med. Andreas Wiefel. Des Weiteren möchte ich mich bei dem Team der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, Campus Virchow Klinikum-Universitätsmedizin Berlin für die Möglichkeit in Ihrem Setting den Patientenpool zu erfassen und die klinischen Untersuchungen durch zu führen bedanken. Im Besonderen möchte ich hier bei OA Dr. med. Pfeiffer danken, der in entscheidenden Momenten durch seine konstruktive Kritik und seine weiterführenden Tipps und Anregungen ein wertvoller Ansprechpartner war. Ich danke allen teilnehmenden externen Experten, welche bereit waren, ihre langjährige Erfahrung in unser Vorhaben mit Lob, Anregungen und Kritik durch die Beantwortung des Expertenfragebogens mit einzubringen. Im besonderen Maße möchte ich mich für die Bereitstellung von aktuellen klinischen Ergebnissen in diesem Zusammenhang bei Frau Prof. Dr. med Renate Schepker bedanken.

Bei Frau Dipl.- Psych Viola Kappel möchte ich mich herzlich für die fachlich kompetente Unterstützung bedanken. Bei Fragen in der Statistik und des wissenschaftlichen Arbeitens war sie zu jeder Zeit eine sachkundige Ansprechpartnerin.

Für die Projektförderung möchte ich mich bei der WAGENER-STIFTUNG –Stiftung für Sozialtherapie- bedanken, welche die Aufwandsentschädigung der Probandengelder ermöglichte.

Bei meiner Familie und meinen Freunden, allen voran meinen Eltern Frau Gudrun Dormann und Herrn Rainer Dormann sowie Herrn Dipl.- Ing (FH) Oliver Komesker, danke ich für ihr großes Interesse und die Geduld, mit der sie meine Arbeit mit viel Begeisterung begleitet und motiviert haben und mir zu jeder Zeit den Rücken stärkten.

H: Curriculum vitae

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

I: Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Viola Corinna Dormann versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre) in den Störungsbereichen der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfindens - Entwicklung und Machbarkeit -“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Grafiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift