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 in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache

Entwicklung und Machbarkeit

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Christine Kevenhörster
aus Oberhausen/Rhld.

Datum der Promotion: 4.9.2015

Abstract

Hintergrund: Die Entwicklung eines Instruments für die Erfassung früher psychopathologischer Auffälligkeiten von Säuglingen und Kleinkindern (0-5 Jahre) basiert auf der Grundlage des Psychopathologischen Befundes (PPB), Kernstück der Basisdokumentation (BADO) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005). Als standardisiertes Instrument der Qualitätssicherung gewinnt die BADO mit der sukzessiven Einführung eines leistungsorientierten pauschalierenden Vergütungssystems in der Psychiatrie und psychosomatischen Medizin ab dem Jahr 2013 zunehmend an Bedeutung. Die folgende Arbeit untersucht die Bereiche des PPB der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache für eine entwicklungsorientierte Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. Der zweite Teil mit den Bereichen der Emotion, der Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens komplettiert den PPB für Säuglinge und Kleinkinder und wird in einer korrespondierenden Dissertation von C. Dormann (vsl. 2013) bearbeitet. Die Anwendbarkeit des adaptierten PPB wird in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie getestet.

Methode: Die Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder wurde anhand ausführlicher Literaturrecherche, klinischer Erfahrungen, einer bundesweiten Expertenbefragung sowie einer inhaltlichen und statistischen experimentellen Machbarkeitsanalyse entwickelt. Die Studie zur Überprüfung der Machbarkeit einer ersten adaptierten Arbeitsversion des PPB erfasste eine risikoangereicherte Patientenpopulation aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Dabei wurden die Interrater-Reliabilität, die interne Konsistenz sowie eine erste externe und inhaltliche Validität untersucht.

Ergebnisse: Die statistischen Ergebnisse zeigten eine typische Diagnoseverteilung einer repräsentativen Klientel. Die Überprüfung der Testgütekriterien brachte hochsignifikante Werte für die Interrater-Reliabilität, ein hohes Maß an interner Konsistenz, gute Ergebnisse für die externe Validität sowie ein überwiegend positives Expertenfeedback. Die erste adaptierte Arbeitsversion des PPB wurde revidiert und hinsichtlich des Inhalts für den praktischen Gebrauch vervollständigt.

Fazit: Die Machbarkeitsstudie zeigt eine gute Anwendbarkeit und Qualität (Objektivität, Reliabilität, Validität) für die adaptierte Arbeitsversion des PPB. Als Resultat präsentiert diese Arbeit eine erste Version des PPB für Säuglinge und Kleinkinder. Dies neu entwickelte Version 1.0 ist in zukünftigen Studien weiter zu evaluieren.

Objectives: The development of an adapted scale to identify psychopathology in infants, toddlers and preschoolers (0-5 years) is based on the Clinical Assessment Scale of Psychopathology ("Psychopathologischer Befund" (PPB)), which is part of the Basic Documentation (BADO) of child and adolescent psychiatry (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005). The BADO as a standardised instrument for the quality assurance will become increasingly important with the successive implementation of an efficiency-oriented blanket compensation system starting from 2013 in psychiatry and psychosomatic medicine. The work presented here covers the assessment of interaction, behaviour and language. The second part which includes the assessment of emotion, perception and physical sensation is presented in a corresponding dissertation of C. Dormann (exp. 2013). The applicability of the adapted PPB in clinical practice, quality assurance and research on infant and toddler psychiatry is tested. A feasibility study provides a first statement on statistics and content.

Methods: A first adaptation of PPB was developed based on a detailed literature review, clinical experience and a national expert survey. First substantive and statistical analysis in an experimental feasibility study in a high risk population drawn from the baby and toddler out-patient clinics at the Department of Psychiatry, Psychosomatics Medicine and Psychotherapy for Children and Adolescents of the "Charité-Universitätsmedizin Berlin" was conducted. In this process, the assessment of interrater reliability, internal consistency and a first external validation as well as an expert survey were realized.

Results: 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 and values of the external validation as well as a high internal consistency and a predominantly positive feedback from the experts. A first working version of the adaptation of the PPB was revised and completed with respect to content for the practical examination.

Conclusions: The feasibility study suggests good applicability and quality (objectivity, reliability, validity) of the adapted PPB. As a result of this work, a first version of the PPB for infants, toddlers and preschoolers is presented. The newly developed Version 1.0 should be investigated further in future studies.

ABSTRACT **2**

1 EINLEITUNG **10**

2 THEORETISCHER HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG **14**

2.1 Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie 14

2.2 Basisdokumentation (BADO) 17

2.2.1 Psychopathologischer Befund (PPB) für das Kindes- und Jugendalter 20

2.2.2 Anwendungspraxis des PPB der BADO in der B/K-Sprechstunde 22

2.3 Child Behavior Check List (CBCL 1½-5) 26

2.4 Aktueller Forschungsstand 27

2.4.1 Interaktion 28

2.4.1.1 Unkooperativ 31

2.4.1.2 Überangepasst 31

2.4.1.3 Scheu/unsicher 32

2.4.1.4 Kaspernd/albern 33

2.4.1.5 Sozial zurückgezogen 33

2.4.1.6 Misstrauisch/sensitiv 34

2.4.1.7 Demonstrativ 35

2.4.1.8 Distanzgemindert 35

2.4.1.9 Empathiestörung 36

2.4.1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz 39

2.4.1.11 Mangel an der Fähigkeit zur Selbstregulation 42

2.4.2 Verhalten 43

2.4.2.1 Sozialverhalten 44

2.4.2.1.1 Dominant 46

2.4.2.1.2 Oppositionell-verweigernd 47

2.4.2.1.3 Aggressiv 48

2.4.2.1.4 Lügen/betrügen 50

2.4.2.1.5 Stehlen 52

2.4.2.1.6 Weglaufen 52

2.4.2.1.7 Spielverhalten 52

2.4.2.2 Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle 54

2.4.2.2.1 Antriebsarmut/Verlangsamung 55
2.4.2.2.2 Antriebssteigerung/motorische Unruhe 56
2.4.2.2.3 Impulsivität 58
2.4.2.2.4 Aufmerksamkeitsstörung 60
2.4.2.3 Psychomotorik 61
2.4.2.3.1 Motorische Tics 63
2.4.2.3.2 Vokale Tics 64
2.4.2.3.3 Stereotypien 64
2.4.2.3.4 Manieriert-bizarr 66
2.4.2.3.5 Andere Störungen der Psychomotorik 68
2.4.2.3.6 Jaktationen 69
2.4.2.4 Andere Störungen 70
2.4.2.4.1 Selbstverletzendes Verhalten 70
2.4.2.4.2 Suizidgedanken/Entsagungsideen 71
2.4.2.4.3 Suizidale Handlungen 71
2.4.2.4.4 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung 72
2.4.2.4.5 Sexualisiertes Verhalten 72
2.4.2.4.6 Abnorme Bindung an Objekte 74
2.4.2.4.7 Abnorme Interessen/Gewohnheiten 76
2.4.3 Sprache 76
2.4.3.1 Artikulationsstörung 81
2.4.3.2 Expressive Sprachstörung 81
2.4.3.3 Rezeptive Sprachstörung 82
2.4.3.4 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern) 83
2.4.3.5 Mutismus 84
2.4.3.6 Logorrhoe 85
2.4.3.7 Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache 85
2.5 Fragestellung und Ziel der Arbeit 86

3 METHODEN 87
3.1 Procedere 87
3.1.1. Entwicklung 88
3.1.1.1 Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Glossar) – Arbeitsversion 89
3.1.1.2 Untersuchungsbogen 92

3.1.2. Machbarkeit 93
3.1.2.1 Stichprobe 94
3.1.2.1.1 Drop-out-Analyse 100
3.1.2.2 Untersuchungsablauf 104
3.1.2.3 Expertenmeinung 105
3.1.2.4 Außenkriterium CBCL (1½-5) 106
3.1.2.5 Statistische Verfahren 109
3.1.2.5.1 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB 109
3.1.2.5.2 Cohens Kappa (κ) - Interrater-Reliabilität 110
3.1.2.5.3 Cronbachs Alpha (α) - Interne Konsistenz 110
3.1.2.5.4 Kendalls Tau (τ) - Rangkorrelationskoeffizient 110
3.1.3 Modifikation (Revision) der Arbeitsversion der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zur Version 1.0 111
3.2 Klassifikationen und Instrumente 111
3.2.1 PPB der BADO für Kinder und Jugendliche (Aufbau) 111
3.2.2 ICD-10 mit DC:0-3R 113
3.2.3 Child Behavior Check List (CBCL 1½-5) (Auswertung/Aufbau) 116

4 ERGEBNISSE 117
4.1 Entwicklung: Arbeitsversion PPB für Säuglinge und Kleinkinder 117
4.1.1 Interaktion 117
4.1.1.1 Unkooperativ 117
4.1.1.2 Überangepasst 118
4.1.1.3 Scheu/unsicher 118
4.1.1.4 Kaspernd/albern 119
4.1.1.5 Sozial zurückgezogen 119
4.1.1.6 Misstrauisch/sensitiv 120
4.1.1.7 Demonstrativ 120
4.1.1.8 Distanzgemindert 121
4.1.1.9 Empathiestörung 121
4.1.1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz 122
4.1.1.11 Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation (Neu) 123
4.1.2 Verhalten 124
4.1.2.1 Sozialverhalten 124

4.1.2.1.1 Dominant ... 124
4.1.2.1.2 Oppositionell-verweigernd ... 124
4.1.2.1.3 Aggressiv ... 125
4.1.2.1.4 Lügen/betrügen ... 126
4.1.2.1.5 Stehlen ... 126
4.1.2.1.6 Weglaufen ... 127
4.1.2.1.7 Andere Regelüberschreitung ... 127
4.1.2.2 Antrieb und Aufmerksamkeit ... 127
4.1.2.2.1 Antriebsarmut/Verlangsamung ... 128
4.1.2.2.2 Antriebssteigerung/motorische Unruhe ... 128
4.1.2.2.3 Impulsivität ... 129
4.1.2.2.4 Aufmerksamkeitsstörung ... 130
4.1.2.3 Psychomotorik ... 130
4.1.2.3.1 Motorische Tics ... 131
4.1.2.3.2 Vokale Tics ... 131
4.1.2.3.3 Stereotypien ... 131
4.1.2.3.4 Manieriert-bizarr ... 132
4.1.2.3.5 Andere Störungen der Psychomotorik ... 132
4.1.2.4 Andere Störungen ... 133
4.1.2.4.1 Selbstverletzendes Verhalten ... 133
4.1.2.4.2 Suizidgedanken/Entsagungsideen ... 133
4.1.2.4.3 Suizidale Handlungen ... 134
4.1.2.4.4 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störungen ... 134
4.1.2.4.5 Sexualisiertes Verhalten ... 134
4.1.2.4.6 Abnorme Bindung an Objekte ... 135
4.1.2.4.7 Abnorme Interessen/Gewohnheiten ... 135
4.1.3 Sprache ... 136
4.1.3.1 Artikulationsstörung ... 136
4.1.3.2 Expressive Sprachstörung ... 137
4.1.3.3 Rezeptive Sprachstörung ... 137
4.1.3.4 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern) ... 138
4.1.3.5 Mutismus ... 139
4.1.3.6 Logorrhoe ... 139
4.1.3.7 Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache ... 139

4.2 Machbarkeit: Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder 140
4.2.1 Deskriptive Statistik 140
4.2.1.1 Patientenpopulation, Diagnosespektrum und Klassifikation 140
4.2.1.2 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB 142
4.2.2 Reliabilität 147
4.2.2.1 Interrater-Reliabilität - Cohens Kappa (κ) 147
4.2.2.2 Interne Konsistenz - Cronbachs (α) 150
4.2.3 Inhaltsvalidität 150
4.2.4 Externe Validität 152
4.3 Revision der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Version 1.0) .. 153

5 DISKUSSION 183
5.1 Entwicklung 183
5.2 Machbarkeit 185
5.2.1 Deskriptive Statistik 185
5.2.1.1 Stichprobe 185
5.2.1.2 Patientenpopulation, Diagnosespektrum und Klassifikation 189
5.2.1.3 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB 191
5.2.2 Reliabilität 193
5.2.2.1 Interrater-Reliabilität - Cohens Kappa (κ) 193
5.2.2.2 Interne Konsistenz - Cronbachs Alpha (α) 194
5.2.3 Inhaltsvalidität 196
5.2.4 Externe Validität 203
5.3 Revision der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zur Version 1.0 204

6 ZUSAMMENFASSUNG 206

7 AUSBLICK 209

8 LITERATURVERZEICHNIS 211

APPENDIX 225
Abkürzungsverzeichnis 225
Tabellenverzeichnis 226
Abbildungsverzeichnis 227

Anlage 1: Untersuchungsbogen zur Untersuchung der vollständigen Adaptation des PPB der BADO an das Säuglings- und Kleinkindalter 228
Anlage 2: Fragebogen zu den Expertenmeinungen 247

LEBENSLAUF 250

DANKSAGUNG … 251

1 Einleitung

Oft sehe ich erstaunte, fragende Blicke, wenn ich über meine Arbeit in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie spreche. Ist das denn möglich, dass man in diesem Alter schon von psychischen Störungen sprechen kann? Als ich in ärztlicher Tätigkeit das erste Mal einen zehn Wochen alten, depressiven Säugling in den Armen seiner Mutter sah, war ich sehr beeindruckt. Während der parallel, aber getrennt voneinander laufenden Therapien zeigte der Säugling zunehmend Resonanz und nahm an seiner engsten Umwelt teil. Es war zu beobachten, wie dies auf das eigene Wahrnehmen von Bedürfnissen und seinen Appetit für Leib und Seele spiegelte. Nicht immer ist die Abhängigkeit des Kindes, hier von der Mutter, so deutlich zu sehen. Es ist faszinierend, welche ungeheuer positiven Auswirkungen eine frühe, therapeutische Intervention - wie in diesem Fall - auf den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes haben kann.

Natürlich sind nicht alle Fälle so eindeutig. Es ist eine vielschichtige Herausforderung, sich der Möglichkeit einer psychischen Auffälligkeit bzw. Störung bei Säuglingen und Kleinkindern zu stellen und dabei nicht vorschnell zu beurteilen. Steigende Zahlen von psychisch und sozial stark belasteten Kindern sowie deren Familien unterstreichen eine wachsende und frühe Auseinandersetzung damit.

Egger und Angold (2006) berichten,[1] dass 14 bis 25 Prozent aller Vorschulkinder psychische Störungen aufweisen, bei denen emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten relativ gleichrangig waren. Vergleichbar ist eine Studie von Skovgaard et al. (2007) [2], die von 16,1 Prozent (nach der IDC-10) und 18,5 Prozent (nach der DC:0-3R) der Eineinhalbjährigen mit psychischer Störung spricht. Auch in Deutschland ist diese Tendenz zu beobachten. Psychische Störungen gehören mit Prävalenzzahlen zwischen zehn und 20 Prozent zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (Lehmkuhl, Lehmkuhl, 2009). Die KiGGS-Studie[3] von 2008 spricht von rund 15 Prozent. Dabei treten gehäuft aggressives Verhalten, Ängstlichkeit, Depression sowie Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe auf. Laut internationalen Studien leidet etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen an psychischen Problemen (KiGGS, 2008). Ein hoher Prozentsatz der Psychopathologien im Erwachsenenalter hat seine Wurzeln in der frühen Kindheit. Frühe Diagnostik mit früher therapeutischer Intervention mindern die Morbidität und damit die späteren Folgen der Störungen im Leben (Peskin, Spitzer, Peleg, Zalsman, 2011). In Deutschland ist der Anteil der psychischen Diagnosen als häufigster Grund für Erwerbsmin-

[1] US-amerikanische Studie mit 307 Kindern im Alter von zwei bis fünf Jahren einer „Normalpopulation“.
[2] Dänische Studie mit einer Zufallsstichprobe von 210 Kindern von 18 Monaten einer Geburtskohorte.
[3] Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)-Studie (2008) war eine Erhebung von Daten von 17.641 null- bis 17-Jährigen mittels standardisierten Messmethoden zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

derung innerhalb von zehn Jahren von etwa einem Viertel auf mehr als ein Drittel gestiegen (Blech, 2013).[4] Was Erwachsene angeht, lässt Kinder nicht unberührt. Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten Eltern haben ein besonders hohes Risiko für psychische Störungen (von Gontard, 2010; KiGGS, 2008; Hofacker et al., 2007). Mittlerweise ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kindern von den akuten zu den chronischen sowie von den somatischen zu den psychischen Störungen zu verzeichnen (KiGGS, 2008). Allgemein ist also ein deutlicher Prozentsatz auch von psychischen Störungsbildern bei Kleinkindern, sogar bei Säuglingen[5] (Skovgaard et al., 2007, 2008), festzustellen.

Oft besteht eine Diskrepanz u.a. zwischen Auffälligkeiten von psychischer Symptomatik und der medizinischen Versorgung. Eine Studie von Ravens-Sieberer et al. (2007) beschreibt, dass nur etwa die Hälfte psychisch beeinträchtigter Kinder eine spezifische Behandlung erfährt. Entscheidend ist aber die Früherkennung sowie zeitnahe Intervention (Lehmkuhl, Lehmkuhl, 2009). Sie muss durch kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen in möglicher Korrespondenz mit Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich verbessert werden. Besonderes Augenmerk gilt den Risikokindern mit Vorschädigungen, Funktionsstörungen, mit Teilleistungsschwächen, vernachlässigten Kindern, Kindern von psychisch/körperlich kranken Eltern und fremduntergebrachten Kindern (Warnke, Lehmkuhl, 2011; KiGGS, 2008). Häufig ist die soziale Funktionsfähigkeit mit z.T. lebenslangen Auswirkungen eingeschränkt. Die meisten Hinweise auf psychische Probleme zeigen sich im Grundschulalter (KiGGS, 2008). Skovgaard et al. (2007, 2008) berichten von Prädiktoren in der Interaktion bei Säuglingen in den ersten zehn Monaten, die auf neuropsychiatrische Entwicklungsstörungen mit eineinhalb Jahren hinweisen sowie von prädiktiven psychosozialen Faktoren, die eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung mit eineinhalb Jahren anzeigen. Die Sensibilisierung auf die sozialen Bedingungen und die Entwicklungsschritte des Kindes und somit eine Möglichkeit zur Früherkennung kann also nicht zeitig genug beginnen.

In dieser Arbeit befasse ich mich mit der Erkennung und Erfassung frühkindlicher Psychopathologien auf dem Gebiet der Schnittstelle zwischen der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie und der Pädiatrie bzw. der Sozialpädiatrie. Übergeordnetes Thema ist die Entwicklungspsychopathologie[6] bei Säuglingen und Kleinkindern. Aus ihrer Perspektive heraus ist es von besonderem Interesse, wie und warum es zu einer abweichenden Entwicklung kommt (Petermann, Resch, 2008). Die Sensibilisierung für frühe Psychopathologien im Säuglings- und Kleinkindalter soll in

---

[4] Blech zitiert Quelle der Techniker Krankenkasse aus Daten von 2000 bis 2011.
[5] Der Säugling ist international in einer Altersspanne oft bis einschließlich 18 Monaten betrachtet.
[6] Die Entwicklungspsychologie ist ein interdisziplinärer Ansatz, der die normale und abweichende Entwicklung gegenüberstellt. Sie greift dabei die Ansätze und Perspektiven z.B. der Pädiatrie, der Neurowissenschaften, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie und Epidemiologie auf und versucht, psychische Störungen zu erklären und ihnen entgegenzuwirken (Petermann, Macha, 2005; Petermann, Resch, 2008).

dieser Arbeit auf der Basis des weit etablierten Psychopathologischen Befundes (PPB) für Kinder- und Jugendliche nach Döpfner et al. (1991) und Englert und Poustka (1998) der Basisdokumentation (BADO) geschehen. Die Idee zu dieser Arbeit ist aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité-Universitätsmedizin Berlin erwachsen. Aus dieser heraus gab es reichhaltige Erfahrungen zu frühkindlichen Psychopathologien und ihrer Dokumentation im Klinikalltag. Der bestehende PPB weist in der Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten in seiner Anwendung für die sehr heterogene Altersgruppe der Null- bis Fünfjährigen Lücken auf und liefert damit für diese Altersgruppe kein oder nur ein partiell aussagekräftiges Ergebnis (Kapitel 2.2.2). Deshalb werden in meiner Arbeit qualitative Merkmale für psychopathologische Symptome für dieses spezifische Alter generiert, in operationalisierten Merkmalsdefinitionen beschrieben und entwicklungsorientiert diskutiert. Der PPB für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) wird in dieser Arbeit untersucht und für eine entwicklungslogische Anwendung für Säuglinge und Kleinkinder adaptiert. Auf welchem Hintergrund psychische Störungen entstehen wird in dieser Arbeit nur einordnend betrachtet.

Diesem Ansatz steht mögliches „Pathologisieren-Wollen“ oder gar eine Überdiagnostik fern. Erst eine Beschreibung und entwicklungsgerechte Einordnung der frühkindlichen entwicklungspsychopathologischen Eigenschaften lässt ein möglichst adäquates Bewusstsein für eine Beurteilung zu, damit nicht aufgrund einer für dieses Alter unangemessenen Exploration und Einschätzung „falsch pathologisiert“ wird (Kapitel 5.2.1.3). Auch der dimensionale Charakter des PPB trägt dazu bei, nicht den kategorialen Blickwinkel der Diagnosestellung zu deutlich zu sehen. Eine kategoriale Betrachtung führt zu einer unnötigen „Etikettierung“, die die Kinder zu früh pathologisieren kann (Cierpka, 2012). Um die seelische Gesundheit von Kindern und Säuglingen in ihrem Beziehungskontext zu stärken bzw. (Befindlichkeits-)Störungen zu lindern, oder gar heilen zu können, ist sensible und aufmerksame Beobachtung des Kindes und der Bezugsperson(en) notwendig. Der PPB ist eine wichtige Grundlage, diese festzuhalten. Mit der systematischen Betrachtung von psychopathologischen Auffälligkeiten zusammen mit den weiteren Teilen der Basisdokumentation verbindet er einen umfassenden diagnostischen Zugang mit dem Gewinn an systematisch vergleichbaren Informationen. Die BADO wird mit einem neu entwickelten aussagekräftigen PPB für diese Altersgruppe nützlich gemacht und kann dazu Daten zur Qualitätssicherung und Evaluation liefern.

Gerade in der frühen Kindheit sind der „Entwicklungsspielraum“ sowie das Entwicklungspotenzial groß und sehr dynamisch. Es kann vorübergehende Entwicklungsauffälligkeiten geben, z.B. in Form motorischer Auffälligkeiten wie Hypotonie, Hypertonie, bzw. Dystonie der Übererreg-

barkeit oder in Form von Verhaltensauffälligkeiten wie Störung der Kontaktaufnahme, Schlaf-/Trinkstörung, Schreien etc., oder sensorische sowie körperliche Abweichungen (Straßburg, 2008). Auffälliges Verhalten ist auch als Reaktion auf Belastungen in der Umwelt oder als Übergangsphänomen möglich (Petermann, Koglin, 2008). Auf erste (entwicklungsbedingte) Auffälligkeiten oder Regulationsstörungen folgt nicht zwangsläufig ein Störungsbild mit ausgewachsener Krankheit. Von Gontard (2010) beschreibt z.B. Regulationsstörungen als umschriebene Symptomkonstellationen nicht als nosologisch abgrenzbare Gruppe, sondern vielmehr als Extremvarianten normaler Entwicklungsphänomene.

Die Sensibilisierung für psychopathologische Auffälligkeiten bei Säuglingen du Kleinkindern soll ebenso (wenn nötig) Entwicklungsphysiologisches, also das „Normale", als prägnante Orientierung mit einschließen, um die Gratwanderung in der Entwicklung und sogar auch Schnittmengen zwischen „normal" und „auffällig" zu verdeutlichen.[7] Ab wann gilt die Einordnung von Empfindlichkeiten und qualitativen Merkmalen als Störung bzw. als behandlungsbedürftige Krankheit? Die eine Antwort darauf kann es nicht geben, sondern es gibt viele Antworten, eben die jedem Fall entsprechende. Eine Einschätzung psychopathologischer Eigenschaften erfolgt in der Beurteilung von Dauer, Frequenz, Intensität und Qualität des jeweiligen Verhaltens im Vergleich zu Gleichaltrigen (Wiefel et al., 2007).

Die hier vorliegende und untersuchte Anpassung des PPB an Säuglinge und Kleinkinder ist Teil eines „Zwillings"-Projektes: Um der Komplexität einer vollständigen Adaptation in ihren zahlreichen Störungsbildern des PPB der BADO (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) gerecht zu werden sowie inhaltlich Schwerpunkte dabei zu finden, war eine Einordnung der Störungsbilder in verschiedene Entwicklungsbereiche des Kindes wegweisend: dem sozialen, psychomotorischen, sprachlichen, emotionalen und kognitiven Bereich. Es erschien angebracht, dieses Adaptationsvorhaben in zwei sinnvolle Themenbereiche (und damit je zwei Dissertationen) zu gliedern, die je unterschiedliche Entwicklungsaspekte fokussiert untersuchten: In die Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder in ihrer Entwicklung und Machbarkeit in den Störungsbereichen:

1) der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache (hier vorliegende Arbeit)
2) der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfindens (Dormann, vsl. 2013)

[7] Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit in ihrer Verfassung (1948): „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen". Einige Sätze später heißt es: „Die gesunde Entwicklung des Kindes ist von grundlegender Bedeutung; die Fähigkeit, harmonisch in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung zu leben, ist für diese Entwicklung besonders wichtig".

Die zunächst entwickelte Arbeitsversion der Adaptation des PPB der BADO für Säuglinge und Kleinkinder (Kapitel 4.1) wird anschließend in einer Machbarkeitsanalyse (Kapitel 4.2) überprüft. Die Ergebnisse werden diskutiert (Kapitel 5) und in eine Revision der Arbeitsversion (Version 1.0) eingehen (Kapitel 4.3). Beide oben genannten Arbeiten vervollständigen den neu entwickelten altersgerechten PPB für Säuglinge und Kleinkinder in einer gemeinsamen Version 1.0 (vsl. 2013).

In der nun folgenden Arbeit befasse ich mich mit der Adaptation der Störungsbereiche Interaktion, Verhalten und Sprache. Das Verhalten schließt die vorhandenen Störungsbilder „Sozialverhalten“, „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“, „Psychomotorik“ sowie „Andere Störungen“ des PPB ein.

2 Theoretischer Hintergrund und Fragestellung

2.1 Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie

Die Praxis der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie möchte ich nun auf der Grundlage der Baby- und Kleinkindsprechstunde (B/K-Sprechstunde) der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Charité-Universitätsmedizin Berlin beschreiben. Die Untersuchungen der Patienten und damit die Datenerhebungen dieser Arbeit wurden in Kooperation mit der Baby- und Kleinkindsprechstunde möglich. Die Baby- und Kleinkind-Sprechstunde ist seit 2001 fester Bestandteil der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Otto Heubner Zentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Die ambulante Einrichtung ist ein Angebot für Familien, Alleinerziehende, Pflegeeinrichtungen, Pflege- oder Adoptivfamilien, körperlich und seelisch kranke Eltern, Eltern mit behinderten Kindern und von Frühgeborenen sowie für Schwangere bzw. Mütter mit Drogenhintergrund. Kinder im Alter von null bis fünf Jahren mit emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten werden untersucht und behandelt. Meistens werden die Patienten über ihre Kinderärzte oder Erzieher im Kindergarten an die Sprechstunde verwiesen.[8] Schwerpunkte der Sprechstunde liegen in Schrei- und Fütterstörungen, Schlafstörungen, emotionalen Störungen und Bindungsstörungen, sowie der Früherkennung von Autismus-Spektrum-Störungen.

[8] Weniger häufig durch Hebammen und Jugendämter. Meist suchen Eltern selbst zuerst niedrigschwellige ambulante pädagogisch/psychologische Beratungsstellen auf (Stephan, 2011).

Zur Einschätzung, umfangreichen Diagnostik und weiterem Procedere mit therapeutischen Empfehlungen und Therapieplanungen steht den Patientenkindern und Säuglingen mit ihren Bezugspersonen ein interdisziplinäres Team aus Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus der Kinderheilkunde, (Kinder-)Psychologen, Ergo- und Logopäden, Heilpädagogen, Sozialarbeitern und Ernährungsberatern bereit.

Intention der Sprechstunde ist, den Betroffenen (Familien) eigene Ressourcen bewusst zu machen und ihnen somit Möglichkeiten zu geben, aus sich heraus individuelle Lösungskonzepte im Sinne selbstregulatorischer Prozesse und Entwicklung zu erkennen und zu formulieren. Bindungstheoretische Vorstellungen in Kombination mit systemischen Ansätzen[9] sind somit die Grundlage der Arbeit innerhalb der Baby- und Kleinkind-Sprechstunde.

Die Eingangsdiagnostik der Säuglinge und Kleinkinder basiert auf fünf Säulen: Kernstück dabei ist die standardisierte Interaktions- und Beziehungsdiagnostik familiendynamischer Prozesse von Eltern und Kind[10] (vgl. Feldman, 2008). Der Bindungstheoretische Ansatz[11] mit seinem „Konzept der emotionalen Verfügbarkeit“[12] hat dabei einen großen Stellenwert.

Innerhalb des gemeinsamen Erstgespräches mit Eltern bzw. der Bezugsperson und dem Kind ist die klinische Beobachtung und Untersuchung des Kindes in dyadischer/triadischer Beziehung wesentlich. Grundlage dafür ist die Dokumentation des Psychopathologischen Befundes (PPB) der Basisdokumentation (BADO) sowie die Erhebung psychosozialer Daten einer ausführlichen Familienanamnese (Englert, Poustka, 1991; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005).[13] Des Weiteren sind standardisierte Entwicklungs- und Intelligenztests,[14] Auswertung

---

[9] Das Kind, die Eltern und Geschwister bilden ein System. Dieses ist im Zusammenhang der Interaktion mit seinen Wechselwirkungen und seinen Beziehungen untereinander und im Kontext der (sozialen) Umwelt zu sehen. Eine Veränderung hat Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen. Es zeigen sich gegenseitige Beeinflussungen.

[10] Videogestützte Interaktions- und Beziehungsdiagnostik, Coding Interavtive Behavior Scales (CIB) nach Ruth Feldman (2008). Erfasst werden Qualität und Quantität der Eltern-Kind-Interaktion, z.B. elterliche Sensitivität, Intrusivität und Grenzsetzung, kindliche Involvierung, Rückzug und Compliance.

[11] John Bowlby (1907-1990), britischer Kinderarzt und Kinderpsychiater, war Pionier der Bindungsforschung. Die Bindungstheorie basiert auf frühkindlichen engen, emotionalen Austauschprozessen der frühen Mutter-(Eltern)-Kind-Beziehung. Die Responsivität der Mutter bzw. der primären Bezugsperson ist entscheidend für die Entwicklung einer sicheren/unsicheren Bindung.

[12] In den 1980er-Jahren vom amerikanischer Kleinkindforscher Robert N. Emde für die Beschreibung von Beziehungsprozessen entwickelt. In einer Weiterentwicklung zur Bindungstheorie ist die Wechselseitigkeit der Interaktionsprozesse wesentlich. Verhaltensweisen der primären Bezugspersonen wecken Reaktionen beim Kind, und bestimmte (Bindungs-)Verhalten beim Kind fordern spezielle Reaktionen der Eltern. Authentische Sensitivität der Eltern dem Kind gegenüber ist wesentlich. Reziprozität, Empathie und Wertung sind wesentliche universale moralische Funktionen, die ein gutes Bindungsverhalten erweitern und nach Emde beschreiben. Danach lernt das Kind nach Regulierung und Praxis durch wiederholte Interaktionen bestenfalls die Balance zwischen eigener Aktivität und Orientierung an den Eltern/prim. Bezugsperson (Emde, 2011).

[13] Zu bedenken jedoch sind die beobachteten Einschränkungen, die der PPB der BADO für das spezifische Säuglings- und Kleinkindalter hat (siehe Thema dieser Arbeit).

[14] Z.B. Bayley Scales of Infant and Toddler Development (BSID), Kaufman Assessment Battery for Children (Kaufman ABC), Münchener Funktionelle Diagnostik, Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest (SON-R).

dimensionaler Klassifikationen mittels Fragebogen an Eltern und Erzieher (CBCL),[15] sowie die Einteilung einer Diagnose in kategoriale Klassifikationen mit dem Multiaxialen Klassifikationssystem (MAS)[16] (Remschmidt, Schmidt; Poustka, 2006) in Verbindung mit der ICD-10 (World Health Organisation, 2006) und der DC:0-3R (Zero To Three, 2005)[17] selbstverständlich (Wiefel et al., 2007).

Fakultative weiterführende organische Diagnostik ist stets möglich und in Verdachtsfällen abzuwägen und anzufordern, wie z.B. Stoffwechseldiagnostik, erweiterter neuropädiatrischer Status u.a. mit Bildgebung und Elektroenzephalogramm, Hörtest, Sehtest, Humangenetik, Allergiediagnostik etc., um hier nur einige zu nennen. Die Video-Interaktionsanalyse (Feldman, 2008) und das Erstgespräch der umfassenden Anamnese haben ersten interventionellen Charakter. Sie können eine erste Einschätzung der möglichen Problematik sein, um so die Eltern bzw. Sorgenden mit Kompetenz auf einen guten Weg zu führen und dabei möglicherweise den vorhandenen ersten (Behandlungs-)Druck zu nehmen und demzufolge schon damit für (anfängliche) Entlastung zu sorgen. Im abschließenden Auswertungsgespräch werden notwendige Maßnahmen angezeigt und organisiert, die ebenfalls an die Kompetenz der Familie gerichtet sind und diese stärken soll. Ist diese familiäre Beziehungs-Kompetenz von der Schwere der Problematik erheblich beeinträchtigt, werden weitere Hilfeangebote und -systeme von Kurzberatung, Erziehungsberatung, Familientherapie, Anbindung an längerfristige therapeutische Betreuung oder funktionelle Logo- und Ergo-Therapien bis hin zu Betreuung durch Sozialarbeiter, Einzelfallhilfen oder gar Betreuungsangeboten und Unterbringung außerhalb der dyadisch/triadischen, familiären Beziehungsstruktur in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt in Betracht gezogen.

Die Sprechstunde bietet in vielen prekären Problemfällen an, federführende Begleitung („case manager“) für Familien/Bezugspersonen zu sein. Damit soll die langfristige Supervision der Familie Grundlage und Gewährleistung für die bestmögliche Entwicklung des Kindes sein.

---

[15] Child Behavior Check List: CBCL (1½-5) (Fragebogen/Eltern) und C-TRF (Fragebogen/Erzieher) (Achenbach, Rescorla, 2000).

[16] Das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters findet seit der ersten Auflage 1977 zunehmend auch außerhalb des deutschen Sprachraumes Bedeutung. Zurzeit liegt es in der fünften Auflage vor (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Bei der internationalen Diagnostischen Klassifikation ICD-10 gilt das Grundprinzip der Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen. Dieses Axiom wird mit jungem Säuglings- und Kindesalter jedoch problematischer, da die Abhängigkeit vom Sozial- und Beziehungskontext proportional zunimmt. So wurden mit dem MAS sechs Kategorien entwickelt, die wesentliche entwicklungspsycho-(patho-)logischen Aspekte beschreiben und die Diagnose des Kindes somit multidimensional betrachten lässt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

[17] DC:0-3R ist ein diagnostisches Instrument zur Klassifikation psychischer Auffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern. Es wurde von der Arbeitsgruppe „Zero to Three“ am National Center for Infants, Toddlers and Families (Zero To Three, in Washington D.C./USA) 1994 entwickelt, was die Altersklasse der Null- bis Dreijährigen mit ihren altersspezifischen Besonderheiten berücksichtigt. Mittlerweile gibt es seit 2005 die erste Revision dieses Instruments. Darin wird bemerkt, dass die Kinder im Review-Prozess null bis fünf Jahre alt waren. In der klinischen Anwendung ist es auch für dieses Alter geeignet (Zero to Three, 2005; von Gontard, 2010; Wiefel et al., 2007).

2.2 Basisdokumentation (BADO)

Geht es um Beurteilungen von Therapieindikationen, Schweregrad von Symptomen, Behandlungskonzepten, -verlauf und -erfolg, ist eine verständliche Dokumentation[18] in der Patientenakte sehr bedeutsam und unumgänglich. Angemessene, präzise Dokumentation ist die wesentliche Basis für den Behandlungsprozess und damit für systematische Qualitätsanalysen (Gaebel, Wolpert, 1994).

Die Basisdokumentation (BADO) wurde 1995 als Dokumentationssystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Grundlage des Frankfurter Dokumentationssystems [19] eingeführt (Warnke, Lehmkuhl, 2011; Englert, Poustka, 1995). Entwickelt wurde die Basisdokumentation von der Kommission "Qualitätssicherung" der drei Fachverbände BAG,[20] DGKJP,[21] BKJPP[22] der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Nach kleineren modifizierten Vorläufern und einer groß angelegten halbjährigen bundesweiten Pilotstudie[23] der Anwendbarkeit der Basisdokumentation mit guten Resultaten im stationären und ambulanten Bereich (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 1998; Wolff-Metternich et al., 1999) besteht die BADO für Kinder- und Jugendliche heute in ihrer vierten Auflage (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

Die BADO ist ein klinikübergreifendes Instrument zur standardisierten Erfassung von individuellen somatischen, psychiatrischen und sozialen Patientendaten mit diagnostischen und therapeutischen Versorgungsleistungen. Erst durch das standardisierte Erfassen wird eine allgemeingültige Vergleichbarkeit möglich. Sie hat ihren Zweck in der klinischen Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch ihre statistische Auswertung und Evaluation (Englert, Poustka, 1995).

---

[18] Eine erste überregionale psychiatrische Medizinalstatistik gab es bereits ab 1877 (die sog. „Reichsheilanstaltstatistik"); zuletzt wurde sie 1938 von der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater vorgelegt. Nach dem zweiten Weltkrieg gab es kein bundeseinheitliches Dokumentationsverfahren. Es entwickelten sich verschiedene trägereigene Dokumentationsformen (vgl. Englert, Poustka, 1995).

[19] Als erstes klinikübergreifendes Dokumentationssystem in den Jahren 1987 bis 1993 an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main entwickelt. Vorläufermodell war die Mannheimer kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation (1977), die als Grundlage für die Dokumentation an zahlreichen anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken galt (Berlin, Frankfurt, Köln, Münster) (vgl. Englert, Poustka, 1995).

[20] Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

[21] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

[22] Berufsverband der Ärzte für Kinder- du Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

[23] Die Anwendbarkeit wurde an acht Kliniken und bei acht Niedergelassenen überprüft. Die Ergebnisse zeigten eine zuverlässige Erfassung soziodemographischer Merkmale und einer plausiblen Erfassung von Psychopathologien.

Mit steigendem Kostendruck[24] und beginnend mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)/Gesundheitsreformgesetzes am 1.1.1989[25], federführend unter Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm, wurden Krankenhäuser und Praxen zunehmend verpflichtet, sich mit Maßnahmen der Qualitätssicherung auseinanderzusetzen und sich daran zu beteiligen (Englert, Poustka, 1995; Wolff Metternich et al., 1999; Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 1998; 2005). Wichtiger Zusatz bei der Qualitätssicherung ist die allgemeine Forderung nach miteinander vergleichbaren zu prüfender Leistungen (§ 137 SGB V).[26] Die aktuelle Entwicklung zur schrittweisen Einführung eines leistungsorientierten pauschalierten Entgeldsystems in die Psychiatrie bis zum Jahre 2021 unterstreicht die Bedeutung der Basisdokumentation (siehe Fußnote 24).

Im Kontext um Kosten und Wirtschaftlichkeit wuchsen zusätzlich die Bedeutung der Effizienz[27] und Effektivität und damit die Sicherung der Qualität eines umseitig greifenden Behandlungskonzeptes sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Ziel war und ist es, Maßnahmen und Richtlinien von Qualitätsstandards für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erarbeiten und diese immer wieder neu zu evaluieren, um sich kontinuierlich dem neuesten Stand der Wissenschaft und Forschung zu stellen (Englert, Poustka, 1995). Erst die Generierung und Implementierung definierter Qualitätsstandards und die geforderte Dokumentationspflicht mit einer zunehmend einheitlichen (bisher noch nicht definitiv verbindlichen) standardisierten Basisdokumentation lassen nicht nur eine klinikinterne, sondern auch klinikübergreifende Vergleichbarkeit und damit eine Qualitätssicherung und -kontrolle des Behandlungsverlaufs zu. Somit stehen bei empirischer Auswertung Prozess- und Ergebnisqualität stetig auf dem Prüfstand (Englert, Poustka, 1995). Übergeordnetes Anliegen aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Medi-

---

[24] Nach Englert und Poustka (1995) wirft die allgemeine Kostendiskussion bzw. die fortschreitenden Maßnahmen zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen zukünftig die Frage nach effizienten Behandlungsmethoden im Sinne einer Kosten/Nutzenrechnung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf.
Heute resultiert daraus im weiteren Sinne die aktuelle Diskussion der Implementierung eines leistungsorientierten pauschalierten Vergütungssystem (PEPP) nach dem Vorbild des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) und den Fallpauschalen in das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychosomatik bei Inanspruchnahme von stationären Leistungen. Die Einführung dieses neuen leistungspauschalen Entgeldsystems ist mit Beginn des Jahres 2013 schrittweise vorgesehen: Zuerst optional, ab 2015 wird es in einer vorerst budgetneutralen Umstellung verpflichtend, ab 2017 schließt sich eine Konvergenzsphase an, die mit der leistungsgerechten Umstellung 2021 abgeschlossen sein soll (Meißner, 2012; Bundesgesetzblatt, 2012).

[25] Das Gesundheitsreformstrukturgesetz vom 20.12.1988 besagt nach §137 SGB V Artikel 1, dass die Krankenhäuser verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu leisten haben und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gefordert ist. Die Maßnahmen beziehen sich auf die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der Behandlung in diagnostischen und therapeutischen Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsprozesse. Seit 2005 ist ein strukturierter Qualitätsbericht gesetzlich vorgeschrieben. Daraus resultiert ein Qualitäts- und Leistungswettbewerb bei stetigem Konkurrenzdruck unter den Krankenhäusern (Bundesministerium der Justiz/Recht/ Gesetze im Internet).

[26] Vgl. Bundesministerium der Justiz: Recht/Gesetze im Internet

[27] „Effizienz“ stellt den Quotienten aus erwünschter Wirkung und Behandlung bzw. Kostenaufwand dar (vgl. Englert, Poustka, 1995).

zin ist, den bestmöglichen Grad der Gesundheit eines Menschen soweit wie möglich wiederherzustellen. Im Fall der Kinder- und Jugendpsychiatrie heißt das, seelische Beeinträchtigung zu reduzieren oder zu heilen, die den Betroffenen meist im Kontext seines gesamten Lebensumfeldes belastet (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 1998).

Die Erhebung basisdokumentarischer Daten erfolgt anonymisiert bei Aufnahme jeder ambulanten und (teil)stationären Behandlungsepisode[28] oder bei Langzeitkontrollen nach jeweils zwei Jahren. Die gesamte Basisdokumentation in ihrer aktuellen 4. Auflage umfasst 12 Abschnitte, die jeweils wieder unterteilt sind. Die Abschnitte sind als sog. „Bausteine“ angelegt, die einzeln oder auch im Austausch gegen andere Versionen (z.B. Psychopathologischer Befund) eingesetzt oder übersprungen werden können (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

		Anzahl Unteritems
Teil 1	Aufnahmebedingungen/Soziodemographische Dokumentation	21
Teil 2	Ergänzende Anamnesedokumentation einschließlich familiärer Belastungsfaktoren	24
Teil 3	Psychopathologischer Aufnahmebefund	17
Teil 4	Somatische Befunddokumentation	4
Teil 5	Diagnosen (Multiaxiales Klassifikationssystem)	6
Teil 6	Zusätzliche somatische Diagnostik	11
Teil 7	Zusätzliche psychologische Diagnostik	10
Teil 8	Therapie (Leistungsdokumentation)	9
Teil 9	Kritische Ereignisse während der Behandlung	9
Teil 10	Ende der Behandlung	4
Teil 11	Behandlungsergebnis	3
Teil 12	Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen	4

Tabelle 1: Aufbau der Basisdokumentation (4. Auflage). Rechte Spalte beinhaltet die Anzahl aller obligatorischen, weiter untergliedernden Items (vgl. Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

Für spezielle Versorgungsinteressen existieren weitere Module der Dokumentation, wie z.B. für Migranten oder Suchtpatienten mit Substanzmissbrauch/-abhängigkeit. Die Basisdokumentation ist mit Hilfe der BADO Software zu gestalten. Durch Ankreuzen oder Auswählen mehrerer durch Ziffern versehener Auswahlmöglichkeiten werden die bestehenden Items der jeweiligen Teile kodiert (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

[28] Eine Behandlungsepisode beginnt mit dem ersten Termin in der Ambulanz oder der stationären Aufnahme. Der Abschluss ist durch den abschließenden Arztbrief markiert oder wenn es mindestens sechs Monate keinen Kontakt gab. Bei kurz aufeinanderfolgenden Behandlungsepisoden wird keine neue Basisdokumentation angelegt. Dies gilt auch bei sog. Kurz- oder Zwischenentlassungen (vgl. Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

2.2.1 Psychopathologischer Befund (PPB) für das Kindes- und Jugendalter

Der Psychopathologische Befund (PPB) ist zentraler Teil des Kernstücks der Basisdokumentation (Abschnitt drei). Er ermöglicht unabhängig von der Diagnose eine Beschreibung des Patienten hinsichtlich einer Reihe psychopathologischer Merkmale (Englert, Poustka, 1998). Einschätzungen psychopathologischer Auffälligkeiten werden anhand eines halbstrukturierten Interviews mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seiner Bezugsperson, meistens der Mutter und/oder des Vaters und anhand einer Verhaltensbeobachtung vorgenommen. Der Psychopathologische Befund beinhaltet das Erleben und Beobachten der Kinder und Jugendlichen seitens ihres äußeren Erscheinungsbildes, ihrer Bewusstseinslage, der Orientierung zur Situation und zu Bezugspersonen (auch zum „Beobachter“ selbst), zu Zeit und Raum, zur Aufmerksamkeit und Gedächtnis, zu ihrer Kontakt- und Bindungsfähigkeit, der sprachlichen, geistigen und motorischen Fähigkeiten, ihrer Gefühle, Gedanken und Stimmungen, weiterhin ihrer eigenen Vorlieben, ihrem sozialen Wesen und ihrer Stellung. Der PPB ist darüber hinaus Ausdruck des ärztlichen Bemühens in einer persönlichen Begegnung des anamnestischen Erstgespräches, den Patienten in seinem Umfeld zu verstehen und zu achten (Warnke, Lehmkuhl, 2011).

Der PPB für Kinder- und Jugendliche wurde 1991 ausgehend von der „Arbeitsgemeinschaft Psychopathologischer Befund“[29] der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln in Anlehnung an das AMDP-System[30] (1981, 1985) der Erwachsenenpsychiatrie als klinisches Beurteilungsinstrument für die Routinediagnostik entwickelt (Englert, Poustka 1995; 1998; Döpfner et al., 1997). Ziel war es, wichtigste prägnante Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erfassen und dabei eine praxis- und anwenderfreundliche Durchführungsökonomie zu gewähren. Die Kommunikation zwischen den Fachakteuren sollte durch einheitliche Begriffsbildungen erleichtert werden, wozu ein Glossar (Döpfner et al., 1991) mit Definitionen der Störungsmerkmale generiert wurde. Des Weiteren sollte dem Situationskontext der Psychopathologien Aufmerksamkeit geschenkt werden, sodass die Symptomatik während der Untersuchung selbst und in der Exploration zu anderen Kontexten getrennt festgehalten werden sollte (Döpfner et al., 1997). Unterschieden werden vorhandene Auffälligkeiten in und außerhalb der Untersuchungssituation. Diese Beurteilungen fließen als Selbst- (vom Patienten) und Fremdeinschätzung (vom Untersucher) in den Befund mit ein. Dabei wird sowohl das Erleben selbst als auch die Wahrnehmung von außen einbezogen. Diese Betrachtungsweisen werden in unter-

[29] M. Döpfner, G. Lehmkuhl, W. Berner, H. Flechtner, H. C. Steinhausen, M. von Aster

[30] Das AMDP-System wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Diagnostik in der Psychiatrie e.V. erarbeitet. Dieser Interessensverbund (AMDP) von ursprünglich deutschen und schweizer Psychiatern wurde in den 60er-Jahren gegründet. Er widmet sich den Fragen und der Weiterentwicklung zur Dokumentation und Methodik in der Psychiatrie. 2007 erschien die 8. Auflage des AMDP-Manuals (Glossar psychopathologischer Symptome) für die Erwachsenenpsychiatrie.

schiedlicher Gewichtung Teil der Beurteilung der Merkmale sein. Diese unterschiedliche Relevanz wird durch Kennzeichnung mit Groß- und Kleinbuchstaben bei den Störungsbildern vorgenommen, z.B. ist „S“ (=Selbst) oder „F“ (=Fremd) ein dominierendes Kriterium für die Sicht auf ein Merkmal, ein „sF“ beschreibt demzufolge die größere Bedeutsamkeit der Fremdwahrnehmung, ein „SF“ verdeutlicht somit die Gleichwertigkeit der jeweiligen Ansichten der Selbst- und Fremd-Beurteilung in Einschätzung eines Störungsbereichs/Items.

In standardisierter Form etablierte sich der neu entwickelte Psychopathologische Befund mit erweiterten spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Items[31] in mehreren Kliniken innerhalb des deutschsprachigen Raums (Englert, Poustka, 1998). In Form eines halbstrukturierten Interviews mit dem Patientenkind und seiner begleitenden Bezugsperson sowie aufgrund der Beobachtungen des Untersuchers in der Untersuchungssituation sind einzelne psychopathologische Merkmale zu eruieren.

Dadurch wurde eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit psychopathologischer Patientendaten möglich; wesentlicher ist jedoch der pointierte spezifischere Informationsgehalt gegenüber vorherigen freien Aufzeichnungen (Englert, Poustka, 1995).[32] Studien[33] von Schützwohl und Häfner-Ranabauer (1994) zeigten, dass Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen deutlich vom Psychopathologischen Befund mit geprägt sind, und sich der Psychopathologische Befund in seiner Klinikroutine bewährt hat (Döpfner et al., 1997).[34] Neben dem kategorialen Diagnosesystem stellt der Psychopathologische Befund ein (mehr-)dimensionales klinisches Instrument zur Erfassung, Einschätzung und Beurteilung verschiedener Störungsbereiche dar.

Aufgrund der Handhabung in der Erhebung des Psychopathologischen Befundes in Zeit und Umfang wurde eine Kurzfassung des PPB generiert. Eine multizentrische Studie[35] (Döpfner et al., 1997) über den Effekt der Informationsreduktion von der ursprünglichen ausführlichen Version des PPB zur Kurzfassung zeigte eine gewisse valide Robustheit[36] des komprimierten In-

---

[31] Das Störungsbild der „Psychose“ als spezifische Symptomkategorie aus der Erwachsenen-Psychiatrie wurde z.B. gestrichen, hinzu kamen altersgerechte Störungsbilder wie Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen, Tics, Enuresis, Enkopresis. (vgl. Englert, Poustka, 1998).

[32] Wie auch bei der übergeordneten Basisdokumentation scheint auch der wachsende Kostendruck im Gesundheitssystem eine zusätzliche Begründung und Anstoß für eine unentbehrliche reliable und standardisierte Dokumentationsform des Psychopathologischen Befundes zu sein. Dieser Kostendruck bringt wiederum eine kritische Überprüfung der Behandlungsmaßnahmen durch Leistungs- und Kostenträger mit sich (vgl. Fußnote 24/25).

[33] Untersuchung am Institut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

[34] Multizentrische Studie über die Auswertungen des Psychopathologischen Befundes in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben aus den Unikliniken Köln, Berlin (Virchow-Klinikum/CVK), Frankfurt a.M. und Zürich im Zeitraum 1992-1994. Datenpool von rund 5000 Datensätzen. (Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999).

[35] Ebda

[36] Die Untersuchung zeigte Übereinstimmung zwischen den an der Studie teilnehmenden vier Kliniken und zwischen den Diagnoseverteilungen in ihren Häufigkeiten der Itemausprägung. Das wurde als ein Zeichen der Validität gewertet (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005).

strumentes. Dieses bestätigte die Kompatibilität des Kurzbefundes (Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 1998).

Die Verkürzung der psychopathologischen Befunddokumentation für Kinder und Jugendliche stellt nun der Psychopathologische Aufnahmebefund dar. Dabei sind die Hauptitems hinter ihrem übergeordneten Störungsbild aufgelistet zusammengefasst und nicht weiter erläutert (Wolff Metternich et al., 1999; Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005). Dazu gibt es ein umfangreiches Glossar und einen Explorationsleitfaden (Döpfner et al., 1991). Der Psychopathologische Aufnahmebefund ist als Kernstück in das Basisdokumentationssystems fest implementiert. Der spezifische Aufbau des PPB wird näher im Methoden-Kapitel unter Kapitel 3.2.1 erläutert.

2.2.2 Anwendungspraxis des PPB der BADO in der B/K-Sprechstunde

Bisherige Erfahrungen der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin münden darin, dass der derzeitige Psychopathologische Aufnahmebefund für Kinder und Jugendliche der Basisdokumentation (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005) und auch die lange Version des PPB der BADO (Döpfner et al, 1991; Englert, Poustka, 1998) sowohl aus inhaltlichen als auch aus zeitökonomischen Gründen für das Säuglings- und Kleinkindalter nicht praktikabel ist.

Dieses unterstreicht eine Evaluation von Patientendatensätzen der BADO (Englert, Poustka, 1998) aus den Jahren 2001 bis 2007 der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Darin wurde die Anwendungspraxis des PPB für Patienten der Altersgruppe null bis fünf Jahre in ihrer Aussagekraft der zu dokumentierenden Störungsbilder mit ihren Hauptitems untersucht. Es zeigt sich, dass eine Vielzahl der dokumentierten Symptome im Säuglings- und Kleinkindalter nur mit „9“, d.h. also mit „nicht beurteilbar“ zu kodieren sind. (Scharschmitt, 2009).[37] Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass das Kind in diesem Alter selber nicht gefragt werden kann und somit eine weitere Ebene der Beobachtung eine wesentliche Rolle spielt. Der PPB für Kinder und Jugendliche gibt demzufolge keinen ausreichenden Informationsgewinn für das Altersspektrum der Null- bis Fünfjährigen. Des Weiteren wird dem Entwick-

[37] Detaillierte Ergebnisse dieser Studie sind zu finden in: Die Bedeutung der Psychopathologischen Befund-Dokumentation der Frankfurter Basisdokumentation für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scharschmitt, 2009), Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der Freien Universität Berlin. Eine Arbeit aus dem weiteren Umfeld der Arbeitsgruppe Säuglings- und Kleinkindforschung der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité Universitätsmedizin-Berlin.

lungsaspekt für bestimmte Symptome innerhalb dieser Altersklasse wenig Rechnung getragen: Z.B. ist für die Beurteilung einer Störung des Sozialverhaltens eine (gesunde) moralische Entwicklung mit Perspektivübernahme und empathischem Verhalten des Kind voraussetzend, was dieses Alter nur bedingt zeigt. Ein Stottern z.B. zeigt in dieser Altersgruppe meistens vorübergehenden Charakter und muss somit keinen weiteren Krankheitswert haben.

Eine weitere Arbeit aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde (Stephan, 2011)[38] untersucht die klinikübergreifende Versorgungsstruktur und Dokumentation in deutschlandweiten Einrichtungen,[39] die sich um die seelische Gesundheit, emotionale und Verhaltens-Auffälligkeiten der frühen Kindheit bemühen. Diese verdeutlicht ebenso eine inhaltliche und entwicklungsspezifische Lücke in der derzeitigen standardisierten Dokumentation für das Säuglings- und Kleinkindalter, speziell in der Anwendung des PPB der Basisdokumentation.

Von den befragten Einrichtungen wurde der PPB der BADO ganz überwiegend als kaum oder gar nicht geeignet bzw. beurteilbar eingestuft. Die Einschätzung der Störungsbereiche auf einer Skala zwischen eins („gar nicht geeignet“) bis fünf („vollständig geeignet“) wurde für das Alter null bis 18 Monate in der Mehrzahl mit durchschnittlichen Werten unter 1,5 eingeschätzt. Die Items der Störungsbilder „Interaktion“, „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“, „Psychomotorik“, „Sprechen und der Sprache“, „Angststörungen“, „Stimmung und Affekt“ und „Essstörungen“ wurden mit Werten zwischen 1,5 und 2,0 eingeschätzt. Für das Alter von 19 bis 60 Monaten wurde die Mehrzahl der Items mit durchschnittlichen Werten unter 2,5 beurteilt. Ausnahmen bildeten die Items der „Störung der Interaktion“, „Störung des Sozialverhaltens“, „Störung des Antriebs, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle“, „Störungen der Psychomotorik“, „Störungen des Sprechens und der Sprache“, „Angststörungen“ und „Störungen von Stimmung und Affekt“. Diese Items wurden für das Alter von 19 bis 60 Monaten mit Werten zwischen 2,7 und 3,3 eingeschätzt (Stephan, 2011).

---

[38] Arbeit aus dem weiteren Feld der Arbeitsgruppe Säuglings- und Kleinkindforschung der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité Universitätsmedizin-Berlin: Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit: Versorgungsstruktur und Dokumentation (Stephan, 2011). Diplomarbeit im Fachbereich Kleinkindpädagogik der Freien Universität Berlin.

[39] Fragebogen-Erhebung an den Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, universitären Spezialeinrichtungen für Säuglinge und Kleinkinder und SPZs in Deutschland (55 medizinische Institutionen) und an ambulanten Einrichtungen, die behandelnd und beratend bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der frühen Kindheit sind (38 Praxen und pädagogische/psychologische Einrichtungen). Insgesamt 93 Einrichtungen wurden angeschrieben mit der Bitte um Teilnahme an der Erhebung. Die Rücklaufquote betrug 58,1 Prozent (Stephan, 2011).

	0 - 18 Monate			19 - 60 Monate		
	N	M	SD	N	M	SD
Störung der Interaktion	7	1,6	0,9	6	3,3	0,8
Störung des Sozialverhaltens	7	1,4	0,8	6	2,7	0,8
Störung des Antriebs, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle	7	1,9	0,8	6	3,2	1,0
Störungen der Psychomotorik	7	2,0	0,7	6	3,3	1,4
Störungen des Sprechens und der Sprache	7	2,0	0,9	6	3,3	1,1
Angststörungen	7	1,6	0,8	6	2,8	0,5
Störungen von Stimmung und Affekt	7	2,0	0,9	6	3,0	1,2
Zwangsstörungen	7	1,3	0,9	6	2,2	0,5
Essstörungen	6	1,5	1,0	6	2,3	0,8
Funktionelle und somatoforme Störungen	6	1,3	0,8	6	2,5	0,5
Merkfähigkeits-, Orientierungs-, Bewusstseins-störungen	6	1,2	1,1	6	1,8	0,5
Formale Denkstörungen	6	1,2	1,1	6	1,7	0,5
Inhaltliche Denkstörungen	6	1,2	1,1	6	1,7	0,5
Ich-Störungen	6	1,2	1,1	6	1,7	0,5
Sinnestäuschungen	6	1,2	1,1	6	1,8	0,5
Missbrauch von psychotropen Substanzen	6	1,2	1,1	6	1,7	0,5
Andere Störungen	6	1,2	1,1	5	2,0	0,6
Suizidalität bei Aufnahme	6	1,2	1,1	6	1,7	0,5
Behandlungsmotivation	5	1,2	1,1	5	1,5	0,5
Beurteilung wichtiger Funktionsbereiche	5	1,2	1,1	5	2,4	0,8

Tabelle 2: Beurteilung des PPB der BADO in der Anwendbarkeit für Säuglinge und Kleinkinder auf einer Likert-Skala eins („gar nicht geeignet“) bis fünf („vollständig geeignet“). N=Teilnehmer, M=Mittelwert, SD=Standard-abweichung. Stephan (2011).

Insgesamt wurde der allgemeine Eindruck deutlich, dass die Anwendbarkeit des PPB der BADO für diese Altersgruppe nicht adäquat[40] ist. Die Annahme, dass einzelne Items des Psychopathologischen Befunds überwiegend als kaum oder gar nicht geeignet eingestuft wurden, hat sich bestätigt (Stephan, 2011). Dieses gilt insbesondere für das Alter von null bis 18 Monaten: Hier erreichte die Bewertung nie einen Durchschnittswert über 2,0. Dieser Wert entspricht auf der Skala einem „kaum geeignet“. Zusammenfassend wurden für das Alter von 19 bis 60 Monaten

[40] Interessanterweise ist die DC:0-3R bei den befragten medizinischen Einrichtungen ein selten verwendetes Instrument. Hauptsächlich wird die ICD-10 für die Diagnosestellung benutzt (Stephan 2011).

die Items durchgehend als besser geeignet eingeschätzt als für das Alter von null bis 18 Monaten.

Ein Drittel, 33,3 Prozent der befragten medizinischen Einrichtungen kannte die Basisdokumentation, ein Viertel, 25 Prozent wendete diese bei ihrer Klientel an.[41] Es wurden überwiegend keine anderen standardisierten Dokumentationen verwendet.[42] 50 Prozent der medizinischen Einrichtungen gaben eine nicht standardisierte Dokumentation in Form freier Aufzeichnungen in der Patientenakte an. Bis auf eine Einrichtung kannten die pädagogisch/psychologischen Einrichtungen die Basisdokumentation nicht (Stephan, 2011). Der Wunsch nach einer altersadäquaten Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation ist da: 87,5 Prozent der befragten Einrichtungen würden eine Adaptation begrüßen,[43] 12,5 Prozent sagten „nein" zu der Möglichkeit und Notwendigkeit einer adaptierten Fassung für das Säuglings- und Kleinkindalter. Ein einheitliches und damit vergleichbares adäquates Dokumentationsinstrument scheint sehr sinnvoll und äußerst wünschenswert (Stephan, 2011).

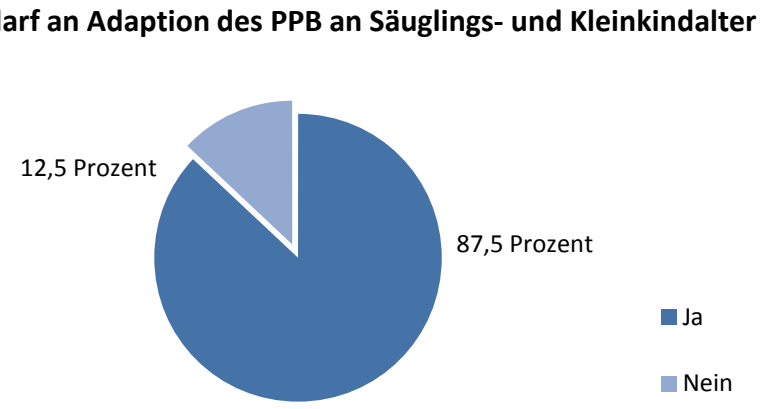


Abbildung 1: Wunsch nach Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter von Universitätskliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie, z.T. mit Spezialeinrichtungen für Säuglinge und Kleinkinder in Deutschland. Untersuchung von Stephan (2011).

Fazit dieser Untersuchungen ist, dass es für das Säuglings- und Kleinkindalter an einer einheitlichen standardisierten Dokumentation, insbesondere einer entwicklungsgerechten standardisierten Form des PPB der Basisdokumentation mangelt und damit eine eindeutige und zuverlässige di-

[41] Äußern sich diese Prozentwerte möglicherweise aus dem Grund der schlechten Anwendbarkeit für Säuglinge- und Kleinkinder? Dabei zu erwähnen ist mit sieben von 54 Institutionen die recht geringe Anzahl von medizinischen Einrichtungen, deren Auswertung in die Statistik einging.
[42] Vereinzelt interne Instrumente, wie EFB Assistent oder SPZ Manager.
[43] Zu berücksichtigen sei hier die insgesamt kleine Fallzahl der Rückmeldungen auf den Fragebogen von medizinischen Institutionen. Damit waren es sechs Einrichtungen, die eine Adaptation begrüßen würden und eine, die es verneint hat.

mensionale Symptombeschreibung nicht möglich ist.[44] Dadurch ist zusätzlich eine breite und klinikübergreifende Qualitätssicherung in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie sowie Evaluation an Vergleichsdaten innerhalb der Säuglings- und Kleinkindforschung erschwert. Etwa 48 Prozent der medizinischen Einrichtungen gaben an, sich um Evaluation zu bemühen.

2.3 Child Behavior Check List (CBCL 1½-5)

Die Child Behavior Check List (CBCL) von T. M. Achenbach[45] ist international das am meisten genutzte und verbreitete standardisierte Verfahren zur Erfassung emotionaler, körperlicher, verhaltens-orientierter und sozialer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen (Achenbach, Rescorla, 2000). Das Erfassen anhand von weit entwickelten und evaluierten[46] systematischen Fragebögen (am ASEBA[47] Institut/USA) basiert auf einem dimensionalen Verständnis psychopathologischer Auffälligkeiten. Das erste Manual[48] des CBCLs wurde 1983 von Achenbach und Edelbrock veröffentlicht. 1992 entwickelte Achenbach die CBCL für Zwei- bis Dreijährige. Aus entwicklungspsychologischen Gründen war es sinnvoll, die sog. „toddlers and preschoolers“ von den Schulkindern extra zu betrachten. Daraus ergab sich 1997 die CBCL (1½-5), ein speziell für das Kleinkind- und Vorschulalter (von 19 bis 60 Monaten) entwickelter Elternfragebogen.

Der in dieser Arbeit gewertete Elternfragebogen ist die erste Auflage als deutschsprachige Fassung[49] (Achenbach, Rescorla, 2000). Der Fragebogen besteht aus 99 festen kurz formulierten Items, die auffällige Verhaltensweisen in körperlicher, emotionaler und sozialer Ausprägung charakterisieren. Die Eltern schätzen diese Eigenschaften für ihr Kind anhand je einer dahinter stehenden dreistufigen Likert-Skala (null/eins/zwei) ein. Beobachten sie das aufgelistet Merkmal

---

[44] Mit einer standardisierten Dokumentation für den PPB für Säuglinge und Kleinkinder, die in die Basisdokumentation zu integrieren ist, würde möglicherweise auch die allg. Bereitschaft einer Anwendung der BADO erhöhen.

[45] Professor für Psychologie und Psychiatrie an der University of Vermont, Burlington, USA. Er gründete 1960 das ASEBA Institut (Achenbach System of empirically based Assessment), welches sich des Aufnehmens und Erforschens von Psychopathologien in verschiedenen Entwicklungsstadien annimmt und erhebliche Erfahrungen aufzuweisen hat. Breit evaluierte (mit international großen Stichproben), standardisierte Fragebögen mit differenzierten Eigenschaften zu Syndromen von Psychopathologien gibt es in den verschiedensten Altersgruppen von eineinhalb bis über 90 Jahren. Diese Fragebögen basieren auf Eigen- und Fremdwahrnehmung des Klienten.

[46] Die Evaluation von neuen und differenzierten Eigenschaften psychopathologischer Auffälligkeiten basiert auf großen Stichproben in den jeweilig genormten auch nach Geschlecht getrennten Altersklassen. Oft auftretende Symptomkonstellationen werden durch multivariante statistische Korrelationsanalysen eruiert und auf Symptomskalen abgebildet. Die Datenbasis für die Generierung der CBCL (1½-5) wurde aus einer Feldstichprobe von rund 1700 US-amerikanischen nichtbehandelten Kindern ermittelt, aus denen die Skalenbildung generiert wurde.

[47] siehe Fußnote 45

[48] Grundstein dieses Instrumentes wurde in den 70er-Jahren mit der Arbeit von T.M. Achenbach und M. Lewis, Psychologe, Psychiater bzw. Kinderpsychiater, gelegt. Beide beschäftigten sich mit der kindlichen Entwicklung und forsch(t)en über die Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen. Entwickelt wurde die CBCL seit den 80er-Jahren. C. Edelbrock war in der Zeit Associate Professor of Psychiatry an der University von Massachusetts Medical School; derzeit ist er Professor an der University in Georgia/USA (www.aseba.org/letzter Aufruf: 28.2.2013).

[49] Kulturvergleichende Studien der bisher vorliegenden verwandten Instrumente zeigten keine bedeutsamen Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland. Die amerikanische Version kann damit als Orientierung auch für Deutschland dienen.

bei ihrem Kind sehr deutlich, werten sie mit einer „zwei“, ist es etwas oder manchmal zutreffend, kreuzen sie eine „eins“, trifft es gar nicht zu, kreuzen sie dementsprechend eine „null“ an. Bei einigen Items gibt es Raum für individuelle Anmerkung von speziellen Eigenarten dazu. Item 100 ist frei für möglicherweise noch nicht Erwähntes. Im Schlussteil stehen drei offene individuelle Fragen nach Behinderungen oder Entwicklungsstörungen, nach dem, was die Eltern bei ihrem Kind am meisten beunruhigt und am besten gefällt. Die offenen Fragen gehen nicht ein in die standardisierte Auswertung, sollen aber einen kleinen Schwerpunkt schon für den Untersucher sichtbar machen und inhaltlich die „Richtigkeit“/die Parallelität der sonstigen Bewertung der anderen Items prüfen. Die Fragebögen können per Hand oder mit einem eigens dafür entwickelten Computerprogramm ausgewertet werden.

2.4 Aktueller Forschungsstand

Die inhaltlichen Schwerpunkte Interaktion, Verhalten und Sprache werden in den Störungsbildern des PPB unter den Überschriften „Interaktion“, „Sozialverhalten“, „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“, „Psychomotorik“ und „Sprache und Sprechen“ anhand ihrer Items entwicklungsgerecht beschrieben. Hinzu kommen das neu mit aufgenommene Item „Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“ sowie Inhalte zum Spielverhalten, zum Toilettenverweigerungssyndrom und zu Jaktationen.

Bei jüngeren Kindern ist von Entwicklungsabweichungen zu sprechen, wenn problematisches Verhalten in beeinträchtigender Form über eine längere Zeit besteht, dieses in mehr als in einer besonderen Situation oder dem Lebensumfeld vorkommt, dazu von verschiedenen Beziehungspartnern beobachtbar ist sowie weitere Entwicklungsaufgaben in ihrer Bewältigung gefährdet sind (Petermann, Koglin, 2008). Je jünger ein Kind ist, desto stärker ist die Abhängigkeit seines Verhaltens von der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (Petermann, Koglin, 2008). Eine definitive Diagnose ist oft nur durch Verlaufsbeobachtungen möglich. Komplexe und überwiegend kortikal organisierte Hirnleistungen wie Interaktion, Handlungsplanung und Sprache sollten in ihrer Bedeutung für die Entwicklungsbeurteilung besonders berücksichtigt werden (Straßburg, 2008).

Die Interaktion, das Sozialverhalten und die Sprache sind aufeinander aufbauende und verknüpfende Handlungen. Die Interaktion ist das Fundament des „sich-äußern-könnens“. Sie bereitet das wachsende Interagieren im sozialen Gefüge und legt den Grundstein für soziales Verhalten. Die Sprache ist integrierendes Mittel, um in der Interaktion mit dem individuellen Gegenüber oder in der Gemeinschaft und in gesellschaftlicher Beziehung das Selbst zu seiner Umwelt verständlich zu machen und genauso von außen verstanden zu werden.

2.4.1 Interaktion

Die Fähigkeit zur Interaktion ist eine (über)lebenswichtige emotionale, soziale und kognitive Leistung des Menschen, die Möglichkeiten wahrnehmen und ergreifen zu können, um mit sich und seiner sozialen Umwelt in Kontakt zu treten und mit dieser in wechselseitiger Auseinandersetzung zu leben und zu lernen. So zeigte sich bei Säuglingen mit anfänglich schwierigem Temperament, dass sie durch die Feinfühligkeit der Mutter wesentlich umgänglicher wurden. Im Gegensatz dazu wurden anfangs umgängliche Säuglinge durch nicht feinfühlige Versorgung in ihrem Verhalten schwieriger (Susman-Stillman, Kalkoske, Egeland, Waldman, 1996). Die Feinfühligkeit der Bezugspersonen in ihrer Reaktion zum Kind fördert die kindliche Autonomie und Kompetenz sowie die Kommunikationsfähigkeit in jedem Alter. Insbesondere nonverbale Signale werden dabei auch schon im Säuglingsalter beantwortet (Grossmann, Grossmann, 2008).

Diese Interaktion ist der Kontext, auf dem Verhaltensprobleme entstehen, aufrechterhalten bleiben und auch in Gestaltung mit den Eltern reguliert werden können. Das Krankheitsverständnis integriert das dyadische bzw. triadische Beziehungsverhältnis (Eltern/Kind). So sollen die Wechselwirkungen ausreichend berücksichtigt werden (von Hofacker et al., 2007). Die Interaktion und somit die Beziehungen zwischen Kind und ihren Bezugspersonen können als Moderator von psychischen Störungsverläufen gelten. Sie können als Vorläufer, Begleit- oder Folgeerscheinungen psychischer Störungen vorkommen.[50] Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen ist als Vorhersage-Variable der kindlichen Entwicklung deutbar (Schmidt, Göpel, 2008).

Der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen des Kindes und Beziehungsstörungen liegt nahe. Ist die Beziehung stark gestört, steigt die Wahrscheinlichkeit für Störungen der Emotionen und des Sozialverhaltens um das 14,5fache, für Störungen des Regulationsverhaltens um das 6,3fache (Skovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, Jørgensen, 2007). Das Risiko ist besonders groß, wenn bei einem Elternteil eine psychische Erkrankung vorliegt, insbesondere eine Depression (von Gontard, 2010). Skovgaard et al. (2008) zeigen Prädiktoren, wie ungewollte Schwangerschaft, Eltern mit negativer Einstellung zum Kind und Misshandlungen innerhalb der ersten zehn Lebensmonate, die für eine spätere Beziehungsstörung mit eineinhalb Jahren sprechen. Ein besonderer Fokus auf die Beziehungen und möglichen interaktiven Beziehungsstörungen ist umso wichtiger, je jünger die Kinder sind. Die Behandlung dieser grundlegenden Bezie-

[50] Die Wirkung von stereotypischen mütterlichen Verhaltensweisen zeigt einen Zusammenhang zwischen Dysphorie des Säuglings und später aufkommenden externalisierenden Auffälligkeiten. Eine mangelnde Reaktivität der Mutter zeigt den Zusammenhang zwischen positiver Stimmung des Säuglings und späteren internalisierenden Auffälligkeiten (Laucht, Esser und Schmidt (2000) zitiert nach Göpel, Schmidt, 2008). Prädiktiv für eine spätere hyperkinetische Störung bzw. auch eine Störung des Sozialverhaltens ist ein restriktives Kontrollverhalten, verbunden mit Aggressivität, mangelnder Geduld sowie Hilflosigkeit der Mutter. Ähnlich prädiktiv sind Reaktivität, Verweigerung und Provokation beim Kind. Diese Verhaltensweisen können sich gegenseitig verstärken (Schmidt, Göpel, 2008).

hung ist die Basis jeder Therapie (von Gontard, 2010). Nach Skovgaard und Kollegen (2007) sind 8,5 Prozent der Eltern-Kind-Paare im 18. Lebensmonat des Kindes gestört, wobei mit 5,2 Prozent die unterinvolvierte Beziehungsstörung deutlich führend ist.

Manifeste Bindungsstörungen sind typische Störungen des Kleinkindalters, da sie in den ersten fünf Lebensjahren ihren Ursprung finden. Die soziale Beziehungsfähigkeit ist eingeschränkt. Sie resultieren aus massiv gestörter Interaktion, sind Folge von Deprivation und Trennungsängsten, Misshandlungen, Beziehungsabbrüchen oder Heimunterbringungen (von Gontard, 2010; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Das frühe Interaktionsverhalten des Säuglings zeigt sich z.B. in Reaktionen auf Mimik und Stimme der Mutter (null bis zehn Monate), in der Aufmerksamkeit zum Sprechenden (ca. vier bis zehn Monate), im Dialog-Brabbeln oder in der Berührung des vertrauten Gesichts (ca. vier bis sechs Monate) sowie in „Backe-Kuchen“ Hand-Finger-Spielen (ca. acht bis zehn Monate) (Skovgaard et al., 2008). Gerade bei Säuglingen ist auch die (Spontan-)Bewegung[51] Äußerung eines interaktiven Verhaltens. Bewegungsarmut und Mangel an Initiative sind nach dem ersten Lebensmonat auffällig und zunehmend wichtige Alarmsymptome (Straßburg, 2008). Durch die Wechselseitigkeit der Eltern-Kind-Kommunikation zeigen sich dem Säugling zunehmend eigene Emotionen und Absichten. Seine Selbstsicherheit und sein Selbstwertgefühl wachsen in erprobten Erfahrungen von Wirkmächtigkeit, Intentionalität und zielorientiertem Handeln. Gleichzeitig lernt er dabei, mentale Zustände, Gefühle, Absichten und Ziele der Eltern zu erkennen und für die eigene Verhaltensregulation zu nutzen (Stern, 2007).[52] Die frühe Interaktion ist wesentlich als Voraussetzung für den Spracherwerb. Kommunikative, frühkindliche interaktive Fähigkeiten sind mit der Sprache (Kapitel 2.4.3) eng verknüpft und werden dort weiter betrachtet. Im Kontext vorsprachlicher Kommunikation dienen Erkenntnisse zur Sprachwahrnehmung, zum Aufbau von Intersubjektivität, zu sozialer Kognition und somit zu Eltern-Kind-Kommunikation als Brückenfunktion für den Spracherwerb (Papoušek, 2012b).

Folgend seien kurz „Grenzsteine“[53] zu Funktionen einer adäquaten sozialen Entwicklung zur weiteren Einschätzung von Auffälligkeiten genannt:
Ab den ersten vier Wochen lässt sich der Säugling durch Ansprache und Aufnehmen beruhigen, das erste Kontaktlächeln beginnt um den dritten Monat („Dreimonatslächeln“) (Straßburg, 2008). Der Säugling beginnt zwischen Geburt und dem dritten Monat mit allen Sinnen seine Umgebung zu erkunden. Er schaut, hört und ist aufmerksam, berührt und bewegt sich. Das Kind

[51] Vgl. Kapitel 2.3.2.3
[52] zitiert nach (Papoušek, 2012b)
[53] Von 90 Prozent eines Normalkollektivs wird bis zu einem bestimmten Zeitpunkt der jeweilige Entwicklungsschritt erreicht (Straßburg, 2008).

lernt die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren (Zero to Three, 2005). Mit dem sechsten Monat freut sich das Kind über Zuwendung (Straßburg, 2008). Zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat beginnt der Säugling, eine emotional sensitive Beziehung mit der primären Bezugsperson durch Erfahrung von Beruhigung, Sicherheit, Zuwendung und Freude zu entwickeln. Der Säugling erfährt eine Fülle von positiven und negativen Gefühlen und fordert weiter den Kontakt. Ab einem Alter zwischen vier und zehn Monaten beginnt der Säugling, entwicklungsgerecht durch einfache Gesten mit absichtsvoller Demonstration von Affekten, „reziproke“ Konversation zu betreiben, die während des zweiten Lebensjahres komplexer werden (Zero to Three, 2005). Ab dem achten Monat beginnt das Kind bis zum Ende des zweiten Lebensjahres zu fremdeln. Abwehrreaktionen sind bei Annährung fremder Personen möglich. Im neunten Monat hat es gelernt, zwischen fremden und bekannten Personen zu unterscheiden. Mit 12 Monaten ist eine enge emotionale Bindung an eine primäre Bezugsperson gefestigt (Straßburg, 2008). Zwischen zehn und 18 Monaten lernt das Kind, seine motorischen Funktionen in Handlungen und seine (non-)verbale Sprache zu gebrauchen, um auszudrücken, was es will. Ein (Problem)-Lösungsverhalten entwickelt sich (Zero to Three, 2005). Mit 18 Monaten kann sich das Kleinkind im Spiegel selbst erkennen, versteht Verbote und kann Wünsche äußern. Das zweite/dritte Lebensjahr ist geprägt durch Verhalten der Selbstbehauptung und Ablehnung von Fremdeinflüssen. Das Kind fordert eine gewisse Unabhängigkeit. In dieser „Trotzphase“ und in der zunehmenden Ausweitung des Aktionsradius ist das Kind darauf angewiesen, doch immer wieder in den vertrauten Kreis seines Umfeldes zurückzukommen und die Bindung seiner Eltern zu erfahren (Straßburg, 2008). Zwischen 18 und 30 Monaten ist beim Kleinkind Fantasie in Spiel und Sprachgebrauch zu erkennen. Das Kind beginnt, Gedanken, Ideen und Gefühle durch symbolisches Spiel auszudrücken. Ab einem Alter von 30 bis 48 Monaten lernt das Kind, logisch zu handeln und abstrakt zu denken. Es kann über vergangenes Erleben und eigene Vorstellungen logisch erzählen. Handlungen können konsequent gedacht, verstanden, ausgeführt und akzeptiert werden. Gefühle werden reflektiert (Zero to Three, 2005). Mit dem vierten Lebensjahr kann das Kind immer besser mit anderen Kindern und Gleichaltrigen zusammen sein, es hat Freunde, hat gelernt, Rücksicht zu nehmen und kann Regeln nachkommen. Auch die Interaktion mit Erwachsenen ist angemessen. Mit fünf Jahren entwickelt es ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit (Straßburg, 2008).

In der folgenden Gruppe der Interaktionsstörungen werden u.a. Schwierigkeiten und Störungsbilder aus den Bereichen Regulations-, Beziehungs-, Bindungs- und Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Sozialstörungen, kognitive Beeinträchtigungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Autismus-Spektrum-Störungen und affektive Störungen charakterisierend aufgegriffen.

2.4.1.1 Unkooperativ

Kooperation beruht auf einem empathischen Mitempfinden (Bischof-Köhler, 2009). Die Fähigkeit kooperativ zu sein setzt eine beginnende Sicht des Kindes auf ein soziales Miteinander voraus. Ab etwa 24 Monaten kann man von prosozialem Verhalten ausgehen. Die Kinder lernen z.B. zu helfen und zu teilen (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Beim Kooperieren kommt es darauf an, die Absicht des anderen zu erkennen, wenn man das eigene Verhalten auf seine Intention abstimmen will (Perspektivübernahme). Dazu ist es erforderlich, Motive des eigenen Durchsetzens zurückzustellen. Kooperation bedarf einer prosozialen Motivierung (Bischof-Köhler, 1989). Erst mit diesem Entwicklungsalter ist auch frühestens von mangelnder Kooperation zu sprechen.

Das stark unkooperative Kind befolgt z.B. Aufforderungen nicht oder führt das Gegenteil aus (Befehlsnegativismus). Äußeren Einwirkungen begegnet das Kind mit Unzugänglichkeit, Widerstand, zum Teil auch mit Gereiztheit oder Aggressivität (Menzel 2005). In der Einschätzung sozialer und emotionaler Signale und auf Kontaktangebot von anderen reagiert das Kleinkind unangemessen und unflexibel in seinen Äußerungen. Blickkontakt, Mimik und Gestik werden erschwert zur Regulation von Interaktion eingesetzt. Bestimmte starre Handlungsroutinen können sich zeigen, von denen das Kind sich schlecht abbringen lässt. Bei dessen Veränderungen reagiert es mit Widerstand. Bindungsgestörte Kinder weisen einen Mangel an Reagibilität gegenüber persönlichem Zuspruch auf (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Sie zeigen unkooperatives Verhalten, sind in situationsspezifischer Interaktion kaum reagibel und wenig bis gar nicht dem anderen gegenüber flexibel. Die mangelnde Kooperationsbereitschaft kann bis zur gänzlichen Interaktions- bzw. Kontaktverweigerung und jeglicher Verweigerung von Äußerungen gehen. Der Mangel im interaktiven Verhalten äußert sich auch im Spielverhalten. Gemeinsames Spielen mit gemeinsamen Interessen kann deutlich beeinträchtigt sein.

2.4.1.2 Überangepasst

Überangepasste Kleinkinder zeigen sehr wenig Modellierung in der Interaktion mit anderen oder im Spielverhalten (von Gontard, 2010). Diese Eigenschaft kann vor dem Hintergrund eines depressiven Verhaltens stehen. Sie spielen das, was andere Kinder oder Erwachsene ihnen vorgeben und haben keinen eigenen Antrieb für neue, eigene kreative Ideen. Auch kann eine überinvolvierte oder ängstlich/angespannte Beziehungsstörung Grundlage für überangepasstes Verhalten sein. Der affektive Ton ist wechselhaft zwischen Angst, Depression, Anspannung und Ärger (Zero to Three, 2005). In Sorge- und Stress-Situationen sucht das Kind kaum oder nur wenig Besserung und Trost, es reagiert wenig auf Hilfe (Zero to Three, 2005).

Die Reaktion auf z.B. mütterliche Signale wird vom älteren Kleinkind übereifrig eingesetzt. Überangepasstes Verhalten liegt weit außerhalb des entwicklungsgerechten „social referencing“[54], was etwa zwischen dem neunten und 15. Lebensmonat (Siegler, DeLoache, Eisenberg 2005) bzw. mit dem 11./12. Lebensmonat (Nishida, Lillard, 2007) beginnt.

2.4.1.3 Scheu/unsicher

Ein kleines Ausmaß sozialer Unsicherheit, Scheu oder auch Angst, wenn neue, fremde oder sozial bedrohliche Situationen auf das Kind zukommen, ist in der gesamten frühen Kindheit normal (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Bei sozialer Ängstlichkeit ist bei Kleinkindern die Scheu vor Neuem besonderes in Kontakt zu unbekannten und vor allem gleichaltrigen Personen stark über das übliche Maß hinaus ausgeprägt. Das Kind ist verlegen, macht sich Sorgen über das eigene Auftreten in der fremden Gruppe und Situation und zeigt Befangenheit. Bei jüngeren Kindern ist die Einsicht bzw. eigene Reflexion über seine unangemessenen Ängste noch nicht vorhanden. Es meidet Kontakt zu Erwachsenen und auch zu Gleichaltrigen. Alterstypischen sozialen Aktivitäten geht es aus dem Weg. Wird der Kontakt von außen erzwungen, antwortet das Kind mit Weinen, Schweigen oder Rückzug. Mit Familienmitgliedern und anderen vertrauten Personen ist die Beziehung nicht eingeschränkt und normal. Das eigene Selbstwertgefühl ist gering ausgeprägt (Blanz, Schneider, 2008). Erröten, Vermeidung von Blickkontakt, Übelkeit und Zittern können begleitend zur unwilligen Interaktion auftreten (Blanz, Schneider, 2008; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Ältere Kinder mit sozialer Phobie entwickeln gerne für ihr Alter ungewöhnliche Hobbys, sog. „einsame“ Interessen, um sich von den anderen abzugrenzen. Scheue Kinder haben häufig eine temperamentsbedingte Gehemmtheit (Blanz, Schneider, 2008). Das Ausmaß des Verhaltens liegt über der altersspezifischen Grenze und ist von deutlicher sozialer Beeinträchtigung begleitet. Der Beginn liegt innerhalb der Entwicklungsphase, in der ängstliche Reaktionen adäquat sind (s.o.), überdauert diese aber deutlich. Die Dauer ist mindestens vier Wochen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Besonders im Zusammenhang mit Bindungsstörungen kann eine scheue und unsichere Gehemmtheit auftreten, bei der das Kontaktverhalten und die Exploration eingeschränkt sind. Die Kinder sind emotional gehemmt. Sie wirken abgestumpft, aber gleichzeitig beobachtend (von Gontard, 2010). Ein scheues, unsicheres Kind zieht sich aus der Gemeinschaft zurück. Im Ge-

[54] „Social referencing“ bzw. soziales Referenzieren ist das Verhalten, welches sich um das erste Lebensjahr herum zeigt (neun bis 15 Monate), mit dem sich das Kleinkind bei der Mutter (oder einer anderen engen Bezugsperson) durch Blickkontakt rückversichert, wie man auf unbekannte oder für das Kind bedrohliche Situationen reagieren soll. Das Kind sucht in den nonverbalen Emotionen der Mutter Rat und Hilfestellung für das eigene geforderte Verhalten. Bei Näherung eines Hundes z.B. kann das Kind vom Gesicht der Mutter ablesen, ob diese glaubt, der Hund sei zu begrüßen oder nicht (vgl. Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005).

gensatz zum übernächsten Unteritem „Sozial zurückgezogen“, leidet das Kind an seinem Verhalten.

2.4.1.4 Kaspernd/albern

Kasperndes Verhalten geht entweder von einer gesteigerten positiven Emotion aus oder ist als Abwehrmechanismus von negativen Gefühlen zu verstehen. Die erste gerichtete positive Emotion ist das soziale Lächeln, was etwa im dritten Lebensmonat auftritt. Weiter freut sich das Kind, wenn es Ereignisse kontrollieren kann. Es erzeugt freudige Laute und Juchzen. Während des zweiten Lebensjahres fangen Kinder an, Freude daran zu entwickeln, das Gegenüber zum Lachen zu bringen. Sie spaßen selbst herum und freuen sich daran, wenn sie damit eine positive Resonanz finden. Sie wollen positive Aktivitäten z.B. mit ihren Eltern teilen (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Das ist entwicklungsgerecht. Ein davon weit abgehobenes und gesteigertes übertriebenes Verhalten kann eine Störung beschreiben. Mit kaspernd/albernem Verhalten versuchen betroffene Kinder, sich in den Mittelpunkt zu stellen und an Aufmerksamkeit zu gelangen. Dazu zeigen sie ungewöhnliche und übertrieben komische Eigenarten.

2.4.1.5 Sozial zurückgezogen

Die Kontaktfähigkeit des Kindes zu seinem sozialen Umfeld ist eingeschränkt. Das eigene Bedürfnis und Interesse des Kindes nach Interaktion und Spiel ist stark reduziert bzw. gar nicht vorhanden. Das Gegenüber, auch eine vertraute Bezugsperson, hat Schwierigkeiten, an das Kind „heranzukommen“ und es in den Bann der Interaktion einzubeziehen. Sowohl Säugling als auch Kleinkind wirken ganz in sich gekehrt. Kontaktversuche dieser Kinder wirken oft ziellos und ungebunden (Zero to Three, 2005). Die Kinder zeigen distanziertes Verhalten, reagieren kaum auf Annäherung sowie Ansprache, lehnen ab, „geknuddelt“ zu werden. Andere wirken passiv und nehmen Annäherungsversuche anderer gleichgültig hin. Kontakt mit anderen Kindern ist Alltag, aber nichts, worauf das Kind sich freut (Frith, 1992). Die Charakteristika dieses Verhaltens sind z.B. bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen extrem ausgeprägt:

Eltern bemerken sehr früh, dass der Blickkontakt des Säuglings fehlt und das responsible Lächeln ausbleibt. Auch reagiert der Säugling verzögert/eingeschränkt auf Geräusche. Antizipatorische Bewegungen kommen nicht vor. Bspw. werden die Arme nicht zur Mutter ausgestreckt, wenn es hochgenommen werden will. Auch verbale Kommunikation ist meist verspätet und reduziert, so dass es sich nicht sozial öffnet. Das frühe Lallen und Brabbeln in der Säuglingszeit ist reduziert oder bleibt aus. Autistische Kinder sind unfähig, zwanglose Beziehungen zu Gleichaltrigen oder auch Älteren aufzubauen. Sie entsagen sozialen Beziehungen durch ihre starre Routi-

ne und stereotype Handlungen sowie ihrem zwanghaften Bedürfnis der Gleichhaltung. Es fehlt das Spiel mit anderen Kindern. Sie sind dem Rollen- und Imitationsspiel nicht gewachsen. Des Weiteren blenden sie Sinnesreize aus, um sich ihrer Umwelt zu entziehen bzw. nicht zu öffnen. (Remschmidt, 2008; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Dieses autistische Anderssein ist nicht zu vergleichen mit Schüchternheit, Ablehnung oder Vermeidung menschlichen Kontaktes. Es hat nichts zu tun mit physischem Alleinsein, wohl aber mit psychischem Alleinsein (Frith, 1992).

Depressive Säuglinge und Kleinkinder zeigen ebenfalls sozial zurückgezogene Verhaltensweisen. Säuglinge reagieren kaum, ihre Mimik und Gestik sind wenig ausgeprägt und sie zeigen keine Reaktion bei Ansprache**.** Kleinkinder sind sehr lustlos, haben keine Freude beim Spiel und ziehen sich zurück (Luby et al., 2006). Auch Kinder mit Bindungsstörungen haben Rückzugseigenschaften, die sich in reduzierter oder fehlender sozialer und emotionaler Reziprozität äußern können. Folge ist ein Verlust emotionaler Ansprechbarkeit. Ein Teilen von Affekten, soziales „referencing“, Blickkontakte sind reduziert (von Gontard, 2010; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Kinder mit Angststörungen sind zurückhaltend, schweigsam und vermeidend. Sie bewegen sich in Gruppen am Rande der Aktion, sind eher einsam und beobachtend (von Gontard, 2010).

2.4.1.6 Misstrauisch/sensitiv

Das Fremdeln ab dem achten Lebensmonat bis zum zweiten Lebensjahr ist entwicklungsphysiologisch (Straßburg, 2008). Ängstlichkeit kann Misstrauen mit sich bringen. Bei ängstlichem Verhalten sind Befangenheit, Verlegenheit und die übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens Fremden gegenüber typisch. Soziale Beziehungen sind deutlich beeinträchtigt (von Gontard, 2010; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Bindungsgestörte Kinder z.B. sind übervorsichtig, ängstlich, überempfindlich und zeigen einen Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit. Es gibt Rückzugstendenzen. Gegenüber Zuspruch einer Bezugsperson gibt es Widerstand und geringere Reagibilität darauf. Weiterhin bestehen Schwierigkeiten in der Gestaltung enger, vertrauensvoller Beziehungen zu Gleichaltrigen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Das Verhalten kann sich durch deutliche Distanziertheit zum anderen äußern. Das Kind sucht keinen Trost, wenn es betrübt ist (Frith, 1992). Das Kleinkind und der Säugling können vermehrtes Klammerverhalten, chronische Unruhe und exzessives Schreien zeigen, was die innere, irritable Haltung verdeutlicht.

2.4.1.7 Demonstrativ

Das Kind kreist stark um seine eigenen Interessen und nimmt sein Gegenüber dabei nicht ausreichend und einfühlsam wahr. Es meint in übertriebener Deutlichkeit zeigen zu müssen, was es will. Es scheint sehr beharrlich, teilweise rücksichtslos und gibt sich erst zufrieden nach Beachtung oder Erfüllung seines Vorhabens. Dieses Verhalten kann sich z.B. bei hyperaktiven Kindern äußern. Kinder mit Asperger-Syndrom bspw. können sich aus Sicht der anderen nur unzureichend auf ihre Mitmenschen und andere soziale Situationen einstellen. In ihrem Durchsetzungsverhalten von eigenen Vorstellungen und Wünschen sowie ihrem Willen wirken sie selbstzentriert. Sie äußern sich in ihren Gemütsregungen mit vielen überraschenden Widersprüchen disharmonisch. Durch dieses herausgestellte Verhalten werden sie von anderen gehänselt, was sie wiederum unangemessen mit demonstrativen Äußerungen reagieren lässt, wie bspw. gelegentlich aggressiven Handlungen (Remschmidt, 2008).

Beim Säugling kann sich dies durch demonstratives (exzessives[55]) Schreien[56] äußern. Ausgeprägtes Schreien bis zum sechsten Lebensmonat geht meistens mit einer günstigen Entwicklung einher. Darüber hinaus ist zunehmend an gravierende Interaktions- oder Entwicklungsstörungen zu denken (bis hin zu genetischen Anomalien oder Krankheitsbildern aus dem Autismus-Spektrum). Beginnt das exzessive Schreien ab dem Ende des ersten Lebensjahres, ist in etwa 20 Prozent mit einer sich später entwickelnden ADHS zu rechnen (Straßburg, 2008).

2.4.1.8 Distanzgemindert

Bei distanzgeminderten Kleinkindern fehlt die natürliche Zurückhaltung gegenüber fremden Erwachsenen. Das Kind sucht überaus schnell Kontakt und hat ein übertrieben vertrautes Verhalten, so dass es z.B. ohne Zögern bereit ist, mit unbekannten Erwachsenen mitzugehen (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003; Zero to Three, 2005). Das Verhalten ist unterschiedslos freundlich und dabei ist die Interaktion wenig geformt. Trost wird wahllos z.B. auch bei nicht vertrauten Personen gesucht. So wird die soziale Interaktion gerade mit unvertrauten Personen wenig angemessen bzw. ganz ohne sich auf die gegebene spezifische Situation einzulassen herausgefordert (von Gontard, 2010). Autistische Kinder z.B. freuen sich oft am Ärger anderer Kinder, sie haben kein Gefühl für persönliche Distanz und auch nicht für Humor (Remschmidt, 2008). Das Kind wirkt sonderbar, es ist gerne mit anderen Menschen zusammen und berührt sie dabei. Es geht auf völlig Fremde zu mit Fragen, wie „wie heißt du?“, „was machst du?“, „wie alt

---

[55] Vgl. Kapitel 2.3.2.2., Aufmerksamkeit/motorische Unruhe

[56] Unterschiede des Schreiens im Vergleich zum exzessiven Schreien liegen im Wesentlichen in der Dauer und der Tröstung. Kinder mit exzessivem Schreien sind untröstlich (Ziegenhain, Kries, 2009).

bist du?“. Dem Kind fehlt die Fähigkeit abzuschätzen, wann eine Annäherung nicht erwünscht oder angemessen ist (Frith, 1992).

2.4.1.9 Empathiestörung

Nach der Theorie von Piaget[57] ist das Kind in seiner präoperationalen Phase (zweites bis siebtes Lebensjahr etwa) noch nicht in der Lage, sich in andere Kinder hinein zu versetzen und aus ihrer Position zu urteilen. Es kann noch nicht die Perspektive anderer Personen einnehmen. Das Denken ist egozentrisch. Dieses Verhalten wird im sozialen Kontext als mangelndes Einfühlungsvermögen wahrgenommen. Erst in der anschließenden Phase der konkreten Operationen können sinnliche Eindrücke bzw. verschiedene Merkmale zueinander in Beziehung gesetzt werden. Das Denken wird somit dezentriert. Mehrere Aspekte können nun gleichzeitig berücksichtigt werden (Dacheneder, 2008).

Entwicklungsphysiologisch gesehen denken Kinder mit einem Alter spätestens von einem Jahr, wahrscheinlich schon früher, anhand unsichtbarer Konstrukte über andere Menschen nach, weil sie Menschen attraktiv und interessant finden und aufmerksame Beobachter sind (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005).

Das Verständnis der subjektiven Verfassung eines anderen Menschen ist durch zwei Mechanismen möglich: Der „Theory of Mind“ und der Empathie. Der Erstgenannte basiert auf rationaler Einsicht, der Letztgenannte ist primär ein emotionaler Prozess. Die Emotion des anderen kann durch das Einfühlen mit nachvollzogen und geteilt werden (Bischof-Köhler, 2009).

Die Entwicklung der „Theory of Mind“[58] beschreibt den Standpunkt, bei sich selbst und anderen psychologische Zustände wahrzunehmen und Verständnis dafür zu zeigen, um mit diesen ein bestimmtes Verhalten zu erklären bzw. auch vorherzusagen. Diese Fähigkeit bedarf einer wachsenden mentalen Reifung und beginnt zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr (Sodian, 2008).

Fast alle Dreijährigen verstehen die Konsequenz unterschiedlicher Wünsche für das Handeln. Etwas später folgt das Verstehen von Auswirkungen unterschiedlicher einfacher Überzeugungen.

---

[57] Jean Piaget, Schweizer Psychologe (1896-1980). Kognitive Entwicklungsstufen nach Piaget: Erste Stufe: Sensomotorische Intelligenz (ca. null bis 24 Monate), zweite Stufe: Präoperationales Stadium (ca. zwei bis sieben Jahre), darin die Stufe des symbolisch-vorbegrifflichen Denkens (ca. zwei bis vier Jahre) und die Stufe des anschaulichen Denkens (ca. vier bis sieben Jahre), dritte Stufe: Konkrete Operationen (ca. sieben bis 12 Jahre), vierte Stufe: formale Operationen (ca. ab 12 Jahren).

[58] Beginnende Meilensteine zur Forschung der „Theory of Mind“ machten Premark und Woodruff (1978), in dem sie das Verhalten von Schimpansen zum Verständnis von Sprache und Kognition untersuchten. Ziel war die Fähigkeit der Schimpansen zu verstehen, inwiefern sie zeigen können, was bei einem anderen Menschenaffen vor sich geht. Daraus erwuchsen weitere Forschungen in der Kognitionswissenschaft über die soziale Intelligenz bei Menschen. Die „Theory of Mind“ beschreibt die Fähigkeit, die Welt aus dem Blickwinkel des anderen sehen zu können.

Außerdem steht das Verständnis eines mangelhaften Informationszugangs und als Anspruchsvollstes das Problem der falschen Überzeugung und der möglichen Diskrepanz zwischen gefühlter und gezeigter Emotion in der Entwicklungssequenz der „Theory of Mind“ (Wellmann, Liu, 2004).

Somit können Vier- bis Fünfjährige auf der Grundlage von Informationen über Intentionen und Überzeugungen konkrete Handlungen und emotionale Reaktionen bei anderen vorhersagen. Dieses Alter bietet wesentliche Differenzierungen im Verständnis des mentalen Denkens. Vierjährige können nachvollziehen, dass jemand eine falsche Überzeugung über einen Sachverhalt hat, Sechsjährige dagegen verstehen weiter, dass eine Überzeugung über eine Überzeugung[59] eines anderen falsch sein kann (Sodian, 2008).

Für eine gelingende Entwicklung einer „Theory of Mind“ wird zum einen besonders die Interaktion mit anderen Menschen als entscheidende Quelle gesehen, zum anderen ein hypothetischer Gehirnmechanismus und die Entwicklung der allgemeinen Fähigkeit zur Informationsverarbeitung (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005).

Die Fähigkeit andere Menschen einzuschätzen und zu erkennen, wer ein angemessener sozialer Partner ist und wer nicht, ist essentiell für ein soziales Leben. Hamlin, Wynn und Bloom (2007) zeigten in einer Studie, dass Säuglinge mit sechs und zehn Monaten Menschen bevorzugen, die anderen helfen gegenüber denen, die andere behindern. Sie bevorzugen helfende gegenüber neutralen Menschen und neutrale gegenüber behindernden Menschen. So beurteilen präverbale Säuglinge Personen auf der Basis des Verhaltens im Vergleich zu anderen. Diese Fähigkeit kann als Grundlage eines moralischen Denkens dienen. Hamlin und Kollegen nehmen an, dass dieses frühe Entwicklungsstadium Anzeichen dafür ist, dass die soziale Beurteilung eine biologische Anpassung ist (Hamlin, Wynn, Bloom, 2007). Säuglinge am Ende ihres ersten Lebensjahres erkennen das menschliche Handeln als absichtsvoll, wenn sie soziale Interaktion zweier Personen beobachten (Sodian, 2008). Mit etwa 12 Monaten setzen sie kommunikative Gesten, wie Blick- und Zeigerichtung, zur Vorhersage von Handlungen ein (Sodian, Thoermer, 2004). Mit 18 Monaten können eigene von fremden Wünschen und Handlungsabsichten differenziert werden (Sodian, 2008; Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Auch zeigt sich in diesem Alter mit der Entwicklung von Empathie die Fähigkeit, einen Unterschied zwischen dem eigenen und dem fremden Gefühlszustand zu sehen. Damit verbunden ist der Schritt des eigenen Erkennens im Spiegel. Die Ausbildung eines Selbstkonzeptes ist notwendige (aber nicht hinreichende) Voraussetzung für das Auftreten von Empathie (Bischof-Köhler, 1989; Bischof-Köhler, 2012). Die Fä-

[59] „Second order belief“ (Perner, Wimmer, 1985)

higkeit, sich in andere hineinzuversetzen, ist primär Resultat von Reifungsvorgängen und nicht ein Effekt von Sozialisation, auch wenn sie diese mit beeinflusst. Empathie ist ein menschliches Potential. Von da an sind Kinder fähig, die Realität symbolisch in der Vorstellung zu repräsentieren. Dem Beobachtenden ist durchaus bewusst, dass die Emotion, an der er teilhat, in Wirklichkeit die subjektive Verfassung des anderen auszeichnet. In erster Linie hat dieses empathische Mitempfinden jedoch emotionale Qualität (Bischof-Köhler, 2009). Zahn-Waxler und Radke-Yarrow sagen, dass prosoziales Handeln als Reaktion auf den Ausdruck emotionalen Unbehagens ab dem 18. Lebensmonat sprunghaft steigt (Bischof-Köhler, 1989). In diesem Alter beginnen Kinder, sich im Spiegel zu erkennen (Bischof-Köhler, 1989). Ebenfalls wird das „Als-ob-Spiel“[60] ab etwa 18 Monaten als Schritt für ein beginnendes Verständnis mentaler Prozesse gesehen (Leslie, 1987; Baron-Cohen, 2000; Baron-Cohen, 2001,Friedman, Leslie, 2007).

Unter Störungen der Empathie ordnet Gillberg (1995) Autismus-Spektrum-Störungen, Anorexia nervosa, das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und den Komplex DAMP (Deficits in attention, motor control and perception). Autistische Kinder z.B. können nur unzureichend emotional reagieren und somit nicht Gefühle anderer, wie Freude, Wut oder Ärger miterleben (Remschmidt, 2008). Es fehlen Reaktionen auf Emotionen anderer Menschen, welches eine fehlende dynamische Verhaltensmodulation im situativen sozialen Interaktionskontext zeigt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Sie haben Schwierigkeiten damit, Prozesse und Ergebnisse des Denkens und Lernens als mögliche Ursache von Emotionen zu verstehen, dass bspw. Freude und Enttäuschung abhängig ist von den Überzeugungen der Person und nicht von einem objektiven Zustand der Realität. Die meisten autistischen Kinder spielen keine Als-ob-Spiele. Sie leiden an einer besonderen Beeinträchtigung ihrer Mechanismen zum „Gedankenlesen“ (Baron-Cohen, 2001, Baron-Cohen et al., 2000). Ab dem 18. Lebensmonat können sich erste Hinweise für ein erhöhtes Risiko eines autistischen Verhaltens sichtbar machen. Das Fehlen oder die eingeschränkte Entwicklung der „geteilten Aufmerksamkeit“ und das „Als-ob-Spiel“ sind dabei wesentliche Faktoren. Die „geteilte Aufmerksamkeit“ beschreibt die Fähigkeit, mit einer anderen Person durch Zeige-Verhalten oder Blickkontakt einen gemeinsamen Fokus der Aufmerksamkeit zu teilen.[61] Sie wird als erster Ausdruck eines Kindes in der Kompetenz von „Gedankenlesen“

---

[60] Das Als-ob-Spiel sehr junger Kinder zeigt sowohl das Verständnis von psychischem Funktionieren anderer Menschen als auch das Lernen und somit eine weitere Zunahme dieses Verständnisses. Die zeitliche Menge, die ein Kleinkind mit 33 Monaten mit dem Als-ob-Spiel verbringt, korreliert positiv mit ihrem Verstehen von Gefühlen im Alter von 40 Monaten (Youngblade, Dunn, 1995, zitiert nach Siegler, DeLoache, Eisenberg (2005): Entwicklung von Konzepten: Die Entwicklung des Spiels).

[61] „Benutzt das Kind immer seinen Zeigefinger, um auf etwas zu weisen und sein Interesse damit zu bekunden?“ Das Kind reagiert auf Zeigegesten mit Aussagen „oh, schau, dort ist ein Teddy“; es sucht in der Zeigerichtung den Teddy. „Tut das Kind so, als ob es z.B. einen Tee zubereitet und trinkt oder andere Dinge?“ Das Kind lässt sich aufmerksam in ein Spiel einspannen und kann animiert werden, mit Spielzeugtassen z.B. einen Tee zu machen. Das

angesehen (Baron-Cohen et al., 2000). Ein autistisches Kind ist relativ blind bei Informationen durch Blickrichtungen (Baron-Cohen, 2001). Das entwicklungstypische „Als-ob-Spiel“ zeigt die symbolische Fähigkeit, Personen, Objekten oder auch Geschehnissen, imaginäre Funktionen zuzuschreiben (Baron-Cohen et al., 2000). Ein kommunizierendes, korrespondierendes Verhalten mit seinem sozialen Gegenüber ist bei Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung erschwert bzw. nicht möglich. Sie zeigen Schwierigkeiten sowohl in Täuschungsmanövern als auch im Verstehen, wenn sie von anderen getäuscht werden. (Dabei sind kleine Schwindeleien und Täuschungen bei nicht autistischen Vierjährigen ein normales Interesse.) Sie verstehen schwer Witze, Metaphern und Ironie (Baron-Cohen, 2001). Indirekte Hinweise in der Kommunikation werden nicht beachtet, Informationslücken können nicht aufgefangen und geschlossen werden, Sprache wird wortwörtlich verstanden, Geheimnisse können nicht bewahrt werden (Frith, 1992).

Bischof-Köhler (2000) zeigte in einer Studie,[62] dass sich selbst erkennende Kinder, die in empathieauslösenden Situationen nicht empathisch reagierten, häufig „unsicher gebundene“ Kinder waren. Diese tendierten in diesen eher zu Gefühlsansteckung oder einfach unbeteiligt (Bischof-Köhler, 2009).

2.4.1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz

Soziale Kompetenz beschreibt die Fertigkeiten, Interaktionen gelingend zu gestalten und für diese dienlich bzw. von Vorteil zu sein. Das Kind ist von Geburt an ein soziales Wesen. Sein Überleben ist abhängig von der Bereitschaft der Mutter oder einer anderen Bezugsperson, es in einem vertrauten Umfeld familiärer Strukturen zu versorgen. Die Entwicklung einer sozialen Kompetenz basiert auf der Fähigkeit, in sozialen Beziehungen zu kommunizieren, der Verankerung von Emotionen im Erleben von Gemeinschaft und aus der Interaktion mit der äußeren Umwelt mittels Neugier, Spiel und Bereitschaft zu lernen (Grossmann, Grossmann, 2008). Tomasello (2009) beschreibt die Grunderfahrung der emotionalen Bezogenheit im Zwiegespräch als Auftakt der Entwicklung der beim Menschen einzigartigen sozialen Kognitionsfähigkeit gegen Ende des ersten Lebensjahres (Papoušek, 2012b). Dabei ist der Blickkontakt wesentlich für die Kommunikation. Eine komplizierte aber meist unbewusste „Augensprache“ macht einen Teil unserer sozialen Kompetenz aus (Frith, 1992). Svetlova, Nichols und Brownell (2010) zeigten, dass die Neigung zu prosozialem Verhalten, also die Bereitschaft zu helfen, sich bei zwei- bis dreijährigen

---

Kind kann auf kleine Fragen, wie bspw. „wo ist das Licht“ mit dem Finger auf die Lösung zeigen (Baron-Cohen et al., 2000). (Fragen an Eltern und Beobachtungen von Schlüsselitems der Checklist (CHAT) zur frühen Identifikation von Autismus bei Kleinkindern.)

[62] Die Bindungssicherheit wurde dabei mit dem „Fremde-Situations-Test“ nach Ainsworth untersucht.

Kleinkindern immer mehr entwickelt.[63] Für 18 Monate alte Kleinkinder war es signifikant schwieriger, empathisch zu helfen, als instrumentell und aktionsbasiert und erforderte dabei mehr kommunikative Unterstützung, wie Beschreiben des Gefühlszustandes oder Zeigen auf den gewünschten Gegenstand durch einen Erwachsenen. Bei 30 Monate alten Kindern war die Rangfolge des Helfens dieselbe, aber die Bereitschaft dazu war jeweils wesentlich höher und das Handeln eigenständiger, was ein gewachsenes soziales Verstehen zeigte. Altruistisches Helfen mit z.B. Abgeben eines eigenen Gegenstandes war für beide Altersgruppen (18 und 30 Monate) am schwierigsten und die Ausprägung sehr gering. Es deutet darauf hin, dass Veränderungen in sozialem Verstehen und prosozialer Motivation mit weiteren Entwicklungsschritten und der Ausprägung der Fähigkeit des Verstehens und Vertretens des inneren Zustandes des anderen verknüpft ist. Altruistisches, selbstloses Helfen äußert sich später. Es scheint auf die Basis des prosozialen Helfens im Zusammenhang mit dem Verstehen sozialer und moralischer Normen aufzubauen (Svetlova, Nichols, Brownell, 2010). Prosoziales Verhalten ist die Grundlage, auf der sich die Perspektivenübernahme entwickeln kann. Dieser weitere Mechanismus der Sozialen Kognition ist rein rational. Die emotionale Teilhabe spielt dabei keine Rolle. Um den Standpunkt, das Denken und Fühlen des anderen zu verstehen, versetzt man sich in Gedanken an die Stelle des anderen (Bischof-Köhler, 2009). Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Handlungsplanung sind Beispiele für kognitive Prozesse sozialen Handelns (Frith, 2008). Nach Selmans Theorie (1984) gelingt Vorschulkindern noch keine Perspektivenübernahme. Ähnlich wie Piaget sieht er das Kind bis zu sechs Jahren in seinem Denken egozentrisch und undifferenziert (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Doch deuten derzeit Studien auf einen früheren Beginn des sozialen Verstehens bei Kleinkindern hin. Mit 18 Monaten können Kinder erkennen, dass verschiedene Personen unterschiedliche Einstellungen zu demselben Objekt haben. Das ist dasselbe Alter, in dem Kinder beginnen, selbst eine Vorstellung zu entwickeln und eine Vortäuschung zu verstehen sowie diese mit anderen bspw. durch Zuschreibung von Rollen zu teilen. Diese Fähigkeiten bahnen die soziale Kognition (Friedman, Leslie, 2007). Für die Bewertung dieser Einstellungen hat die Meinung der Mutter in der frühen Kindheit immer noch einen privilegierten Status (Frith, 2008). Den Weg der sozialen Kognition beschreiben: Spiegelneurone,[64]

---

[63] Unter den 18 Monate alten Kleinkindern waren es 44 Prozent, die den Erwachsenen nach einer initialen Anweisung des Versuchsleiters sofort handlungsorientiert halfen. 13 Prozent konnten empathisch und emotionsorientiert helfen und 6 Prozent waren bereit, altruistisch zu helfen. Unter den 30 Monate alten Kindern waren es 87 Prozent bei handlungsorientiertem Helfen, 64 Prozent bei emotionsbasiertem und 18 Prozent bei altruistischem Helfen. Es wurde 65 gesunde Kinder aus Arbeiter- und Mittelklassen-Familien untersucht (Svetlova, Nichols, Brownell, 2010).

[64] Rizzolatti und Kollegen entdeckten 1991 bei Untersuchungen zur neuronalen Repräsentation von Bewegungsabläufen bei Makaken Spiegelneurone in der Area F5 des prämotorischen Cortex. Bei passivem Miterleben des anderen wurde das nicht eigene Handeln auf neuronaler Ebene unwillkürlich im prämotorischen Cortex synchronisiert. Dabei wurde der motorische Cortex beim beobachteten Affen gehemmt. Dieses Geschehen wird als neurobiologisches Resonanzphänomen bezeichnet. Dieses Phänomen tritt nur auf, wenn die beobachtete Bewegung eine Absicht

die unbewusst Aktionen anderer mit eigenen verknüpfen sowie der emotionale Instinkt, das „social referencing“, das das sich rückversichernde Kind durch das Verhalten der Mutter lernen lässt sowie der Blickkontakt, die geteilte Aufmerksamkeit und die Beobachtung, die unbewusst eine automatische Imitation evoziert und des Weiteren das Lernen von Zielen durch soziale Signale mit dem bewussten Lernen durch direkte Anweisungen. Diese direkten Signale sind nicht begrenzt in Lauten und Gesten, sie fordern ein bewusstes Reflektieren (Frith, 2008). Das zunehmende Alter etwa ab dem späten Vorschulalter und Grundschulalter lässt ein weiter komplexeres und differenziertes bewusstes Verstehen sozialer Aspekte in der Sichtweise einer Perspektive des anderen zu.

Diese ersten frühen Beziehungen können gestört sein, was sich auf die soziale Kompetenz des Kindes auswirken kann. Weiterhin kann das Kind durch eigene (tiefgreifende) Entwicklungsstörungen gehindert sein, soziale Gegenseitigkeit zu lernen. Eigenschaften dafür sind bspw. erkennbar an unangemessenen Einschätzungen von sozialen und emotionalen Zeichen, wie das Fehlen von Reaktionen auf Emotionen des Gegenübers oder die Unfähigkeit, im sozialen Kontext situationsangemessenes, flexibel gestaltetes Verhalten zu zeigen. Die Qualität der Kommunikation ist eingeschränkt, was sich nonverbal durch rare Mimik, Gestik und Bewegungen sowie verbal durch distanzierten Gebrauch zeigen kann. Mangelnde soziale Kompetenz kann sich auch im Spielverhalten widerspiegeln. Manche Kinder sind unfähig im nachahmenden „So-tun-als-ob-Spiel“ und sozialen Rollenspielen. Sie können sich mangels sozialer und emotionaler Resonanz nicht auf andere Kinder und schlecht auf ein kreatives freies Spiel einlassen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Autistische Kinder z.B. verhalten sich isoliert. Asperger (1944) formuliert, dass autistische Kinder bei keiner Gruppenaktivität mit ihren unauffälligen Altersgenossen auf einer Wellenlänge seien. Weiteres Verhalten kann sich in Monotonie, Rigidität, Engstirnigkeit, Pedanterie und die Unfähigkeit, die Bedeutung feiner Unterschiede zu beurteilen, äußern (Frith, 1992). Ab einem Alter von 18 Monaten lässt sich das Kind nicht auf Kuckuckspiele oder Versteckspiele ein. Es zeigt kein Interesse an anderen Kindern oder z.B. den Eltern bestimmte

---

verfolgt. Spiegelneurone werden seitdem auch beim Menschen untersucht. Auch die Vorstellungskraft des Menschen kann zur Aktivierung der Spiegelneurone im prämotorischen Cortex führen. Der Spiegelmechanismus ist im fronto-parietalen Cortex, im Broca Zentrum und in der Insula und dem anterioren Cingulum lokalisiert (Häusser, 2012, Rizzolatti, Fabbri-Destro, 2008).
Beim psychischen Symptom der Echopraxie wird nun vermutet, dass das motorische System bei einer Beobachtung nicht gehemmt wird. Weiter wird diskutiert, ob die Empathiefähigkeit im Zusammenhang mit Spiegelneuronen steht. Es zeigen sich Indizien dafür, dass Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in ihrem Spiegelneuronen-System Dysregulierungen haben (Häusser, 2012). Bei autistischen Kindern äußert ein mangelndes bzw. fehlendes Erkennen von Handlungsabsichten des anderen ein Ausbleiben neuronaler Aktivität im prämotorischen Cortex. Das Spiegelneuronen-System spricht sehr plastisch und spezifisch bei Bewegungserfahrungen an. Am meisten sind Bewegungen der Hand repräsentiert (Rizzolatti, Fabbri-Destro, 2008). Die Befunde zu Spiegelneuronen verdeutlichen die Wichtigkeit zwischenmenschlicher affektiver und motorischer Interaktion und Imitation (Häusser, 2012).

Gegenstände zu zeigen. Der Blickkontakt ist eingeschränkt. Das Kind hat wenig Gefallen an Tobe- und Knie-Hüpf-Spielen (Baron-Cohen et al., 2000). Ihre Responsabilität ist eingeschränkt. Ältere Kleinkinder wissen bei aufkommenden Schwierigkeiten oft nicht, sich selber zu helfen bzw. Hilfe zu suchen.

2.4.1.11 Mangel an der Fähigkeit zur Selbstregulation

Die Selbstregulation eigener Gefühle beinhaltet die Fähigkeit, innere Gefühlszustände, emotionsbezogene physiologische Prozesse, Kognitionen und Verhalten zu gestalten, zu unterdrücken oder zu verändern, um übergeordnete Ziele erreichen zu können (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Für den Säugling und das Kleinkind ist das in dieser komplexen Parallelität der Entwicklungsschritte gerade in seinem Alter eine besonders herausfordernde Aufgabe. Dieser Entwicklungsprozess ist sehr sensibel und vulnerabel. Die Interaktion mit sich selbst, auch in gleichzeitiger Verarbeitung von Reizen aus direktem Umfeld, ist für das Kind ein Balanceakt. Die Regulationsstörung beschreibt diese Entwicklung in Dysbalance. Typischerweise besteht eine Symptomtrias mit gestörter Regulation kindlichen Verhaltens, elterlicher physischer und psychischer Belastungen sowie einer gestörten Interaktion zwischen dem Säugling bzw. Kleinkind und seinen Bezugspersonen (Ziegenhain, Kries, 2009). Seit den letzten Jahren sind die Regulationsstörungen in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie sowie Pädiatrie ein geläufiges Phänomen. Bei einer Inanspruchnahmepopulation zeigten sich Regulationsstörungen als häufigste Diagnose mit 21 Prozent (Emde, Wise, 2003)[65] bzw. mit 38,3 Prozent (Wiefel et al., 2005) [66]. Bei 18 Monate alten Kindern einer Normalpopulation waren es 7,1 Prozent (Skovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, Jørgensen, 2007).[67] Bei eigenen Untersuchungen[68] zu dieser Arbeit (Machbarkeitsanalyse) wurde diese Tendenz der Dominanz der Regulationsstörungen in der Diagnosestellung mit der DC:0-3R bestätigt (Kapitel 4.2.1.1). Mit einem Alter von zwei Jahren ist ein typischer Störungshochpunkt erreicht (Morthander, Moe, 2008).

---

[65] 1083 Kinder aus fünf verschiedenen Kliniken (Paris, Lissabon, Tel-Aviv, Montreal, Topeka) wurden mit dem Klassifikationssystem DC:0-3 untersucht. Die prozentuale Spannbreite bei Regulationsstörungen reichte von fünf bis 43 Prozent je nach Klinik. Insgesamt wiesen 55 Prozent der Eltern-Kind-Paare auf eine gestörte Beziehung (Emde, Wise, 2003).

[66] 68 Kinder zwischen sechs Wochen und drei Jahren und zehn Monaten wurden untersucht, darunter 38 Prozent Mädchen und 62 Prozent Jungen. Die Regulationsstörungen wurden unterteilt in „Sleeping disorder“ mit 11,8 Prozent und „Hypersensitive Type“ (crying disorder) mit 10,3 Prozent. Andere Regulationsstörungen (anger, opposition, aggression) mit 10,3 Prozent und „motor disorganized type“ mit 5,9 Prozent wurden den externalisierenden Störungen zugeteilt (Wiefel et al., 2005).

[67] Epidemiologische dänische Studie aller (nicht- und auffälligen) 18 Monate alten Kinder zur Prävalenz psychischer Störungen. Diagnostisches Mittel war die DC:0-3R (Skovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, Jørgensen, 2007). Insgesamt zeigte sich bei 8,5 Prozent ein gestörtes Beziehungsverhältnis.

[68] Bei der Inanspruchnahmepopulation von 41 Kindern war die Regulationsstörung häufigste Diagnose: 18 Prozent stimulationssuchend/impulsiv, acht Prozent hyposensitiv/unsicher, vier Prozent negativ/trotzig und vier Prozent ängstlich/übervorsichtig (vgl. Kapitel 4.2).

Unter der Regulationsstörung fällt das Verhalten aus mehreren Kontexten zusammen. Es werden besondere Probleme des Schlafens, des Essens (bzw. Fütterns) und das exzessive Schreien[69] eingeordnet (Ziegenhain, Kries, 2009), weiterhin aggressives oppositionelles Trotzverhalten, chronische Unruhe, exzessives Klammern, Freud- und Interessenlosigkeit und Kummer sowie Spielunlust (von Gontard, 2010; von Hofacker et al., 2007). Es handelt sich eher um ein mehrdimensionales Störungsbild (von Hofacker et al., 2007). Assoziiert sind damit meistens physische und psychische Belastungen der Eltern und damit eine zusätzlich gestörte Interaktion mit dem Säugling/dem Kind und seinen Bezugspersonen. Das Störungsverhalten kann von der jeweiligen Bezugsperson abhängig sein (von Hofacker et al., 2007). Das eigene neue Item „Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“ ist ein erster allgemeiner Überblick bzw. eine erste Zusammenfassung, die im weiteren Verlauf in den jeweiligen Störungsbildern in Leitsymptomen näher differenziert werden. Die Dauer der Regulationsstörung beträgt mindestens einen Monat. Ist das Auftreten unter einem Monat spricht es für eine selbstlimitierende passagere Störung. Dauert das gestörte Verhalten länger als drei Monate, geht oft eine Beziehungsstörung[70] mit einher (von Hofacker et al., 2007).

Die DC:0-3R (Zero to Three[71], 2005) betont bei den Regulationsstörungen die Abhängigkeit von äußerlichen sensorischen Reizen der Regulation von Emotionen, Motorik und Verhalten. Regulationsstörungen werden als Integrationsstörungen von externen Reizen gesehen. Nach der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) werden drei Sub-Typen unterschieden: Der hypersensitive Typ hat eine gesteigerte Reizantwort auf Stimuli wie z.B. Berührung, helles Licht, laute Geräusche, ungewohnte Gerüche und Geschmäcker, raue Oberflächen oder räumliche Bewegungen. Der hypersensitive Typ unterscheidet in seiner Reizantwort die zwei Subtypen ängstlich/vorsichtig und negativ/oppositionell, die jeweiliges Verhalten von Klammern und Ablenkung oder von Wiederholungen und Veränderungsängsten zeigen. Beim hyposensitiven/unterragierenden Typ ist die Reaktion Ruhe und Zurückhaltung. Die Kinder brauchen eine hohe Reizintensität. Der stimulationssuchende/impulsive Typ sucht hohe sensorische Stimulation. Oft gibt es Verbindungen mit einer hyperkinetischen Störung (Zero to Three, 2005; von Gontard, 2010).

2.4.2 Verhalten

Bei der Entwicklungsdiagnostik von Kindern (ebenso bei der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychologischen Diagnostik) ist die aufmerksame Beobachtung des Verhaltens eine wesent-

[69] Kriterien des exzessiven Schreiens vgl. Kapitel 3, Aufmerksamkeit/motorische Unruhe.
[70] Der Schweregrad der Beziehungsstörung von Eltern und Kind kann durch die Parent-Infant-Global-Assessment-Scale (PIR-GAS) beschrieben werden (vgl. Kapitel 3.l).
[71] Vgl. Kapitel 3

liche Grundlage: Bewegung, Temperament, Aufmerksamkeit, soziales Kontaktverhalten, Spielverhalten, Sprachäußerung, Empfindungsfähigkeit, Selbständigkeitsverhalten (Straßburg, 2008). Zwänge, Tics und Stereotypien kann man ganz nüchtern als Verhaltensauffälligkeiten beschreiben (Seidel 2005). Bei einer psychischen Störung ist die Verhaltensauffälligkeit also Symptom einer Krankheit selbst oder eine Reaktion der Person auf eine Krankheit oder Störung.

2.4.2.1 Sozialverhalten

Die Items „dominant“ und „oppositionell-verweigernd“ können in der diagnostischen Unterkategorie „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ der Sozialverhaltensstörungen zusammengefasst werden. Das DSM-IV und die ICD-10 erwähnen, dass diese eine leichtere Form sind und als Vorform zu der eigentlichen „Störung des Sozialverhaltens“, angesehen werden können. Die weiteren hier beschriebenen Items dazu charakterisieren eine ausgewachsene Sozialstörung, die eher im Schulalter ausgeprägt ist (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). So beschreiben die Items „Lügen/Betrügen“, „Stehlen“, „Weglaufen“ und „andere Regelüberschreitungen“ jeweils für die bis Fünfjährigen entwicklungsphysiologische Grenzbereiche. Moffitt (1993) beschreibt nach dem Zeitpunkt der Störungsmanifestation den Subtyp „early-starter“ zum Verlauf dissozialen Verhaltens, der schon im Vorschulalter bzw. vor dem 11. Lebensjahr zu beobachten ist (Vloet, Herpertz, Herpertz-Dahlmann, 2006). Auch nach der „Theory of Mind“ können sich frühestens ab einem Alter von mindestens 36 Lebensmonaten erste Symptome bemerkbar machen und sich weiter ausprägen. Somit beschreiben die Grenzbereiche hier beginnende Prodrome für noch nicht ausgewachsene Symptome in der zu betrachtenden Altersklasse.

Um eine deutliche Auffälligkeit zu unterstreichen, müssen die Symptome eines oppositionell-verweigernden Verhaltens mindestens sechs Monate (12 Monate für eine Sozialstörung) bestehen und dabei so, dass das Verhalten wesentlich häufiger vorzuweisen ist als klassischerweise bei Gleichaltrigen in demselben Entwicklungsstand (Fuhrmann, von Gontard, Möhler, Resch, 2008; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Die Abgrenzung zu den Symptomen einer ADHS ist nicht eindeutig, Überschneidungen sind häufig (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Häufig ist ADHS Komorbidität, es sich zeigen aber auch Teilleistungsstörungen, kognitive Defizite im Bereich von Gedächtnisfunktionen und verbaler Intelligenz (Vloet, Herpertz, Herpertz-Dahlmann, 2006). Christian et al. (1997) zeigen neben der ADHS als zweithäufigste Komorbidität die Angststörung. Die Kombination mit einer ADHS äußert eine deutlich ungünstige Prognose. Entwickelt sich im Vorschulalter ein oppositionelles Verhalten, ist dabei die Komorbiditätsrate höher (von Gontard, 2010). Die breite Symptomatik ist herausfordernd und der Verlauf hat

hohe Persistenz. Die Störung des Sozialverhaltens ist das einzige kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild (ohne Bestehen von Komorbiditäten), die die Beziehung zur gesellschaftlichen Umwelt betrifft und nicht nur das Individuum selbst (Bachmann, Vloet, 2011). Antisoziales Verhalten macht das Gegenüber direkt zum Betroffenen (Matthys, Poustka, van Engeland, Resch, 2008). Die Prävalenz des oppositionell-verweigernden Sozialverhaltens bei nicht psychiatrischen Zwei- bis Fünfjährigen geht von vier Prozent bis zu 16,8 Prozent in vier unterschiedlichen Studien[72] aus, die der Störung des Sozialverhaltens dagegen werden nur in zwei der vier Studien mit jeweils 3,3 Prozent und 4,6 Prozent erwähnt (Egger, Angold, 2006). Weiter prädisponierend ist ein „schwieriges" Temperament und eine fehlende Flexibilität in der Aufmerksamkeit, dazu familiäre Faktoren wie Gewalt, Strafen, fehlende positive Interaktion, inkonsequentes Erziehungsverhalten und fehlende Disziplin sowie mangelnde elterliche Aufsicht (von Gontard, 2010). Der frühe Beginn eines oppositionell-verweigernden Verhaltens stellt eine ungünstige Prognose dar. 30 Prozent dieser Kinder zeigen im weiteren Verlauf eine Störung des Sozialverhaltens, weitere zehn Prozent haben langfristig eine antisoziale Persönlichkeit im Erwachsenenalter (von Gontard, 2010). In einer Studie[73] von Koglin, Petermann, Helmsen und Petermann (2008) zeigten 14,8 Prozent der Kindergartenkinder Auffälligkeiten in ihrer sozialen Entwicklung.

Die Basis des sozialen Handelns ist das Erleben und Lernen durch eine frühe Eltern-Kind-Interaktion mit konsequenten und erklärenden Regelsystemen, sowie Kontakt zur direkten Umwelt. Diese Basis einer sicheren Bindung und die Art der Eltern-Kind-Beziehungen in Fragen der Disziplin und Regelbefolgung ist die Grundlage für eine weitere Moralentwicklung der Kinder (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Bei moralischen Gefühlen, wie z.B. dem Sinn für Gerechtigkeit, spielt ferner die Empathie eine wesentliche Rolle. Auch Rücksichtnahme kann eine empathische Komponente haben (Bischof-Köhler, 2009). Mit 18 Monaten versteht das Kind erste Gebote, Verbote und kann Wünsche äußern (Straßburg, 2008).

Kinder zeigen ab etwa dem zweiten Lebensjahr ein prosoziales Verhalten (helfen, teilen, trösten), was im weiteren Kleinkindalter immer mehr auftritt. Mit zwei Jahren beginnen Kleinkinder, mehr und mehr Verständnis für moralische Regeln zu zeigen. Das Gewissen limitiert destruktive Impulse und unsoziales Verhalten (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Empathisches Verhalten, Mitleid und die Ausprägung eines moralischen Denkens prägen zunehmend das sich entwickelnde Gewissen, was einen inneren Regulationsmechanismus herstellt, der die Fähigkeit des Kindes erhöht, Verhaltensstandards und Normen seines sozialen Umfeldes zu entsprechen.

---

[72] Angold et al., Lavigne et al., Keenan et al., Earls (vgl. Egger, Angold 2006).
[73] Studie mit 336 teilnehmenden Kindergartenkindern aus Mannheim mit 53,9 Prozent Jungen und 46,1 Prozent Mädchen. Die Ergebnisse sind von den deutschen Kindern des Kindergartens (Koglin, Petermann, Helmsen, Petermann, 2008).

Mit vier Jahren befolgt das Kleinkind Regeln und erkennt Zusammenhänge von Verhalten und Konsequenzen (Straßburg, 2008). Bis zum Schulalter prägen diese Entwicklungsschritte das Kleinkind. Etwa ab dem vierten/fünften Lebensjahr besitzt das Kind eine eigene realistische, reflektierte und weiter wachsende, differenziertere Wahrnehmung auf sich und seine Umwelt, was sich in seinem moralischen Sozialverhalten zeigt. Dabei entwickelt sich etwa im späteren Vorschulalter die Fähigkeit zur Anteilnahme und Perspektivenübernahme zum Gegenüber.

Kinder mit Sozialstörungen haben ein exploratives und impulsives Verhalten mit einem ungehemmten Interaktionsstil (Vloet, Herpertz, Herpertz-Dahlmann, 2006). Besonders mit antisozialen und psychopathischen Tendenzen zeigen sie häufig einen Mangel an Empathie, vermindertes Schuldempfinden, verstärkte Selbstbezogenheit und mangelndes affektives Mitschwingen (Vloet, Herpertz, Herpertz-Dahlmann, 2006; Christian, Frick, Hill, Tyler, Frazer, 1997[74]). Neuere entwicklungspsychologische Evidenz deutet an, dass die Entwicklung einer „Theory of Mind“[75] wesentlich für die Ausbildung von Handlungskontrolle ist und das insbesondere für die exekutiven Funktionen, d.h. diejenigen notwendigen Prozesse bei der Verhaltenskontrolle, um mental auf ein repräsentiertes Ziel zu fokussieren und die Verwirklichung des Ziels gegen konkurrierende Handlungsalternativen abzufangen (Sodian, 2008). Die Entwicklung der „Theory of Mind“ ist entscheidend für die Entwicklung der Selbstkontrolle (Perner, Lang, 1999). Ab dem dritten Lebensjahr entwickeln sich mit der kognitiven Fähigkeit des Gehirns, besonders in Bezug auf Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung, die Systeme des „Realitätssinns“ und der „Risikowahrnehmung“. Damit prägt sich die Fähigkeit aus, Risiken einer bestimmten Situation und mögliche negative Konsequenzen des eigenen Handelns zu erkennen[76] (Roth, Strüber, 2012).

2.4.2.1.1 Dominant

Dominantes Verhalten kann ein deutliches Merkmal der kindlichen Persönlichkeit charakterisieren. Ein starker Wille ist Voraussetzung. Nicht nur dieser, sondern auch das (Selbst)-Bewusstsein, sein Gegenüber und die Situation unbedingt bestimmen zu wollen und über ihr zu stehen. Dabei ist also nicht der Säugling mit eigenem starkem Willen gemeint, der aus Hunger, Müdigkeit oder nach Aufmerksamkeit etc. schreit. Das Kind kann nicht auf die Wünsche oder Bedürfnisse, auf das momentane Anliegen seines Interaktionspartners eingehen, bzw. übergeht

---

[74] Ambulante klinische Stichprobe von 120 US-amerikanischen Kindern zwischen sechs und 13 Jahren.
[75] Ausführliche Erläuterungen (s.o.) unter Interaktion/Empathiestörung.
[76] Der orbitofrontale Cortex und der innen angrenzende ventromediale frontale Cortex gehören zu dem Teil des limbischen Systems, der die komplexesten Funktionen koordiniert. Sie haben zügelnde, impulshemmende Funktionen gegenüber den vegetativ-affektiven und den egoistisch-infantilen Anrieben der Amygdala und des mesolimbischen Systems. Der orbitofrontale Cortex prägt die bewussten Anteile des Selbst und des affektiv-emotionalen Ich auf der Grundlage sozialer Erfahrungen. Es formieren sich Element von Moral und Ethik, Risikobewertung und Gefühlskontrolle (Roth, Strüber, 2012). Der orbitofrontale Cortex ist dasjenige Hirnareal, was die längste Reifezeit braucht und erst im frühen Erwachsenenalter ausgereift ist (Gogtay et al., 2004).

diese mit eigenen Bedürfnissen. Dieses Verhalten beherrscht die Kommunikation. Auch durch stark bestimmende Handlungsweisen kann ein Kind „Dominanz“ zeigen. Es bestimmt damit die Situation. Dominantes Verhalten kann so weit gehen, dass Grenzen schlecht vereinbart und dann nicht eingehalten werden können, so dass eher die eigenen Wünsche und Regeln des dominanten Kindes gelten. Auch wenn die Versuche, andere zu dominieren, nicht erfolgreich sind, ist das Verhalten als dominant zu beurteilen (Englert, Poustka, 1991).

2.4.2.1.2 Oppositionell-verweigernd

Im Kindergartenalter beginnt das Oppositionsverhalten und ist zeitweilig sehr häufig beobachtbar. Dabei ist ein Trotzverhalten typisch für diese Entwicklungsphase, was bei einer altersgerechten Einschätzung der Symptomatik mit zu berücksichtigen ist (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Dazu kommt möglicherweise eine Bewältigung kritischer Lebensereignisse, wie z.B. die Geburt eines Geschwisters, Eintritt in den Kindergarten, Beziehungskonflikt der Eltern/primären Bezugspersonen (Fuhrmann, von Gontard, Möhler, Resch 2008). Die Symptome nehmen mit steigendem Alter zu. Im Kindesalter tritt diese Eigenschaft bei mehr Jungen als Mädchen auf (Bachmann, Vloet 2011; Egger, Angold 2006). Eine solche ausgewachsene Störung tritt vor dem achten/neunten Lebensjahr auf (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Das entwicklungsphysiologische/-psychologische bzw. das für die Entwicklungsphasen spezifische Trotzverhalten verdeutlicht die Entwicklungsaufgabe des Kindes zum Lernen und Erfahren des Selbst in Abgrenzung seines Gegenübers und damit zu Autonomie-Bestrebungen. Während des dritten Lebensjahres sind deutliche Selbstbehauptungstendenzen da. Kinder wollen Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren und zeigen oft Aktivitäten, die im Gegensatz zum elterlichen Willen bzw. anderen vertrauten Autoritätspersonen stehen. Häufig sind sie wütend, wenn sie nicht das bekommen, was sie wollen und ihr Gegenüber nicht bestimmen können (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Exzessives Trotzverhalten mit Wutanfällen signalisiert mangelnde Selbstberuhigung und auch Selbstregulation in Grenzsetzungssituationen. In extremer Form kommt es zu einem sog. Affektkrampf (von Hofacker et al., 2007). Mit wachsender Handlungs- und Sprachkompetenz sinkt bei den meisten Kindern das oppositionelle Verhalten (Fuhrmann, von Gontard, Möhler, Resch, 2008). Ein für Entwicklungsphasen spezifisches, vorübergehendes oppositionelles Verhalten unterscheidet die stark persistierende, tiefgreifende, beharrliche Opposition. Egger und Angold (2006) nahmen vorhandene DSM-IV Kriterien für ältere Kinder und untersuchten damit Vorschulkinder nach deren Häufigkeit des Vorkommens. Eine Rangfolge der Prävalenz der Kriterien ergab: 57,1 Prozent häufiges Widersetzen von Anweisungen, 30,1 Prozent häufig die Beherrschung verlieren, 26,7 Prozent häufig Schuld anderen zuweisen, 20,7 Prozent oft ärgerlich,

beleidigt sein, 11,1 Prozent absichtliches Ärgern anderer, 10,3 Prozent boshaft und nachtragend, 7,7 Prozent häufiges Streiten mit den Eltern und 3,3 Prozent oft leicht verärgert sein. Das allgemeine Verhalten ist deutlich aufsässig, ungehorsam und trotzig, wobei dissoziale und aggressive Handlungen nicht vorkommen. Das Kind ist feindselig, provokativ, hat ungewöhnlich oft Wutausbrüche und lässt sich schnell von anderen aus dem Gleichgewicht bringen. Die Frustrationstoleranz ist niedrig (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; von Gontard, 2010).

Die Störung des oppositionell-verweigernden Verhaltens hat eine sehr hohe und stabile Prävalenz einer anderen Verhaltensstörung von mindestens 50 bis 75 Prozent (Egger, Angold, 2006).

Das Toilettenverweigerungssyndrom (TVS) ist eine häufige[77] vorübergehende Störung im Vorschulalter, die meistens gekoppelt ist an eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und angestrengter familiärer Situation mit Stress. Eine vorher bestehende, chronische Obstipation oder eine sich damit entwickelnde Obstipation ist nicht unüblich. Das Kleinkind weigert[78] sich strikt, auf der Toilette Stuhl abzusetzen. Es verlangt dafür eine Windel. Die Miktion auf der Toilette ist problemlos. Dauert dieses länger als einen Monat, kann die Diagnose[79] vergeben werden. Dieses Verhalten ist erlernt und geht spontan zurück (Fuhrmann, von Gontard, Möhler, Resch, 2008). Das Symptom kann sich aus einem „schwierigen“ Temperamt heraus, auf begleitende Verhaltensauffälligkeiten, durch meistens verspätetes Sauberkeitstraining[80] oder auch durch die Geburt von Geschwistern entwickeln (Blum, Taubman, Nehmet, 2004; Fuhrmann, von Gontard, Möhler, Resch, 2008).

2.4.2.1.3 Aggressiv

Aggressives Handeln zielt hier auf das absichtliche Vorhaben des körperlichen oder seelischen Verletzens anderer (Parke, Slaby, 1983). Man gliedert es in unterschiedliche körperliche Aggressionsformen. Bei Vorschulkindern ist meist die instrumentelle Aggression vorherrschend, wenn es z.B. um bestimmte Besitzverhältnisse von Spielsachen geht. Die Motivation ist, einem bestimmten Ziel oder Interesse hartnäckig und eher sachlich nachzugehen. Reaktive Aggression ist dagegen emotionsbetont und resultiert aus einem vermeintlichen Unrecht. Dabei zeigt sich star-

---

[77] TVS zeigte sich in einem von fünf Fällen. 482 Kinder ohne Entwicklungsauffälligkeiten im Alter von 18 bis 30 Monaten wurden in eine prospektive Studie aufgenommen und im weiteren Verlauf alle sechs Monate untersucht bzw. nach ihrem Verhalten bei beginnendem Toilettentraining befragt. Die Hälfte derjenigen, die zwischen 42 und 48 Monaten Toilettentraining machte und 73 Prozent mit Beginn nach 48 Monaten entwickelten ein TVS (Taubman, 1997).

[78] Differenzialdiagnostisch ist eine Toilettenphobie auszuschließen, da das Miktionsverhalten auf der Toilette ohne weiteres möglich ist.

[79] Diese Diagnose des TVS ist bisher noch nicht in die gängigen Klassifikationssysteme der DC:0-3R, ICD-10 oder DSM IV eingegangen. Die Diagnose der Enkopresis ist erst ab fünf Jahren gegeben, die der Enuresis ab vier Jahren.

[80] TVS ist assoziiert mit spätem Beginn des Toilettentrainings. Mehr als die Hälfte der Kinder zeigten ein TVS, die etwa mit 42 Monaten noch nicht gelernt hatten, zur Toilette zu gehen (Blum, Taubman, Nehmet, 2004).

ker Ärger darüber mit möglichen Rachetendenzen (Klicpera, Gasteiger-Klicpera, 2007). Sie sind feindselige Antwort als Ausdruck eines Frustrationsverhaltens. Die impulsive Art, auch affektive Aggression genannt, stellt sich als Verteidigungssituation dar (Matthys, Poustka, van Engeland, Resch, 2008). Ein solches Verhalten setzt ein notwendiges kognitives Entwicklungsalter voraus. Die Entwicklungsaufgaben der Moralentwicklung, des Perspektivenwechsels, der Empathie und Loyalität sind dafür grundlegend.

Aggressive Handlungsmuster können als Symptom der Selbstregulation auch dem Entwicklungsverlauf dienen. Sie haben individuelle Bedeutung für das Erproben des eigenen Selbst und des Selbstwertes und verdeutlichen einen Zuwachs des Handlungsspielraums und der eigenen Bedeutsamkeit. Aggressive Tendenzen etablieren sich in der Auseinandersetzung des aktuellen Selbst mit der sozialen Umwelt (Resch, Parzer, 2005). Im aggressiven Verhaltenskontext der schwierigen Selbstregulation kann es zu auto- oder fremdaggressiven Handlungen kommen (wie z.B. Kopfschlagen, Gewalt gegenüber Gegenständen, Spielzeug etc.). Aggressive Verhaltensweisen können sich in dysfunktionalen Interaktionsabläufen wiederfinden. Die Kontaktsuche zu anderen Kindern oder der Gruppe wird erschwert durch mangelnde Akzeptanz von Regeln und Grenzen (von Hofacker et al., 2007). Körperliche Aggression fängt etwa Mitte des zweiten Lebensjahres an. Schlagen und Stoßen werden häufiger (Coie, Dodge, 1998). Im Laufe des Vorschulalters wird das körperliche Aggressionsverhalten geringer. Die Entwicklung von kognitiven Kompetenzen zur Konfliktlösung und Sozialisationseffekte mit der gelernten Regulation eigener Gefühle und Handlungen werden als Begründung dafür ausgemacht (Coie, Dodge, 1998; Lösel, Stemmler, Beelmann, Jaursch, 2005). Mit der wachsenden sprachlichen Fähigkeit steigt damit das Auftreten von verbaler Aggression (Coie, Dodge, 1998). Ist aggressives Verhalten immer wieder erneut in mehreren Lebensbereichen beobachtbar und dadurch auch die Funktionsfähigkeit des sozialen Lebens sowohl des Selbst als auch des Gegenübers deutlich gestört, deutet dieses auf ein (beginnendes) Störungsverhalten.

Nach außen gerichtete, direkte körperliche Aggression übt häufiger der Junge aus, das Mädchen zeigt eher autoaggressive Störungen, welche sich in Selbstverletzungstendenzen äußern können (Resch, Parzer, 2005). Dazu nutzen Mädchen eher indirekte Aggression, z.B. die sog. Beziehungs-Aggression, bei der andere Gruppenmitglieder vorrangig gekränkt und Beziehungen in der Gruppe untereinander zerstört werden, was aber häufiger im höheren Alter (meist schon im frühen Schulalter) auftritt (Klicpera, Gasteiger-Klicpera, 2008).

Bei aggressiven Kindern geht eine Hyporeagibilität oft mit Angstlosigkeit einher. Bei reduziertem Arousal entwickelt sich unter Stressbedingungen Angstlosigkeit, was die Basis für Grenzübertretungen bereitet, da dieses sozial unkonforme Verhalten keine Beunruhigung durch bestra-

fende Konsequenz hervorruft (Resch, Parzer, 2005). Körperliche Aggression äußert sich bei Vorschulkindern im Schlagen anderer, oder in der Drohung mit Schlagen oder Verprügeln. Bei Ärger und Wut zerstört es Eigentum anderer Kinder. Es kneift andere, stößt und schubst. Kinder in relationalen Aggressionen, die mit zunehmender Verbalisierung aufkommen, drohen anderen mit Gruppenausschluss, lassen nicht mitspielen, wenn jene nicht das tun, was sie wollen. Sie verbieten ihren Altersgenossen, mit anderen Kindern zu spielen und versuchen, diese gegeneinander aufzubringen. Das Kind erzählt hinter dem Rücken gemeine Dinge über andere (Crick, Casas, Mosher, 1997).

Die Aggressivität hat hohe Prävalenz mit ungünstiger und negativer Entwicklungsprognose (Helmsen, Petermann, 2010). Aufmerksamkeitsprobleme sind zusätzlich sehr häufig. Beide Störungsbilder können sich gegenseitig bedingen. Dazu sind emotionale Störungen frequent.

2.4.2.1.4 Lügen/betrügen

Lügen und Täuschungen kleinerer Kinder sind meistens schwer einschätzbar. Kleine Kinder verneinen oft, Verbote missachtet bzw. Unerlaubtes getan zu haben. Das kann gelegentlich auch eine behaviorale Strategie sein, negative Konsequenzen zu vermeiden, als die Absicht zu Täuschen (Lewis, Stanger, Sullivan, 1989). Anschaulich beschreibt es Sodian, dass Zwei- bis Dreijährige leugnen, Schokolade gegessen zu haben, obwohl sie offensichtlich bekleckert sind (Sodian, 2008). Entwicklungspsychologisch bildet sich nach „Theory of Mind“-Forschungen die Fähigkeit der Unterscheidung von Überzeugung und Realität sowie der Differenzierung von Schein und Realität bei Drei- und Vierjährigen heraus (Flavell, Green, Flavell, 1986). Den moralischen Aspekt außer Acht lassend, können Zeichen des Täuschens und Lügens als Maßstab genommen werden, dass dem Kind das Verstehen der Gedanken des anderen bewusst ist (Baron-Cohen, 2001).

Nach der Entwicklung der sozialen Perspektivübernahme sind kleine Schwindeleien und Lügen bei Kleinkindern alltäglich vorzufinden und normal, um ihren eigenen Interessen deutlich nachzugehen (Matthys, Poustka, van Engeland, Resch, 2008). Im Alter von vier Jahren zeigt eine normale Entwicklung sowohl Interesse an Täuschungen als auch an ihrer beginnenden Praxis (Baron-Cohen, 2001).

Beim vorsätzlichen Lügen und Betrügen werden die Grenzen und Rechte anderer auf psychischer Ebene fundamental verletzt (Matthys, Poustka, van Engeland, Resch 2008). Das setzt eine höhere kognitive Entwicklungsleistung voraus, die das Kleinkind in der Regel noch nicht vollständig gelernt haben kann. Lügen und Betrügen stehen in enger Beziehung zu einem gewachsenen Schuldverständnis, und somit zum Verstehen um sich selbst in Beziehung zum anderen.

Kognitive Bewertungsprozesse des Selbst sind dabei gefordert (Eisenberg, 2000). Dieses Unrechtsverständnis wird aktiv zum eigenen Vorteil bewusst übergangen, was einer zusätzlichen psychologischen Leistung entspricht. Schuld ist eines der wesentlichen prosozialen Motive in moralischen Konfliktsituationen. Sie evoziert ein Gefühl des Bedauerns, welches im Selbst entsteht, wenn Leid und Schaden verursacht und danach dieses Fehlverhalten verstanden wurde (Hoffmann, 2000). Hinzu kommt die Fähigkeit der Perspektivübernahme von Nöten. In einer Studie kommen Malti und Buchmann zum Schluss, dass bei älteren Kindergartenkindern eine Schuldreaktion vorhanden ist, wobei Mitgefühl für diese Entwicklung der komplexeren Emotion Schuld keine Relevanz zu haben schien (Malti, Buchmann, 2010).

Um den Charakter des Lügens zu beleuchten, sind der soziale Hintergrund, der Moment des Ereignisses und das Entwicklungsalter des Handelnden wichtig. Sehr junge Kinder (frühestens ab ca. 18 Monaten) sind in der Lage, sich in bestimmte „Geschichten“ und Fantasiewelten zu bewegen in einem „So-tun-als-ob-Spiel“ und sind daher nicht überrascht, wenn andere Mitagierende Dinge sagen, die nicht der Realität entsprechen (Harris, 2000). Vierjährige Kinder zeigen im Vergleich zu Jüngeren eine abnehmende Tendenz des freien Fantasiespielens, was auf die fortschreitende mentale Entwicklung in kommunikativer Interaktion hindeutet (Airenti, Angelari, 2011).

Die Basis des Lügens ist die Möglichkeit zu täuschen, ohne den anderen manipulieren zu wollen. Um eigene Ziele zu erreichen, kann das Gegenüber von etwas älteren Kindern auch absichtlich belogen werden. Ältere Kinder sind fähig, sich unaufrichtig zu äußern, um im Sinne der situativen Höflichkeit, der sozialen Erwünschtheit des Gegenübers mittels sog. Notlügen[81] entgegenzukommen. Das zeigt sich bei vier- bis fünfjährigen Kindern. In diesem Alter beginnen sie, über den anderen nachzudenken und dessen Gefühle zu reflektieren (Airenti, Angelari, 2011; Popliger, Talwar, Crossman, 2011).[82] Die Fähigkeit zu betrügen und das Entdecken des Betruges wachsen mit dem Alter des Kindes. Im Laufe der Entwicklung werden sie „besser“ und erwerben komplexere Strategien zu Lügen (Airenti, Angelari, 2011; Popliger, Talwar, Crossman, 2011). Komplexes Betrügen kommt bei dreijährigen Kindern nicht vor, bei Vier- bis Fünfjährigen ist es

[81] Bei Kindern, die aus Höflichkeit logen („prosoziale Lügner“), war die Wahrscheinlichkeit höher, Eltern mit einem autoritären Erziehungsstil zu haben und weniger Ausdruck von positiven Emotionen (Popliger, Talwar, Crossman, 2011).

[82] In einer Studie zur Untersuchung der Aufrichtigkeit in der Kommunikation von drei- bis sechsjährigen Kindern zeigte sich, dass der Prozentsatz des Lügens mit dem Alter stieg und bei den Sechsjährigen bei 55 Prozent lag. Auch der Prozentsatz der Notlügen wuchs, überschritt jedoch nicht 44 Prozent bei älteren Kindern (Airenti, Angelari, 2010).

sehr selten zu finden, dagegen war es bei Sechsjährigen frequenter. Dabei war das komplexe Betrügen fast so häufig wie Lügen (Airenti, Angelari, 2011).[83]

2.4.2.1.5 Stehlen

Stehlen ist eine weitere Grenzstörung. Das Kind muss den Unterschied zwischen „Mein“ und „Dein“ gelernt haben. Grundlage dessen ist, das eigene Selbst zu erkennen und in Ansätzen zu reflektieren. Der eigene Wille ist vorherrschend. Das Verständnis von Schuld und Unrecht muss da sein, um von bewusstem Stehlen zu sprechen. Der dafür geforderte Entwicklungsstand beim Kind ist frühestens mit dem vierten/fünften Lebensalter erreicht. Erste Anzeichen dieser Art der Grenzüberschreitung können sich zeigen und auf eine weitere Ausprägung der Verhaltensstörung hinweisen.

2.4.2.1.6 Weglaufen

Wenn jüngere Kleinkinder weglaufen, geschieht das häufig aus Übermut und Interesse an Dingen oder für das Kind spannenden Ereignissen, die gerade in seinem Sichtfeld passieren und es von der momentanen Situation ablenken. Ihre Aufmerksamkeit ist erhöht und fokussiert auf das interessante Ziel. Meistens wähnen sich Kinder trotzdem in Sicherheit und der Nähe einer Bezugsperson und sind sich nicht bewusst, dass ihr schnelles und plötzliches Entfernen gegebenenfalls unbemerkt bleibt. Z.B. kann das Kind aus dem Laden verschwunden sein, weil draußen ein Bagger großartigen Krach macht. Oft sind es (hyper-)aktive, sehr umtriebige und furchtlose, offene Kinder. Das ist hier nicht im Sinne von Regelverletzungen und Sozialstörung zu sehen, sondern eher im Zusammenhang mit dem eigenen Antrieb und der Aufmerksamkeit.

Ältere Kleinkinder können Eltern und Erzieher herausfordern, um ihre Grenzen zu testen, wie weit sie im wahrsten Sinne gehen können. Sie entscheiden bewusst, sich von den Eltern/Erziehern zu entfernen, laufen aus einem sicheren beaufsichtigten Umfeld aus der Wohnungstür oder z.B. vom Spielplatz oder dem Kindergarten. Ist das ein häufiges Verhalten, kann das ein Anzeichen für eine weitere Ausprägung einer Sozialstörung sein.

2.4.2.1.7 Spielverhalten

Das Spiel[84] ist Selbstzweck und dient dem Einüben von Fertigkeiten[85] und sozialen Umgangsformen. Es kommt zu Transformationen der Realität und zu wiederholenden teils ritualisierten

---

[83] Studie mit 80 Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren eines normalen Kindergartens bzw. einer normalen Elementarschule ohne Entwicklungsstörungen: Jungen und Mädchen waren gleich verteilt.

[84] Die Entwicklungspsychologen Freud, Wygotski und Piaget sehen im Spiel die Funktion der Lebensbewältigung zu einem Zeitpunkt, wo dem Kind andere Möglichkeiten und Techniken noch nicht zur Verfügung stehen.

Tätigkeiten. Es beschreibt das, was das Kind beschäftigt, z.B. Geschwisterrivalität, Auseinandersetzung mit Krankheit oder Bestrafung. Die Tätigkeiten sind als Sinn in der Auseinandersetzung mit dem Selbst und seiner Umwelt zu sehen im Konstruieren, Darstellen, Erzählen oder im Handeln innerhalb von Regelspielen (Oerter, 2008). Damit verrät das Spiel viel über die Wahrnehmung, das Verhalten und den Entwicklungsstand des Kindes. Das Kind baut sich seine innere Erfahrungs- und Vorstellungswelt von Kategorien, Konzepten und Repräsentationen von der Umwelt und von sich selber auf (Papoušek, 2012a). Für die Entwicklung der Aufmerksamkeitsregulation stellen das Alleinspiel, spielerische Zwiegespräche und das gemeinsame Spiel die wichtigsten frühkindlichen Lernkontexte dar. Etwa ein Drittel[86] einer Spezialambulanzklientel für frühkindliche Regulationsstörungen leidet zusätzlich an einer auffälligen Spielunlust. Sie geht mit einer extrem kurzen Aufmerksamkeitsspanne, dysphorischer Unruhe und motorischer Umtriebigkeit einher (Papoušek, 2012a). Wie die Bindung gehört das Spiel zu den biologisch angelegten Grundbedürfnissen des Kindes. Ist die Bindung sicher und das Sicherheitsbedürfnis gestillt, hat das Kind den sicheren Raum für Neugier und Exploration (Papoušek, 2012a). Die Kommunikation im gemeinsamen Spiel hat eine zentrale Rolle bei der Entwicklung intersubjektiver Bezogenheit, geteilter Intentionalität, sozialer Kognition und Empathie. Oerter (2003) beschreibt die langfristige Ressource, die das gemeinsame und alleinige Spiel für den Aufbau einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung sowie für die kindliche Resilienz bringt (Papoušek, 2012a). Die Weiterentwicklung zum Symbolspiel und Rollenspiel übernimmt neue Funktionen der „Daseinsbewältigung“ hinsichtlich zu überwindender Entwicklungs- und Beziehungsthemen (Papoušek, 2012a).

Das Kind braucht bspw. die soziale Kompetenz, Signale für den spielerischen Charakter eines Raufens zu erkennen. Kinder mit dieser Voraussetzung können zwischen Spiel und ernsthaften Aggressionen unterscheiden. Auch das kooperative Rollenspiel ist ein soziales Spiel und ermöglicht, sich auf einen Spielrahmen beziehen zu können. Somit fördert es die Fähigkeit zur wechselseitigen Beobachtung und zu empathischem Verhalten (Theory of Mind), was mit ca. vier Jahren gegeben ist. Das Symbolspiel „Als-ob-Spiel“ fordert kognitive Leistungen des Verständnisses mentaler Prozesse über sich und andere, Glaube und Denken (Theory of Mind), die frühestens im zweiten Lebensjahr beginnen (Oerter, 2008).

---

[85] Sind motorische, kognitive oder sprachliche Fähigkeiten erworben und vom prozeduralen Gedächtnis abrufbar, werden diese vom Kind gerne und stetig in spielerischer Art und Weise benutzt und damit verarbeitet sowie weiter vertieft (Oerter, 2008).

[86] 90 Prozent dieser Kinder waren in den ersten Lebensmonaten exzessive Schreikinder. Die Spielunlust war bei 80 bis 90 Prozent assoziiert mit Schlafstörungen, im Kleinkindalter häufig mit Trotz- und aggressiv-oppositionellem Verhalten (Papoušek, 2012a).

2.4.2.2 Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle

Die folgend behandelten Symptome einer Störung des Antriebs, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle lassen sich mit den übergeordneten Diagnosen der AD(H)S „Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung“ (nach DSM-IV) und der HKS „Hyperkinetische Störung (nach der ICD-10) in Verbindung bringen.[87] Sie beschreiben ihre Leitsymptomatik. Das hyperkinetische Verhalten stellt das Hauptproblem des Störungsbereiches dar. Es kennzeichnet meist einen frühen Beginn in den ersten fünf Lebensjahren mit einer Tendenz zur Persistenz[88] (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; von Gontard, 2010). Der Beginn der Leitsymptome muss vor dem Alter von sechs Jahren liegen und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen auftreten (Döpfner, Lehmkuhl, Schepker, Frölich, 2007). Die typische hyperkinetische Störung ist bei Jungen häufiger als bei Mädchen vorzufinden (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Diehl, 2012). Für die Diagnose müssen die Symptome mindestens seit sechs Monaten persistieren. (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Die erste Diagnosestellung erfolgt gewöhnlich in der Grundschulzeit. Eine vorherige Sensibilisierung und Fokussierung auf diesen Störungsbereich ist im Kleinkindalter und insbesondere im Säuglingsalter aufgrund des variableren charakteristischen Verhaltens wesentlich schwieriger. So ist es sinnvoll, viele verschiedene Verhaltensweisen zu erfragen (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Herausfordernd in der Diagnostik sind das nicht lineare Entwicklungsverhalten und die besondere Situationsabhängigkeit. Die Zahl der Verdachtsfälle übersteigt die der Diagnosen erheblich. Bei der Hälfte der Fälle bleibt die ADHS bzw. der Verdacht bestehen (Diehl, 2012).

Klassische Symptome wie Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung lassen sich im Kleinkindalter vermehrt beobachten. Die Kombination der Merkmale des Temperamentes von Hyperaktivität, Irritierbarkeit und der Kognition, verdeutlicht durch das Sprachverständnis, sind aussagekräftige Prädiktoren[89] (Esser, Fischer, Wyschkorn, Laucht, Schmidt, 2007).

Romano, Tremblay, Farhat und Côté (2006) zeigten in einer Studie[90], dass etwa sieben von 100 Kleinkindern ein besonders hohes Level an Hyperaktivität aufwiesen, das über die Zeit persis-

---

[87] Eine Abgrenzung zu folgenden Diagnosen ist zu sehen: Störung des Sozialverhaltens (häufige Komorbidität), Angst, Depression und reaktive Störung (selten) (von Gontard, 2010).

[88] Mindestens 50 Prozent der Vorschulkinder mit ADHS werden im Alter von sechs bis neun Jahren auffällig sein. Das Risiko für Komorbiditäten weiterer psychischen Störungen ist dazu hoch. (von Gontard, 2010). Nach Lee, Lahey, Owens, Hinshaw (2008) zeigt sich in einer Nachuntersuchung von 11 bis 14-jährigen, ehemalige Vorschulkinder mit ADHS, eine erhöhte Rate von ADHS, externalisierenden und internalisierenden Störungen, von Problemen im Beziehungsverhalten und Defiziten von Leistungen.

[89] Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie konnte bei 65,4 Prozent der Kinder im Kleinkindalter mittels dieser Prädiktoren eine ADHS korrekt vorhergesagt werden. Nach sechs Jahren waren diese Kinder tatsächlich auffällig (Esser, Fischer, Wyschkorn, Laucht, Schmidt, 2007).

[90] Prospektive Studie anhand einer Befragung über das Verhalten und familiäre Umfeld von rund 22800 kanadischen Kindern innerhalb des Altersverlaufs von 23 Monaten bis sieben Jahren. Sie identifizierte vier Verlaufswege der Hyperaktivität: „very low“ 4,5 Prozent, „low“ 42 Prozent, „moderate“ 46,4 Prozent, „high“ 7,2 Prozent.

tierte bzw. sich steigerte. Dagegen hatten die meisten der Kinder ein moderates bis geringes Level an Hyperaktivität und die Frequenz an hyperaktiven Symptomen verringerte sich eher oder blieb gleich in dem untersuchten Alter vom 23. Lebensmonat an bis zum siebten Lebensjahr. Als signifikante Prädiktoren[91] wurden psychosoziale Faktoren deutlich.

Bei Säuglingen können ungünstige Temperamentsmerkmale den Weg zu Störungsverhalten dieses Bereiches bereiten. Dies ist aber nicht zwingend notwendig (Döpfner, Lehmkuhl, Schepker, Frölich, 2007). Zu erwähnen sei, dass Diagnosen wie HKS oder ADHS innerhalb der Klassifikation der DC:0-3R (Zero To Three, 2005) nicht vorkommen. Die Symptome dieser Diagnosen lassen sich teilweise bei den Regulationsstörungen in der DC:0-3R (Zero To Three, 2005) wiederfinden. Ab einem Alter von zwei Jahren lässt sich die Diagnose einer ADHS nach den Kriterien des DSM-IV sicher stellen (Egger, Angold, 2006). Zweijährige zeigten eindeutige kognitive Defizite in der allgemeinen geistigen Entwicklung sowie im Sprachverständnis und Sprechen. Dazu fallen sie durch einen Rückstand der nonverbalen Intelligenz auf (Esser, Fischer, Wyschkorn, Laucht, Schmidt, 2007). Allgemein haben Betroffene häufig chronische Schlafstörungen[92] (Straßburg, 2008). Später sind begleitende schulische (Teilleistungs-)Schwierigkeiten, Lese-/Rechtschreib-Störungen nicht selten (60 bis 85 Prozent nach Diehl (2012), 15 bis 30 Prozent nach Straßburg (2008)). Oft sind die Kinder chronisch unter- oder auch überfordert und zeigen deshalb Verhaltensauffälligkeiten (Straßburg, 2008).

Bis zu 80 Prozent der ADHS-Patienten weisen komorbide psychische Störungen wie z.B. Sozialverhaltensstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen auf. Emotionale Störungen werden häufig übersehen (Döpfner, Lehmkuhl, Schepker, Frölich, 2007). Auch Tic-Störungen treten häufig gemeinsam auf. Jeder fünfte ADHS Fall hat eine begleitende ausgeprägte Tic-Störung (dagegen haben 50 bis 60 Prozent der Kinder mit Tic-Störungen eine ADHS) (Diehl, 2012).

2.4.2.2.1 Antriebsarmut/Verlangsamung

Antriebsarmut und Verlangsamung beschreiben oft einen sog. Subtyp der Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität. Charakteristikum dafür ist der sog. „Träumer“, der ganz in seiner Welt abgelenkt und zufrieden scheint und auf äußere Stimuli wenig reagiert; äußere Reize können ihn sogar eher hemmen. Alltägliche Verrichtungen wie bspw. Anziehen, Essen, Treppen steigen etc. brauchen übermäßig lang. Oft zeigt das Kind mangelnde Energie für Eigeninitiative und ist un-

[91] Rauchen in der Schwangerschaft, männliches Geschlecht, mütterliche Depression und eine feindliche Elternschaft sind deutliche Risikofaktoren für eine hohe und anhaltende Hyperaktivität (Romano, Tremblay, Farhat, Côté, 2006).
[92] Bei 15 bis 40 Prozent lassen sich besonders während der Einschlafphase im EEG Veränderungen aufzeigen, wie z.B. ein sog. Rolando-Fokus mit zentrotemporaler „sharp-wave“ (Straßburg, 2008).

konzentriert. Die Kinder verhalten sich eher still und introvertiert gegenüber anderen. Beim hyposensitiven/unterreagierenden Subtyp der Regulationsstörung in der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) werden die Kinder als ruhig, zurückhaltend, beobachtend, nicht responsiv und unerreichbar, traurig und uninteressiert charakterisiert. Die motorische Exploration ist limitiert, das Spielrepertoire restriktiv, die Kinder wirken lethargisch und suchen oft einen spezifischen, hohen sensorischen Reiz. Sie wirken apathisch, passiv und müde, sie haben mangelndes Interesse an verschiedenen Spielsachen oder auch an sozialen Interaktionen, sie sind unaufmerksam (Zero to Three, 2005; von Hofacker et al., 2007).

Säuglinge äußern sich durch auffallende Bewegungsarmut als sog. „pflegeleichte Säuglinge“ (Straßburg, 2008). Sie haben eine hypotone Körperspannung, sind wenig explorativ, haben dabei eine sozial eingeschränkte Kontaktaufnahme und lautieren wenig. Bei Säuglingen kann sich die Antriebsarmut auch durch ein träges Trinkverhalten, wie z.B. durch kraftloses Saugen äußern. Außerdem schlafen sie oft beim Trinken ein und sind anhaltend bzw. schlecht zu animieren, weiter zu saugen.

2.4.2.2.2 Antriebssteigerung/motorische Unruhe

Vermehrte motorische Unruhe ist vor allem im Kleinkindalter physiologisch. So zeigen Kinder eine sehr variable Bewegungsunruhe (Straßburg, 2008). Das Zusammenspiel vieler Faktoren ist wesentlich für das Aufspüren grenzwertiger bis störungsbedingter Antriebssteigerung. Oft beobachten Eltern das erste Mal eine übermäßige motorische Aktivität des Kindes, wenn die Kinder gerade ihre ersten Schritte tun und ihre eigene Mobilität entdecken und wahrnehmen (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Sie sind ständig in Bewegung (Egger, Angold, 2006) und unterwegs, fordern in ihren beginnenden raumgreifenden Aktionen heraus, klettern auf Möbel und sind schon zur Tür hinausgegangen, ohne sich (weiter) anzuziehen. Die motorische Unruhe ist geprägt durch eine desorganisierte, mangelhaft regulierte Aktivität, wie häufiges Anstoßen, Stolpern, motorisches Ungeschick, verkrampfte Stifthaltung (Diehl, 2012) und überschießende Aktivität. Besonders in Situationen, die Ruhe und Konzentration erfordern, ist die exzessive Ruhelosigkeit bedeutsam. Hier ist ein sog. zappeliges Verhalten und Rastlosigkeit gemeint, was deutlich abzugrenzen ist von repetitiven stereotypen Bewegungsmustern. Motorische Koordinationsstörungen gehen oft mit einem erhöhten Unfallrisiko einher (von Gontard, 2010). Die Kinder zeigen häufige Probleme in der Grob- und Feinmotorik (Straßburg, 2008). Das Spielverhalten ist unnötig laut. Anhaltende exzessive motorische Aktivität ist durch Verbote oder auch durch einen gemäßigten sozialen Kontext nicht ausschlaggebend beeinflussbar. Motorische und sprachliche Entwicklungsverzögerungen (nach Diehl (2012) bei jedem zweiten Kind), sind nicht selten assoziiert (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Ein nicht zielgerichteter exzessiver Gebrauch der

Motorik im Sinne der Hyperaktivität scheint mit einer Schwierigkeit der sprachlichen Symbolisierung zusammenzuhängen. Das zeigt sich insbesondere, wenn eine mögliche Ruhe das Kind mit unerträglichen Gefühlen konfrontieren würde (Bürgin, Steck, 2007). Das Reden ist häufig und dazu übermäßig (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Das Beziehungsverhalten ist zu Gleichaltrigen und der Familie erschwert und problematisch aufgrund von erhöhtem Stressverhalten. Die Kinder haben wenig Freundschaften und dabei eingeschränkte soziale Kompetenzen (von Gontard, 2010; Lehmkuhl, Konrad, Döpfner, 2008).

Säuglinge können ein exzessives Aktivitätslevel zeigen, oft sind es „Schreibabys" (Häßler, Reis, 2005). Das exzessive Schreien[93] im ersten Lebensjahr ist charakterisiert durch plötzlich anfallartige, unstillbare Schrei- und Unruheperioden aus scheinbarem Wohlempfinden heraus (Ziegenhain, Kries, 2009), die zeitlich an physiologische Reifungs- und Anpassungsprozesse gebunden sind, häufig dabei in Zusammenhang mit Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation (verminderter Gesamtschlaf, kurzer Tagesschlaf von weniger als 30 Minuten, Einschlafprobleme) (von Hofacker et al., 2007). Der Säugling zieht seine Knie gegen das angespannte, geblähte Abdomen. Starke Flatulenzen sind üblich. Die generelle Ruhelosigkeit und die anfallartigen irritablen Schreiintervalle gehen von Minuten bis Stunden. Typisch ist das Auftreten während der Abendstunden (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, Detwiler, 1954). Per definitionem[94] beträgt das Schreien zeitlich mehr als drei Stunden pro Tag für mindestens drei Tage pro Woche für mindestens drei Wochen (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, Detwiler, 1954; von Gontard, 2010), dabei mit hochfrequenter Qualität und aversiver Intensität (von Hofacker et al., 2007).

Beschränkt sich exzessiv vermehrtes Schreien auf die ersten drei Lebensmonate ist es von „benigner Symptomatik". Darüber hinaus[95] ist es verlängert und oft assoziiert mit Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten (Wolke, 2002), wie bspw. weiteren Symptomen von Regulationsstörungen sowie einem erhöhten Risiko einer späteren ADHS und Schulschwierigkeiten (Ziegenhain, Kries, 2009). Auch in den Leitlinien „Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter" der DGKJP (2007) wird die persistierende Schrei- und Unruheneigung bei Säuglingen über sechs Monate hinaus als Teilsymptom alters- und entwicklungsphasen-spezifischer Störung der Verhaltensregulation gesehen (von Hofacker et al., 2007; von Gontard, 2010). Säuglinge mit

---

[93] Charakteristischer Verlauf ist ein Maximum in den frühen Abendstunden. Beginn ist bis zur sechsten Woche mit höchster Prävalenz zwischen der sechsten und achten Lebenswoche und deutlicher Abnahme bis zur 12. Woche. Allgemeine Schätzungen des Auftretens liegen bei 2,2 bis 17,8 Prozent der Säuglinge (vgl. Ziegenhain, Kries, 2009). Auch in anderen Kulturen, wie z.B. in Afrika tritt das exzessive Schreien auf (vgl. Ziegenhain, Kries, 2009; Soltis, 2004)).

[94] Sog. „Wessel-Kriterien", benannt nach dem Erstbeschreiber 1954 (Ziegenhain, Kries, 2009). Diese Kriterien werden nur relativ selten objektiv erreicht, – viele Mütter, die ihrem Baby gegenüber verunsichert bzw. ambivalent eingestellt sind, empfinden die Unruhe subjektiv stärker als sie objektiv nachweisbar ist (Straßburg, 2008).

[95] Etwa ein Drittel der Schreikinder schreit auch noch im vierten Lebensmonat (Ziegenhain, Kries, 2009).

Antriebssteigerung sind unausgeglichen und haben eine emotionale Irritabilität. Wegen des stark angehobenen psychophysiologischen Aktivitätsniveaus kommt es sekundär zur gestressten, negativen Eltern-Kind-Interaktion[96] (Häßler, Reis, 2005). Wessel und Kollegen (1954) sprechen von „paroxysmal fussing“ oder „infantile colic“ und bewerten diese als möglicherweise eine der frühesten somatischen Antworten auf das Erleben von Spannungen im engsten Lebensumfeld (Wessel, Cobb, Harris, Jackson, Detwiler, 1954).[97]

Bis zum sechsten Lebensmonat geht das Schreien meist mit einer günstigen Entwicklungsprognose einher. Darüber hinaus sind an Interaktions- oder Entwicklungsstörungen bis hin zu genetischen Anomalien oder Krankheiten aus dem Autismus-Spektrum zu denken. Bei exzessivem Schreien ab dem ersten Lebensjahr entwickelt sich bei ca. 20 Prozent im späteren Schulalter eine ADHS (Straßburg, 2008). Ungefähr 60 Prozent der betroffenen Kinder waren schon als Säuglinge auffällig, überwiegend durch vermehrtes Schreien und übermäßig gesteigerte Bewegungsunruhe (Straßburg, 2008). Bei Säuglingen kann sich eine Antriebssteigerung auch in sehr unruhigem Trinkverhalten zeigen, sei es bei der Mutter an der Brust oder durch die Flasche. Das Kind verschluckt sich häufig, ist angespannt, strampelt dabei vermehrt mit Armen und Beinen und ist durch die Stillende schwer zu beruhigen.

2.4.2.2.3 Impulsivität

Die Impulsivität äußert sich z.B. in verbaler, motorischer und auch in kognitiver Reaktion. Häufig erlebt man achtlose Kinder, die handeln, ohne vorher auch nur im geringsten nachzudenken. Für Außenstehende ist das Verhalten in der Situation unangemessen und unkontrolliert. Die Kinder sind häufiger unfallgefährdet. In der Beziehung zu Erwachsenen wirken sie oft distanzgemindert ohne eine natürliche Vorsicht und Zurückhaltung. Bei Gleichaltrigen sind sie eher auf-

---

[96] Allein die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion beim sechs Monate alten Säugling ermöglicht eine verlässliche Vorhersage für das Risiko einer später auftretenden ADHS-Diagnose. Von Lüpke (2006) beschreibt die Interaktion als „entgleisten Dialog“ von Eltern und Kind. Der Stillstand der Interaktion nach dem Entgleisen will recht verzweifelt durch rege Bewegungen des Kindes aufgehoben werden (von Lüpke, 2006).

[97] Wessel und Kollegen (1954) an der Yale University/USA untersuchten in einer ersten Studie das „paroxysmal fussing“, “irritable/compulsive crying“ oder „infantile colic“. Diese sind alle Begriffe aus der Zeit, die die Symptome des „exzessiven Schreiens“ charakterisieren. Hintergrund war der verschiedenartige Erklärungsansatz einer Ätiologie: Ein angeborener Hypertonus mit abnormaler Sensitivität des vegetativen Nervensystems (sogar mit Behandlung durch Atropin und Phenobarbital (Neff (1940)), allergischer Genese mit Entstehung von Ekzemen in der Kindheit (Todd 1938), physiologischer Unreife des Intestinaltraktes assoziiert mit abnormaler peristaltischer Aktivität und elterlichem Einfluss durch ängstliche, nervöse Anspannungen (Spock 1944). Wessel und Kollegen (1954) untersuchten 98 Säuglinge. 48 von diesen waren „paroxysmal fussers“, von denen wiederum 25 „seriously fussy“ waren. 46 Prozent hatten ein gespanntes Familienumfeld, 18,6 Prozent zeigten ein gespanntes Familienumfeld mit Allergien, 12,4 Prozent nur Allergien und bei 23 Prozent war keine Ursache zu verzeichnen. Der Beginn des „paroxysmal fussing“ war gewöhnlich in der zweiten/dritten Lebenswoche und das Auftreten meistens am Tagesende, was einen physiologischen Faktor andeutete. Warum das „fussing“ nach zwei bis drei Monaten aufhörte, obwohl die gespannte Familiensituation fortdauerte, wurde mit der Entwicklung des Kindes erklärt, seine Aufmerksamkeit auf anderem Wege einzufordern, wie z.B. in kleinen Spielsituationen oder die gelernte Selbstbeschäftigung mit seinen eigenen Händen und Augen (Wessel, Cobb, Harris, Jackson, Detwiler, 1954).

grund ihrer übersprühenden Aktivität unbeliebt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Ihre soziale Kompetenz ist eingeschränkt, der innerfamiliäre Stress ist erhöht, die Interaktion mit Eltern problematisch und die Beziehung zu Gleichaltrigen ist erschwert (von Gontard, 2010). Das gilt auch für die oben genannte Hyperaktivität. Weitere Charakteristika sind Ungeduld und die Schwierigkeit, Reaktionen zurückzuhalten bis sie an der Reihe sind (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Das Kind unterbricht oft (Egger, Angold, 2006). Die Frustrationstoleranz ist erniedrigt. Die Impulsivität zeigt die Unfähigkeit eines bewusst gesteuerten, zielorientierten Verhaltens. Eigene definierte Selbstregulation ist erschwert möglich. Dem Kind ist es nicht möglich, einen Belohnungsaufschub auszuhalten und dabei eventuell vorübergehende Unannehmlichkeiten kurzzeitig zu ertragen. Das Verhalten ist dazu nicht mittels einer Anweisung von außen erfolgversprechend zu unterdrücken oder weniger stark auszudrücken. Das sog. Konzept der „effortful control“ ist für zweieinhalbjährige Kinder charakteristisch und am stärksten ausgeprägt (Kochanska, Knaack, 2003). Ist die „effortful control“ mit zwei bis vier Jahren schlecht ausgeprägt, ist das Risiko für „undercontrolled behaviors“ erhöht. Das ist ein früher Prädiktor für externalisierende Verhaltensprobleme (Kochanska, Knaack, 2003). Bei Zweijährigen wurden vermehrte Wutanfälle und Ungehorsam sowie Unaufmerksamkeit und Irritierbarkeit beobachtet (Esser, Fischer, Wyschkorn, Laucht, Schmidt, 2007). Die Kinder suchen aktiv ein hohes Ausmaß an sensorischen Reizen (Zero to Three, 2005). Sie sind rücksichtslos, haben ein hohes Aktivitätslevel, müssen sich motorisch auspowern, haben erhöhte Verletzungs- und Unfallgefahr ohne psychomotorische Unbeholfenheit. Vorschulkinder beschäftigten sich häufig mit aggressiven Themen im „So-tun-als-ob-Spiel“ (Zero to Three, 2005). Während des dritten Lebensjahres macht sich die Selbstbewusstheit bei Kindern deutlich. Diese Stärke der Selbstbewusstheit äußert sich entwicklungsgerecht in der Tendenz zur Selbstbehauptung, der Formulierung des eigenen Willens, die ein deutliches Trotzverhalten kennzeichnet (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005; Häßler, Reis, 2005). Herausfordernd dazu abzugrenzen ist demnach ein deutlich gesteigertes verstärktes Trotzverhalten, was den entwicklungsbedingten Rahmen aus dem Kontext heraus überschreitet. Die Wut kann sich bis hin zu Affektkrämpfen steigern. Eine Londoner Studie beschreibt den Zusammenhang zwischen einer gesteigerten Gewichtszunahme im kritischen Fenster innerhalb der ersten drei Lebensmonate und einer vermehrt auftretenden Impulsivität ab dem zweiten Lebensjahr (Burton et al., 2011). Säuglinge äußern sich durch hartnäckiges kräftiges und anfallartiges Schreien. Dieses passiert oft „aus heiterem Himmel“. Dabei ist eine deutlich gesteigerte Körperspannung und -bewegung sichtbar (Zero to Three, 2005). Der Säugling lässt sich schwer beruhigen (von Hofacker et al., 2007).

2.4.2.2.4 Aufmerksamkeitsstörung

Der Aufmerksamkeit werden neurobiologische Korrelate zugeschrieben als ein Aspekt der kognitiven Leistungsfähigkeit in Wechselwirkung mit genetischer Disposition und modulierenden Umweltfaktoren, die die Hirnentwicklung beeinflussen und zu beobachtbaren Verhaltensauffälligkeiten führen (Diehl, 2012). Die Störung ist ein Mangel an Aufmerksamkeit und Ausdauer, die einen Einsatz von kognitiven Fähigkeiten fordern. Es besteht die Tendenz eines schnellen Hin-und-her-Wechselns der Tätigkeiten, ohne eine dieser abzuschließen (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Die Kinder sind durch gesteigerte Wahrnehmung sensorischer und perzeptiver Reize sehr leicht ablenkbar (Egger, Angold, 2006). Es besteht ein hohes Ausmaß an Irritabilität. Typisch sind eine Temperatur- und Schmerzunempfindlichkeit, eine taktile Abwehr, Enuresis und Enkopresis. Fast jedes zweite Kind mit ADHS weist sensomotorische Störungen auf. Die Eigenwahrnehmung und somit die Körperkoordination ist in Dysbalance (Diehl, 2012). Oft wird ein geistig abwesender Eindruck beobachtet. Das aktive Zuhören ist nur erschwert möglich, es scheint, dass gerade Gesagtes nicht gehört bzw. wahrgenommen wird (Egger, Angold, 2006; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Esser, Fischer, Wyschkorn, Laucht und Schmidt (2007) beobachteten eine deutliche Unaufmerksamkeit bei auffälligen Zweijährigen.

Aus psychoanalytischen Überlegungen heraus schreiben Bürgin und Steck (2007), dass sich die Funktion der Aufmerksamkeit in einem interpersonellen Kontext entwickelt oder im Experimentieren des Säuglings mit der dinglichen Umgebung. Die Aufmerksamkeitsstörung ist eine sehr früh erworbene Dysfunktion des Ichs. Die primäre Bezugsperson besitzt mangelnde Kapazität des „Containments“. Sie kann dem Säugling bzw. Kleinkind keine Hilfestellung geben bei der Entwicklung des „Wartens“ und somit der verzögerten Wunscherfüllung, einen gemeinsamen „Intermediärbereich“ aufzubauen, Lust am Spielen zu fördern oder Raum für andere Abwehrformen als nur die manische Abwehr zu schaffen. Schwierigkeiten tauchen auf, wenn die Aufmerksamkeit auf etwas gerichtet sein soll, was beim Kind kein Eigenbedürfnis ist, sondern fremden Interessen entspricht (Bürgin, Steck, 2007).

Entwicklungsphysiologisch hören Kinder seit der Geburt bzw. ist das akustische System gut entwickelt. Sie stellen ihre körperlichen Bewegungen ein, wenn sie Geräusche hören, ab dem zweiten Monat etwa beginnen sie langsam, ihren Blick und Aufmerksamkeit suchend zur Geräuschquelle zu wenden (Flehmig, 2007; Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Auch bei Säuglingen zeigen sich Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. Störungen der Kontaktaufnahme (vgl. Kapitel 2.4.1), Trinkstörungen, Schlafstörungen oder Schreien (s.o. Antriebssteigerung) (Straßburg, 2008). Eltern beklagen, dass sie das Kind keinen Moment ablegen können. Das Kind sei unzu-

frieden, quengelig und fordere stetige Aufmerksamkeit und ein Bespielen, ohne dass es sich selbst auf eine längere Exploration einlassen kann. Spielsachen sind schnell uninteressant, der Säugling bzw. das Kleinkind zeigt sich gelangweilt und ziellos (Papoušek, 2012a).

Das Symptom der „Unaufmerksamkeit“ kommt als Subtyp in sehr geringem Maße vor, so dass dieser isoliert gesehen fast zu vernachlässigen ist (Egger, Angold, 2006). Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass die sog. ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) in der frühen Kindheit eigentlich nicht vorkommt, die Unaufmerksamkeit meist im kombinierten Subtyp, also zusammen mit der Hyperaktivität und Impulsivität, vorzufinden ist (von Gontard, 2010).

2.4.2.3 Psychomotorik

Der Muskeltonus ist im wesentlichen Ausdruck des Erregungszustandes der Muskulatur aufgrund neuronaler Entladung. Abhängig ist er u.a. von Alter, zentraler Erregung, sensorisch Einflüssen und der Vigilanz (Straßburg, 2008). Intrauterine Bewegungen sind das erste eigenständige Kommunikationsmittel zwischen dem Kind und der Mutter. Nach der Geburt besteht dann die Wahrnehmungseinheit von psychischer und physischer Bewegung. Die Bewegung bleibt eigenständiges Ausdrucksmittel des Kindes für seine tiefe Befindlichkeit und ist weiterhin Kommunikationsmittel für den Austausch zu engen Bezugspersonen und weiterem sozialen Umfeld. Wird die Beziehungskontinuität unterbrochen, so Mahler (1986), hinterlässt dies Spuren in regressiven psychomotorischen Bewegungsmustern, wie Apathie, Jaktationen und vermehrter motorischer Unruhe (Bürgin, Steck, 2007).

Die Psychomotorik[98] veranschaulicht das jeweils an der spontanen Motorik ablesbare Resultat des Zusammenwirkens von Wahrnehmung, Erleben und Handlung im Bewegungsverhalten motorischer Funktionen der emotionalen und kognitiven Persönlichkeit (Remschmidt, 2007). So lassen sich durch unten beschriebene typische Bewegungsausprägungen psychische Störungen oder Auffälligkeiten beobachten. Nach einer Studie[99] von Koglin, Petermann, Helmsen und Petermann (2008) zeigen 14,8 Prozent der Kindergartenkinder Auffälligkeiten in ihrer Haltungs- und Bewegungssteuerung. Fein- und Visuomotorik waren bei 19,4 Prozent auffällig. Sie sahen eine gegenseitige Beeinflussung der kognitiven Entwicklung und der Entwicklung der Fein- und Visuomotorik, die besonders bei jungen Kindern zu erwarten ist. Die Koordination von visuellen

[98] Sigmund Freud (1911) beschreibt die Beherrschung der Motilität als eine der wichtigsten Funktionen des reifen Ichs. Die motorische Abreaktion diene der seelischen Entlastung vor zunehmendem Reizzuwachs (von Lüpke, 1985).

[99] Studie mit 336 teilnehmenden Kindern aus 13 Kindertagesstätten in Mannheim (53,9 Prozent Jungen, 46,1 Prozent Mädchen). Ergebnis der deutschen Kindergartenkinder (Koglin, Petermann, Helmsen, Petermann, 2008).

und motorischen Informationen wiesen eine deutliche kognitive Komponente auf (Koglin, Petermann, Helmsen, Petermann, 2008).

Tic-Störungen entwickeln sich nach den Leitlinien „Ticstörungen“ der DGKJP (Rothenberger, Banaschewski, Roessner, 2007) um das siebte Lebensjahr herum, nach Definition vor dem achtzehnten Lebensjahr. Tic-Störungen schließen das Tourette-Syndrom mit ein, das einen typischen Beginn in der Kindheit, meist um das fünfte bis sechste Lebensjahr zeigt. Die Störungen zeigen sich in einem sehr heterogenen Bild. Durchschnittlich braucht es fünf Jahre von den ersten Anzeichen bis zur Diagnosestellung[100] (Cath et al., 2011). Tic-Störungen, die auch Kinder mit hyperkinetischem Syndrom betreffen (bis zu 30 Prozent), zeigen sich ab dem zweiten Lebensjahr. Sie beginnen aber meistens im Grundschulalter. Teilweise sind sie vorübergehend, teils chronisch und schwerwiegend und behindern das Leben tiefgreifend (Warnke, Lehmkuhl, 2011). Bei Tic-Störungen allgemein wird von einem mittleren Erkrankungsalter um das fünfte Lebensjahr berichtet, wobei die europäischen klinischen Leitlinien für die Beurteilung eines Tourette-Syndroms und anderen Tic-Störungen auch bei 40 Prozent der Patienten einen früheren Beginn feststellen konnten (Cath et al., 2011). Komplexe generalisierte Tics erscheinen später als einfache motorische oder vokale Tics. Die schlechteste Periode zeigt sich etwa zwischen dem achten bis 12. Lebensjahr (Cath et al., 2011), am Anfang der zweiten Dekade mit einem Rückgang der Symptome um das 19. bis 20. Lebensjahr (Leckman, 2012). Das männliche Geschlecht ist wesentlich häufiger betroffen als das weibliche (Leckman, 2012; Cath et al., 2011; Du et al., 2010; Leckman, 2010).

Tic-Störungen in der Kindheit sind oft assoziiert mit Komorbiditäten (79 Prozent). Eine ADHS tritt z.B. in der Mehrzahl der Fälle vor Ausbruch der Tic-Symptomatik, ein Drittel danach auf (Cath et al., 2011). Etwa 60 bis 70 Prozent (Du et al., 2010) haben eine begleitende ADHS, deren Symptome länger anhalten und oft schwerwiegender sind als der Tic selber (Cath et al., 2011). Auch können bei schwerer Störung im Erwachsenenalter Zwangsstörungen auftreten, die ca. zwei Jahre nach dem Tic-Peak bei ca. 30 bis 50 Prozent von Tourette-Patienten auftreten (Du et al., 2010). Des Weiteren sind Feinmotorikstörungen, Lernstörungen, Angststörungen, Affektive Störungsbilder, Schlafstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen nicht selten (Cath et al., 2011; Leckman, 2012; Du et al., 2010; Rothenberger, Banaschewski, Roessner, 2007). Ist die Dauer der Tic-Störung weniger als 12 Monate und dabei länger als vier Wochen täglich auftretend, wird sie als vorübergehende Tic-Störung gesehen (Cath et al., 2011; Leckman, 2012; Rem-

[100] Motorische Tics suggerieren häufig andere unwillkürliche Bewegungsstörungen, wie z.B. choreatische Bewegungsstörungen, Dystonien, Myoklonus, Spätdyskinesien, hyperkinetische Störungen und erschweren oft eine Diagnosestellung (Du et al., 2010).

schmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Die meisten Kleinkinder haben eine vorübergehende Tic-Störung und erleben nach einiger Zeit spontanes Sistieren der Symptome. Typisch bei Kleinkindern ist, dass ein sensomotorisches Vorgefühl noch nicht erkennbar ist und dass die Tics meistens noch nicht willentlich unterdrückbar sind. Tics können vermehrt bei Entspannung, wie bspw. Fernsehschauen, ausgelöst werden und verringern sich, sistieren sogar bei vergrößerter Aufmerksamkeit, wie bspw. beim Spiel eines Instrumentes (Cath et al., 2011; Leckman, 2012).

Gerade im Säuglings- und frühen Kindesalter von null bis zwei Jahren ist die Psychomotorik noch in der Entwicklungsphase, sog. Stereotypien und Vokalisationen bzw. Lautäußerungen, willkürliche oder auch unwillkürliche Bewegungen sind physiologisch. Das Kind ist neugierig zu lernen, auszuprobieren, übt Äußerungen aller Art immer wieder, ob motorisch, mimisch, gestikulierend oder vokal lautierend, was für eine gesunde Entwicklung des Kindes notwendig und wichtig ist. In diesem Falle ist es auffällig, wenn diese ersten Etappen, Versuche und Entwicklungsschritte fehlen. Nach dem dritten Lebensjahr sind jedoch Stereotypien bei gesunden Kindern relativ selten (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Einen „Störungsbeginn“ bzw. erste kleine Anzeichen einer psychomotorischen Eigenart oder Veränderung ist nach obigen Erläuterungen allerfrühestens ab dem 36. Lebensmonat zu erwarten. Dabei stehen motorische Tics und Stereotypien an erster Stelle. Vielen Zwängen, Tics und Stereotypien liegen psychische Störungen zugrunde, aber auch genetisch bedingte Behinderungssyndrome.[101]

2.4.2.3.1 Motorische Tics

Motorische Tics beginnen meist in der frühen Kindheit (s.o.) und zeigen sich als erste Tic-Ausprägung (Cath et al., 2011; Leckman, 2012). Meistens handelt es sich gerade im jüngeren Kindesalter hierbei um „vorübergehende Tic-Störungen“, die keine wesentlichen Folgeerscheinungen mit sich bringen (Cath et al., 2011; Snider et al., 2002). Geschätzt liegt die Prävalenz bei sechs bis 20 Prozent (Du et al., 2010). Signifikant häufiger sind sie in den Wintermonaten zu beobachten (Snider et al., 2002). Motorische Tics sind charakterisiert durch kurze, plötzliche, im frühen Kindesalter erst unaufhaltsame, unangemessene, einschießende, nicht rhythmische, wiederkehrende unwillkürliche Muskelbewegungen. Häufig zeigen sich Tics im Gesicht, Nacken- und Schulterbereich. Es sind Symptome, wie Augenblinzeln (der frequenteste Tic), Stirnrunzeln, Nase-, Mund- sowie Schulterzucken (Leckman, 2012; Cath et al., 2011, Du et al., 2010). Sie haben im Gegensatz zum starren Muster der Stereotypien ein variables Erscheinungsbild

[101] Genetisch bedingte Behinderungssyndrome, die gekennzeichnet sind von Tic- und Zwangsymptomatik und Stereotypien: Das Rett-Syndrom, das Cri-du-Chat-Syndrom, das Cornelia-de-Lange-Syndrom, das Lesch-Nyhan-Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom, das Angelman-Syndrom und Fragiles-X-Syndrom

(Muthugovindan, Singer, 2009). Ticstörungen beginnen meist im Bereich des Gesichtes und breiten sich nach caudal aus. Je distaler die Tics am Körper auftreten, umso fundierter und fixierter sind sie ausgeprägt (Cath et al., 2011). Motorische Tics treten gewöhnlich und gerade im Kindesalter isoliert auf, mehrere aber auch in Kombination mit einem vokalen Tic (Tourette-Syndrom).

2.4.2.3.2 Vokale Tics

Einfache vokale Tics treten ca. ein bis zwei Jahre später als zuvor gezeigte motorische Tics auf. Bei weniger als fünf Prozent entwickeln sich vokale Tics zuerst und treten dazu allein auf (Cath et al., 2011). Da motorische Tics um das vierte/fünfte Lebensjahr auftreten, heißt das demzufolge, dass vokale Tics bei Säuglingen nicht und Kleinkindern äußerst selten zu finden sind. Trotzdem seien sie kurz erwähnt. Vokale Tics erscheinen als Laute, erzeugt durch Luftstrom durch die Stimmlippen, den Mund oder die Nase. So entstehen häufig Räusper-, Grunz-, Schnüffel-Tics oder sehr hell klingende Töne (Cath et al., 2011). Der bekannteste Tic ist die Koprolalie, d.h. sozial unangemessene Wörter werden ungehemmt ausgesprochen (bei 14 bis 20 Prozent der Patienten).

2.4.2.3.3 Stereotypien

Stereotypien bilden oft einen wesentlichen Anteil am Verhaltensrepertoire u.a. autistischer oder geistig behinderter Kinder, von Kindern mit Stoffwechselstörungen und Fehlbildungssyndromen, Deprivationssymptomen oder Sozialverhaltensstörungen (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007), die sich schon im Kleinkindalter bemerkbar machen können. Vergleichend zu den Tic-Störungen ist ihr erstes Auftreten meistens früher und vor dem dritten Lebensjahr (Muthugovindan, Singer, 2009). Im Säuglingsalter und frühen Kleinkindalter haben stereotype motorische Bewegungsäußerungen jedoch meist auch einen unauffälligen und nicht syndromhaften Charakter und können von vorrübergehender Dauer entwicklungsgerecht sein oder sich auch bis zum Erwachsenenalter ohne begleitende Störungsbilder etablieren.[102] Etwa 60 Prozent der Eltern beschreiben wiederholende rhythmische Bewegungsmuster bei ihren Kindern zwischen 24 und 60 Monaten (Muthugovindan, Singer, 2009). Auf der Grundlage von Anwesenheit oder Abwesenheit einer begleitenden Entwicklungsstörung werden Stereotypien in primäre[103] (physiolo-

[102] Muthugovindan und Singer (2009) berichten aus einer breiten Longitudinalstudie folgende Zahlen: Die meisten Stereotypien persistieren, drei Prozent sistieren, 28 Prozent besserten sich, 61 Prozent waren stabil und 11 Prozent verschlechterten sich im Laufe der Entwicklung.

[103] Bei physiologischen Stereotypien ist die positive Familienanamnese bei 25 Prozent (Muthugovindan, Singer, 2009).

gische) und sekundäre[104] (assoziierte) bei neurologischen oder sensorischen Beeinträchtigungen unterschieden. Jeweils eigene spezifische Merkmale lassen sich dabei nicht erfolgreich unterscheiden. Physiologische Stereotypien sind relativ geläufig im frühen Kindesalter (Muthugovindan, Singer, 2009). Die Ausprägung und Komplexität der jeweiligen Stereotypien ist deutlich abhängig vom kognitiven Entwicklungsstand des Kindes (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Verbreitete Komorbiditäten, die sich im Verlauf zeigen, sind Koordinationsstörungen, ADHS, Tic- und teilw. Zwangsstörungen (Freeman, Soltanifar, Bear, 2010; Muthugovindan, Singer, 2009).

Im Säuglingsalter sind motorische Stereotypien relativ häufig (zwischen 15 bis 20 Prozent) (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Zwischen dem sechsten und zwölften Lebensmonat treten bei mehr als der Hälfte aller Säuglinge rhythmische Bewegungen auf. Oft ist das abends oder nachts bei Müdigkeit, aber auch über den Tag, wenn sich Kinder langweilen oder müde sind (Largo, 2008).

Stereotypien zeigen anhand einer meist gesamten Körperregion eine zweckfreie und willensgestörte Bewegung mit starren Mustern. Es sind willkürliche, nicht funktionale, oft scheinbar getriebene, wiederholte und rhythmische, meist gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen. Häufig sind das Körper- und Kopfschaukeln, Haare drehen, Händeschütteln und Fingerschnipsen, die länger als vier Wochen dauern und mehrmals am Tag auftreten, oft in Situationen von Stress, Aufregung, Langeweile oder Müdigkeit. Bei Aufmerksamkeit einer neu eintretenden Situation gegenüber oder auch im Schlaf lassen sich Stereotypien beenden (Cath et al. 2011; Muthugovindan, Singer, 2009; Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Nach Muthugovindan und Singer (2009) lassen sich bei entwicklungsgesunden Kindern drei Gruppen von Stereotypien einteilen. Gewöhnliche Stereotypien zeigen typischerweise Körperschaukeln und Daumenlutschen (die häufigsten und ersten im Vorschulalter bei Drei- bis Fünfjährigen mit einer geschätzten Prävalenz von 20 bis 72 Prozent), Nägelkauen, Haare drehen sowie Finger- und Fußtappen. Folgend sind Kopfnicken und Schulterbewegungen gruppiert, die allgemein früher auftreten als komplexe Stereotypien. Die dritte Gruppe sind komplexe motorische Stereotypien von Hand und Arm, wie Hände-schütteln, -flattern, -winken, Öffnen und Schließen von Händen, Fingertippen, Armzappeln und Extension und Flexion der Handgelenke. Die geschätzte Prävalenz[105] liegt bei gut fünf Prozent bei Kindern im Alter von

[104] In der Präsenz bei anderen Störungen: Autismus, Mentaler Retardierung, Sensorischer Deprivation, Stoffwechselerkrankungen, Drogenmissbrauch, Infektionen, Tumor und psychiatrischen Erkrankungen (Muthugovindan, Singer, 2009).
[105] Nach Studienanalysen von Muthugovindan und Singer (2009).

drei bis sechs Jahren, das erste Auftreten bei 81 Prozent unter zwei Jahren, im Allgemeinen bei 37 Monaten. In Verbindung dazu können auch Fußwackeln, faziales Grimassieren, Mundöffnen und -schließen, Nackenstrecken und unfreiwillige Lautäußerungen auftreten. (Muthugovindan, Singer, 2009). Nach den Leitlinien „Selbstverletzendes Verhalten und stereotype Bewegungsstörungen“ der DGKJP (2007) sind Symptome wie Nägelkauen, Daumenlutschen, Nasebohren oder exzessive Masturbation davon abzugrenzen, welche unter „sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen“ einzuordnen sind (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007).

Nach dem dritten Lebensjahr sind stereotype Bewegungen bei gesunden Kindern relativ selten. Ein typisches Alter für das erste Auftreten von Stereotypien existiert nach den Leitlinien „Selbstverletzendes Verhalten und stereotype Bewegungsstörungen“ der DGKJP (2007) nicht. Teilweise ist es assoziiert mit einem einschneidenden Erlebnis vor Symptombeginn. Die Stereotypien beeinträchtigen deutlich normale Aktivitäten. Die Quantität ist höher bei entwicklungsgestörten Kindern. Die Qualität der sekundären Stereotypien kann auch ein selbstverletzendes Verhalten widerspiegeln, wie z.B. wiederholtes Kopfanschlagen, Beißen in Hände, Lippen oder in andere Körperpartien. Diese Dimension lässt sich meistens bei intelligenzgeminderten Kindern beobachten (Muthugovindan, Singer 2009; Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Die Leitlinien „Selbstverletzendes Verhalten und stereotype Bewegungsstörungen“ der DGKJP (2007) beschreiben einen sehr frühen Beginn bei Syndromen wie Lesch-Nyhan-, Cornelia-De-Lange-, Smith-Magenis-Syndrom oder frühkindlichem Autismus (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Die typischen stereotypen Handbewegungen des Händewringens oder Händewaschens, die fast nur bei Mädchen zu beobachten sind, kommen bei der tiefgreifenden Entwicklungsstörung des seltenen Rett-Syndroms vor. Im Alter zwischen fünf und 30 Monaten kommt es zum Verlust vorher erworbener Fertigkeiten der Hände und deren stereotypen Bewegungen (Temudo, 2010; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003).

2.4.2.3.4 Manieriert-bizarr

Manierismen sind Gesten oder Bewegungsmuster, die bei jedem Individuum einzigartig sind und generell in einem normalen Handlungsablauf angelegt sind (Muthugovindan, Singer, 2009). Manierismen sind sehr ähnlich den oben genannten Stereotypien (Seidel, 2005), besonders den komplexen stereotypischen Bewegungsmustern. Übergänge können fließend sein. Die Qualität dieser Bewegungsäußerungen ist entsprechend überspitzter und bizarrer in der Wahrnehmung der anderen. Gestik, Mimik und/oder Sprache sind stark stilisiert und künstlich herausgestellt. Die Bewegungen und Äußerungen werden meist willkürlich überdeutlich ausgeführt und wirken dabei verzerrt, verschnörkelt, der Situation sehr unangemessen und posenhaft. Die soziale Interaktion ist dadurch sehr irritiert und gestört bis unmöglich. Natürliche, sinnvolle Bewegungsab-

läufe und verbales Ausdrücken werden durch sonderbare gewohnheitsmäßige Handlungen entstellt. Das Sprechen kann eigentümlich affektiert sein oder auch aus lautierten Floskeln ohne kommunikativen Sinnzusammenhang bestehen, und es kann dabei grob auffällige mimische Äußerungen, wie z.B. Grimassieren zeigen (Seidel, 2005).

Motorische Manierismen zeigen sich in Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, schnellen Bewegungen von Händen und Fingern oder komplexen Bewegungen des ganzen Körpers (Noterdaeme, 2011; Remschmidt, Schmidt, Poustka 2006; Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003), Drehen oder Flackern der Finger vor den Augen, Schaukeln oder Auf-und-ab-Hüpfen (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Menzel (2005) spricht zusammenfassend von einem Verlust der Bewegungsharmonie.

Oft werden Manierismen in Zusammenhang mit stereotypem Verhalten gesehen, wie in der Charakterisierung „Stereotype und repetitive motorische Manierismen“, die z.B. im frühen Kindesalter bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen auftreten können (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Bei Autismus-Spektrum-Störungen beschreiben sie eine Verhaltensweise aus einem der drei wesentlichen Kernbereiche[106] qualitativer Beeinträchtigungen. Der frühkindliche Autismus ist dadurch definiert, dass er sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert (Noterdaeme, 2011; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Auch das Rett-Syndrom mit seinen stereotypischen Manierismen[107] zeichnet sich durch seinen frühen Beginn um das zweite Lebensjahr aus (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Kinder mit desintegrativen Störungen und mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung bei einem IQ kleiner als 50 und mit gleichzeitigen Problemen von Überaktivität und Aufmerksamkeit zeigen ebenfalls stereotype und manierierte Verhaltensweisen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Manierismen sowie allgemein psychomotorische Bewegungsauffälligkeiten sind ein typisches Merkmal katatoner schizophrener Erkrankungen.[108] Es gibt einen großen Überschneidungsbereich Autismus-Spektrum-Störung und katatone Psychose, bei dem es häufig zu einer falsch positiven Gewichtung zur Autismus-Diagnose kommt (Menzel, 2005); die Entstehungswege sind jedoch differenziert und abgrenzbar (Resch, 2008). Häufig beginnt die Erkrankung einer schizophrenen Störung im Kindes- und Jugendalter (Menzel, 2005). Es gibt praktisch keine kindliche „Psychose“, deren Beginn zuverlässig nach dem dritten und vor dem fünften Lebensjahr festgestellt werden könnte. Das Alter ist in der Regel bei Eintritt der Störung mit verantwortlich und markiert einen scharfen Einschnitt

[106] Drei Kernbereiche: Qualitative Beeinträchtigung 1.) der sozialen Interaktion, 2.) der Sprache und Kommunikation, 3.) Eingeschränkte und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
[107] Stereotype Handbewegungen wie Händewringen oder Waschbewegungen
[108] Hauptsymptome katatoner Schizophrenien bestehen aus dem Symptomkomplex: Psychomotorische Störungen, Affekt- und Denkstörungen.

(Frith, 1992). Die sehr früh auftretende Psychose „very early onset“ beginnt vor dem 13. Lebensjahr (Resch, 2008), somit also lange nach dem hier zu betrachtenden Säuglings- und Kleinkindalter. Nach Asarnow und Karatekin (2001) jedoch ließen sich in Studien im Alter von null bis 30 Monaten im Vorfeld kindlicher Psychosen bestimmte Entwicklungsdefizite erkennen. Zum größten Teil waren es bei den Jungen mit 72 Prozent (psycho-)motorische Defizite (bei Mädchen deutlich weniger), wie abnorme Bewegungsmuster, Koordinationsstörungen und Ungeschicklichkeit und bei 28 Prozent Hypotonie der Muskulatur. Mit 72 Prozent waren Sprachentwicklungsstörungen auch in dieser Altersgruppe schon auffällig. Im höheren Alter mit 31 Monaten bis zum sechsten Lebensjahr kamen zu den Sprachauffälligkeiten bei über der Hälfte Hyperaktivitätsprobleme mit impulsivem Verhalten und Konzentrationsstörungen dazu, des Weiteren Symptome wie Tagträumen, Abhängigkeit, Ängstlichkeit und Stimmungsschwankungen (Asarnow, Karatekin, 2001; Resch, 2008; Menzel, 2005), die hier keine weiteren altersgerechten Erläuterungen finden werden (Weiteres siehe Dormann, vsl. 2013). In dieser Altersphase ist es schwierig, schizophrene Prodrome von anderen, nicht psychotischen Störungen abzugrenzen (Resch, 2008).

2.4.2.3.5 Andere Störungen der Psychomotorik

40 Prozent der Säuglinge zeigen im ersten Monat besonders im Bereich des Kinns und der Finger einen feinschlägigen Tremor, der sich jedoch selbständig innerhalb eines halben Jahres verliert. Bei 15 bis 30 Prozent sind im ersten Lebensjahr ein erhöhter Muskeltonus und lebhafte Eigenreflexe bemerkbar. Beides sind physiologische entwicklungsneurologische Parameter (Largo, 2008). Zu bemerken ist die große Breite neuromotorischer Entwicklung des Säuglings innerhalb des ersten Lebensjahres. In den ersten zwei Jahren haben sich die meisten anfänglichen neurologischen Auffälligkeiten zurückgebildet. Michaelis spricht vom „neurologischen Durchgangssyndrom“ (Straßburg, 2008).

Ein weiteres psychomotorisches Symptom ist die Hypotonie und Bewegungsarmut. Die Bewegungsfrequenz ist niedrig, das motorische Verhalten verlangsamt, die Spontanmotorik ist schwach ausgeprägt, dabei sind gerade die Extremitäten recht schlaff, Eigenreflexe gut auslösbar, das Kind schläft häufig, die Kontaktaufnahme ist rar. Die Meilensteine der frühen Lokomotion[109] werden später als gewöhnlich erreicht. Die muskuläre Hypotonie im Säuglings- und Kleinkindalter ist ein häufiges und hoch komplexes Symptom. Die Beobachtung spontaner Bewegungen, vor allem an den Extremitäten, und die Beurteilung der sozialen, mental-kognitiven

[109] Auf den Rücken drehen um den fünften Lebensmonat, auf den Bauch drehen um den sechsten Lebensmonat, Vierfüßlergang und Aufziehen zum Stehen um den neunten Lebensmonat, gehaltenes Gehen um den 12. Lebensmonat, freies Gehen ab dem 13. Lebensmonat etwa und innerhalb des zweiten Lebensjahres (vgl. Largo, 2008).

und sprachlichen Entwicklung sind von wesentlicher Bedeutung (Straßburg, 2008). Die Entwicklung von Kindern mit muskulärer Hypertonie und zusätzlicher verzögerter körperlicher Aufrichtung, bei der keine Grunderkrankung zu diagnostizieren ist, kann nach dem dritten Lebensjahr ganz normal sein, schreibt Straßburg. Im weiteren Verlauf sind diese Kinder möglicherweise still und introvertiert. Von Lüpke (1985) spricht von „sensitiven Perfektionisten“. Dagegen ist neben somatischen Ursachen auch an psychosoziale Ursachen zu denken, wie z.B. Deprivation, Depression (Dormann, vsl. 2013). Ein hypotoner Säugling bzw. Kleinkind kann eine Ausprägung von motorischer Verlangsamung bis zu apathischem Verhalten zeigen (s.o. unter Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle).

Demgegenüber stehen die motorische Hypertonie, die Hyperexzitabilität und eine Übererregbarkeit der Spontanbewegungen. Beim Kind besteht eine niedrige Reizschwelle, es kommt zu übermäßiger motorischer Unruhe, gesteigerter Bewegung, was sich beim Kleinkind z.B. durch getriebenes, oft zielloses Herumlaufen im Raum, nicht „Stillsitzen“ können, mit den Beinen wackeln oder häufiges Stolpern und Hinfallen äußern kann (s.o. Antrieb/motorische Unruhe).

Zu den häufigen katatonen Verhaltensweisen zählt die „Befehlsautomatie“. Das Kind zeigt dabei eine abnorme Zuwendungs-, Bejahungs- und Anschlussbereitschaft. Es ist übertrieben bereitwillig, Aufforderungen nachzukommen, zeigt ein unterwürfiges Verhalten und ist sehr leicht beeinflussbar. Die Bereitschaft ist gesteigert, die Handlungen und Bewegungen des Gegenübers nachzuahmen (Menzel, 2005). Ein weiteres Charakteristikum ist das Verharren in bestimmten Positionen. Diese zeigen oft unbequeme, sozial unangemessene Haltungen. Dabei fehlen spontane Bewegungen und Äußerungen. Der Muskeltonus ist meist schlaff, bei rigider Katalepsie dagegen erhöht (Menzel, 2005). Diese katatonen Eigenschaften sind sehr selten in der Altersgruppe von null bis fünf Jahren zu beobachten, jedoch vereinzelt möglich für Prodrome für ein psychotisches Phänomen („very early onset“) (Resch, 2008). Katatone Verhaltensweisen können auch in der Depression, der Manie, komplexen Tic- und Zwangsstörungen oder einer ADHS sichtbar werden.

2.4.2.3.6 Jaktationen

Als Sonderform stereotyper Bewegungen gelten Jaktationen.[110] Sie äußern sich überwiegend bei Müdigkeit oder auch Langeweile und kommen häufig vor bei Säuglingen und Kleinkindern, auch bei Älteren (ca. bei drei bis vier Prozent zehn- bis 11-Jähriger) (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Die Häufigkeit nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab und die

[110] Differenzialdiagnostisch besonders sind bei Jaktationen der Einsatz von umfassenden Körperregionen und das rhythmisierende Verhalten mit der Möglichkeit von Unterbrechung durch das Umfeld.

Bewegungsmuster sind mit der Pubertät verschwunden (Remschmidt, 2007). Bei einer klinischen Inanspruchnahmepopulation liegt die Häufigkeit bei 20 Prozent. Kinder, die stark emotional beansprucht sind, wie bspw. Heimkinder, zeigen vermehrt Jaktationen. Jaktationen äußern dabei ein starkes Gewohnheitsbedürfnis. Das Störungsbild kann sich zu einer stabilen Gewohnheitsbildung bis in das Jugend- und Erwachsenenalter hin formieren (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Diese Handlungen sind dem Kind meist bewusst und können jederzeit unterbrochen werden; sie sind abhängig vom Willen des Kindes, meist lustbetont und zeigen eine Selbstbezogenheit und eine Abgrenzung vom Umfeld. Oft treten sie als Ersatzbefriedigung aggressiver oder regressiver Natur auf, besonders bei Frustrationserlebnissen oder bei Mangel an altersgerechter Betätigung. Auch in harmonischen Verhältnissen können bei Kindern solche Gewohnheiten auftreten. Die häufigsten Jaktationen sind das Kopfschaukeln und das Schaukeln mit dem ganzen Körper. Vor dem Einschlafen ist dieses Verhalten aufgrund des hypnoiden Zustandes typisch. Die Symptomatik kann so weit gehen, dass der Körper z.B. gegen die Wand rhythmisch schlägt. Jaktationen sind stark gewohnheitsbedingt und stehen nicht immer für Deprivationsverhalten, Vernachlässigung oder mangelnde emotionale Zuwendungen. Es gibt normal entwickelte Kinder mit entsprechender Symptomatik, sowie gehäuft Kinder mit Retardierung der Intelligenz, der statomotorischen und sprachlichen Entwicklung und Kinder mit zerebraler Schädigung (Remschmidt, 2007).

2.4.2.4 Andere Störungen

Der folgende Bereich beschreibt recht heterogene Störungsbilder. Sie treffen für Säuglinge nicht zu und sind bei Kleinkindern sehr rar bzw. beschreiben in diesem Entwicklungsalter einen deutlichen Grenzbereich. In der Klassifikation DC:0-3R (Zero To Three, 2005), die für die Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen bzw. bis Fünfjährigen spezifisch gilt, werden diese Störungsbilder bzw. Störungsverhaltensweisen nicht aufgeführt.

2.4.2.4.1 Selbstverletzendes Verhalten

Die zentrale Verhaltensweise des selbstverletzenden Verhaltens ist die wiederholte Beschädigung des eigenen Körpers. In der Regel tritt dies mit einem komplexen Störungsbild im Rahmen verschiedener Erkrankungen auf. In der zu betrachtenden Altersgruppe tritt selbstverletzendes Verhalten als sog. „offene Selbstschädigung“ häufig bei Autismus-Spektrum-Störungen, geistigen Behinderungen sowie Stoffwechselstörungen oder Impulskontrollstörung auf (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007; Petermann, 2012). Selbstverletzendes Verhalten kann auch die Qualität von Stereotypien haben, wie z.B. wiederholtes Kopfanschlagen, ins Gesicht schlagen oder in die Hände oder andere Körperregionen beißen. Meist ist dabei eine Verbindung zu intel-

lektueller Beeinträchtigung zu finden. Davon zu unterscheiden sind mittelschwere bzw. oberflächliche Selbstschädigungen, wie sich Schneiden oder Ritzen, die eher vereinzelt auftreten und dabei oft demonstrativen Charakter zeigen. Dieses ist die häufigste Form des selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen (Fleischhaker, Hennighausen, Schulz, 2007). Ab einem Alter von 12 Jahren tritt sie erstmalig im Jugendalter besonders häufig auf. Dieses absichtliche Verhalten trägt kurzweilig zur Emotionsregulation und Bewältigung belastender Situationen bei. Langfristig löst es Gefühle von Scham und persönlicher Unzulänglichkeit aus, die wiederum erneut Selbstverletzungen hervorrufen (Petermann, 2012).

2.4.2.4.2 Suizidgedanken/Entsagungsideen

Das Verstehen um den Tod und dessen Konzepte geht einher mit der kognitiven Entwicklung des Kindes. Zentral mit dem Tod verbunden sind etwa vier Konzepte: Irreversibilität, Finalität, Kausalität und Unvermeidbarkeit (Schulte-Markwort, Behrens, Bindt, 2008). Speece und Brent (1984) resümierten das Verständnis gesunder Kinder einer modernen städtisch-industriellen Gesellschaft zwischen dem fünften und siebten Lebensjahr über die Komponenten der Irreversibilität, der Nichtfunktionalität und der Universalität. Aufgrund des Alters sehen sie einen Zusammenhang im Übergang vom präoperationalen zum konkret-operationalen Denken, der Zunahmen des Verständnisses und der Weiterentwicklung der Fähigkeit des Denkens. Wesentlich für das Todesverständnis sind eigene Erfahrungen, sei es durch das Erleben eines Todesfalles in ihrem Umfeld oder auch durch das Erzählen und dem Umgang mit dem Tod durch die Eltern (Speece, Brent, 1984). Kleinere, gesunde Kinder glauben an die Umkehrbarkeit des Todes. Sie schreiben leblosen Dingen Lebensfunktionen zu. Oft haben sie die Vorstellung, dass der Tod bestimmte Menschen, u.a. sie selbst, nicht betrifft (Speece, Brent, 1984; Niethammer, 2008).

Suizidale Gedanken und Äußerungen zur Sinnlosigkeit des Lebens sind bei Kindern Anzeichen einer akuten Überforderung. Sicher zeigt sich die Korrelation von Suizidalität mit chronischen und auch akuten Lebensbelastungen, die bei bis zu Zehnjährigen extrem selten in Suizidversuchen münden (Warnke, 2008).

2.4.2.4.3 Suizidale Handlungen

Warnke (2008) erwähnt, dass im Jahre 2003 unter den Personen in Deutschland, die Suizid begingen, keine Kinder zwischen fünf und zehn Jahren waren. Bei den Zehn- bis 15-jährigen waren es 0,52, bei den 15- bis 19-jährigen 5,15 pro 100000 ihrer Altersgruppe. In der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen ist der Suizid nach den Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache (Warnke, 2008).

Dieses Item ist für den PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen.

2.4.2.4.4 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung

Die Störung der Geschlechtsidentität beschreibt ein starkes Unbehagen bzw. Leiden am eigenen biologischen Geschlecht mit dem Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören: Die Kinder bevorzugen Kleidung des anderen Geschlechts und ahmen das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts nach sowie deren Rolle im Spiel. Sie präferieren dazu intensiv, bei Aktivitäten des anderen Geschlechts mitzumachen und zeigen überwiegend gegengeschlechtliche Freunde bzw. Spielkameraden (Meyenburg, 2007). Jungen lehnen ihr Genital ab und sagen, es wäre schöner, keinen Penis zu haben. Sie mögen keine Jungenspiele und keine typischen Jungenspielzeuge und zeigen Ablehnung gegen jungenhaftes körperliches Rivalitätsverhalten. Mädchen lehnen typische Mädchenkleidung ab,[111] weigern sich, im Sitzen zu urinieren und sind sich sicher, dass ihnen ein Penis wächst (Meyenburg, 2007).

Im frühen Kindesalter ist eine vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit zu beobachten. Besonders deutlich ist das im Vorschulalter: Mehr als später zeigt sich geschlechtsatypisches Verhalten und der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören; besonders tritt ein gegengeschlechtliches Kleiden auf. In der Regel verliert sich dieses Verhalten spontan und ist weniger intensiv ausgeprägt als bei den Störungen der Geschlechtsidentität. Meistens erst um die Pubertät können Unsicherheiten der sexuellen Orientierung zu Unsicherheit führen. Zwangserkrankungen sind nicht selten komorbide Störungen (Meyenburg, 2007).

2.4.2.4.5 Sexualisiertes Verhalten

Die meisten Kinder äußern bereits in der frühen Kindheit Interesse für sexuelles Verhalten. Meistens ist dieses eine normale Verhaltensweise, nicht immer zeigt sich damit ein sexuelles Problemverhalten (Kellog, 2009; Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998). Kinder besitzen eine natürliche Neugier in Bezug auf Sexualität (Schuhrke, 2012). Vorschulkinder erkennen die gegenseitigen Geschlechtsunterschiede und zeigen sich interessiert an der Beobachtung und Berührung des gegengeschlechtlichen Genitals (Kellogg, 2009). Die Variation und Frequenz sexuellen Verhaltens ist bei Zweijährigen im Vergleich zu den zehn bis 12-Jährigen deutlicher ausgeprägt und weist einen zweiten Hochpunkt mit fünf Jahren auf; danach fällt das sexuelle Verhalten bei Jungen sowie Mädchen deutlich nach und nach ab (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998).

---

[111] In einer Studie mit 287 Kindern im Alter von zwei bis fünf Jahren zeigten 10,2 Prozent der Mädchen ein Verhalten, sich wie das gegenseitige Geschlecht zu kleiden. Bei den Jungen waren das 13,8 Prozent. 8,5 Prozent der Mädchen wollen das andere Geschlecht, sechs Prozent wünschen das der Jungen (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998).

Kindliches Sexualverhalten ist dazu im Kontext zu sehen. Der Umgang mit den Eltern und dem weiteren Umfeld sowie die Responsivität der Eltern zum Kind spielen eine wesentliche Rolle (Schuhrke, 2012; Kellogg, 2009). Eltern mit einer zwanglosen Einstellung zum gemeinsamen im Bett schlafen, gemeinsamen Baden bzw. Badezimmerpflege und damit einem freien Umgang mit Nacktheit in der Familie oder Eltern, die Magazine bzw. Filme für Erwachsenen ihren Kindern zugänglich lassen und die von ihren Kindern beim Geschlechtsakt beobachtet wurden, berichten von einem höheren Level von sexuellen Verhaltensweisen (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998). Auch das Erleben des Stillens eines neuen Geschwisterkindes durch die Mutter oder plötzliches Sehen einer neuen Person im Badezimmer kann das sexuelle Verhalten des Kindes triggern. Diese Verhaltensweisen sind gewöhnlich vorübergehend (Kellog, 2009).

Geschlechtsunabhängig können Kinder akzeptable Verhaltensweisen haben wie z.B. private Masturbation, Küssen ohne Zunge, situativ ausgelöste sexuelle Neugier, ohne, dass ein klarer Zusammenhang zu sexuellem Missbrauch besteht (Schuhrke, 2012). Dem Entwicklungsstand des Vorschulkindes gemäß ist ein sexualisiertes Spiel mit Altersgenossen normal. Eltern berichten über Berührungen/Masturbation des Genitals zu Hause und in der Öffentlichkeit, Zeigen des Genitals anderen, zu nahes Zusammenstehen bzw. -sitzen sowie Versuche, andere (auch Erwachsene) nackt zu sehen (Kellog, 2009; Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998). Wenn ein fünf Jahre alter Junge nach einem Wochenendbesuch bei seinem mit ihm getrennt lebenden Vater sich an seinem Geschlecht berührt, muss es noch kein Zeichen für einen Missbrauch sein. Bei etwa zwei Drittel der Jungen in diesem Alter ist dieses zu sehen (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998).

Problematisch ist das Verhalten von weniger als acht Prozent der Kinder. Sie zeigten Zungenküsse, rieben ihre Körper gegen andere und berührten das Geschlecht anderer Kinder und Erwachsenen. Weniger als 1,5 Prozent legten ihr Gesicht in des anderen Genital, fragten animierend zu bestimmten Sexualakten, ahmten Geschlechtsverkehr nach, führten Gegenstände in Scheide oder Anus und berührten Geschlechtsteile von Tieren (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998).

Unangemessenes sexuelles Verhalten besonders bei kleinen Kindern sollte einen gesteigerten Wert in der Eltern-Kind-Beziehung evozieren. Ein sexuelles Problemverhalten ist häufig Mittel der Selbstkontrolle. Es bindet kindliche Angst und Unsicherheit (Schuhrke, 2012).

Eine Einschätzung des sexualisierten Verhaltens des Kindes liegt in der Quantität[112] und Qualität des Verhaltens. Klare Grenzen sind schwierig zu setzen. Ist das Verhalten entwicklungsunangemessen, dem anderen gegenüber störend, aufdringlich und unter Einbeziehung von Zwang, Gewalt sowie Kontrollverhalten zeigt es problematische Entwicklungen. Auch elterliches Ermahnen bringt keine Veränderung. Ungewöhnlich sind Gefühle von Angst und Wut. Auch ein deutlich asymmetrischer Entwicklungsstand des Kindes zum anderen Kind ist auffällig (etwa vier Jahre Altersabstand bzw. kognitiver Entwicklungsabstand) (Kellogg, 2009).

Weitere Hintergründe für ein problematisches sexualisiertes Verhalten können dysfunktionale Familienverhältnisse mit Grenzsetzungsproblemen, strafender Erziehung und Stress, wie bspw. Gewalt unter den Eltern, Krankheit und Tod sowie sexueller Missbrauch sein.[113] Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen zeigen häufig sexuelle Verhaltensprobleme du sind oft auch selbst Opfer sexueller Übergriffe (Kellogg, 2009).

Sexueller Missbrauch hat bei Kindern meistens eine Veränderung sexueller Aktivität zur Folge. Oft ist eine Steigerung zu beobachten, jedoch sind keine spezifischen Merkmale ausschließlich damit verbunden (Volbert, 2005).[114] Sexuelle Symptome sind bei sexuell missbrauchten Kindern mehr als doppelt so häufig wie bei nicht missbrauchten; dabei ist umgekehrt nicht sicher, dass sexuelle Symptome einen eindeutigen Indikator für einen sexuellen Missbrauch anzeigen (Schuhrke, 2012).

Kinder mit sexuellem Problemverhalten zeigen zusätzlich vermehrt externalisierende Störungen, wie Aggression, Delinquenz und Hyperaktivität sowie internalisierende Störungen, wie Symptome von Depression, Angst und Rückzug (Friedrich, Fisher, Broughton, Housten, Shafran, 1998). Darüber hinaus spielen begleitende Symptome desorganisierter Bindungsstrukturen zwischen Eltern und Kind, Probleme der kindlichen Selbstregulation, Unsicherheit, Rückzug in persönlichen Kontakten oder kontrollierende Strategien gegenüber anderen eine wichtige Rolle (Schuhrke, 2012).

2.4.2.4.6 Abnorme Bindung an Objekte

In dem Entwicklungsstadium der Null- bis Fünfjährigen bezieht sich dieser Störungspunkt am ehesten auf den Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, wie bspw. auf einen Aus-

---

[112] Internationale Studien zeigen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit sexuellen Verhaltens. Einheitliche Normen dafür sind schwierig. Amerikanische Eltern bspw. beobachten weniger sexuelles Verhalten bei ihren Kindern als belgische, schwedische oder niederländische Eltern (Schuhrke, B. (2005) zitiert nach Schuhrke, 2012).

[113] Bei sexuell missbrauchten Kindern lebten 52 Prozent mit einem Erwachsenen zusammen, die geschlagen haben und 58 Prozent erlebten, dass der männliche Erwachsene seine Partnerin geschlagen hatte (Kellogg, N. D., Menhard, S. W. (2003) zitiert nach Kellogg, 2009).

[114] Zitiert nach Schuhrke (2012)

schnitt der Symptomatik aus dem Umfeld der Autismus-Spektrum-Störungen. Autistische Kinder zeigen eine oft ritualisierte, intensive, selbstzentrierte Beschäftigung mit besonderen, ungewöhnlichen Gegenständen. Autistische Objekte sind meistens hantierbar und taktil interessant und werden mechanistisch eingesetzt. Die Kinder können eine vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionierenden Teilen des Spielzeugs zeigen, wie bspw. die Oberflächenbeschaffenheit, der Geruch oder Geräusche sowie Vibrationen, die von ihnen ausgehen (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2006). Gillberg sieht das besondere Spielverhalten auch als typisches Frühsymptom bei Autismus. Er erwähnt dabei „autistisches Alleinsein“ und zeigt Merkmale auf, wie das alleinige Spielen mit bevorzugt harten Objekten sowie eine sonderbare Beziehung zu eigenartigen Objekten und besonderes Interesse für sich bewegende Dinge. Dazu beschreibt er eine bizarre Blick-Fokussierung auf Objekte, Muster und Bewegungen (Gillberg, 1989). Intelligenzminderungen können auch bspw. ein exzessives und nichtfunktionales Wiederholen von stereotypen Verhaltensaktivitäten, wie Spielen mit einem einzigen Objekt, aufweisen (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2006).

Davon abzugrenzen und in dieser Altersgruppe besonders hervorzuheben ist das natürliche Auftreten einer intensiven Objektbeziehung des gesunden Kleinkindes und Säuglings in Form eines Übergangsobjektes. Das Konzept des Übergangsobjekts bzw. Übergangsphänomens hat Donald W. Winnicott (1951) beschrieben und eingeführt. Der Aufbau dieser Objektbeziehung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt des Kindes zur ersten Loslösung sowie Selbständigkeit und dabei aus der „Illusion“ der Einheit mit der Mutter herauszukommen (Winnicott, 2010). Das erwählte Objekt gibt dafür Hilfestellung. Es dient als Ersatz für die Verfügbarkeit der Mutter zur Bedürfnisbefriedigung bzw. als Überwindung der Trennungsangst, wenn die Mutter nicht mehr auf alle Wünsche des Kindes eingehen kann (das Abstillen wird bei gestillten Kindern als erster Lösungsprozess angesehen. Die Mutter ist nicht mehr omnipräsent, das Kind verliert seine Omnipotenz). Das Übergangsobjekt bezeichnet Winnicott als ersten „Nicht-ich“ Besitz des Kindes. Als beliebtes Übergangsobjekt wählt das Kind meistens einen weichen Gegenstand, wie z.B. eine Handvoll Wolle, den Zipfel einer Decke oder eines Kissens, eine Windel (auch Schnuller und Teddy z.B. werden als erste Übergangsobjekte eingesetzt und genutzt); es kann sich aber auch um bestimmte Worte, Melodien oder stereotype Gesten handeln. Vom Kind wird es als erstes persönliches Objekt leidenschaftlich geliebt, darf nicht verändert werden, hat Beständigkeit, muss auch Aggressionen aushalten und nach außen den Eindruck erwecken, lebendig zu sein und eine eigene Realität zu besitzen. Das erwählte Objekt obliegt keinem Symbolcharakter (wie z.B. für die Mutterbrust), sondern hat im Wesentlichen tatsächlichen Wert (Winnicott, 2010).

Winnicott beschreibt das erste Auftreten etwa zwischen dem vierten und 12. Lebensmonat. Ein entwickeltes Verhaltensmuster des Säuglings kann im Kleinkindalter hartnäckig aufrecht erhalten bleiben. Bei Traurigkeit, Ängsten oder beim Schlafengehen bleibt das ursprüngliche Übergangsobjekt notwendig. Gesunde Kinder erweitern allmählich ihr Interesse und öffnen sich aus der engen Objektbindung. Die Besetzung der „inneren psychischen Realität“ zur „äußeren Welt“ verliert sich allmählich (Winnicott, 2010). Eine sog. pathologische Persistenz eines Übergangsobjektes ist in dieser Altersgruppe noch nicht wesentlich.

Übergangsobjekte eröffnen einen Spielraum, zwischen dem eigenen Ich und dem Gegenüber (der Mutter) sowie eine Verbindung der äußeren zur inneren Welt zu finden. Bei autistischen Kindern dagegen ist der Charakter einer fixierten Bindung an ein Objekt mit möglicherweise erstarrtem Umgang ein anderer und nicht vergleichbar. Die ritualisierten Objekte lassen keinen Spielraum zu. Sie dienen der Abkapselung und Ablenkung von der Umwelt. Das Kind vermittelt dadurch selbstzentriert seine Grenzen und hat eine eigene Kontrolle über das Objekt.

2.4.2.4.7 Abnorme Interessen/Gewohnheiten

Abnorme Interessen und Gewohnheiten können einen frühen Beginn von Besonderheiten der selektiven Wahrnehmung, des Spielverhaltens, von Motorik (Kapitel 2.4.2.3), Sprache (Kapitel 2.4.3), kognitiver Entwicklung und exekutiven Funktionen aufweisen. Auffällig sind stereotype sowie repetitive Verhaltensmuster. Dieses ist typisch für Autismus-Spektrum-Störungen, die ab einem Alter von zwei Jahren festgestellt werden können (von Gontard, 2010). „Abnorme Interessen“ sind eng verknüpft mit „Abnorme Bindung an Objekte“ (Kapitel 2.4.2.4.6).

Bei Kleinkindern kommt ritualisiertes Verhalten besonders zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr häufig vor. Es sind physiologische Rituale, die positiv erlebt werden. Sie helfen u.a. altersabhängige Ängste zu verarbeiten, wie z.B. das Fürchten vor Dunkelheit oder dem Alleinsein. Diese Rituale zeigen sich besonders in Alltagssituationen, wie beim Anziehen, beim Einschlafen sowie beim Essen. Mit zunehmendem Alter nimmt dieses Verhalten ab (Wewetzer, Simons, Konrad, Walitza, Herpertz-Dahlmann, 2008).

Hier ist die Zwangsstörung (siehe Dormann, vsl. 2013) weiter abzugrenzen. Sie wird negativ und mit Leidensdruck erlebt; das Symptom des Zwangsverhaltens und der Verhaltensweisen im Sinne der Stereotypie obliegt einem funktionslosen, sachlichen Charakter.

2.4.3 Sprache

Sprechen bedeutet immer, Beziehungen eingehen zu können und sich somit aktiv der Umwelt zu öffnen. Diese Fähigkeit des sozialen Kontaktes lernt das Kind durch die frühe Interaktion mit der

Mutter/den Eltern, die wiederum für die Ausbildung des Gefühlslebens große Bedeutung haben (Wendlandt, 2000). Die Sprache ist im Wesentlichen eine soziale Fähigkeit. Je früher ein Kind mit der geteilten Aufmerksamkeit beginnt, umso schneller verläuft sein anschließender Spracherwerb (Carpenter, Nagell, Tomasello, 1998). Die Sprache ist eine wichtige Informationsquelle über geistiges Geschehen (Sodian, 2008). Die sprachliche Fähigkeit steht in enger Verbindung mit kognitiven und sozialen Fähigkeiten sowie mit der Verhaltensregulation (Grimm, 2000). Sie ist das zentrale Medium in der sozialen Interaktion (Koglin, Petermann, Helmsen, Petermann, 2008). Voraussetzung des Spracherwerbs ist die Erfahrung mit anderen Menschen in der Interaktion (Kapitel 2.4.1) und Kommunikation sowie die Existenz eines entwicklungsfähigen Gehirns (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Tomasello (2009) spricht über die Ursprünge menschlicher Kommunikation von einer verborgenen kooperativen Infrastruktur der spezifisch menschlichen Kommunikation und Sprache, die in sozial-kognitiven Fähigkeiten und prosozialen Motivationen zu gemeinsamer Aufmerksamkeit, geteilter Intentionalität und einem gemeinsam zu erwerbenden begrifflichen Hintergrund, verankert ist (Papoušek, 2012b).

Kleinkinder haben eine große individuelle und zeitliche Spannbreite, ihre Sprachfähigkeit zu erlangen. Die Mehrzahl derer, die eine späte und langsame Sprachentwicklung durchmachen, durchläuft später eine ganz normale Entwicklung. Sprachentwicklungsstörungen sind in der Regel kein isoliertes Problem (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Kinder mit Sprachdefiziten sind insgesamt hoch vulnerabel (Grimm, 2001). Auch, wenn das normale Maß an Sprachfertigkeit erreicht werden kann, können vermehrt Lese- und Rechtschreibschwächen, Störungen der Interaktion zwischenmenschlicher Beziehungen, emotionale und Verhaltensstörungen[115] folgen. Die Ausprägung der vier Merkmale „Schweregrad“, „Verlauf“, „Muster“ und „begleitende Probleme“, lassen an eine klinisch relevante Störung denken. Das Muster der Sprach- und Sprechfunktion ist nicht normal, wenn es qualitativ abnorme Eigenschaften aufweist und nicht nur verzögert ist und eine frühere Entwicklungsphase präsentiert (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Kinder mit frühen Sprachentwicklungsstörungen bilden etwa zu 50 Prozent psychiatrische Probleme aus (Grimm, 2000). Sprachentwicklungsstörungen und Störungen in der sozialen Kommunikation innerhalb der ersten zehn Lebensmonate sind Prädiktoren für weitere Störungen[116] mit eineinhalb Jahren (Skovgaard, 2008). Die Komorbiditätsrate liegt bei 40 bis 80 Prozent je nach

[115] Vorschulkinder mit niedriger phonologischer Bewusstheit zeigen signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten, wie „Hyperaktivität“, „emotionale Probleme“ und „Probleme mit Peers“ als Kinder mit höherer phonologischer Bewusstheit. Die Annahme ist, dass diese Kinder vermehrt eine Sprachstörung aufweisen und sich die Verhaltensschwierigkeiten aus der gestörten Kommunikation ergeben (Fröhlich, Koglin, Petermann, 2010).

[116] Zusammen mit neuro-kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen weisen sie signifikant in erster Linie auf eine neuro-psychiatrische Störung hin (Skovgaard et al., 2008).

Ausgangsstichprobe begleitender psychischer Störungen insbesondere bei Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens und Störungen der Emotionalität (Largo, 2008). In einer Studie von Koglin, Petermann, Helmsen und Petermann (2008) zeigten 18,7 Prozent deutscher Kindergartenkinder in ihrer Sprachentwicklung ein Entwicklungsrisiko auf.[117]

Schon vor dem Sprachbeginn legen Säuglinge und Kleinkinder kommunikative Kompetenzen an den Tag. Es ist diejenige Fähigkeit, mit einer anderen Person intendiert zu kommunizieren, die ihre ersten Anzeichen im Turn-Talking[118] zeigt (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005). Den sprachlosen Säugling gibt es nicht. Der Säugling nimmt Sprache wahr, lang bevor er diese produziert (Grimm, 2001; Sachse, von Suchodoletz, 2011). Prosodische Merkmale der Sprache, wie Rhythmus und Melodie erfassen Kinder spätestens mit dem ersten und zweiten Lebensjahr. Diese Fähigkeit der Differenzierung gehört zu den sprachspezifischen Vorausläuferfähigkeiten für den Spracherwerb (Grimm, 2001). In der Regel sind das Hören und die Wahrnehmung von Prosodie im Mutterleib schon ausgeprägt (Hepper, Shahidullah, 1994[119]; Mampe, Friederici, Christophe, Wermke, 2009[120]).

Die auditive Wahrnehmungsfähigkeit ist dem Ungeborenen schon gegeben. Mit der 20. Schwangerschaftswoche ist das Innenohr teilweise funktionsfähig und in der 36. bis 40. Schwangerschaftswoche weitgehend ausgereift und funktionsfähig. Akustische Reize verstärken die fetalen Bewegungen und vermindern sich nach mehrmaligen Wiederholungen. Ein neuer akustischer Reiz ruft wieder eine erneute Bewegungsantwort hervor. Das ungeborene Kind interagiert mit der Umwelt und lernt Habituationen (Largo, 2008). Pragmatische Kompetenzen sind wesentlich

---

[117] Studie zu einem neuen Inventar zur Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation für die Alterszeitpunkte vom 18. bis zum 48. Lebensmonat (Petermann, Petermann, Koglin, 2008). Teilnahme von 336 Kindern aus 13 Kindertagesstätten in Mannheim mit 53,9 Prozent Jungen und 46,1 Prozent Mädchen. Mit Berücksichtigung der Muttersprache hatten 61,3 Prozent der Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit und Deutsch als Muttersprache (Koglin, Petermann, Helmsen, Petermann, 2008).

[118] Turn-Talking: Im Gespräch wechseln sich die Teilnehmenden in ihren Rollen als Sprechende und Zuhörende ab. Der Säugling schaut und hört wie ein Erwachsener spricht; wenn dieser aufhört, vokalisiert der Säugling zurück. Diese interaktive Dimension ist Grundlage für den pragmatischen Gebrauch sowie als Medium für eine soziale Interaktion (Coplan, 1995).

[119] Sie beobachteten die erste Antwort des Feten mit einem Gestationsalter von 19 Wochen auf einen 500 Hertz Ton. In der 27. Gestationswoche reagierten 96 Prozent auf einen 250 und 500 Hertz Ton, aber nicht auf einen 1000 und 3000 Hertz Ton. In der 33. Gestationswoche wurden bei allen Feten Antworten auf einen akustischen Stimulus von 1000 Hertz und in der 35. Gestationswoche auf einen Stimulus von 3000 Hertz beobachtet. Die Sensitivität des Feten für niedrig frequente Töne spricht für eine gute Wahrnehmung der menschlichen Stimme im Frequenzbereich etwa bei 225 Hertz für die weibliche und 128 Hertz für die männliche Stimme. Dieses scheint wichtig für den Spracherwerb sowie die Entwicklung einer Bindung zur Mutter (Hepper, Shahidullah, 1994).

[120] Mampe und Kollegen untersuchten die Schreimelodien von 30 deutschen und 30 französischen gesunden Neugeborenen. Es zeigte sich ein jeweils der Muttersprache entsprechendes Melodie- und Intonationsmuster: Die französischen Säuglinge bevorzugten ein über der Schreiepisode ansteigendes Melodiemuster, die deutschen Säuglinge zeigten eher einen fallenden Melodieverlauf mit Betonung der ersten Schreihälfte. So zeigen Feten einen frühen auditorischen Lernprozess und bevorzugen als Säugling eher das, was sie pränatal wahrgenommen haben (Mampe, Friederici, Christophe, Wermke, 2009).

abhängig vom kommunikativen Umfeld (Grimm, 2000). Eine wesentliche Basis für den Spracherwerb stellt das auditive Gedächtnis. Von Beginn an verfügen Kinder über ein leistungsfähiges auditives Gedächtnissystem (Petermann, Macha, 2005; Grimm, 2001).

Beim gesunden Säugling kommt es im ersten Monat zu gutturalen Lauten, im dritten Monat zu spontanem Vokalisieren. Er achtet auf den Sprechenden (Straßburg, 2008). Das Schreien ist die erste lautliche Äußerung des Säuglings, er lacht und ahmt Vokale nach. Das Sprachverständnis bei Null- bis Fünfjährigen ist das Unterscheiden von Intonation, Lautwahrnehmung, Betonungsunterschieden, das Erkennen und die Bevorzugung der Muttersprache und die frühe Präferenz von Baby-Talk (Friederici, 2005). Ab der vierten bis sechsten Lebenswoche entwickelt sich ein soziales Lächeln. Mit vier bis fünf Monaten ist die visuelle Lokalisation auf einen auditorischen Stimulus präsent. Der Säugling bewegt sich zur Lautquelle. Ab sieben Monaten achtet es auf Fingerspiele, die es wenig später auch selbst initiiert. Diese Spiele stützen die interaktive Dimension der Sprache (Coplan, 1996). Zwischen dem sechsten und neunten Lebensmonat haben Säuglinge das Lallstadium erreicht. Es entstehen lange Lallsequenzen. Sie beginnen kanonische Lautverbindungen bzw. Silbenketten, wie „baba“, „wawa“ zu bilden und spielen mit Lauten. Ab dem zehnten/12. Lebensmonat produzieren sie erste Worte[121] mit Doppelsilben nach Imitation, wie Mama, Papa. Mit 18 Monaten verwenden sie einzelne Worte sinngemäß, wie Ball, Auto, Opa (Straßburg, 2008; Friederici, 2005; Grimm et al., 2000). Der Säugling „versteht“ Worte bei der Pflege (Straßburg, 2008). Ab dem siebten bis neunten Lebensmonat werden Säuglinge aufmerksam, wenn Erwachsene ihren Namen nennen. Einjährige Kinder können Aufforderungen, wie „gib mir das“ ohne Gestik verstehen (Coplan, 1995). Der Worterwerb beschleunigt sich rasch nach 24 Monaten (Grimm et al., 2000; Coplan, 1996).

Mit dem vollendeten zweiten Lebensjahr[122] sollte das Kind mindestens 50 Wörter sprechen können (Straßburg, 2008; Petermann, Macha, 2005; Grimm, 2000). In diesem Alter ist der aktive Wortschatz der aussagekräftigste Parameter für die Beurteilung von Sprachentwicklungsstörungen (Ullrich, von Suchodoletz, 2011). Ist dies nicht der Fall, gilt das Kind als Late Talker[123], also als Risikokind für weitere Entwicklungsstörungen, wie u.a. Lernschwierigkeiten, psychosoziale

---

[121] Erste Worte werden von den schnellsten zehn Prozent der Kinder mit zehn Monaten produziert. Acht Monate später sind erst die langsamsten zehn Prozent der Jungen dazu fähig (Sachse, von Suchodoletz, 2011).

[122] Bei Zweijährigen ist der Stand der Sprachentwicklung am zuverlässigsten an der Größe des Wortschatzes zu messen. Bei einer Erfassung von Ullrich und von Suchodoletz wurde der aktive Wortschatz von Kindern bei der U7 (kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung zwischen dem 21. und 24. Lebensmonat) untersucht. Im Alter von 21 Monaten bestand der durchschnittliche Wortschatz aus 144 Worten, mit 24 Monaten lag er bei 214 Wörtern. Substantive überwogen mit 59 Prozent, Verben hatten einen Anteil von 22 Prozent, Adjektive 9 Prozent, Präpositionen vier Prozent und Adverbien und sonstige Wortarten lagen bei drei Prozent. Ansätze von grammatikalischer Entwicklung waren mit Zwei- oder Mehrwortäußerungen bei 88 Prozent der 23 bis 24 Monate alten Kinder zu sehen. Jungen zeigten ein langsameres Entwicklungstempo für den Spracherwerb als Mädchen (Ullrich, von Suchodoletz, 2011).

[123] Die Zahl der Late Talker ist bei Jungen etwa doppelt so hoch wie bei Mädchen (Ullrich, von Suchodoletz, 2011).

und Kommunikationsprobleme (Grimm, 2000). Sogenannte Late Bloomers können ihren Sprachrückstand bis zum dritten Lebensjahr wieder aufholen. Persistieren die Sprachauffälligkeiten bis zum Kindergartenalter, ist von Sprachentwicklungsstörungen auszugehen (Ullrich, von Suchodoletz, 2011). Etwa ein Drittel dieser sog. Late Talker bleiben sprachlich gestört (Sachse, 2007).

Mit dem dritten Lebensjahr[124] wächst der Wortschatz enorm, es kommt zum sogenannten Meilenstein des Wortschatzspurt. Es ist die Schwelle zu allen folgenden Fortschritten der Sprachentwicklung. Ursache ist die Entwicklung im linguistischen und kognitiven Bereich sowie der Gedächtnisfähigkeit und der Förderung durch das soziale Umfeld. In dieser Phase beginnt die grammatikalische Entwicklung (Petermann, Macha, 2005; Grimm, 2001). Das Kind spricht mindestens Dreiwortsätze (Straßburg, 2008). Im dritten und vierten Lebensjahr kommt das Bewusstsein für Kausalzusammenhänge und das Kind stellt „tagelang“ „Warum-Fragen“ (Largo, 2008). Aufgrund des Erlernens von morphologischen Strukturen kann es in dieser Phase bei Drei- bis Fünfjährigen zu alterstypisch fehlerhaften, neuen Wortbildungen und Übergeneralisierungen kommen (Grimm, 2001; Tippelt, von Suchodoletz, 2011).

In den ersten Lebensjahren ist die Variabilität der Sprachentwicklung so groß, dass es sehr schwierig ist, eine mögliche Sprachentwicklungsstörung davon abzugrenzen. Die Diagnose „umschriebene Sprachentwicklungsstörung“ sollte deshalb nur vor dem dritten Lebensjahr formuliert werden, wenn ungewöhnlich ausgeprägte Sprachauffälligkeiten nachweisbar sind (Ullrich, von Suchodoletz, 2011). Das zeigt noch einmal dazu die enge Verflechtung mit dem Verhalten vorsprachlicher Kommunikation in der frühkindlichen Interaktion.

Mit fünf Jahren haben Kinder gelernt, Grundstrukturen ihrer Muttersprache in ihren grammatikalischen Regelmäßigkeiten zu beherrschen. Die wesentliche sprachliche Basiskompetenz ist voll ausgeprägt (Siegler, DeLoache, Eisenberg, 2005; Grimm, 2001). Die Sprachentwicklung ist ein besonders zuverlässiger Indikator, um Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten des Kindes vorherzusagen (Petermann, Macha, 2005). Aus diesem Grund ist es wesentlich, früh auftretende Sprachschwierigkeiten in dieser kritischen Phase der Sprachentwicklung zu erkennen bzw. zu hören. Erst wenn das Kind die zunächst einzeln trainierten Sinnesbereiche wie Hören, Tasten, Sehen[125] mit seinen Bewegungsmöglichkeiten und seinem Denken verknüpfen kann und somit die sensomotorische Integration dieser Fähigkeiten stattgefunden hat, ist es für das Kind möglich, Sprache störungsfrei zu erwerben und zu gebrauchen (Wendlandt, 2000). Bei Kindern mit

[124] Bei Kindergarteneintritt oder familiär herausfordernden Phasen (z.B. mit Geburt jüngerer Geschwister, Krankheit oder Tod eines Familienmitgliedes) kann das Kind sprachlich und auf Verhaltensebene eine vorübergehende Regression erleben.

[125] Ein hoher Prozentsatz blinder Kinder ist in der Sprachentwicklung deutlich verzögert (Wendlandt, 2000).

Sprachentwicklungsstörungen ist zum einen an eine umschriebene Entwicklungsstörung,[126] zum anderen an eine sekundäre Sprachstörung zu denken; dies insbesondere bei Kindern mit Hör-, Intelligenzminderung oder Autismus-Spektrum-Störungen sowie anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Tippelt, von Suchodoletz, 2011).

2.4.3.1 Artikulationsstörung

Die Artikulation des Kleinkindes liegt unterhalb des Intelligenzniveaus. Dabei sind die sprachlichen Fertigkeiten jedoch in der Norm. Entwicklungsphysiologisch gesehen ist es mit dem vierten Lebensjahr noch üblich, bei der Lautbildung Fehler zu machen. Dabei sind die Kinder von Fremden problemlos zu verstehen. Die Qualität ist erschwert, wenn nicht nur Fremde starke Verständnisprobleme zeigen. Bestimmte Wörter oder Phoneme werden ausgelassen, es gibt Verzerrungen oder Ersetzungen von Lauten und inkonsistenten Lautfolgen. Das Platzieren von richtigen Phonemen ist abhängig z.B. von bestimmten Wortzusammenstellungen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Eine besondere Form ist der Sigmatismus (Lispeln), was bei Kindergartenkindern häufig als vorübergehende Phase vorkommt (Wendlandt, 2000). Die Artikulationsstörung ist im MAS der ICD-10 auf der zweiten Achse der umschriebenen Entwicklungsrückstände eingeordnet. Schwierigkeiten in der Grob- und Feinmotorik, besonders mit der orofazialen Motorik, sowie mit dem Tastsinn sind für ein zielgerichtetes Sprechen hinderlich, um die Bewegungsabläufe in feiner Koordination miteinander abzustimmen (Wendlandt, 2000).

2.4.3.2 Expressive Sprachstörung

Bei der beginnenden expressiven Sprachstörung liegt definitionsgemäß die Fähigkeit, die gesprochene Sprache einzusetzen, deutlich unterhalb des Intelligenzniveaus des Kindes. Dabei ist das Sprachverständnis, auch nonverbaler Kommunikation, normal. Artikulationsstörungen können zusätzlich auftreten (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Der Säugling schreit kaum oder eher „eintönig“. Das Klangspektrum ist in der Grundfrequenz, der Betonung und Lautlänge zu betrachten. Relevant ist der Entwicklungsschritt von einbogigen bis zu doppelt- und mehrbogigen Melodie-Mustern[127] (Wermke, Friederici, 2004). Der Säugling äußert keine verschiedenen

---

[126] Umschriebene Entwicklungsstörungen treten ohne erkennbare Ursache auf. Es gibt keinen Hintergrund von Hör- oder Intelligenzstörungen, körperlichen oder psychischen Erkrankungen.

[127] In einer Studie von Wermke, Leising, Stellzig-Eisenhauer (2007) zeigte sich eine Beziehung zwischen den frühen Schreimelodien des Säuglings und der späteren Entwicklung der Sprache. Vorsichtig wurde interpretiert, dass das Vorhandensein komplexer Schreimelodien bei Säuglingen während des zweiten Lebensmonats im späteren Verlauf bessere Wortproduktionsleistungen ergab. Säuglinge, die unterhalb eines errechneten komplexen Schreiindex lagen (weniger als 45 Prozent komplexer Melodien zeigten) entwickelten fünf Mal häufiger eine verzögerte Sprachentwicklung. So kann das Spektrum der Melodiemuster des Schreiens ein möglicher „risk marker“ für die weitere Sprachentwicklung sein.

Laute, lallt[128] nicht oder entwickelt keine Kettenbildungs-Wörter, wie „gaga“ oder er hört gar auf mit Lautäußerungen. Der Säugling (oder das Kleinkind) beschränkt sich immer auf dieselben Silben und Lautfolgen. Die Sprachentwicklung bleibt aus (Wendlandt, 2000). Mit ca. zehn Monaten kann der Säugling in der Regel kleine Silben lautlich im Dialog nachahmen (Hellbrügge, 2001). Symptomatisch ist es, wenn z.B. zweijährige Kinder keine einzelnen Worte oder wortähnlichen Gebilde beherrschen, und Dreijährige keine einfachen Zweiwortsätze bilden können (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Wendlandt, 2000). Im höheren Alter sind es das Weglassen von Wortendungen oder Vorsilben, Schwierigkeiten in der Wortauswahl und syntaktische Fehler sowie mangelnde Satzflüssigkeit auffallend. Die Kinder sind bemüht, ihre Sprachschwierigkeiten durch Mimik, Gestik und Zeigen zu überbrücken. Häufig kommt es begleitend zu sekundären emotionalen Belastungen, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Dieses Störungsbild ist in der MAS der ICD-10 auf der zweiten Achse der umschriebenen Entwicklungsrückstände eingeordnet.

2.4.3.3 Rezeptive Sprachstörung

Bei rezeptiven Sprachstörungen liegt das Sprachverständnis unterhalb des Intelligenzniveaus. Meistens ist auch zusätzlich die expressive Sprache deutlich beeinträchtigt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Das Gehör des Kindes ist intakt. Entwicklungsphysiologisch nimmt das Sprachverständnis ab dem zweiten Lebensjahr rasch zu (Straßburg, 2008). Das Verstehen[129] der Sprache beginnt etwa um die Mitte des zweiten Lebenshalbjahres. Voraussetzung dafür ist das Erkennen von wiederkehrenden Lautfolgen im Sprachfluss der Eltern. Wörter werden identifiziert und deren Bedeutung im Hinblick auf den gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus und Erfahrungshorizont begriffen (Papoušek, 2012b). Tomasello (2009) beschreibt beim Erreichen eines gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus die natürliche Geste des Zeigens als wichtigste Rolle neben erlernten konventionellen Gesten, wie bspw. Winken und Kopfschütteln und ikonisch-bildhaften Gesten, wie bspw. Hand zum Mund führen oder Gesten im Als-ob-Spielen, die mit Gebrauch der ersten Wörter wieder abnehmen (Papoušek, 2012b).

---

[128] Penner (2002) unterscheidet Zeit- und Betonungsmuster von Lallsilben zwischen sprachlich verzögert und unauffällig entwickelten Kindern und stellt die Hypothese einer prognostischen Aussagekraft zwischen dem Grad der Ähnlichkeit von Lallmustern zu späteren Wörtern. Auch Friedrich et al. (2004) untersuchten bei zwei Monate alten Säuglingen die Verarbeitung von langen und kurzen Vokalsilben. Auffälligkeiten in der automatischen Erkennung der Längenunterschiede zeigten sich bei Kindern mit familiärem Risiko. Das wurde als frühes Sprachverarbeitungsdefizit dieser Risikokinder interpretiert. Diese ersten experimentellen Ansätze finden in der Praxis keine Anwendung, bestätigen jedoch die feine Differenziertheit von Lautäußerungen und somit die Sensibilisierung zu der beobachtenden Wahrnehmung.

[129] Tomasello (2009) spricht von einer sog. „Neunmonatsrevolution“. Sie bringt den Säugling dahin, Intentionen und Ziele des Gegenübers zu verstehen und mit ihm an Interaktionen mitzuwirken, die gemeinsame Ziele, Absichten und Aufmerksamkeit umfassen (Papoušek, 2012b).

Diagnostische Leitlinien sind wie folgt: Einjährige reagieren auf bekannte Namen nicht ohne Zuhilfenahme von Gesten. Mit 18 Monaten können geläufige Gegenstände nicht benannt werden, und Zweijährige sind unfähig, routinierte Anweisungen zu befolgen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Einfach vorgesprochene Sätze können Zweijährige nicht adäquat Bildern zuordnen und sie haben Probleme, erfragte Wörter zu zeigen, Gegenstände selbst zu benennen und sehr einfache Bilder zu beschreiben (Zwei- bis Dreijährige) (Grimm, 2000). Im weiteren Verlauf gibt es ein Unverständnis für grammatikalische Strukturen, wie z.B. Verneinungen oder Vergleiche und ein rudimentäres Verständnis von subtilen Anteilen der Sprache, wie z.B. Intonation und Gestik. Bei schwerer Beeinträchtigung können Kinder die Sprache, die sie nicht verstehen, immer wieder echoartig wiederholen und dabei ein eingeschränktes Interessensmuster aufweisen[130] (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Vorschulkinder haben Schwierigkeiten mit phonologischem Verständnis. Fantasievolle Nichtwörter, wie Maluk, Krapeslistong, Ippazeumering können nur schwer wiedergegeben werden (Grimm, 2001).

Bei den rezeptiven Sprachstörungen ist die Rate der Komorbidität von sozialer, emotionaler und Verhaltensstörung sehr hoch. Recht häufig sind Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Ängstlichkeit und Isolation von Gleichaltrigen und sozialer Entwicklungsverzögerung (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

2.4.3.4 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern)

Beim Stottern kommt es zu gehäuften Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern durch Zögern oder Innehalten (klonisch) oder Pressen (tonisch). Der rhythmische Sprechfluss ist unterbrochen und stark beeinträchtigt. Synchron mit der Sprechdysrhythmie können verbundene Verspannungen von Gesicht und anderen Körperteilen vorkommen, der Blickkontakt ist gestört und abgewandt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006; Wendlandt, 2000). Die Atemfrequenz ist sehr wechselhaft (Coplan, 1996). Im Kindergartenalter von drei bis fünf Jahren treten leichte Dysrhythmien und Wortwiederholungen häufig auf, die meistens nach einer kurzen Phase vorübergehen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Zwischen drei und fünf Jahren, bzw. zwischen zweieinhalb und vier Jahren nach Coplan (1995), handelt es sich bei diesen altersgemäßen Sprechunflüssigkeiten[131] um ein „physiologisches Stottern“ oder „Entwicklungs-

[130] Das zeigt Eigenschaften aus den Autismus-Spektrum-Störungen. Zu unterscheiden sind rezeptive sprachgestörte Kinder durch einen meist normalen sozialen Austausch mit anderen. Sie beherrschen das Als-ob-Spiel und können elterlichen Zuspruch suchen und annehmen. Der Gebrauch von Gestik und nicht sprachlicher Kommunikation ist kaum bis leicht beeinträchtigt.

[131] Bei etwa fünf Prozent der Kleinkinder treten Sprechunflüssigkeiten auf. 70 Prozent von ihnen entwickeln diese bis zum Alter von vier Jahren. Insgesamt bei etwa 70 bis 80 Prozent dieser Fälle handelt es sich um eine vorübergehende Phase des „Entwicklungsstotterns“ (Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Rosenfeld, Schönweiler, 2008).

stottern“ (Wendlandt, 2000). Das ältere Kleinkind kann mit dem Stottern ein soziales und sprachliches Vermeidungsverhalten und deutliche emotionale Beeinträchtigungen entwickeln (Wendlandt, 2000; Largo, 2008). Das Stottern hat eine positive genetische Disposition (Coplan, 1995).

Das Poltern kennzeichnet ein übermäßig hohes Sprechtempo mit falscher Sprechflüssigkeit. Das Sprechen ist sehr unrhythmisch und unregelmäßig mit schnellen ruckartigen Anläufen. Dabei entstehen oft verkehrte Satzgefüge (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Oft wird das Poltern von impulsivem und hyperaktivem Verhalten begleitet (Largo, 2008). Um eine Diagnose zu vergeben, muss die Störung mindestens drei Monate anhalten (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Die Störungen „Stottern“ und „Poltern“ sind jeweils unter „sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“ im MAS nach der ICD-10 eingeordnet.

2.4.3.5 Mutismus

Bei Mutismus spricht das Kind nicht in umschriebenen Situationen. Der Sprachgebrauch ist unterschiedlich und deutlich vom sozialen Kontext abhängig. In einigen Situationen spricht das Kind problemlos, wie z.B. in vertrautem Umfeld der Familie oder Freunde. In anderen, fremden oder ungewohnten bzw. nicht emotional vertrauten Situationen, wie z.B. im Kindergarten oder Sport- und Spielgruppen, ist es fast oder ganz stumm (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Es handelt sich um eine Störung der Kommunikation. Kinder, die bereits die Sprache als Drei- bis Vierjährige erworben haben, sprechen nicht mehr (Wendlandt, 2000). Kinder mit totalem Mutismus haben oft eine ausdrucksarme Mimik und vermeiden Blickkontakt. Kommunikative Hilfsmittel durch verschiedene Gesten werden verwendet. Es kann soweit kommen, dass weitere phonische Leistungen, wie Weinen, Lachen und Atemgeräusche verweigert werden (Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Rosenfeld, Schönweiler, 2008). Das Unvermögen zu sprechen und stattdessen konsequent zu schweigen ist für bestimmte Situationen berechenbar. Eine Diagnose steht nach einer Dauer der Symptome von länger als vier Wochen. Es betrifft die älteren Kleinkinder, die schon Sprachkompetenz erworben haben, sich ausreichend sprachlich ausdrücken können und ein nahezu normales Sprachverständnis zeigen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Die Intelligenz ist in der Regel normal ausgebildet (Wendler, Seidner, Eysholdt, 2005). Diese Störung ist sehr deutlich von emotionaler Empfindlichkeit geprägt. Andere sozial emotionalen Störungen, wie soziale Ängstlichkeit und Rückzug, besonders soziale Überempfindlichkeit und auch oppositionelles Verhalten sind häufig koexistent (Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Rosenfeld, Schönweiler, 2008; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Als mögliche Ursache können sowohl Milieuschädigung, neurotisierende Traumata und Konflikte als auch somatische

Faktoren wie frühkindliche Hirnschädigung gesehen werden (Wendlandt, 2000). Dieses Störungsbild ist im MAS der ICD-10 auf der ersten Achse unter „Störungen sozialer Funktionen“ eingeordnet.

2.4.3.6 Logorrhoe

Die Logorrhoe ist geprägt durch extrem übermäßigen und unaufhaltsamen Redefluss ohne Selbstkontrolle. Die Gedanken sind meist ungeordnet und zusammenhangslos. Ursächlich können z.B. rezeptive Sprachstörungen, Affektionen des Stirnhirns, Schizophrenien, Manien oder auch stark überlebhafte Persönlichkeitsstrukturen sein, die häufig motorische Unruhe, gesteigerte geistige Beweglichkeit und erhöhtes Assoziationsvermögen mit Ideenflucht und leichter Ablenkbarkeit zeigen (Wendler, Seidner, Eysholdt, 2005). Mit Ausschluss von körperlichen Krankheiten zeigen Kleinkinder ein ungeordnetes ausgeprägtes Redebedürfnis meist mit Symptomen der Hyperaktivität. Der Inhalt ist nicht immer gut nachzuvollziehen. Bei Jugendlichen kommt die Logorrhoe häufiger vor als bei Kindern (Braun, 2006).

2.4.3.7 Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache

Unter andere qualitative Beeinträchtigungen fallen die Symptome, dass die Sprache bspw. nicht zur sozialen Kommunikation eingesetzt werden kann. Es besteht das Unvermögen, mit anderen zu sprechen und Gesagtes richtig zu verstehen und zu interpretieren. Mimik und Körpersprache werden nicht als Kommunikationshilfen genutzt. Die Prosodie ist meistens monoton und arrhythmisch, die Stimme z.B. schwach, pfeifend oder heiser. (Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Rosenfeld, Schönweiler, 2008; Coplan, 1996). Satzteile oder Wörter, die unmittelbar vorher von einer Person gesprochen werden, werden oft und immer wieder sinnlos nachgesagt, ohne den Eindruck zu gewinnen, dass diese verstanden werden (Echolalie) (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003; Coplan, 1996). Die Sprache kann idiosynkratisch genutzt werden, so dass der Kommunikationsstil nur von Vertrauten verstanden werden kann (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Typisch bei Autisten ist ein Vertauschen der Pronomen „ich“ und „du“. In der normalen Sprachentwicklung sind derartige Fehler bis zu einem Alter von fünf Jahren verarbeitet. Es gibt dazu Schwierigkeiten mit der Pragmatik,[132] die die Fähigkeit beschreibt, die Sprache zum Zweck der Kommunikation einzusetzen. Die Sprache wird wortwörtlich verstanden. So kann der eigene Sprachgebrauch entsprechend sehr pedantisch, überartikuliert, etwas gestelzt, komisch, aber auch sehr höflich wirken (Frith, 1992). Ironie und Witz sind schwer zu verstehen,

[132] Ein illustres Beispiel zur pragmatischen Kompetenz: Frage: „Kannst Du mir das Salz reichen?“ Antwort: „Ja“. Die Frage ist aber eine Bitte um das Salz und nicht um die Information, ob es möglich ist. (vgl. Frith, 1992)

viele Bedeutungsnuancen in der Ausdrucksart können nicht unterschieden und Metaphern nicht verstanden werden (Baron-Cohen, 2001). Es können Wortneuschöpfungen (Neologismen) entstehen, die für das Kind selbst spezifische Bedeutungen haben können (Remschmidt, 2008). Die Sprache dient rein als Befriedigung eigener Bedürfnisse. Eine Interaktion wird vermieden, so dass auch eine Reaktion auf z.B. Baby-Talk oder Imitationsspiel ausbleibt. Der Spracherwerb kann gänzlich ausbleiben. Das trifft auf die Hälfte der autistischen Kinder zu. Die andere Hälfte entwickelt eine stark verzögerte und qualitativ beeinträchtigte Sprache (Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Rosenfeld, Schönweiler, 2008). Diese Charakteristika sind häufig bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu beobachten wie z.B. die hier genannten für frühkindliche Autismus-Störungen (Remschmidt, 2008). Autistische Kinder haben Schwierigkeiten damit, Körpersprache zu lesen (Coplan, 1996).

2.5 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist, ein neues altersentsprechendes Glossar mit operationalisierten Merkmalen für Säuglinge und Kleinkinder von null bis fünf Jahren mit psychopathologischen Störungsbildern zu entwickeln. Eine differenzierte Dokumentation, die sich zunächst an den vorhandenen PPB der BADO für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) anlehnt, sich ihm einfügt und diesen um die Altersgruppe null bis fünf Jahre erweitert, scheint dafür vorteilhaft zu sein. Damit ließe sich die etablierte BADO (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005) auch sinnvoll in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie mit systematisch vergleichbaren Informationen für die Sicherung der Qualität und Evaluation sowie für einen umfassenden diagnostischen Zugang nutzen.

Die erste inhaltliche Entwicklung einer Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache wird in einer Machbarkeitsprüfung statistisch auf die Testgütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Zusätzlich werden folgende Fragen beantwortet: Ist der hier neu entwickelte PPB für Säuglinge und Kleinkinder inhaltlich und strukturell für diese Altersgruppe relevant? Ermöglicht dieser eine verwertbare Aussage? Ist die Durchführung praktikabel und zeitökonomisch sowie eine Anpassung an die bestehende Kurzform der BADO sinnvoll?

3 Methoden

3.1 Procedere

Diese Arbeit ist Teil eines langfristigen Forschungsprojekts der „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“ an der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Es liegt ein positives Votum der lokalen Ethikkommission vor. Alle Eltern und Sorgeberechtigten wurden vor den Untersuchungen über den Inhalt und die Ziele des Forschungsprojektes „Adaptation des PPB der BADO an das Säuglings- und Kleinkindalter“ schriftlich und mündlich ausführlich aufgeklärt und es liegt jeweils eine Einverständniserklärung vor. Die Datenerhebung erfolgte A) retrospektiv anhand der Patientenakte, den Arztbriefen und der EDV-Basisdokumentation, B) aus den Untersuchungen der regulären Baby- und Kleinkindsprechstunde (2008) sowie der statistischen Erhebung der Patientenpopulation der regulären Baby- und Kleinkindsprechstunde (2011) und C) im Rahmen einer aus dem Klinikalltag herausgestellten Machbarkeitsuntersuchung (2011). Für diese letztgenannte Extra-Untersuchung wurde den Studienteilnehmern eine Aufwandsentschädigung entrichtet, die durch eine Teilförderung der Wagener-Stiftung ermöglicht werden konnte.

Die Stichprobe der Machbarkeitsuntersuchung wurde aus der Inanspruchnahmepopulation der Baby- und Kleinkindsprechstunde, somit als eine „risikobehaftete Gruppe“, in den ersten drei Quartalen von 2011 (Januar bis September) rekrutiert. Einschlusskriterien waren alle Patienten, die während dieser Zeit mindestens einmal in der Sprechstunde vorstellig waren, sei es schon als länger bekannte oder neu vorstellige. Dabei lag die Altersgrenze zum Zeitpunkt der Untersuchung bei kleiner 60 Monaten (kleiner fünf Jahren). Ausgeschlossen wurden diejenigen, deren Erziehungsberechtigten nicht einwilligten sowie die von vornherein von den behandelnden Therapeuten für diese Studie ausgeschlossen wurden. Die Studienuntersuchungen wurden von Juli bis Oktober 2011 terminiert und durchgeführt.

Methodischer Leitfaden der Adaptation des Psychopathologischen Befundes für Säuglinge und Kleinkinder waren die Stufen zur Testentwicklung nach Bühner (2010). Unter Tests im weiteren Sinne sind auch Fragebögen, strukturierte Interviews und Beobachtungen zu sehen (Bühner, 2010). Das methodische Vorgehen dieser Arbeit basiert auf den ersten fünf Stufen des Testentwurfs.

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

Tabelle 3: Die Testentwicklung in zehn Stufen nach Bühner (2010)

Der Entwicklung der Adaptation einer ersten Arbeitsversion des Psychopathologischen Befundes liegen die ersten vier Stufen der Testentwicklung nach Bühner (2010) zugrunde. Die erste Stufe der Adaptation bezieht sich auf das Problem in der Anwendbarkeit des PPB (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) für Säuglinge und Kleinkinder und formuliert neue Ansatzpunkte (Kapitel 2.2.2). Die zweite Stufe beschreibt die thematische Auseinandersetzung mittels relevanter Literatur sowie Fachmeinungen (Kapitel 2.4). Folgend wurde dieses Wissen zur Beschreibung und Eingrenzung von altersgerechten Syndromen, in Störungsbildern und deren Charakteristika angewandt, was dann in der vierten Stufe in eine zusammenfassende Arbeitsversion des neuen Instrumentes des PPB für Säuglinge und Kleinkinder mündete (Kapitel 4.1).

Die fünfte Stufe zeigt die erste statistische Überprüfung der entwicklungsgerechten Arbeitsversion anhand einer Machbarkeitsanalyse der Reliabilität, externen Validität, Inhaltsvalidität sowie einer deskriptiven Statistik (Kapitel 4.2). Die Ergebnisse der ersten Machbarkeitsanalyse des adaptierten Psychopathologischen Befundes münden in eine Version 1.0 des Psychopathologischen Befundes für Säuglinge und Kleinkinder (Kapitel 4.3). Die weiteren Entwicklungsstufen nach Bühner (2010) werden in der vorliegenden Arbeit nicht weiter bearbeitet (Kapitel 7).

3.1.1. Entwicklung

Die Entwicklung einer ersten Arbeitsversion zur Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter basiert auf den Daten und Untersuchungen der Inanspruchnahmepopulation der B/K-Sprechstunde aus dem Jahre 2008. Innerhalb dieses Jahres wurden 214 Neuaufnahmen aus-

führlich diagnostiziert. Davon waren 77 Säuglinge (0 bis18 Monate)[133] und 137 Kleinkinder (19 bis 60 Monate). Diese zeichneten einen Querschnitt an typischen Störungsbildern und ermöglichten einen fundierten Erfahrungshorizont der besonderen Klientel für einen Einstieg des Adaptationsprojektes. Aus diesem heraus wurden Möglichkeiten, Ideen sowie Bedingungen zur Gestaltung entwickelt. Des Weiteren war die fachliche, kompetente Auseinandersetzung und Supervision im erfahrenen Team der B/K-Sprechstunde sowie gleichermaßen die eingehende Literaturrecherche in aktuellen medizinisch/psychologisch orientierten wissenschaftlichen Datenbanken, Journals und Fachliteratur zum aktuellen Stand der Spezialthemen des Psychopathologischen Befunds für das Säuglings- und Kleinkindalter wesentlich. Methodisch ist festzuhalten, dass in der Literatur einzelne prägnante Studien und Übersichtsarbeiten als theoretischer Unterbau dienten. Der Fokus dieser Arbeit lag nicht auf der Vollständigkeit der Literaturrecherche, sondern auf ihrer inhaltlichen Prägnanz. Der „Aktuelle Forschungsstand“ (Kapitel 2.4) wurde anhand der Störungsbilder mit seinen Items des PPB sowie sehr vereinzelt anhand neuer dominierender Charakteristika gegliedert und untersucht.

3.1.1.1 Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Glossar) – Arbeitsversion

Die adaptierte Fassung des PPB wurde anhand der oben genannten Erfahrungen (Kapitel 2.2.2) auf der Grundlage des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) entworfen. Basis war das ausführliche Glossar mit Explorationsleitfaden (Döpfner et al., 1991). Die Einschätzung einzelner psychopathologischer Merkmale erfolgte aufgrund eines halbstrukturierten Interviews mit der Bezugsperson des Patientenkindes und der Verhaltensbeobachtung des Säuglings bzw. des Kleinkindes. Wesentlich war die Interaktion mit sich selbst und seinem Gegenüber sowie in Beziehung zur Bezugsperson während der Untersuchungssituation. Aufgrund der Übersichtlichkeit und ersten Handhabung, eine Adaptation und Differenzierung für die besondere Altersklasse in die bereits vorhandene BADO (als Zusatz-Glossar) mit der Möglichkeit einer sinnvollen Implementierung einzugliedern, wurde die äußere Struktur zunächst gewahrt. Es sollen die Störungsbereiche und Items strukturerhaltend zum bestehenden PPB der BADO sowie im Kontext des Entwicklungsalters modifiziert werden. Störungsbilder werden damit auf ihre Relevanz überprüft, Hauptitems werden adäquat erklärt und Unteritems (zur Exploration) neu dazu entwickelt und operationalisiert. Hauptaugenmerk wurde auf die altersgerechte Erklärung der vorhandenen Störungsbereiche und Items mit differenzierten Operationalisierungen in der Exploration gelegt,

[133] Säugling: Definition des Alters im Deutschen ist das erste Lebensjahr. Im Englischen wird von „infant“ gesprochen und je nach Autor werden Altersangaben für das erste Lebensjahr oder auch von null bis 18 Monaten gemacht.

fünf nicht altersadäquate Störungsbereiche[134] sowie dazu insgesamt 11 Items[135] wurden gestrichen. Ein Item wurde neu[136] dazu gesetzt. (siehe Tabelle 4).

Nummerierung in Adaptation PPB (Arbeitsversion)	Nummerierung nach PPB Englert und Poustka (1998)	Störungsbereiche	Differenz der Anzahl an Items
1.	1.	Interaktion	+1
2.	2.	Sozialverhalten	
3.	3.	Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	
4.	4.	Psychomotorik	
5.	5.	Störung von Sprechen und Sprache	
6.	6.	Angststörungen	-1
7.	7.	Stimmungs-/Affektstörungen	
8.	8.	Zwangsstörungen	-2
9.	9.	Essstörungen	-3
10.	10.	Funktionelle und somatoforme Störungen	-3
11.	11.	Merkfähigkeit, Orientierung und Bewusstseinsstörungen	-1
12.	17.	Andere Störungen	-1

Tabelle 4: Übersicht der entwicklungslogischen (erhaltenen) Störungsbereiche der Adaptation des PPB (nach Döpfner et al., 1991 und Englert, Poustka, 1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter. Die Items 12 bis 16 wurden im PPB (Englert, Poustka, 1998) gestrichen.

Hinzugefügte entwicklungsdifferenzierte Operationalisierungen verdeutlichen die Spezifität der Altersgruppe von Säuglingen und Kleinkindern. Die Beschreibung der Symptomatik und somit die Exploration ist aus entwicklungspsychologischen Gründen an zwei Altersklassen ausgerichtet, die den jeweiligen Entwicklungsstand mit seinen eigenen Fähigkeiten (Meilensteine)[137] berücksichtigen soll: Säuglinge (S) von null bis 18 Monaten und Kleinkinder (K) von 19 bis 60 Monaten. Ein weiterer Vorteil dieser Einteilung wurde in der wissenschaftlichen Datenauswer-

[134] „Formale Denkstörungen“, „Inhaltliche Denkstörung“, „Ich-Störung“, „Sinnestäuschung“, „Suizidalität bei Aufnahme“, „Missbrauch/Abhängigkeit“ wurde nach ausgiebiger Diskussion aufgrund bspw. einer möglichen Alkohol- bzw. Drogenexposition des Kindes durch die Mutter wieder mit aufgenommen (vgl. Dormann, vsl. 2013).
[135] „Agoraphobie“, „Zwangsgedanken“, „Zwangsimpulse“, “Selbstinduziertes Erbrechen“, „Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion“, „Körperschemastörung“, „Einnässen“, „Dissoziative Störungen“, „Hypochondrie“, „Orientierungsstörung“ und „Suizidale Handlungen“.
[136] „Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“ als Item des Störungsbereichs der Interaktion.
[137] Meilensteine sind definierte, überschaubare im Alltag beobachtbare wesentliche Entwicklungsaufgaben, die das natürliche Verhalten des Kindes in einzelnen Aspekten beschreiben. Sie kennzeichnen einen physiologischen und psychologischen Entwicklungsschritt, wie bspw. selbständiges Stehen oder Hochziehen an Möbeln mit einem Jahr, Fremdeln um den achten Lebensmonat herum. Nicht jeder Meilenstein muss sich unabdingbar zeigen, wie z.B. Fremdeln) ohne Aufkommen einer Sorge zu zeigen (vgl. Cierpka, 2012).

tung gesehen.[138] Da diese Altersgliederung entsprechend der psychopathologischen Entwicklung teilweise noch sehr weit gefasst ist, sind, wenn nötig, weitere Alterseingrenzungen innerhalb dieser Gruppen (S) und (K) extra angegeben, z.B. (ab ca. 36/48 Monaten).

Aufbau des Störungsbereichs in der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder:

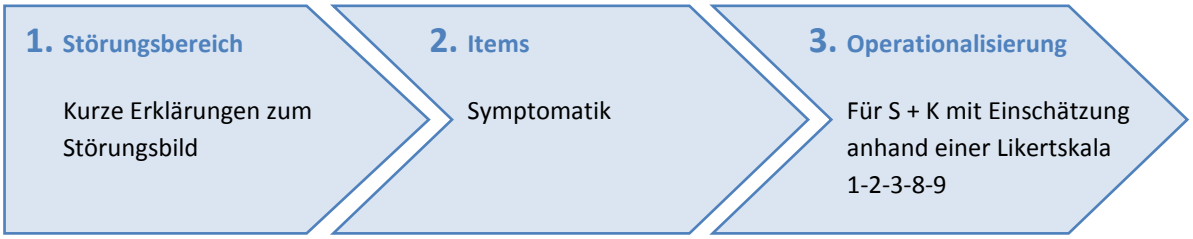


Abbildung 2: Struktur des Aufbaus des Störungsbereiches in der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder in Anlehnung an den PPB (nach Döpfner et al., 1991).

Als Explorationshilfe sind absichtlich keine vollständigen Fragen formuliert, sondern dominierende Stichpunkte des Items, um einem geschulten Anwender ein Gespräch im Charakter eines halbstrukturierten Interviews möglichst variabel für die jeweilige Untersuchungssituation zu ermöglichen. Ziel ist es, die pathologische Richtung zu erfassen. Es werden dementsprechend halboffene Fragen mit möglichen Ankerbeispielen angeboten. Die Qualität dieses Unterpunktes wird somit anhand der dort angegebenen Stichpunkte mit einer Einschätzung auf einer Likertskala[139] festgehalten.

Bei überdurchschnittlich (pathologischer) Bewertung mündet das Rating in einer vier, bei niedriger (unauffälliger) Bewertung in einer eins. Um zu einem eindeutigen Kodierungsergebnis des übergeordneten Items zu gelangen, deuten bei mehreren Ankerbeispielen und operationalisierten Items näherungsweise mehrheitlich hohe Likert-Werte auf eine vier, mittlere Werte auf eine zwei oder drei und niedrige Werte auf eine eins hin. Die Beurteilung sollte eher konservativ erfolgen, d.h. im Zweifelsfall sollte die geringere Ausprägung gewählt werden. Die Likert-Skala ist wie folgt für die Merkmalsausprägung gewählt: 1 (nicht vorhanden), 2 (leicht ausgeprägt), 3 (deutlich ausgeprägt), 4 (stark ausgeprägt), 8 (logisch nicht möglich), 9 (nicht beurteilbar). Eine Ska-

[138] Eingliederung der Kleinkinder (19 bis 60 Monate) in die Altersgruppe und Kategorie derjenigen, die mit dem Elternfragebogen CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) beurteilt werden können, um aus Elternsicht eine Einschätzung möglicher Symptome in körperlichen, emotionalen und verhaltensorientierten Auffälligkeiten zu bekommen. Damit kann ein aussagekräftiges Außenkriterium als sog. „externe Validierung“ dienen.

[139] Rensis Likert (1903-1981), US-amerikanischer Sozialforscher, entwickelte 1932 eine Skalierungsmethode zur Einschätzung bzw. zur Messung von persönlichen Einstellungen. Die Wahl der Likert-Skala fiel hier mit den typischen Antwortmöglichkeiten bzw. Bewertungsmöglichkeiten in Ordinalordnung. Die Ausprägungen des zu untersuchenden Merkmale (Häufigkeiten/Intensität) der Skala werden aufsteigend angeordnet. Es ist die „Methode des summierten Ratings“ (Bortz, Döring, 2006).

lierung anhand von vier Stufen wurde vorgenommen, um einer „Tendenz zur Mitte“[140] vorzubeugen. Die Bewertung durch 8 = „logisch nicht möglich“ wurde neu dazu genommen. Merkmale, die in einem Alter nicht relevant sind, werden dadurch kodiert und beurteilbar.

Die Bewertung wird mit der Likertskala quantifiziert. Der Summenscore für das zu beschreibende Unteritem wird gerechnet und durch die Anzahl der Explorationen geteilt. Dabei wird im Zweifelsfall mit einer Tendenz zum Positiven gerundet. Das daraus resultierende Ergebnis gibt die Punktzahl des Items an. Der höchstpunktende Wert eines Items beschreibt das Störungsbild dementsprechend positiv (vgl. Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999, Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005). Die Bewertungen mit einer „8“ oder „9“ werden aus inhaltlichen Gründen nicht in der statistischen Auswertung quantifiziert.

Aus systemlogischen Gründen musste auf die in der Grundversion (Döpfner et al., 1991) verwendeten Begriffe der Selbst- und Fremdwahrnehmung verzichtet werden. Weil die Selbstwahrnehmung aufgrund des zu untersuchenden Zielalters wegfällt, wird ausschließlich mit der Fremdwahrnehmung gearbeitet. Im Gegensatz zu älteren Kindern (Selbst) und deren Eltern (Fremd) wird im PPB der Adaptation für Säuglinge und Kleinkinder die dyadische Beziehung, die Interaktion und das Verhalten selbst zum beobachteten psychopathologischen Objekt. Die bisherige Unterscheidung „während der Exploration“ und „anderer Kontext“ soll durch den Untersucher primär zu einer gemeinsamen Einschätzung vereinigt werden. Der Untersucher soll die berichteten Fremdbeobachtungen auf ihre Plausibilität im Zusammenhang mit den eigenen Beobachtungen prüfen (Dissimulation – Aggravation)[141]. Das professionelle Fazit des Untersuchers entscheidet über die Ausprägung innerhalb der festgelegten Werte-Skalierung.

3.1.1.2 Untersuchungsbogen

Für die Studienuntersuchung wurde ein Erhebungsbogen für die Beurteilung von psychopathologischen Auffälligkeiten der Probanden entworfen, auf dem die gesamte adaptierte Version für Säuglinge und Kleinkinder mit der bestehenden Version für das Kindes- und Jugendalter (Englert, Poustka, 1998) auf der Ebene der Exploration gegenübergestellt wurde (Erhebungsbogen siehe Anhang). So konnten beide Kodierungen während der Untersuchung gleichzeitig vorge-

---

[140] Vgl. Bortz und Döring (2006): Die zentrale Tendenz beschreibt einen Urteilsfehler, alle Urteilsobjekte im mittleren Bereich einer Skala zu bewerten. Dieser Fehler tritt besonders dann auf, wenn der Urteiler die zu Beurteilenden wenig kennt. Eine gradzahlige Ratingskala verzichtet auf eine neutrale Mittelkategorie. Sie erzwingt vom Urteiler somit eine richtungsweisende Beurteilung.

[141] Dissimulation: (Absichtliches) Herunterspielen, Bagatellisieren von krankhaften Symptomen, um gesund zu erscheinen. Aggravation: Bewusst übertriebenes Betonen von krankhaften Symptomen. Ein echtes Symptom ist vorhanden, dessen Schwere aber nicht im Verhältnis zum objektiven Befund steht. Verbunden damit ist oft ein individueller Krankheitsgewinn.

nommen werden. Dies ließ einen direkten Vergleich in inhaltlicher und statistischer Auswertung zu (Kapitel 4.2.). Die Symptome und Erklärungen zu den Störungsbereichen mit seinen Unteritems waren jeweils im dazugehörigen Glossar nachzulesen. Die Beurteilungen und Einschätzungen anhand der jeweiligen Likertskala wurden auf der Ebene der operationalisierten Unteritems vorgenommen.

3.1.2. Machbarkeit

Im Folgenden wird mittels einer Machbarkeitsanalyse die entwickelte Arbeitsversion des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder geprüft.[142] Das geschieht als erster praktischer „Test"-Durchlauf, um das neue Instrument hinsichtlich Objektivität, Stabilität, Zuverlässigkeit (Reliabilität), Inhaltsvalidität und Anwendbarkeit auszuwerten. Anhand einer Pilot-Stichprobe werden die Ergebnisse auf ihre neue Lösungsmöglichkeit bzgl. ihrer Realisierbarkeit untersucht. In der vorliegenden Untersuchung wurden vier Kriterien gewählt, an denen die Ergebnisse im Hinblick auf die gewünschten Ziele und die benötigte Qualität analysiert wurden:

Die Analyse erfolgte auf mehreren Ebenen: 1) Erster Schritt ist eine Stichprobenbeschreibung, die über eine Verteilung von Patientenalter und Diagnose informieren soll. 2) Die Methode der Wahl des Untersuchens mit zwei unabhängig einschätzenden Untersuchern soll Zuverlässigkeit und Objektivität der Adaptation durch die Interrater-Reliabilität zeigen. 3) Durch die Auswertung einer Expertenbefragung wird eine Inhaltsvalidität des eigentlich zu Fragenden und Fachlichen bewertet. 4) Der standardisierte Fragebogen CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) wird als Außenkriterium verwendet, d.h. durch die Sicht der Eltern auf das Problemverhalten ihres Kindes erfolgt eine erste externe Validierung des adaptierten Psychopathologischen Befundes.

Ein zusätzliches Kriterium sei im weiteren Sinne die Auseinandersetzung und Erfahrung der Untersucher selbst genannt. Auffälligkeiten und Probleme in inhaltlicher und anwendungsorientierter Form gehen im Sinne einer qualitativen Analyse in die Diskussion ein.

Durch die Machbarkeitsanalyse sollen mögliche Schwachstellen des zu untersuchenden Instrumentes sichtbar gemacht und damit Korrekturen ermöglicht werden, die schließlich in eine bestmöglichste Umsetzung einer Version 1.0 des PPB für Säuglinge und Kleinkinder münden. Die hier vorgestellte Feststellung der Machbarkeit stellt ein Teilstück des Weges zur vollständigen Evaluation des Psychopathologischen Befundes für Säuglinge und Kleinkinder dar.

---

[142] Wissenschaftliche Untersuchungsideen und Evaluationsvorhaben sollten hinsichtlich ihrer Machbarkeit bzw. empirischen Umsetzbarkeit kritisch beleuchtet werden (Bortz, Döring, 2006).

3.1.2.1 Stichprobe

Die gesamte Patientenpopulation lag bei 130 Kindern, von denen 18 Säuglinge und 112 Kleinkinder waren. Von diesen wurden nach Absprache mit den Therapeuten der B/K-Sprechstunde 96 Patienten (17 Säuglinge und 79 Kleinkinder) für diese Studie als ansprechbar „freigegeben“. Patientenfamilien z.B. mit einem Verdacht der Kindeswohlgefährdung, deutlich belastete Fälle in teilweise nicht geklärten Sorgerechtsfragen oder auch Patienteneltern ohne Deutschkenntnis wurden direkt von der Teilnahme ausgeschlossen. Von den 96 Patienten sagten nach meist telefonischer Anfrage insgesamt 41 Patienten bzw. die Sorgeberechtigten ihre Teilnahme zu und kamen zum Studientermin. Das waren 42,7 Prozent der „freigegebenen“ Patienten, die angerufen wurden und zugesagt hatten, und 31,4 Prozent in Bezug zur gesamten Patientenpopulation der drei Quartale. Studienteilnehmer waren letztendlich 41 Probanden: 10 Säuglinge und 31 Kleinkinder.

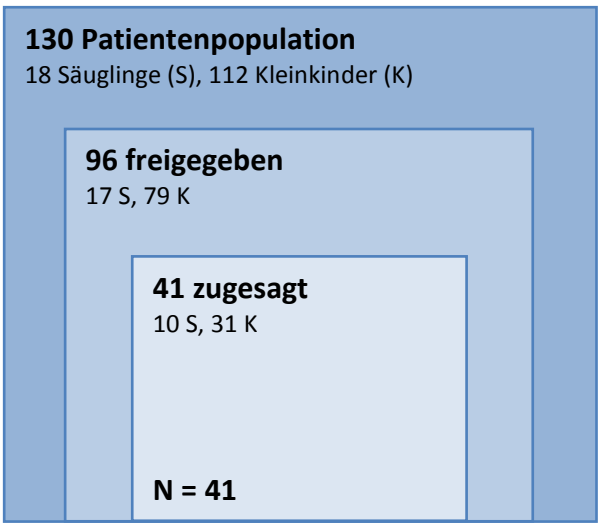


Abbildung 3: Gewinnung der Stichprobe zur Studienuntersuchung 2011. N = 41 (10 Säuglinge und 31 Kleinkinder), d.h. 42,7 Prozent der angerufenen „Freigegebenen“ bzw. 31,4 Prozent der Patientenpopulation 2011 wurden für die Untersuchung gewonnen.

Die Stichprobe beschreibt 31,5 Prozent der Klientel der ambulanten B/K-Sprechstunde aus neun Monaten, den ersten drei Quartalen 2011. Das Altersspektrum von fünf bis 59 Monaten war breit und durch alle Altersklassen hindurch verteilt. 61 Prozent Jungen und 39 Prozent Mädchen wurden untersucht. Bei den Säuglingen häufte sich das weibliche Geschlecht (sieben Mädchen zu drei Jungen), bei den Kleinkindern das männliche (23 Jungen zu acht Mädchen). Besonderes bei den älteren Kleinkindern (48 bis 59 Monate) waren Jungen überwiegend vertreten. Abbildung 4 zeigt einen Überblick:

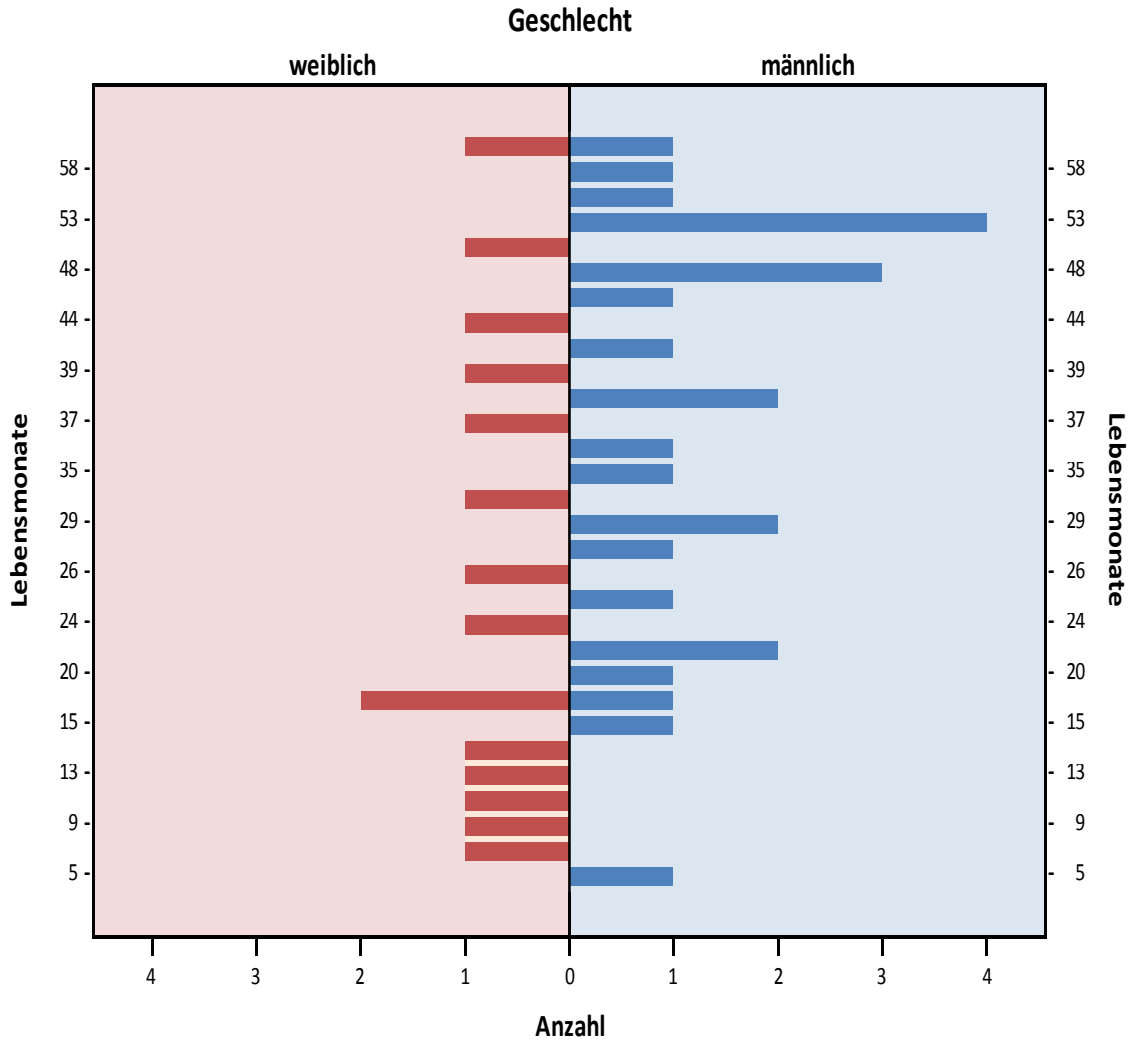


Abbildung 4: Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichprobe zur Machbarkeitsprüfung der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011).

Die Kinder lebten zum größten Teil zu Hause mit den eigenen Eltern (80,5 Prozent). Pflegeeltern hatten 9,8 Prozent der Kinder. In einer Mutter-Kind-Einrichtung lebten 4,9 Prozent, weitere 4,9 Prozent der Patientenkinder waren allein in einer Einrichtung (Heim) untergebracht. Zu den besonderen psychosozialen Belastungsfaktoren der Kinder (fünf Säuglinge und 15 Kleinkinder) zählte der Anteil von 53,7 Prozent der Eltern mit einer psychiatrischen Diagnose. Bei 4,9 Prozent waren sowohl Mutter als auch Vater (von zwei Säuglingen) von einer psychischen Erkrankung betroffen. Über die Mutter hatten 19,5 Prozent (fünf Säuglinge, drei Kleinkinder) Kontakt zu Drogen. Zwei Drittel davon kamen mit Drogen wie z.B. Heroin in Kontakt, ein Drittel war dem Alkohol exponiert. 4,9 Prozent der Kinder wiesen einen Verdacht auf ein Fetales Alkoholsyndrom auf. 9,8 Prozent der Kinder machten einen neonatalen, 7,3 Prozent der Kinder einen konnatalen Drogenentzug durch. 12,2 Prozent der Stichprobe litten am Verlust einer engen emotionalen vertrauten Beziehung (Vater/Mutter).

Relevante Diagnosen in dieser Altersgruppe sind in der Patientenstichprobe breit gestreut. Nach dem Multiaxialen Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 sind sie in folgender Tabelle (Tabelle 5) ersichtlich. Weit häufigste Diagnose war die F98.8 „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der frühen Kindheit“. An zweiter Stelle stand (mit etwa einem Viertel des Auftretens bzgl. der F98.8) die Diagnose F84.0 „Frühkindlicher Autismus“. Die dritte Stelle teilten sich die Diagnosen F90.0 „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (bei Kleinkindern) und „keine Diagnose“ (meistens bei Säuglingen). Gleichrangig war die vierte Stelle mit den Diagnosen F93.0 „Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters“, F94.1 „Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“ und F91.3 „Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“. Mit einmaligem Auftreten beschreibt die fünfte Stelle die Diagnosen F51.9 „Nicht organische Schlafstörungen“, F84.9 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“, F 92.0 „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung“ und F94.2 „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“, F98.2 „Fütterstörung im frühem Kindesalter“, F98.9 „Nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, F84.1 „Atypischer Autismus“ und F84.5 „Asperger Syndrom“.

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

Tabelle 5: Erste Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach der ICD-10. Diagnoseverteilung der 41 Studienpatientenkinder 2011. In die Häufigkeit sind sowohl Erst- als auch Zweitdiagnose mit aufgenommen. Die Zweitdiagnosen sind eingeklammert, somit auch deren jeweilige Verteilung.

Auf der zweiten Achse hatten 36,6 Prozent der Stichprobe eine Diagnose. Sie beschreibt die „Umschriebenen Entwicklungsrückstände“, welche sich wie folgt in dieser Stichprobe fassen ließen: Bei 14,6 Prozent (inkl. einer Zweitdiagnose) mit der F82.0 „Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktion“, bei 12,2 Prozent (inkl. einer Zweitdiagnose) mit der F80.0 „Artikulationsstörung“, bei 7,31 Prozent mit der F83.0 der gemischten Kategorie der „Kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen“, bei 4,9 Prozent mit einer F89.2 „Nicht näher bezeichneten Entwicklungsstörung“ und bei weiteren 2,4 Prozent mit einer F80.2 der „Rezeptive Sprachstörung“.

Bei der Beschreibung des Intelligenzniveaus auf der dritten Achse lagen die meisten Stichprobenkinder (58,5 Prozent) bei einem durchschnittlichen Intelligenzniveau. 22 Prozent hatten eine niedrige Intelligenz, bei 14,6 Prozent war das Intelligenzniveau nicht bekannt. Die Stichprobe hatte jeweils in den Extremen zwei Kinder. 2,4 Prozent hatten eine sehr hohe Intelligenz mit einem IQ größer 129, 2,4 Prozent lagen mit einem IQ kleiner 20 bei schwerer Intelligenzminderung.

Mehr als ein Drittel der Probandenkinder (36,6 Prozent) hatte eine zusätzliche somatische Diagnose mit Kodierung auf der vierten Achse. Von der Gesamtheit der Stichprobe gesehen hatten 19,5 Prozent „Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter“ (P96.1 nach der ICD-10), 7,31 Prozent wiesen nach der ICD-10 Q-Diagnosen auf mit einer „Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“, einem „Reduktionsdefekt des Femurs“ und einer „Alkoholembryopathie mit Dsymorphiezeichen“, 4,9 Prozent hatten Erkrankungen der Haut und weitere 4,9 Prozent waren „Sonstige vor dem Termin Geborene“.

Die fünfte Achse der assoziierten abnormen psychosozialen Umstände ist oben weiter näher differenziert worden. Die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, der psychosozialen Anpassung im letzten Vierteljahr mittels der sechsten Achse des MAS zeigte, dass kein Stichprobenkind „hervorragend bis gut sozial angepasst“ war, „befriedigend sozial angepasst“ und „leicht sozial beeinträchtigt“ waren jeweils 7,3 Prozent. Rund ein Drittel der Kinder (31,7 Prozent) zeigte eine „mäßige soziale Beeinträchtigung“, d.h. sie wiesen Unzulänglichkeiten in fast allen sozialen Bereichen auf. 24,4 Prozent hatten eine „deutliche soziale Beeinträchtigung“. 26,8 Prozent waren „deutlich und dazu übergreifend (durchgängig) in sozialer Beeinträchtigung“, d.h. es gab mittelgradige Funktionsbeeinträchtigung in den meisten sozialen Bereichen oder starke Beeinträchtigung in einem Gebiet. Ein Kind lebte in tiefgreifender und schwerwiegender sozialer Beeinträchtigung.

Die Diagnoseverteilung nach der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) differenziert sich in der Stichprobe in folgende Störungsbilder (Tabelle 6):

Diagnoseverteilung auf der ersten Achse DC:0-3R	Bezeichnung	Anzahl Erst-(+Zweit-) diagnose	Häufigkeit in Prozent	Verteilung Säuglinge	 Kleinkinder
240	Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks	7 (+4)	22,0		7 (+4)
430	Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv	6 (+3)	18,0	1	5 (+3)
700	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	7	14,0		7
-	Keine Diagnose	6	12,0	5	1
420	Regulationsstörung – hyposensitiv/unterreaktiv	3 (+1)	8,0	3	(+1)
500	Schlafstörung	2 (+1)	6,0		2 (+1)
150	Bindungsstörung bei Deprivation	3	6,0	1	2
412	Regulationsstörung negativ/trotzig	2	4,0		2
300	Anpassungsstörung	2	4,0		2
411	Regulationsstörung – ängstlich/übervorsichtig	1	2,0		1
600	Fütterstörung	1	2,0		1
		41 (+9)	**100**	**10**	**31 (+9)**

Tabelle 6: Erste Achse der DC:0-3R (Zero to Three, 2005). Diagnoseverteilung der 41 Studienpatientenkinder. In die Häufigkeit (in Prozent) sind sowohl Erst- als auch Zweitdiagnose mit aufgenommen. Die Zweitdiagnosen (und somit deren jeweilige Verteilung) sind eingeklammert.

Hervortretende Hauptdiagnosen der ersten Achse der DC:0-3R sind die „Regulationsstörungen“ zusammengefasst mit 36 Prozent, die „Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks“ mit 22 Prozent und die „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ mit 14 Prozent. An vierter Stelle steht mit 12 Prozent „Keine Diagnose“, gleichauf folgend mit sechs Prozent die „Schlafstörung“ und die „Bindungsstörung bei Deprivation“. An fünfter Stelle war die „Anpassungsstörung“ und mit einmaligem Auftreten die „Fütterstörung“ letztgenannt. Betrachtet man allein die Säuglinge, ist zu erwähnen, dass sie überwiegend „Keine Diagnose“ hatten.

Die zweite Achse der DC:0-3R beschreibt die Beziehung des Kindes zur primären/sekundären Bezugsperson mittels der „Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale“ (PIR-GAS).

Zweite Achse der DC:0-3R	Primäre Bezugsperson	Sekundäre Bezugsperson
80 - etwas unausgewogen	14,6	2,3
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
ohne Angaben	-	82,9

Tabelle 7: Zweite Achse der DC:0-3R (PIR-GAS) (Zero to Three, 2005) der 41 Stichprobenkinder 2011. Häufigkeitsverteilung (in Prozent) der jeweiligen Beziehungsqualität der primären/sekundären Bezugsperson zum Kind.

Auffallend hier waren die 34,1 Prozent in einer stark aus dem Gleichgewicht geratenen Beziehung zur primären Bezugsperson (meistens der Mutter). Mit 19,5 Prozent einer deutlich gestressten und 17,1 Prozent einer dysfunktionalen Ausprägung zur primären Bezugsperson lag die Bewertung der Beziehungsebene überwiegend im unteren Mittelfeld. Je 7,3 Prozent waren gestört und schwer gestört. Von der sekundären Bezugsperson wurden zu 82,9 Prozent keine Angaben gemacht. Die vorliegenden Bewertungen lagen vorwiegend im oberen Mittelfeld, 4,9 Prozent mit Angaben zu einer schwer gestörten Beziehung.

3.1.2.1.1 Drop-out-Analyse

Aus der gesamten Inanspruchnahme-Population von 130 Säuglingen und Kleinkindern der Baby- und Kleinkindsprechstunde der ersten drei Quartale 2011, die als Basis für die Gewinnung der Probanden zur Studie dienten, sind insgesamt 89 Kinder (68,5 Prozent) ausgeschlossen worden. 34 von diesen sind von vornherein von den behandelnden Psychologen und Ärzten aufgrund zu großer psychosozialer Belastungsfaktoren des zu behandelnden Kindes bzw. des dyadischen bzw. triadischen Beziehungsgeflechts zurückgehalten worden. Die Problematiken gingen von deutlich mangelndem Coping, akut gefährdeter Vulnerabilität der Patienteneinheit, komplizierten und unklaren Sorgerechtsverhältnissen bis zu akuter Kindeswohlgefährdung. 55 Patienteneltern bzw. Sorgeberechtigten der Ausgeschlossenen willigten einem Studientermin aktiv nicht ein, sei es aus mangelnder Erreichbarkeit, Desinteresse, reinen Organisationsgründen, Zeitaufwand, Belastungssorgen um das Kind und Bezugsperson selbst, Krankheit oder Misstrauen. Die ausgeschlossene Stichprobe bestand aus 13 Säuglingen (von null bis 18 Monaten) und 76 Kleinkindern, davon insgesamt 58,4 Prozent Jungen und 41,6 Prozent Mädchen. Das Altersspektrum von

null bis 59 Monaten war kontinuierlich fließend, bei der Altersverteilung zeigte sich die Tendenz der besonders häufigen Inanspruchnahme der Vierjährigen mit 31 Kindern, gefolgt von 22 Zweijährigen, 19 Dreijährigen, zehn Einjährigen und sieben Kindern unterhalb des ersten Lebensjahres.

Das soziale Umfeld der Kinder war mit 43,8 Prozent überwiegend das einer „abweichenden Elternsituation“, d.h. ein Elternteil ist alleinerziehend, die Kinder leben in Pflegefamilien in Kurz- oder Langzeitpflege oder bei anderen Verwandten. 36 Prozent der Kinder waren im elterlichen Haushalt zuhause, 20,2 Prozent der Kinder in Institutionen untergebracht. Etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der ausgeschlossenen Patienteneltern hatte eine psychiatrische Diagnose, 5,6 Prozent eine Behinderung, 24,7 Prozent waren in unzureichender elterlicher Aufsicht und 23,6 Prozent verhielten sich in unzureichender Erfahrung im Umgang mit ihrem Kind; dagegen zeigten sich 3,4 Prozent der Eltern in Überfürsorge. Mangelnde Wärme gegenüber dem eigenen Kind zeigten 11,2 Prozent der Eltern, 24,7 Prozent lebten in Disharmonie. Körperliche Misshandlungsfälle gab es bei zehn Prozent der Patientenkinder, bei einem Prozent der Eltern wurde eine feindliche Ablehnung gegen das Kind vermerkt. Die psychosoziale Situation im Vierteljahr vor der Untersuchung war bei insgesamt 37 Prozent „deutlich“ sozial eingeschränkt; etwa 20 Prozent zeigten eine leicht positivere Tendenz mit einer „befriedigenden“ und „leichten“ sozialer Beeinträchtigung. Weitere 19 Prozent zeigten „deutliche und übergreifende“ (durchgängige), sechs Prozent „tiefgreifende und schwerwiegende“ soziale Mängel auf.

Erste Achse der MAS nach der ICD-10 - Diagnoseverteilung		**Erst- (+Zweit-) Diagnose**	**Häufigkeit in Prozent**
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der frühen Kindheit und Jugend	42 (+4)	47
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	10	10
-	Keine Diagnose	6	6
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	5	5
F84.0	Frühkindlicher Autismus	4	4
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	4	4
F93.8	Sonstige emotionale Störung des Kindesalters	3 (+1)	4
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	3	3
F84.1	Atypischer Autismus	2 (+1)	3
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten	2	2
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2	2
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlender sozialen Bindungen	1 (+1)	2

Fortsetzung der Tabelle **Erste Achse der MAS nach der ICD-10 - Diagnoseverteilung**		**Erst- (+Zweit-) Diagnose**	**Häufigkeit in Prozent**
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung	1	1
F51.4	Pavor nocturnus	1	1
F93.9	Emotionale Störung des Kindesalter, nicht näher bezeichnet	1	1
F95.0	Vorrübergehende Ticstörung	1	1
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	1	1
F98.5	Stottern/Stammeln	(+1)	1
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion	(+1)	1
F43.2	Anpassungsstörung	(+1)	1
		89 (+10)	**100**

Tabelle 8: Erste Achse des MAS nach der ICD-10. Diagnoseverteilungen der ausgeschlossenen 89 Patientenkinder.

Die deutlich häufigste Diagnose nach der ICD-10 war die F98.8 „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der frühen Kindheit und Jugend“, gefolgt von den Diagnose-Übergruppen F94 „Störung der sozialen Funktion mit Beginn in der Kindheit“ (14 Prozent), F84 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (sieben Prozent), F93 „Emotionales Störungen“ (sieben Prozent) und F91 „Störung des Sozialverhaltens“ (vier Prozent). Des Weiteren sind die Diagnosen recht breit gestreut.

Auf der zweiten Achse zu den Entwicklungsstörungen haben insgesamt 49,4 Prozent der ausgeschlossenen Kinder mindestens eine Diagnose. Dabei am meisten vertreten waren die F82 „Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktion“ mit 22,5 Prozent, gefolgt von „Kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung“ mit 20,2 Prozent. Eine isolierte F80 „Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache“ hatten an dritter Stelle 6,7 Prozent der Kinder.

Das Intelligenzniveau lag bei knapp der Hälfte (48,3 Prozent) im Durchschnitt, 12 Prozent hatten eine niedrige Intelligenz, 3,4 Prozent hatten je eine leichte, mittelgradige und schwere Intelligenzminderung, weitere 3,4 Prozent hatten mit einen IQ < 20 eine schwerste Minderung. Dagegen hatte 1,1 Prozent eine sehr hohe Intelligenz mit einem IQ > 129.

Von zusätzlichen somatischen Diagnosen sind 30,4 Prozent der Kinder betroffen. Dabei war auffällig oft mit 11,2 Prozent die P96.1 „Entzugssyndrom beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter“ vertreten. Zu erwähnen seien noch je 3,4 Prozent, die an Stoffwechselerkrankungen, Augenleiden, „angeborene Missbil-

dungen, Deformitäten und Chromosomenaberrationen“ und „Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Folgen äußerer Ursachen“ litten.

Die Diagnoseverteilung nach der DC:0-3R differenzierte sich in der ausgeschlossenen Patientenpopulation, wie in nachfolgender Tabelle ersichtlich ist, in folgende Störungsbilder:

Erste Achse der DC:0-3R - Diagnoseverteilung		**Erst- (+Zweit-) Diagnose**	**Häufigkeit in Prozent**
-	Keine Diagnose	32	29,9
150	Bindungsstörung bei Deprivation	21	19,63
240	Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks	9 (+4)	12,15
430	Regulationsstörung – stimulationssuchend/impulsiv	8 (+2)	9,35
600	Fütterstörung	4 (+3)	6,54
420	Regulationsstörung – hyposensitiv/unterreaktiv	3 (+3)	5,61
700	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	3	2,8
410	Regulationsstörung – hypersensitiv	2 (+2)	3,74
220	Angststörung im Säuglings- und Kleinkindalter	2 (+1)	2,8
500	Schlafstörung	1 (+3)	3,74
400	Regulationsstörung – Störung der sensitiven Interaktion	1	0,93
230	Depression im Säuglings- und Kleinkindalter	1	0,93
300	Anpassungsstörung	1	0,93
800	Sonstige Störung nach DSM IV oder ICD-10	1	0,93
		89 (+18)	**100**

Tabelle 9: Diagnoseverteilung nach der DC:0-3R, erste Achse: Ausgeschlossene 89 Patientenkinder

Mit 29,9 Prozent war „Keine Diagnose“ am häufigsten vergeben. Darauf folgen die drei Hauptdiagnosegruppen, einmal mit den zusammengefassten „Regulationsstörungen“ von 19,63 Prozent, von denen der „stimulationssuchende/impulsive Typ“ mit 9,35 Prozent mit zu den insgesamt häufigen Diagnosen gehörte, gleichrangig mit 19,63 Prozent die „Bindungsstörung bei Deprivation“ und folgend die „Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks“ mit 12,15 Prozent. Die weiteren breit verteilten Diagnosen zeigten das Spektrum der Säuglings- und Kleinkindsymptomatik.

Die Einschätzung der Beziehungsqualität auf der zweiten Achse der DC:0-3R zeigte bei 27 Prozent der primären Bezugsperson ein „deutlich gestresstes“ Beziehungsverhältnis zum Kind, bei 12,4 Prozent war es „gestört“, bei je 1,1 Prozent „extrem beeinträchtigt“ und „misshandelnd“, bei 10 Prozent war es ausgeglichen bis etwas unausgewogen. Bei etwa gut einem Drittel der

primären Bezugsperson gab es keine einschätzende Bewertung. Gleiches gilt bei drei Vierteln der sekundären Bezugsperson (meistens des Vaters). Bei diesen liegen die höchsten Werte mit 7,9 Prozent in der Beziehungsqualität „deutlich gestresst“, 1,1 Prozent liegen bei „extrem beeinträchtigt“ und 3,4 Prozent bei „misshandelnd“.

3.1.2.2 Untersuchungsablauf

Die Patienten kamen mit ihren Eltern bzw. den derzeitigen Sorgeberechtigten zu einem einmaligen Untersuchungstermin[143] außerhalb der sonstigen Klinikroutine ins SPZ. Die Untersuchung fand in Seminarräumen der Kinderklinik oder im gewohnten Umfeld der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Die Dauer der Untersuchung lag in der Regel bei einer Stunde für Kleinkinder und einer dreiviertel Stunde für Säuglinge. Das Untersuchungsprocedere war so strukturiert, wie es von dem Erstgespräch für alle Beteiligten her gewohnt war. Das Kleinkind konnte sich frei im Raum bewegen, hatte evtl. eigene Spielsachen dabei, ansonsten ein kleines Spielzeugangebot an Klötzen, kleinem Ball, Puzzle, einfachen Malutensilien und einem Buch zur Verfügung. Die Probanden wurden vor der Untersuchung erneut über das Forschungsprojekt und die anonymisierte Datenbehandlung mündlich und schriftlich aufgeklärt und stimmten der Studienteilnahme zu.

Die Untersuchung verlief in einem halbstrukturierten Interview. Grundlage hierfür war die neu entwickelte Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder anhand des Glossars (Kapitel 3.1.1.1) und des Untersuchungsbogens (Kapitel 3.1.1.2), damit in parallelem Vergleich zur bestehenden Version des PPB (Englert, Poustka, 1998). Die Untersuchung wurde stets von zwei „Ratern“ (den Studien-Leiterinnen Dormann und Kevenhörster) durchgeführt. Die Rollen des Fragenden und des Beobachters waren während der Situation festgelegt. Das Kind wurde in der Umgebung seiner Eltern oder Bezugspersonen, die in dieser Situation über das Kind berichteten, beobachtet. Im Vordergrund der Beobachtung war das Kind, bzw. die Kommunikation in der dyadische/triadische Beziehung sowie die mögliche gesuchte Interaktion mit dem Fremden (Beobachter). Der Beobachter nahm sich erst in schwierigen und auch eskalierenden Situationen mit dem Patienten dieser Situation an und wurde aktiv; bspw. wurde dann versucht, das Kind in ein Spiel einzubeziehen oder ihm auch klare Grenzen vorzugeben, um es aus der situativen, störenden Interaktion herauszuholen. Die Rollen des Beobachters und Fragenden wechselten alternierend. Die Einschätzung der jeweiligen möglichen psychopathologischen Symptomatik der Pati-

[143] Das Erscheinen zu diesem gesonderten Studien-Untersuchungstermin wurde mit einer Aufwandsentschädigung von 20 Euro honoriert, die dankenswerterweise durch die Teilförderung dieser Arbeit von der Wagener-Stiftung, Stiftung für Sozialpädiatrie, ermöglicht wurde. Dieses schien für manche Patienten und Eltern ein Teilnahmeanreiz zu sein. Ein Elternpaar wollte dieses Geld nicht annehmen.

enten erfolgte bewusst unabhängig und ohne Absprachen der Untersucher untereinander, um eine sinnvolle Auswertung und einen Vergleich der parallel erhobenen Daten zu ermöglichen (Interrater-Reliabilität). Die jeweilige Patientenakte der Klinikbehandlung blieb für mögliche Vorinformationen absichtlich geschlossen. In letzter Instanz zur Einschätzung von qualitativen psychopathologischen Merkmalen und vom Störungsgehalt des Patienten in der Untersuchungssituation stand der Untersucher.

3.1.2.3 Expertenmeinung

Für eine erste Einschätzung der Anwendbarkeit und des Inhalts der neu entwickelten Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder aus der Sicht von Experten wurde ein Expertenrating durchgeführt. Als ein Kriterium der Inhaltsvalidität wurde die Befragung von einer Ärztin/Arzt und/oder einem Psychologen/Psychologin mit langjähriger Berufserfahrung gewählt. Voraussetzungen für die Experten waren fundierte klinische Erfahrungen im spezialisierten Teilgebiet der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, wissenschaftliche Publikationen/wissenschaftliche Mitarbeit und Mitarbeit in der Leitlinienkommission zur Entwicklungen von Standards in Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Mindestens eine Voraussetzung sollte erfüllt sein. Elf Experten wurden ausgewählt und um ihre Expertenmeinung gebeten. Sie wurden einmal via Email (mit einem Anschreiben, der Arbeitsversion des adaptierten PPB und einem Fragebogen (siehe Anhang)) und zusätzlich auf dem Postweg (alle Dokumente als print-Version) angeschrieben. Die Fragen bezogen sich auf die Anwendbarkeit des aktuellen PPB der BADO (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005) auf das Säuglings- und Kleinkindalter, sowie auf die Frage nach einem derzeitigen Bedarf und Wunsch einer entwicklungsgerechten Adaptation des bestsehenden PPB (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005) sowie des darin vorgenommenen Aufbaus und Unterteilung in Säuglinge (0 bis 18 Monate) und Kleinkinder (19 bis 60 Monate). Des Weiteren war die Meinung zur Wahl der Likertskala, zur Verständlichkeit der gewählten Operationalisierungen in der Exploration zu den Items, zur Idee des hinzugefügten Item der „Selbstregulation“, zu möglichen inhaltlichen Lücken und zur ersten Einschätzung gefragt. Eine weitere Aufforderung zu Kritik, Anregungen und Verbesserungsvorschlägen war gewünscht. Es wurden geschlossene und offene Fragen gestellt und dazu war ausdrücklich nach inhaltlicher Meinung gefragt. Die Auswertung basierte auf inhaltlicher Ebene. Um noch einen ergiebigeren Rücklauf des Fragebogens zu bekommen, wurde nach einer Rücksendefrist von etwa vier Wochen erneut eine Erinnerungsmail verschickt. Das gewonnene Feedback geht in die Überarbeitung und Diskussion zur Adaptation als inhaltliche Validierung mit ein.

3.1.2.4 Außenkriterium CBCL (1½-5)

Die Adaptation des PPB wird in der Verträglichkeit zu einer bestehenden Methode der Erfassung von psychopathologischen Eigenschaften im Kleinkindalter mit Berücksichtigung der geläufigen Anwendung im Klinikalltag verglichen. Die Child Behavior Check List (CBCL 1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) dient als externes valides standardisiertes Vergleichsinstrument, um den neu adaptierten Psychopathologischen Befund auf seine Machbarkeit hin valide zu überprüfen. In die Auswertung gehen Daten von den untersuchten 31 Kleinkindern in einem Alter von 18 Monaten bis 60 Monate mit ein. Eine Auswertung der Daten von den zehn Säuglingen der Stichprobe bleibt aufgrund der festgelegten Altersstruktur der CBCL (1½-5) von eineinhalb bis fünf Jahren außen vor. Für die Säuglinge gab es kein vergleichbares ausreichend etabliertes, valides Instrument, das zu diesem Zweck hätte herangezogen werden können. Um einen inhaltlichen Vergleich zum adaptierten PPB zu gewährleisten, war die CBCL (1½-5) von den Eltern nicht länger her als sechs Monate vor der Studien-Untersuchung ausgefüllt.

Im Vergleich der beiden Instrumente ergaben sich Schwierigkeiten für eine detaillierte statistische Auswertung aufgrund ihrer verschiedenartigen Struktur in Aufbau und Zusammenfassung bestimmter Items. Der adaptierte PPB ist in 12 Störungsbilder und 230 (Unter-)Items gefasst, die CBCL (1½-5) hat die Ebenen von fünf Symptomskalen und sieben Syndromskalen mit insgesamt 99 untergeordneten Items. Die Bereiche bzw. die Störungsbilder des PPB sind breiter und binnendifferenzierter gefasst und damit nur sehr bedingt direkt mit den festen Skalen der CBCL (1½-5) vergleichbar. Aufgrund ihrer Validierung sollen die festen Skalen der CBCL (1½-5) bestehen bleiben. Die Störungsbereiche (Items) des adaptierten PPB sind daran zu vergleichen. Die Auswertung des PPB bringt Rohwerte, so dass diese auch mit den Rohwerten der CBCL (1½-5) zu vergleichen sind.

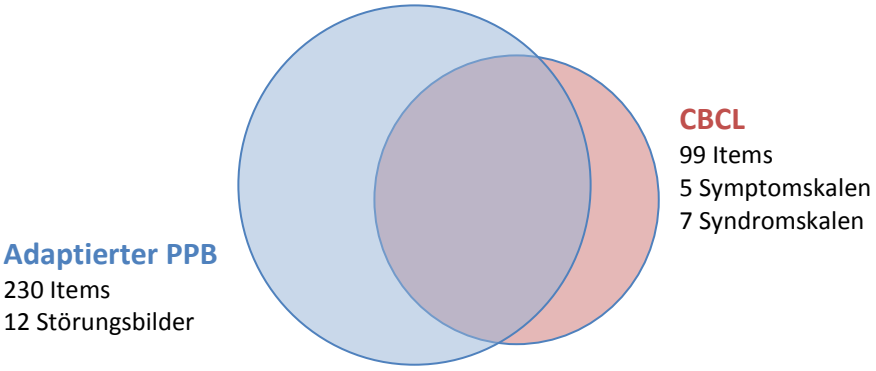


Abbildung 5: Schnittmenge des adaptierter PPB für Säuglinge und Kleinkinder mit der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000).

Um einen Ausgangspunkt einer anstehenden möglichen Vergleichbarkeit zu bereiten, sind geeignete Schnittmengen der beiden Instrumente zu finden. Dabei ist zu bemerken, dass insgesamt 19 Items der CBCL nicht im adaptierten PPB zu finden sind.

Übereinstimmende Items eines gleichwertigen Störungsbildes des adaptierten PPB mit denen einer Skala der CBCL (1½-5) werden bestimmt und prozentual an den Items der CBCL (1½-5)-Skala verglichen und bei Werten größer als 60 Prozent miteinander korreliert.

Als augenscheinlich relativ homogene Skalen im Vergleich mit den reinen Störungsbereichen des PPB sind bspw. auf der DSM-orientierten Skala der CBCL (1½-5) die Skala „Attention Deficit/Hyperactivity Problems“ mit sechs Items aufzuzeigen gegenüber den „Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ des adaptierten PPB mit 22 (Unter-)Items.

Die Schnittmenge dieser Bereiche liegt mit vier Items in einer Übereinstimmung von 66,7 Prozent des adaptierten PPB zur CBCL (1½-5). 66,7 Prozent Übereinstimmung zeigen auch die DSM-orientierte CBCL (1½-5)-Skala „Oppositional Defiant Problems“ mit den „Störungen des Sozialverhaltens“ des adaptierten PPB. Die Syndrom CBCL (1½-5)-Skala „Attention Problems“ zeigt mit den „Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ des adaptierten PPB 80 Prozent Übereinstimmung.

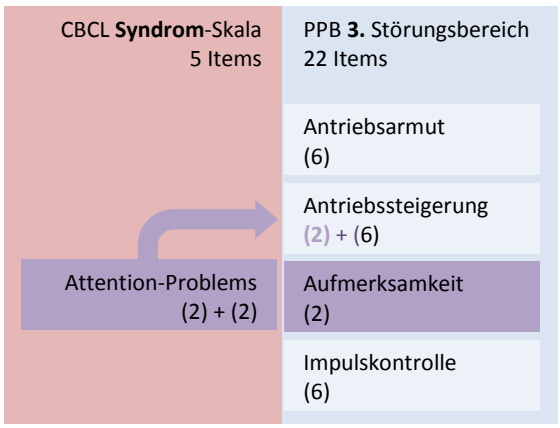
Die Syndrom CBCL (1½-5)-Skala „Aggressive Behavior“ zeigt eine Übereinstimmung von 42 Prozent mit „Störungen des Sozialverhaltens“ des adaptierten PPB.

Festzustellen ist jedoch, dass diese CBCL (1½-5)-Skalen nur je einen Ausschnitt innerhalb der zu vergleichenden Störungsbilder des adaptierten PPB darstellen. So gibt es beim PPB jeweils noch weitere Itemgruppen, die dort eingegliedert sind.

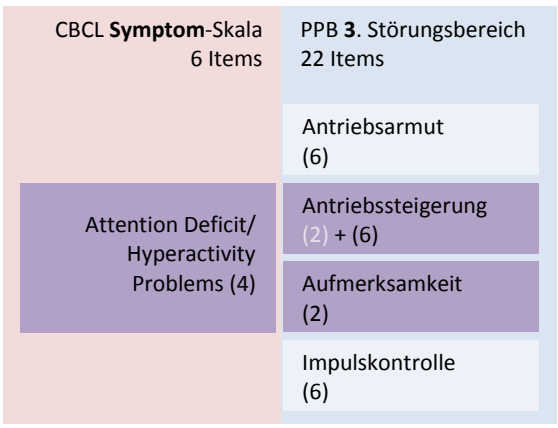
So ist bspw. über die CBCL (1½-5)-Skala „Attention Deficit/Hyperactivity Problems“ hinaus auf Seiten des PPB zusätzlich die „Störung der Impulskontrolle“ zu finden; bei der CBCL (1½-5) Skala „Oppositional Defiant Problems“ sind es zusätzlich die Items „Dominant“, „Aggressiv“, „Lügen/Betrügen“, „Stehlen“, „Weglaufen“ und „Andere Regelüberschreitung“ auf Seiten des PPB, zur CBCL (1½-5)-Skala „Attention Problems“ sind es zusätzlich „Störungen des Antriebs und der Impulskontrolle“ seitens des PPB und bei der CBCL (1½-5)-Skala „Aggressive Behavior“ zusätzlich „Dominant“, „Oppositionell-verweigernd“, „Lügen/Betrügen“, „Stehlen“, „Weglaufen“ und „Andere Regelüberschreitung“ auf Seiten des PPB. Bei allen Strukturunterschieden zwischen der CBCL (1½-5) und dem adaptierten PPB folgt hier eine Übersicht, aus der einerseits die Schnittmengen der jeweiligen Items hervorgehen. Darüber hinaus wird aber auch deutlich, wie weit ausdifferenziert der PPB ist.

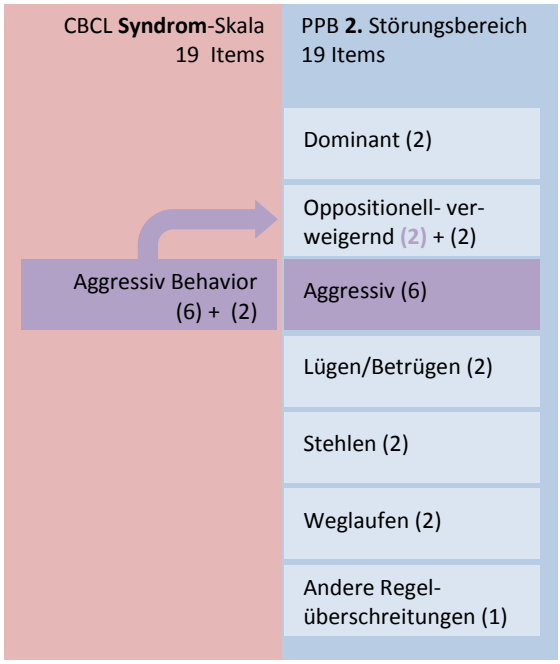
Schnittmenge CBCL (1½-5) mit PPB

a. CBCL **Syndrom**-Skala-Vergleich



b. CBCL **Symptom**-Skala-Vergleich





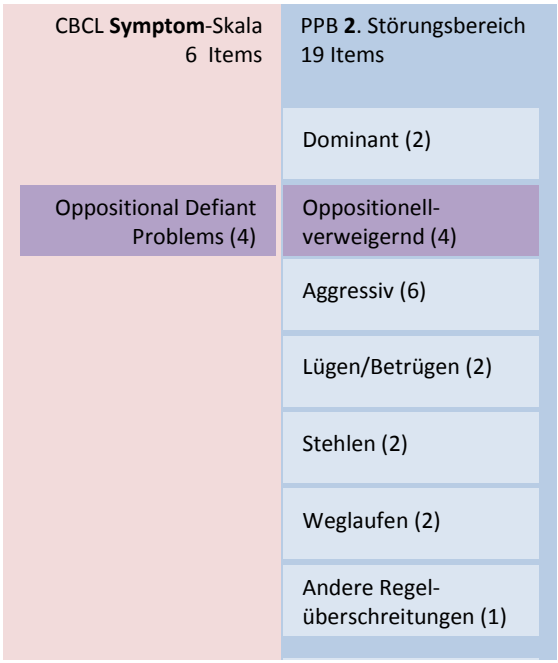


Abbildung 6: Detaillierte Schnittmengen-Beziehung der Items von den CBCL (1½-5) Skalen mit den Items der Störungsbildern der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder.

In der Abbildung fällt auf den ersten Blick die große Anzahl der zusätzlichen Items im PPB auf, die über die Struktur in der CBCL (1½-5)-Skala weit hinausgehen. Dadurch dass die Anzahl der „eigenständigen“ Items im PPB, die keine Entsprechung in der CBCL (1½-5) finden, wesentlich größer ist als die eigentliche Schnittmenge, lässt den Vergleich in einem wesentlichen Ungleichgewicht erscheinen. Trotz der augenscheinlich doch recht homogenen Vergleichspaare ist eine Korrelation nach der differenzierte Analyse schließlich doch als nicht gegeben zu bewerten.

Als schon augenscheinlich inhomogene CBCL (1½-5)-Skala verglichen mit dem adaptierten PPB gilt z.B. die Skala „Pervasive Developmental Problems“, in die Items aus je mehreren Störungsbereichen des PPB fallen, wie z.B. aus dem Bereich der „Sprach- und Sprechstörungen“, der „Störung der Interaktion“, „Störungen der Psychomotorik“ sowie „Andere Störungen“. Weitere zum Vergleich inhomogene CBCL (1½-5)-Skalen sind „Withdrawn“ und „Other Problems“, die zu unterschiedliche Itemgruppierungen aus der Adaptation des PPB beinhalten, um eine aussagekräftige Korrelation herzustellen.

Nur insgesamt drei Störungsbereiche des vollständigen PPB sind in den Kategorien der CBCL (1½-5) strukturell und inhaltlich gut wiedererkennbar. Das sind die „Angststörungen“ (vgl. „Anxiety Problems“/CBCL (1½-5)), „Affekt und Stimmungsstörungen“ (vgl. „Emotionally Reactive“/CBCL (1½-5)) und „Somatoforme Störungen“ (vgl. „Somatic Complaints“ and „Sleep Problems“/CBCL (1½-5)), die jedoch nicht in dieser, sondern in der „Zwillingsarbeit“ [144] zum Thema behandelt werden (vgl. Dormann, vsl. 2013). Die jeweils anderen Störungsbilder des gesamten adaptierten PPB können nicht entsprechend homogen der CBCL (1½-5) zugeordnet werden.

Trotz dieser unterschiedlichen strukturellen Bedingungen der Instrumente und der Schwierigkeiten im direkten Vergleich der einzelnen Störungsbereiche mit den Symptom- bzw. Syndromskalen, lässt sich jedoch darüber hinaus aus übergeordneter Position, unabhängig von der Berücksichtigung der festen Skalenbereiche doch ein aussagekräftiger Vergleich ziehen. Als Ganzes ist die CBCL (1½-5) ein umfassendes validiertes Instrument für die Erfassung frühkindlicher psychopathologischer Auffälligkeiten. Demgegenüber will die Adaptation des PPB auch einem breiten Spektrum frühkindlicher Psychopathologien entsprechen. So wurden alle (Unter-)Items der Exploration des PPB (230) mit den gesamten Items der CBCL (1½-5) (99) anhand der „Total-Score“ korreliert.

3.1.2.5 Statistische Verfahren

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem Statistik Programm von IBM SPSS Statistics Version 20.0 und mit Microsoft Excel 2007 vorgenommen.

3.1.2.5.1 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB

Die Häufigkeiten und die Ausprägung der Störungsbilder mit seinen Items der adaptierten Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder werden der Version des PPB nach Englert und Poustka (1998) gegenüber gestellt. Die Basis dieser Häufigkeitsverteilung stellt die Stich-

[144] Die vollständige Adaptation des PPB ist auf zwei Arbeiten geteilt (siehe Einleitung/kurze Projektbeschreibung).

probe (41 Patientenkinder: 10 Säuglinge (S) und 31 Kleinkinder (K)), beurteilt durch einen Untersucher.[145] Für die Wertung des gesamten Störungsbildes gilt das höchstpunktende Item als Maß (vgl. Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999, Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005). Die Häufigkeitsverteilungen sind in ihrer Ausprägung je für (S) und (K) untergliedert.

3.1.2.5.2 Cohens Kappa (κ) - Interrater-Reliabilität

Um die Güte der Übereinstimmung kategorialer Urteile nach zwei- oder mehrfach gestuften Merkmalen, also in diesem Fall die Auswertungen des adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder von zwei Beurteilern zu beschreiben und zu bestimmen, lässt sich der Kappa-Koeffizient (κ) von Cohen (1960) einsetzen (Bortz, Lienert, 2008). Cohens Kappa (κ) ist ein statischer Parameter, der die Interrater-Reliabilität misst. Dabei wird festgestellt, wie zuverlässig das Merkmal, um das es in der Untersuchung geht, erfasst werden kann, wenn verschiedene Untersucher beurteilen (Stieglitz, 2008).

3.1.2.5.3 Cronbachs Alpha (α) - Interne Konsistenz

Für die Berechnung der Reliabilität, der Zuverlässigkeit für den Grad der formalen Messgenauigkeit des zu untersuchenden Instrumentes, wurde der statistische Parameter Cronbachs Alpha (α)[146] gewählt. Die Wahl dieser Reliabilitätsprüfung ist analog der Konsistenz- und Korrelationsanalysen der Symptomskalenbildung zum bestehenden PPB für Kinder- und Jugendliche nach Englert und Poustka (1998) (Döpfner et al., 1997). Cronbachs Alpha (α) bezeichnet das Maß der internen Konsistenz einer Skala (hier Symptom-/Itemskala). Formal entspricht es der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität. Es ist definiert als die durchschnittliche Korrelation der untersuchten Items (jedes Item lässt sich wie ein „Paralleltest“ behandeln). Es wird also untersucht, wie die Items einer Skala bzw. eines Störungsbildes miteinander zusammenhängen. Cronbachs Alpha (α) erfasst den Varianzteil aller Items, der auf eine Merkmalsdimension zurückgeht (Bortz, Döring, 2006).

3.1.2.5.4 Kendalls Tau (τ) - Rangkorrelationskoeffizient

Als statistischer Parameter wurde der Rangkoeffizient (τ) nach Kendall (1970) für die externe Validierung gewählt. Kendalls (τ) ist ein Koeffizient für Rangkorrelationen, der den monotonen Zusammenhang zweier abhängiger Rangreihen beschreibt und überprüft. Kendalls (τ) ist ein

---

[145] Ergebnisse aus der Untersuchung durch die Verfasserin dieser Arbeit.

[146] Erste Bezeichnung von Alpha war 1951 durch den amerikanischen Psychologen Lee J. Cronbach (1916-2001). In der pädagogischen Psychologie leistete Cronbach bedeutende Beiträge u.a. zu psychologischen Testverfahren und Psychometrie. Sinnvoll zu interpretierende Werte liegen bei einem Alpha von 0 bis 1. Werte um und unter 0,5 sind schlecht bis inakzeptabel, Werte ab > 0,7 sind akzeptabel, > 0,8 gut und > 0,9 exzellent (Bortz, Döring, 2006).

parameterfreies Maß. Ohne Annahmen zur Wahrscheinlichkeitsverteilung der Variablen bestimmt er damit ihre Übereinstimmung. Kendalls (τ) basiert auf ordinalskalierter Dateninformation.

3.1.3 Modifikation (Revision) der Arbeitsversion der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zur Version 1.0

Nach der Entwicklung der Arbeitsversion des PPB und nach dem Prozess der Machbarkeitsprüfung sollen die Ergebnisse mit den in dieser Arbeit untersuchten Störungsbereichen in die Version 1.0 des PPB für Säuglinge und Kleinkinder eingehen. In die Version 1.0 werden besonders die Expertenmeinungen mit Ergänzungen aus der Literatur zusammen mit den Erfahrungen, die sich mit der Stichprobe und aus den Untersuchungen ergeben haben, neu berücksichtigt. Relevante Ergebnisse, auch der statistischen Auswertung, sollen mit aufgenommen werden.

Die Version 1.0 zeigt das Resultat eines sog. definierten und kontrollierten „Work in progress"-Prozesses einer fundierten Adaptation durch die Entwicklung und Machbarkeit der Arbeitsversion mit anschließender Arbeitsrevision (Version 1.0) des PPB für Säuglinge und Kleinkinder.

3.2 Klassifikationen und Instrumente

3.2.1 PPB der BADO für Kinder und Jugendliche (Aufbau)

Folgend wird der Aufbau des Psychopathologischen Befunds der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) skizziert. Weitere Informationen zum Hintergrund des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation werden in Kapitel 2.2 dargestellt. Einzelne psychopathologischen Merkmale sind in Gruppen zusammengefasst. Sie beschreiben 17 Störungsbereiche (wie z.B. Interaktion, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen des Sprechens und der Sprache, Störungen von Stimmung und Affekt). Die 17 Bereiche werden also jeweils durch dominierende Eigenschaften/Items spezifiziert, die sich für die betrachtete Altersgruppe einordnen lassen. Diese Items werden symptomatisch und charakteristisch für das Altersspektrum in einer beispielhaften Exploration beschrieben. Vorhandene Auffälligkeiten werden direkt in den Items kodiert. Liegt keine Auffälligkeit vor, kann der Störungsbereich als „unauffällig/nicht vorhanden" oder „unbekannt/nicht beurteilbar" gewertet und abgekürzt werden. Die Bewertung der Ausprägungen wird anhand einer vierstufigen Likertskala vorgenommen. Folgende Kodierungen sind möglich: „1-unauffällig/nicht vorhanden, „2-leicht ausgeprägt", „3-deutlich ausgeprägt", „4-stark ausgeprägt" und „9-nicht beurteilbar". Die Einschätzung durch eine „eins" oder „zwei" beschreibt eine altersgemäße „Abweichung", die nicht un-

mittelbar einer Behandlung bedarf, die Einschätzung durch eine „drei“ oder „vier“ beschreibt einen Behandlungsbedarf. Alle Items sind für den Untersuchungskontext und den Zeitraum der letzte sechs Monate jeweils getrennt zu beurteilen (Englert, Poustka, 1998).

Störungsbereich	**Item (Anzahl)**
Interaktion	Unkooperativ, überangepasst, scheu/unsicher, kaspernd/albernd, sozial zurückgezogen, misstrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz (10)
Sozialverhalten	Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Schule schwänzen, andere Regelübertretungen (7)
Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle	Antriebsarmut/Verlangsamung, Antriebssteigerung/ motorische Unruhe, Impulsivität (3)
Psychomotorik	Motorische Tics, Stereotypen, manieriert-bizarr, andere Störungen der Psychomotorik (4)
Sprechen und Sprache	Artikulationsstörungen, expressive Sprachstörung, rezeptive Sprachstörung, Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation (7)
Angst	Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst (7)
Stimmung und Affekte	Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/Affekt (13)
Zwang	Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen (3)
Essen	Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Rumination, Pica (8)
Funktionelle und Somatoforme Störungen	Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktionsstörungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome (8)
Merkfähigkeit, Orientierung und Bewusstsein	Merkfähigkeit, Orientierung, Störung der Wachheit, qualitative Bewusstseinsstörung (4)
Formale Denkstörung	Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen (12)
Inhaltliche Denkstörung	Magisches Denken, Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/ Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn (9)

Fortsetzung der Tabelle **Störungsbereich**	**Item (Anzahl)**
Ich-Störung	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (6)
Sinnestäuschungen	Illusionäre Verkennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen (5)
Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen (3)
Andere	Selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen (5)
17 Störungsbereiche	114 Items

Tabelle 10: Übersicht der Störungsbereiche mit deren Items des Psychopathologischen Aufnahmebefundes (PPB) für Kinder und Jugendliche nach Döpfner et al. (1991) und Englert und Poustka (1998). In Klammern gesetzt ist die Anzahl der Items.

Ein Glossar zur Dokumentation des Psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 1991) von der Arbeitsgemeinschaft *Psychopathologischer Befund* (siehe Fußnote 29) beschreibt kurz die jeweiligen Störungsbilder und charakterisiert die Items. Zusätzlich liegen Explorationsbeispiele vor.

Im Hauptteil der vorliegenden Arbeit wird als Strukturleitfaden der Adaptation stets auf die ausführliche Langversion des PPB der BADO (Döpfner et al., 1991, Englert, Poustka, 1998) Bezug genommen. Die erwähnte Kurzform (= Psychopathologischer Aufnahmebefund) in aktueller Auflage (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005) fasst diese so zusammen, dass nur die jeweiligen Störungsbilder beurteilt werden. Dabei dienen die erläuterten aufgelisteten Items als orientierende charakteristische Einzelmerkmale, werden jedoch nicht mehr weiter differenziert und eigenständig beurteilt. Die stärkste Ausprägung eines Items wertet den gesamten Störungsbereich. Mindestens eines der Items soll bei der Kodierung eines Störungsbereiches konkret zutreffen. Die Beurteilungsskala wurde auf drei Stufen verkürzt („1-unauffällig“, „2-leicht ausgeprägt“, „3-stark ausgeprägt“ und „9-nicht beurteilbar“) (Wolff-Metternich et al., 1999).

3.2.2 ICD-10 mit DC:0-3R

Eine Basis der Auseinandersetzung und Beschreibung psychischer Auffälligkeiten und Störungsbilder war die Einordnung dieser in die standardisierten kategorialen Klassifikationssysteme der Diagnosestellung. Die Untersuchungen der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Charité-Universitäts-

medizin Berlin mündeten in der Diagnosebeschreibung mittels der Weiterentwicklung des ICD-10-Schemas (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2006) im Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006) und der Diagnostic Classification of mental Health and developmental Disorders of Infancy and early Childhood (DC:0-3R, Zero To Three, 2005). Die Methodik der Diagnostik der Baby- und Kleinkindsprechstunde wurde ausführlich erläutert (Kapitel 2.1). Ist eine Diagnosestellung mit der ICD-10 nicht möglich, ist diese vorrangig mit der DC:0-3R festzulegen. Die DC:0-3R stellt eine Ergänzung dar, für den Fall, dass die Beschreibung durch die herkömmliche Klassifikation nicht ausreicht und diese somit durch entwicklungsspezifischere Ansätze und Kriterien erweitert werden kann und sollte. Die Praxis in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie der B/K-Sprechstunde zeigt, dass dieses eher der Regelfall ist. Durch die ICD-10 Vergabe einer Diagnose „F98.8: Sonstige näher bezeichnete Störung“ (oder demzufolge: mit der DC:0-3R näher bezeichnete Störung) wird auf die Klassifikation der DC:0-3R verwiesen und damit weiter kodiert (Wiefel et al., 2007). Für die praktische Anwendung der Diagnosestellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde ist nicht nur die erste Achse des MAS (bzw. der DC:0-3R) mit Kodierung des klinisch-psychiatrischen Syndroms, sondern die Ganzheit aller sechs Achsen des MAS wesentlich. Damit geben die verschiedenen Dimensionen der Achsen Auskunft über eine mögliche ätiologische Bedeutung biologischer, psychosozialer und kognitiver Faktoren. Die zweite Achse berücksichtigt das Vorliegen oder Fehlen umschriebener Entwicklungsstörungen, die dritte Achse das Intelligenzniveau (getestet oder nach klinischem Eindruck). Achse vier kodiert eine mögliche vorhandene körperliche Symptomatik. Achse fünf beschreibt assoziierte abnorme psychosoziale Umstände und die sechste Achse gibt eine Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, die als Konsequenz einer psychischen Störung, einer spezifischen Entwicklungsstörung oder einer intellektuellen Beeinträchtigung entstanden ist (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Integrierend kommen die ersten zwei Achsen der DC:0-3R zur Diagnosebeschreibung hinzu. Achse eins wird in der DC:0-3R als klinisch-psychiatrisches Syndrom erwähnt, die Achse zwei beschreibt die Beziehung zur primären Bezugsperson. Es ist eine Ergänzung zur Achse fünf des MAS. Das psychosomatisch organisierte affektive Regulationssystem von Säugling und Kleinkind ist nicht zu trennen von der koregulativen Funktion der primären Bezugsperson. Dadurch erklärt sich die hohe Pervasivität der Störungsmuster und Überschneidungen in den diagnostischen Kategorien (Wiefel et al., 2007). Diese quantitative Einschätzung der Beziehungsqualität wird mit der „Parent-Infant-Relationship Global-Assessment-Scale[147] (PIR-GAS) auf einer Skala von 91 bis 100 (gut adaptiert), 81 bis 90 (adap-

[147] PIR-GAS und RPCL: Beide Skalen beschreiben einmal die Beziehungsquantität und -qualität auf der zweiten

tiert/ausgewogen), 71 bis 80 (etwas unausgewogen), 61 bis 70 (unausgewogen), 51 bis 60 (gestresst), 41 bis 50 (dysfunktional), 31 bis 40 (gestört), 21 bis 30 (schwer gestört), 11 bis 20 (akut gefährdend) bis eins bis zehn (misshandelnd) vorgenommen (zweite Achse der DC:0-3R). Die qualitative Beschreibung einer Beziehungsstörung beschreibt die Relationship-Problems-Checklist (RPCL) und ist aus sechs Untergruppen zu wählen: über/unterinvolviert, ängstlich/gespannt oder ärgerlich/feindselig. Die Beziehungsqualität wurde in der Probanden-Stichprobe zusätzlich deskriptiv statistisch ausgewertet. Die Achsen drei und vier der DC:0-3R („medizinische Diagnose“ und „psychosoziale Belastungsfaktoren“) werden durch das MAS auf der zweiten bis fünften Achse besser abgebildet. Die Achse fünf „funktionelles Entwicklungsniveau“, die keine Entsprechung im MAS hat, ist klinisch-empirisch noch mehr zu evaluieren. Somit finden diese keine weitere Integration in das Diagnosesystem der Baby- und Kleinkindsprechstunde (Wiefel et al., 2007).

Achse I:	Primäre Diagnose
100	Posttraumatische Stressstörungen
150	Deprivation/ Misshandlung
200	Affektstörungen
300	Anpassungsstörungen
400	Regulationsstörungen
500	Schlafverhaltensstörungen
600	Essverhaltensstörungen
700	(tiefgreifende) Entwicklungsstörungen
800	Andere Störungen (mit ICD-10 zu kodieren)

Achse II:	Klassifikation der Beziehung
	Überinvolvierte Beziehungsstörung
	Unterinvolvierte Beziehungsstörung
	Ängstlich-vermeidende Beziehungsstörung
	Zornig-feindselige Beziehungsstörung
	Körperlich-missbrauchende Beziehungsstörung
	Sexuell-missbrauchende Beziehungsstörung

Achse der Klassifikation des DC:0-3R (Zero to Three, 2005).

Achse III: Medizinische Probleme

Beschrieben mit ICD-10 (4. Achse)

Achse IV: Psychosoziale Belastung

Analog 5. Achse ICD-10

Achse V: Funktionell-emotionale Entwicklung

Nicht vorhanden in ICD-10

Abbildung 7: Multiaxiales System der DC:0-3R (Zero-to-Three, 2005) integriert mit dem der ICD-10 (World-Health-Organization, 2006).

3.2.3 Child Behavior Check List (CBCL 1½-5) (Auswertung/Aufbau)

Die 99 Merkmale der Child Behavior Check List (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) sind jeweils durch Operationalisierungen im Fragebogen für die Eltern verdeutlicht: „Körperbewegungen sind unbeholfen oder schwerfällig“ und „Läuft weg“ beschreiben z.B. das Merkmal „Clumsy“ und „Wanders“. Die Merkmale mit ihren Ausprägungen werden für die Auswertung in insgesamt sieben Syndromskalen, fünf DSM-IV-orientierte Symptomskalen und eine Kategorie „Other Problems“ eingeordnet. So sind bspw. die fünf Items „Concentrate“, „Can’t Sit Still“, „Clumsy“, „Shifts Quickly“ und „Wanders“ unter der Syndromskala „Attention Problems“ zusammengefasst. Die Syndrom- und Symptomskalen sind übergeordnet („Sleep Problems“ herausgenommen) in „externalisierende Probleme“, „internalisierende Probleme“ und „Gesamt-Probleme“ zusammengefasst.

Die Auswertung der Merkmalsausprägung wird durch einen Graphen gezeigt. Der Graph visualisiert die in einen T-Wert umgerechneten Rohwerte. Durch den T-Wert werden die Daten für Alter und Geschlecht miteinander vergleichbar und sind unterscheidbar in „unauffälligen“, „grenzwertigen“ und „klinische relevanten“ Wertebereichen (Achenbach, Rescorla, 2000). Kinder werden als klinisch auffällig gesehen, deren T-Wert auf den Syndromskalen/Symptomskalen mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der gesamten Alters- und Geschlechtsgruppe abweicht (T größer 70).

	Syndromskala	Anzahl Items	Symptomskala, DSM-orientiert	Anzahl Items
1.	Emotionally Reactive	(9)	Affective Problems	(10)
2.	Anxious/Depressed	(8)	Anxiety Problems	(19)
3.	Somatic Complaints	(11)	Pervasive Developmental Problems	(13)
4.	Withdrawn	(8)	Attention Deficit/Hyperactivity Problems	(6)
5.	Sleep Problems	(7)	Oppositional Deviant Problems	(6)
6.	Attention Problems	(5)		
7.	Aggressive Behavior	(19)	Other Problems (extra)	(32)

Tabelle 11: Child Behavior Check List, CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000): Überblick der Skalen mit Anzahl der Items. Insgesamt 99 standarisierte Items, ein frei zu formulierendes.

4 Ergebnisse

4.1 Entwicklung: Arbeitsversion PPB für Säuglinge und Kleinkinder

4.1.1 Interaktion

4.1.1.1 Unkooperativ

Der Säugling/das Kleinkind reagiert nicht auf Angebote des Untersuchers. Mangelnde Kooperation kann situationsspezifisch bedingt sein, auf Punkt 1.03 (Scheu/unsicher) hinweisen oder Ausdruck einer situationsübergreifenden Einschränkung sein. Starke Mängel in der Kooperation können ein Hinweis auf eine globale oder tiefgreifende Entwicklungsstörung sein.

Symptomatik:

- Der Säugling/das Kleinkind ist trotz intensiver Bemühungen des Untersuchers zu keiner oder nur sehr kurze Kooperation bereit.
- Der Säugling/das Kleinkind ist nicht bereit, sich auf Kontaktversuche der Untersuchers einzulassen oder sich dadurch beeindrucken zu lassen.

Exploration:

S+K Unangemessene Reaktion auf Kontaktangebote bekannter Personen

S+K Unangemessene Reaktion auf Kontaktangebote durch fremde Personen

S+K Nicht bereit sein, Aufforderungen/Angeboten nachzukommen

K Teilen z.B. beim Spielen nicht möglich

4.1.1.2 Überangepasst

Das Kleinkind versucht, den tatsächlichen oder vermuteten Erwartungen anderer ohne Berücksichtigung der eigenen Wünsche, Bedürfnisse oder Neigungen gerecht zu werden. Als Ersatz für fehlende "Ich-ähnliche Struktur" wird die Reaktion auf (verstandene) z.B. mütterliche Signale gar nicht/wenig bis übereifrig eingesetzt.

Symptomatik:

- Das Kleinkind versucht, in nahezu allen seinen Äußerungen oder Handlungen sich seiner Bezugsperson anzupassen oder unterzuordnen. Es wirkt in seinen Entäußerungen blockiert oder zeigt Erregung bei Handlungen, von denen es den Eindruck hat, sie entsprächen nicht den Erwartungen der Bezugsperson.
- Beim Spiel mit anderen Kindern richtet sich das Kleinkind übermäßig nach den anderen.
- Das Kleinkind rückversichert sich immer wieder neu, sucht (fixiert) übermäßig und nicht altersentsprechend den Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Exploration:

K Versucht Ihr Kind, es Ihnen oder Spielkameraden immer Recht zu machen

K Übermäßige Übernahme von Meinungen anderer Kinder oder Bezugspersonen

K Ideen anderer unangemessen übernehmen

K Kein eigener Wille ausgeprägt

4.1.1.3 Scheu/unsicher

Ängstlichkeit und Unsicherheit in Interaktionen können von den Bezugspersonen geschildert werden. Verhaltensauffälligkeiten wie Erröten, mangelnder Blickkontakt, Verstecken hinter Bezugspersonen und Gegenständen, leises, unsicheres oder unflüssiges Reden können vom Untersucher erkannt werden.

Symptomatik (ab ca. 12 Monaten):

- Der Säugling/das Kleinkind betrachtet den Untersucher mit unsicherer Mimik und unsicherem Blick.
- Der Säugling/das Kleinkind vermeidet das Spielen mit Gleichaltrigen und hält sich im Hintergrund auf.
- Das Kleinkind weicht Ansprache aus.
- Das Kleinkind antwortet dem Untersucher mit leiser, stockender Stimme,

Exploration:

S+K Übermäßig scheues/schüchternes Verhalten

S+K Mangelndes Einfügen in eine Gruppe

S+K Mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen

S+K Schlechtes Durchsetzungsvermögen

4.1.1.4 Kaspernd/albern

Der Säugling ist erethisch, rudert mit den Armen, ist aufmerksamkeitsheischend. Das Kleinkind verhält sich anderen gegenüber in einer kaspernden und albernen Art und Weise. Es schneidet Grimassen und verhält sich clownesk. Über angemessene Fragen oder Aufforderungen macht es sich lustig.

Symptomatik:

- Das stark alberne Verhalten dominiert die Interaktion gegenüber dem Untersuchenden, anderen anwesenden Bezugspersonen oder der Situation gegenüber. Gleiches Verhalten spiegelt sich auch in der Familie und/oder unter Gleichaltrigen wieder.
- Das Verhalten wird von den Bezugspersonen als überwiegend störend empfunden.
- Das Kaspern lässt sich in der Untersuchungssituation nicht beenden.
- Eine Kontaktaufnahme zum Kind wird durch das Kaspern behindert.

Exploration:

S Aufmerksamkeitsheischend, stark erregbar, mit Armen rudernd

S+K Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in gewohnten Situationen

S+K Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in fremden Situationen

K Ausgeprägtes „Clown“-Verhalten und Vordergrundstreben

4.1.1.5 Sozial zurückgezogen

Das Kind nimmt kaum Kontakt zum Untersucher oder zu der Begleitperson in der Untersuchungssituation auf bzw. nimmt in vermindertem Maße an den alltäglichen Interaktionen in der Familie oder in gleichaltrigen Gruppen teil. Verschiedene Möglichkeiten als Ursachen sind bspw. soziale Angst, Depressivität, mangelnde soziale Kompetenz, autistische Symptomatik.

Symptomatik:

- Der Säugling/das Kleinkind spielt auffallend gerne mit sich alleine und lässt niemanden teilnehmen. Falls er dennoch dazu gedrängt/animiert wird, zieht er sich wieder in sich zurück.

Exploration:

S Ängstlichkeit/Weinen bei Kontakt mit anderen Personen

S+K Unlust, sich mit anderen Personen zu beschäftigen

K Häufiges Alleinsein und Rückzug beim Spielen

K Rückzug bei Familienaktivitäten

K Spielen am Rande der Gruppe

4.1.1.6 Misstrauisch/sensitiv

Misstrauen und Argwohn dominieren das Gefühl des Säuglings/Kleinkindes, die der Situation nicht angemessen sind sowie das Erleben und Verhalten des Kindes maßgeblich beeinflussen. Wahrnehmungen werden ängstlich/unsicher auf die eigene Person bezogen. Anderen Menschen wird eine feindselige Haltung unterstellt. Zur Beurteilung dient das Verhalten in der Untersuchungssituation, aber auch die Exploration der Bezugspersonen oder mit Älterwerden des Patienten nach Aufnahme einer positiven Beziehung zum Untersucher auch die direkte Exploration des Patienten.

Symptomatik:

- Kein Zutrauen in Signale der Bezugsperson zur sozialen Rückversicherung.
- Trotz sozialer Rückversicherung bei der Bezugsperson kein Zutrauen in Angebote des Untersuchers.

Exploration:

S+K Keinen „Trost suchen“

S+K Mangelndes Vertrauen

S+K Vermehrt misstrauisch

S+K Trotz sozialer Rückversicherung und Bestätigung einer positiven Stimmungslage weiterhin misstrauisch/skeptisch gegenüber der Situation

K Versteckt sich gerne oder hält sich im Hintergrund, wenn z.B. jemand Unbekanntes in die Wohnung kommt

4.1.1.7 Demonstrativ

Demonstrativ bezeichnet mimische, gestische oder sprachliche Äußerungen, die aufmerksamkeitsheischend oder sogar theatralisch wirken und in der gegebenen Situation als unecht erscheinen.

Symptomatik:

- Das Verhalten des Kindes dominiert in der Beziehung zu anderen Menschen. Es prägt Gesprächssituationen und das jeweilige Interaktionsverhalten.
- Das Kind macht den Anschein, dass es eine Rolle spielt.

Exploration:

S+K „Demonstratives“ Schreien

S+K Streben nach Aufmerksamkeit durch herausgestelltes Verhalten/Aktionen

K Verhalten wirkt unecht; Eindruck von Rolle bzw. „Vorspielen“

4.1.1.8 Distanzgemindert

Das Kind kennt keine Distanz zu seinem Gegenüber (auch Unbekannten). Es mangelt an altersgemäßer und der Beziehung des jeweiligen Gegenübers entsprechender interpersonaler Distanz, da das natürliche „Barrieresystem“ nicht ausgereift ist. Blickkontakt, Körperorientierung und Wortäußerung ist unangemessen direkt. Das Beziehungsverhalten des Kindes ist wahllos.

Symptomatik (ab ca. 12 Monaten):

- In der Untersuchungssituation sucht das Kind engen Körperkontakt zum Untersucher.
- Das Kind spricht regelmäßig fremde Erwachsene (auch für die Eltern Fremde) an, als ob diese vertraute Bezugspersonen seien. Es stellt unangemessene Fragen oder Forderungen.
- Das Kind ist ständig auf der Suche nach körperlicher Nähe zu engen Bezugspersonen. Es hält keine Grenzsetzung ein und versucht es immer wieder erneut.

Exploration:

S+K Häufiges Ansprechen fremder Erwachsener und/oder schnelles Vertrautmachen

S+K Unangemessenes Reagieren auf fremde Erwachsene (z.B. grundlos Zunge rausstrecken oder direkte, unangemessene Wortäußerung, wie z.B. „Du Blödmann...“ oder Herumnesteln an dessen Sachen)

4.1.1.9 Empathiestörung

Empathiestörung bezeichnet eine weitgehende oder völlige Unfähigkeit, im Interaktionsverhalten Stimmungen des Gegenübers zu erfassen und adäquat darauf zu reagieren. Es liegt ein Mangel vor, Gefühle wie Freude, Wut, Ärger oder Trauer zu teilen oder mit zu empfinden. Für den Untersucher sind eine innere Unberührtheit und ein Nichterfassen von Gefühlsäußerungen spürbar.

Symptomatik:

- Es ist nur ein geringer affektiver Kontakt zum Säugling/Kleinkind herzustellen.

- In der Beziehung zur Bezugsperson wird keine/wenig gefühlsmäßige Beteiligung deutlich.
- Der Säugling/das Kleinkind reagiert nicht adäquat auf Gefühlsausdrücke anderer, z.B. freudiges Strahlen ihrerseits löst kein Lächeln aus, ein weinendes Kind auf der Straße wird an- bzw. ausgelacht.
- Die Sensibilität für zwischenmenschliche Konflikte scheint reduziert. Der Säugling/das Kleinkind generiert weniger alternative Lösungsansätze bei zwischenmenschlichen Problemen.

Exploration (ab ca. 12 Monaten):

S+K Unsensibel/keine Aufmerksamkeit für Gefühle bekannter Personen; kein Mitgefühl, nicht trösten können

S+K Unsensibel/keine Aufmerksamkeit für Gefühle fremder Personen

S+K Inadäquate Reaktionen auf Emotionsäußerungen anderer

4.1.1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz

Durch die qualitative Beeinträchtigung der Interaktion ist ein adäquater Kontakt nicht oder erschwert möglich. Der Säugling/das Kleinkind kann kaum Blickkontakt zu Personen aufnehmen und reagiert auch auf einfachste Formen der Ansprache nicht adäquat.

Symptomatik:

- Mangelhaftes (Qualität/Quantität) soziales Lächeln beim Säugling (ab Beginn des dritten Monats/sog. Dreimonatslächeln); die Kontaktaufnahme zum Kind ist gestört. Eine Blickkontakt/-aufnahme/-suchen ist nicht möglich bzw. erschwert.
- Der Säugling zeigt wenig Bewegungsmuster/Mimik. Er reagiert wenig/gar nicht z.B. auf bestimmte auf ihn gerichtete akustische oder optische Reize. Keine spontane Reaktionsäußerung in Rumpf-, Bein-, und Armbewegungen.
- Der Säugling vokalisiert kaum.
- Der Säugling/das Kleinkind selbst ist wenig neugierig und hat keine offenen Sinne für sein Gegenüber; es geht nicht auf andere Kinder zu, sei es mit Blicken oder Taten.
- Zum Säugling/Kleinkind erschwerte Kontaktaufnahme, spricht kaum, reagiert kaum auf Ansprache jeglicher Art, vermeidet und wehrt Blick- und Körperkontakt ab. Keine Animation zum Kontaktaufbau durch Gleichaltrige z.B. möglich.
- Der Säugling oder das Kleinkind funktionalisiert die Interaktion für eigene (Sonder)-Interessen.

- Das Kleinkind zeigt Schwierigkeiten, mit anderen zu spielen.
- Das Kleinkind ist rücksichtslos anderen Kindern, Erwachsenen oder auch Spielsachen gegenüber.
- Das Kleinkind kann keine Probleme lösen/Kompromisse finden; es fängt schnell an zu weinen, wird wütend, aggressiv (ab ca. 36 Lebensmonaten).

Exploration:

S Wenig/keine Reaktion durch Bewegungsäußerung

S Rares Lächeln/Brabbeln

S+K Mangel an Blickkontakt. Blicke nicht aufnehmen/halten, fixieren/suchen können

S+K Unmöglichkeit der Kontaktaufnahme (Worte/Blicke/Gesten) durch Ansprache von außen, eingeschränkter Kontakt zu Mitmenschen

S+K Keine Neugier am Gegenüber

S+K Reagiert nicht auf eigenen Namen

K Keine Freunde

K Rücksichtslosigkeit

K Schwierigkeiten, sich in Gruppen einzugliedern, bzw. sich anzupassen

K Mangelnde Problemlösung (ab ca. 36 Monaten)

4.1.1.11 Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation (Neu)

Die Interaktion mit sich selbst, auch in gleichzeitiger Verarbeitung von Reizen aus direktem Umfeld, ist für das Kind ein Balanceakt. Die Regulationsstörung beschreibt diese Entwicklung in Dysbalance.

Symptomatik:

- Emotionen können schwer gesteuert werden. Es kommt häufig zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Bei besonders belastenden Ereignissen ist die Reaktion erhöht. Die Kinder sind unfähig, diese Reaktion eigenständig zu hemmen bzw. zu bändigen.

Exploration:

S Häufiges Schreien/Schlafschwierigkeiten; Schwierigkeiten sich selber zu beruhigen (und z.B. wieder einzuschlafen)

S+K Mangel an Eigenmotivation, Schwierigkeiten, sich selbst zu beruhigen

S+K Von Emotionen überwältigt („außer sich“ sein), sodass zielgerichtetes Handeln eingeschränkt ist.

4.1.2 Verhalten

4.1.2.1 Sozialverhalten

Orientierende Exploration:
Hat das Kleinkind viel Streit? Wie bestimmend ist es anderen Kindern gegenüber z.B. in der Spielsituation? Wie kommt es mit Situationen, die andere bestimmen oder unvorhersehbar sind, zurecht? Wie oft kommen Wutanfälle vor? Wie schwer fällt es dem Kleinkind, sich an Regeln zu halten oder überhaupt Regeln zu lernen? Ist es trotzig? Werden manche Probleme auch von anderen außerhalb der Familie beschrieben? Ist das Kind eher ein Außenseiter? Ist es sehr aktiv oder das Gegenteil? Ist das Kind ängstlich?

4.1.2.1.1 Dominant

Ein Verhalten ist dominant, wenn die Wünsche, Bedürfnisse und berechtigten Anliegen des Interaktionspartners nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt oder übergangen werden. Auch wenn die Versuche, andere zu dominieren, nicht erfolgreich sind, ist das Verhalten als dominant zu beurteilen.

Symptomatik:

- Die meisten Handlungen des Kindes gegenüber einer oder mehreren Bezugspersonen werden durch sein vorgegebenes, energisches und dominantes Verhalten bestimmt.
- Das Kind lässt andere nicht in Aktion oder zu Wort kommen oder versucht zu verhindern, dass andere bestimmte Dinge eigenhändig/selbstbestimmt machen oder erzählen.
- Das Kind sagt oder zeigt anderen ständig, was sie zu tun und zu lassen haben. Es geht nicht auf ihre Vorschläge ein, auch nicht beim Spiel mit anderen Kindern.
- Grenzen können schlecht vereinbart und wenn, dann auch schlecht eingehalten werden.

Exploration:
K Sehr bestimmend, was andere tun und lassen sollen
K Mangelnde Akzeptanz ausgemachter Grenzen und Regeln

4.1.2.1.2 Oppositionell-verweigernd

Oppositionelles und verweigerndes Verhalten äußert sich darin, berechtigte Forderungen und Grenzsetzungen zu verweigern und/oder mit verbalen oder körperlichen Aggressionen zu reagieren.

Symptomatik:

- Massives Trotzverhalten, wodurch das soziale/familiäre Umfeld wesentlich strapaziert ist.
- Das Kind weigert sich mehrfach, angemessenen Aufforderungen der Begleitperson/des Untersuchers in der Untersuchungssituation nachzukommen.
- Das Kind weigert sich regelmäßig explizit und erfolgreich, Aufforderungen der Eltern in gewohnter Umgebung nachzukommen.
- Missachtung von Anweisungen der Erzieher oder fester Regeln in seinem sozialen Umfeld.

Exploration:

K Schnell aufgebracht, ärgerlich oder wütend

K Deutliches Trotzverhalten nach Sanktionen oder Aufforderungen/Bitten

K Durch Kleinigkeiten zu provozieren

K Übersteigertes Oppositionsverhalten (Selbstläufer?)

4.1.2.1.3 Aggressiv

Das Kleinkind verletzt mit Absicht Personen (körperlich/verbal) oder Gegenstände. Entweder rein instrumentell (aus Berechnung zu seinen Gunsten) und/oder reaktiv (aus Ärger und meist als Problem der Emotionsregulation) aus einem vermeintlichen Unrecht heraus.

Symptomatik:

- Ausgeprägte aggressive Handlungen oder massive Drohungen gegenüber anderen Kindern, oder aber auch gegenüber sich selbst in selbstverletzendem Verhalten.
- Ausgeprägte verbale Aggression in Form von Beschimpfungen oder Drohungen gegenüber Eltern/Erziehern.
- Das Kind hat häufige Wutausbrüche.
- Das Kind benutzt Gegenstände zur Aggressionsabfuhr.

Exploration:

K Beschimpft, tyrannisiert oder bedroht das Kind andere

K Häufige körperliche Auseinandersetzungen mit seinem Gegenüber

K Häufige Zerstörung eigener Spielsachen oder die der anderen

K Selbstverletzend

K Risikoträchtiges Verhalten

K Oft aggressive Spielthemen (wie Kampf, Mord etc.)

4.1.2.1.4 Lügen/betrügen

Das willentliche Lügen setzt moralisches Denken voraus, welches in diesem Alter noch nicht gänzlich ausgeprägt ist bzw. erst beginnt, sich zu entwickeln. Jedoch sind zur Sensibilisierung erste kleine Hinweise auf eine mögliche Richtungsweisung in Bezug zu diesem Item zu erfragen.

Symptomatik:

- Das ältere Kleinkind erzählt, ohne dass die eigenen Emotionen und Verhaltensweisen es verraten, absichtlich unwahre Begebenheiten z.B. aus dem Kindergarten. Es erfindet Geschichten, die nicht auf der Realität basieren. In diesem Kontext ist dieses aber nicht zusammenhängend mit kreativer Phantasie zu sehen.

Exploration (ab ca. 36 Monaten):

K Häufiges Erfinden von „Geschichten“ nicht wahrer Begebenheiten

K Übermäßiges nicht die Wahrheit sagen und darauf bestehen

4.1.2.1.5 Stehlen

Hinter dem Stehlen steht eine bestimmte Absicht bzw. das Bewusstsein, Unrecht zu tun. Das moralische Denken ist beim Kleinkind noch nicht „vollständig“ ausgeprägt. Wesentlich für das Wahrnehmen und Verhalten einer Grenzüberschreitung des Stehlens ist das Verständnis von „Mein“ und „Dein“. Ähnlich wie beim Lügen, sind hier anfängliche Hinweise zu erfragen. Tendenzen für ein (auch späteres) Fehlverhalten können durchaus wahrgenommen werden. .

Symptomatik:

- Die Kleinkinder haben Schwierigkeiten, eine Grenze zwischen dem „Du“ und „Ich“ zu ziehen („Mein“ und „Dein“). So können sie noch nicht unterscheiden, was einem selbst gehört und seinem Gegenüber. Sie lassen sich zu sehr von eigenen Wünschen und Wille leiten, was sie gerade gerne haben möchten. Eigen- und Fremdbesitz können sie nicht voneinander trennen.
- Beim Spiel nimmt das Kleinkind häufig Spielsachen seines Gegenübers weg und gibt sie nicht mehr her. Es will selber damit spielen, ist hartnäckig damit und kann es nicht einsehen, dass die Spielsachen ihm nicht gehören.
- Das Kind lässt fremde Sachen aus dem Kindergarten oder von Freunden („heimlich“) mitgehen; die Eltern entdecken neue Autos z.B. in der Hosentasche, und auf Ansprache erzählt das Kind frei, von wo es diese habe oder in einer stärkeren Ausprägung verharrt es auf einer „erfundenen Geschichte“, wie es „anständig“ dazu gekommen sei.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Sich zu eigen machen/nicht mehr abgeben wollen fremder Sachen

K Häufiges Mit-nach-Hause-Nehmen von z.B. fremden Spielsachen (aus Kita, von Freunden, aus Läden)

4.1.2.1.6 Weglaufen

Das Weglaufen beschreibt eine Regelverletzung und ist eine absichtliche Grenzstörung des älteren Kleinkindes, was aus gewohnter Umgebung wegläuft mit dem Wissen, eigene Grenzen auszutesten und die Grenzsetzung der Bezugsperson herausfordert.

Symptomatik:

- Das ältere Kleinkind entfernt sich aus dem Umfeld des Gewohnten. Es läuft aus der Wohnungstür, verlässt die vertraute Gruppe oder lässt sich von besonderen Umständen, interessanten Dingen und Personen in den Bann mitziehen.

Exploration: (ab ca. 36 Monaten)

K Aus der Wohnung laufen

K Sich aus Gruppen unbemerkt entfernen

4.1.2.1.7 Andere Regelüberschreitung

Allgemeine, verabredete klare Regeln und Grenzen werden nicht eingehalten.

Symptomatik:

- Das ältere Kleinkind hält sich nicht an vereinbarte Regeln und Grenzen. Es provoziert und fordert häufig zum Äußersten heraus. Es sucht die Auseinandersetzung und kennt keine Grenze, weder seine eigene, noch die vereinbarter Regeln mit nahen Bezugspersonen oder allgemein geltende.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Häufiges Grenzüberschreiten

4.1.2.2 Antrieb und Aufmerksamkeit

Orientierende Exploration:

Ist das Kind übermäßig hastig und unruhig oder im Gegenteil übermäßig langsam in Aktionen u.a. beim Spiel oder in der Kommunikation mit anderen? Lässt es sich schwer motivieren, etwas zu unternehmen oder hat es Schwierigkeiten, sich auf eine Sache z.B. im Spiel zu konzentrieren? Lässt es sich leicht ablenken?

4.1.2.2.1 Antriebsarmut/Verlangsamung

Mangel an Energie und Initiative

Symptomatik:

- Der Säugling äußert sich durch Trinkschwäche, sein Muskeltonus ist herabgesetzt; er wirkt sehr genügsam bzw. reaktionsarm und lässt sich wenig animieren, auf kleinere Spielchen einzugehen. Er ist apathisch.
- Die Spontaneität ist stark beeinträchtigt, was sich auch in vielen Verhaltensabläufen zeigt, bei denen die Psychomotorik retardiert scheint.
- Die Merk- und Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt.
- Das Kleinkind wirkt wie ein "Träumer", vergesslich, in sich gekehrt, scheinbar träge und antriebsarm. In einer Gruppe Gleichaltriger geht es unter. Gefahr des sozialen Rückzugs.

Exploration:

S Träges Trinkverhalten/mit Einschlafen

S + K Mangelnde Neugier im Vergleich zu anderen

S + K Häufig lustlos und antriebsarm

K Die Verrichtung alltäglicher Situationen braucht ungewöhnlich lange

K „Träumer“

K Oft unkonzentriert/Probleme, sich etwas zu merken

4.1.2.2.2 Antriebssteigerung/motorische Unruhe

Überschuss an Energie und Initiative

Symptomatik:

- Der Säugling bzw. auch das Kleinkind hat ein im Vergleich zu Gleichaltrigen gesteigertes Aktivitätslevel. Es findet keine Ruhe z.B. in Trinkphasen. Es trinkt hastig, verschluckt sich häufig, überstreckt sich. Zudem hat es Einschlafschwierigkeiten und kann nicht ungestört durchschlafen. Es schreit viel und lässt sich schwer beruhigen. Die exzitatorische Reizantwort ist gesteigert, der Muskeltonus ist erhöht.
- Das Kleinkind ist in seinen Bewegungen deutlich ungeschickter, unbeholfener und schlechter koordiniert als Gleichaltrige, motorisch unruhig, wild, ein richtiger "Zappelphilipp", der seine Umgebung oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringt. Das Kind wirkt ziellos und getrieben, gilt oft als Spielverderber, Störenfried oder Gruppenclown. Das Kind kann z.B. nicht für einige Zeit auf einem Platz sitzen oder für einige Zeit an einer Sache bleiben.

- Das ältere Kleinkind (ca. ab 36 Monaten) zeigt Schwierigkeiten in der Grob- bzw. Feinmotorik, es ist ungeschickt beim z.B. Schnürsenkel binden, Mit-der-Gabel-Essen, beim Balancieren oder Laufen, stolpert oder fällt häufig hin.

Exploration:

S Besonders gesteigerte Körperspannung

S + K Unruhe beim Trinken und/oder Essen. Häufiges Verschlucken/Überstrecken/Abwenden

S + K Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten

S + K Häufiges Schreien, lautes Verhalten

K „Tollpatschiges“ Verhalten, „fahrig“

K Übermäßig oft in stetiger Bewegung ohne konzentrierten Handlungsspielraum

K Zappelphilipp oder gilt als Störenfried

K Probleme der Grob- und Feinmotorik (ca. ab 36 Monaten)

4.1.2.2.3 Impulsivität

Zwei unterschiedliche Merkmale charakterisieren die nicht altersgemäße Impulsivität. Einerseits wird unkontrolliertes Verhalten durch die momentane Laune bzw. den spontanen Impuls bestimmt, andererseits ist das kognitive Handeln gekennzeichnet durch zu rasches Zugehen auf eine Lösung ohne sorgsames und notwendiges Abwägen einer Antwort mit möglichen Konsequenzen. Es kann durch Unachtsamkeit/Leichtsinn bzw. Unüberlegtheit zu möglichen Gefahrensituationen kommen. Auf Außenstehende wirkt das Verhalten situationsunangemessen und unkontrolliert.

Symptomatik:

- Sehr plötzliches Handeln aus einer noch nicht abgeschlossenen Tätigkeit heraus, ohne zu überlegen oder damit verbundene Probleme abzuwägen. Da vorher keine möglichen Konsequenzen der Aktion gesehen werden, kommt es vermehrt unwillkürlich zu möglichen Gefahrensituationen.
- Das Kleinkind ist nicht in der Lage, Bedürfnisse aufzuschieben und einen strukturierten Handlungsplan einzugehen, um an sein gewünschtes Ziel zu gelangen.

Exploration:

S Schnell misslaunig, Schreien aus heiterem Himmel

S Schwierigkeiten, sich zu beruhigen

K Häufige Verletzungen/vermehrte Unfallgefährdung

K Ausgeprägtes Trotzverhalten

K Häufige Ungeduld und nicht abwarten können

K Urplötzliches Wechseln von unabgeschlossen Aktionen

4.1.2.2.4 Aufmerksamkeitsstörung

Gestört sind hier die Dauer und die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf eine Sache. Die Störungen äußern sich in der Unfähigkeit, sich über längere Zeit auf eine Tätigkeit zu konzentrieren. Auftreten können sie einerseits in gesteigertem Antrieb oder auch andererseits in größerer Langsamkeit und träumen.

Symptomatik:

- Der Säugling/das Kleinkind ist häufig unaufmerksam, hört nicht zu, hat keinen Kontakt, weder mit den Augen, den Ohren noch mit dem Körper, und findet immer wieder andere ablenkende, neue Reize.
- Die Quantität der jeweiligen Handlung ist gesteigert. Dadurch wird die Qualität der Handlungsdurchführung und der damit benötigten Aufmerksamkeit vernachlässigt.
- Das Kind lässt sich sehr leicht ablenken von unwesentlichen Außenreizen (Gegenständen, Geräuschen, Gedanken.) und muss immer wieder zur eigentlichen Handlung von anderen zurückgeholt werden. Es kann z.B. nicht mit Ruhe der Mutter zugewandt trinken oder sich nicht der Situation angemessen ausdauernd ein Bilderbuch anschauen.

Exploration:

S+K Häufiges Ablenken durch äußere neue Reize

S+K Nicht in der Lage, sich auf eine Sache zu konzentrieren (häufiger Spielwechsel)

4.1.2.3 Psychomotorik

Die Psychomotorik äußert sich in der Spontanmotorik des Bewegungsapparates. Es ist das Resultat aus dem Zusammenwirken von Wahrnehmung, Interaktion und Handlung im Bewegungsverhalten motorischer Funktionen der emotionalen und kognitiven Persönlichkeit.

Orientierende Exploration:

Entwickelt das Kind zweckfreie Bewegungen, Gesten und/oder sprachliche Äußerungen, die immer wieder regelmäßig auftreten und dazu absonderlich oder auch sehr irritierend wirken? Zum Beispiel in der Art von unwillkürlichem Augenzwinkern, Gesichtszuckungen bzw. Grimassieren, ständigem Räuspern oder frequenter, monotoner Wortlaute, die nicht steuerbar zu sein scheinen?

4.1.2.3.1 Motorische Tics

Schnelle, kurze, unwillkürliche, sich wiederholende, nicht rhythmische, motorische Bewegungen, die meistens umschriebene Muskelgruppen betreffen. Die Kontraktionen setzen plötzlich ein und dienen keinem offensichtlichen Handlungszweck. (u.a. Blinzeln, Schulterzucken, Grimassieren).

Symptomatik:

- (Stark) auffallende, frequente, nicht unterdrückbare Bewegungen. Sie werden in der Interaktion als sehr störend und irritierend empfunden.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Stetige immer wiederkehrende Zuckungen im Gesicht, mit den Armen, Kopf oder mit anderen Körperregionen

K Häufig unwillentliche Nachahmung von Bewegungen anderer (Echopraxie)

4.1.2.3.2 Vokale Tics

Unwillkürliche, wiederholte vokale Äußerungen, die plötzlich einsetzen und keinem offensichtlichen Zweck dienen, wie z.B. Räuspern, Schnüffeln, Zischen oder auch Benennen von gesellschaftlich unangenehmen und nicht akzeptierten Wörtern und obszönen Äußerungen (Koprolalie), stetigem Wiederholen letztgenannter Wörter (Echolalie) oder Wiederholung eigener Wörter oder Laute (Palilalie).

Symptomatik:

- (Stark) auffallende, frequente, nicht unterdrückbare Äußerungen. Sie werden in der Interaktion als sehr störend und irritierend empfunden.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Unabsichtliches Räuspern oder unbewusstes Ausstoßen von Lauten

4.1.2.3.3 Stereotypien

Repetitive, relativ gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen (Mimik und Gestik), die dabei meist eine gesamte Körperregion im Sinne einer integrierten zweckfreien, nicht funktionalen und offensichtlich willensgestörten Bewegung betreffen. Diese werden lange Zeit hindurch in gleichförmiger Weise wiederholt und sind kaum zu unterbrechen. Das Auftreten besteht länger als vier Wochen.

Symptomatik:

- Das Kleinkind zeigt (stark ausgeprägte) gehäuft und wiederkehrende monotone Bewegungen des eigenen Körpers wie z.B. Körperschaukeln, Haarezupfen, Haaredrehen oder Fingerschnipsen oder von Gegenständen, die ständig hin- und her bewegt werden.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Häufige, immer wiederkehrende rhythmische Bewegungen über längere Zeit, die kaum zu unterbrechen sind

4.1.2.3.4 Manieriert-bizarr

Normale Handlungen und Bewegungen (Gestik, Mimik, Sprache) werden vom Kind verschroben, sehr stilisiert und posenhaft, verschnörkelt und überdeutlich in der Wahrnehmung anderer ausgeführt.

Symptomatik:

- Das Kleinkind äußert manieriertes Verhalten, das die Situation deutlich prägt. Die Interaktion ist davon stark irritiert bis unmöglich.

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Häufig verschroben/überartikuliert in seinen Äußerungen/Bewegungen, so dass es bizarr und verzerrt wirkt

4.1.2.3.5 Andere Störungen der Psychomotorik

Verharren in einer Situation und dabei nicht ansprechbar sein, ausgeprägte Verlangsamung der Bewegungen, automatisiertes Handeln

Symptomatik:

- Das Kleinkind zeigt motorische Unruhe: Die Quantität der Bewegung ist erhöht und die Qualität der Aktion erscheint unreguliert und ziellos.
- Das Kleinkind äußert eine motorische Verlangsamung (“verträumt sein“).

Exploration (ca. ab 36 Monaten):

K Oft unruhig und getrieben

K Motorisch verlangsamt (im Vergleich zu anderen Altersgenossen)

K Erstarren in bestimmter Haltung

K Kind befolgt automatisch und scheinbar unbeabsichtigt Befehlsaufforderungen anderer

4.1.2.4 Andere Störungen

4.1.2.4.1 Selbstverletzendes Verhalten

Mit Schmerzen verbundene willentliche oder habituelle Verletzungen des eigenen Körpers, z.B. Verletzung der Haut durch Kratzen oder Ritzen, Nägelbeißen, Haare ausreißen (Trichotillomanie), Anschlagen des Kopfes gegen die Wand etc. Im Alter von 19 bis 60 Monaten tritt hier gehäuft das ritualisierte stereotype Verhaltensmuster auf.

Symptomatik:

- Das Kleinkind zeigt ein ritualisiertes stereotypes Verhaltensmuster, das keine erkennbare symbolische Bedeutung zugemessen werden kann.
- Das ritualisierte stereotype Verhaltensmuster kann einhergehen mit selbstverletzendem Verhalten, wie z.B. beim Trinken der Flasche das Eindrehen von Haaren, so dass diese ausgerissen werden.

Exploration:

K Ritualisierte Selbststimulation ggf. mit Verletzungsfolge

K Selbstverletzungen

4.1.2.4.2 Suizidgedanken/Entsagungsideen

Suizidgedanken sind bei Kleinkindern eher als eine Art Sehnsucht zu verstehen, nicht mehr an dieser momentanen Stelle zu sein oder einem geliebten (verstorbenen) Angehörigen oder einem geliebten Wesen zu folgen. Hat das Kind ansatzweise oder ausgeprägte Gedanken, dass sein Leben nicht mehr lebenswert ist und es lieber tot wäre? Gibt es konkrete Vorstellungen, wie er sich umbringen würde? In diesem Kontext ist es angemessener, von „Entsagungsideen“ zu sprechen. Dass das Kind sich selbst und seine Umgebung nicht achten kann, eine „bessere Welt“ für sich möchte und es sich diese (unbewusst) wünscht, ist ein typisches Erscheinungsbild.

Symptomatik:

- In schweren Situationen äußert das Kind, lieber tot zu sein.
- Das Kind beschäftigt sich viel mit dem Tod und findet den Zustand erstrebenswert.

Exploration (ab ca. 36 Monaten):

K Verbalisierung von Gedanken nicht mehr an dieser Stelle zu sein:“ ich möchte lieber tot sein“

K Gesteigerte Auseinandersetzung mit dem Thema Tod ohne aktuell erlebten Anlass

4.1.2.4.3 Suizidale Handlungen

Wurde aus der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder gestrichen.

4.1.2.4.4 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störungen

Störungen der Geschlechtsidentität können schon im älteren Kleinkindalter beginnend auftreten oder kleine Tendenzen zeigen. Eine Geschlechtsidentitätsstörung ist nicht abhängig von den Vorbildern und nicht nur kurzzeitig, sondern zieht sich durch das gesamte Leben des Menschen. Bei kurzzeitigen Findungs- und Erkennungsphasen des eigenen Geschlechts ist eine Erprobungsphase natürlich. Diese Erprobungsphase ist stark abhängig von den Vorbildern des Umfeldes. Missbrauchsfolgen können zu weiteren kindlichen sexuellen Störungen führen.

Symptomatik:

- Andauernde Abneigung des eigenen Geschlechtes und vorzugsweise deren Kleidung oder deren Spielzeug.
- Starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht.
- Andauerndes Unbehagen mit dem Geburtsgeschlecht.

Exploration:

K Nicht altersgemäßes sexuelles Verhalten

K Die Wahl des Spielmaterials/Kleidung liegt hauptsächlich auf dem des anderen Geschlechtes

4.1.2.4.5 Sexualisiertes Verhalten

Sexuelles Verhalten dominiert das Verhaltensmuster des Kindes außerhalb der normalen Entwicklungsphase.

Symptomatik:

- Sexuelle Aktivitäten dominieren über einen längeren Zeitraum das Spielen des Kindes.
- Das Kind hat keine andere Möglichkeit Kontakt aufzunehmen, als über sexualisiertes Verhalten.
- Sexualisierte Aktivitäten beziehen sich ausschließlich auf Jüngere und sind mit Aggressionen vergesellschaftet.

Exploration:

K Sexuelles Verhalten bezieht sich auf jüngere Spielgenossen

K Vermehrte Kontaktaufnahme über sexuelles Verhalten; ungehemmte Berührungen von Geschlechtsteilen anderer.

K Übermäßig sexuelles Verhalten auch in der Öffentlichkeit (ab ca. 36 Monaten)

K Exzessives Masturbieren (ab ca. 36 Monaten)

4.1.2.4.6 Abnorme Bindung an Objekte

Übermäßige Bindung/spezielle Zuwendung zu (ungewöhnlichen) Objekten (z.B. alte Schnuller, alte Kleidungsstücke, Schlüsselbund, Stofftiere). Bei kleinster Veränderung des Objektes ist ein deutlicher Leidensdruck vorprogrammiert.

Symptomatik:

- Ein besonderes Objekt dominiert weite alltägliche Lebensbereiche und stört die Interaktion mit einer Bezugsperson.

Exploration:

K Mit sich Tragen von besonderen Objekten (z.B. Schnuller im Mund, dazu alte(n) Schnuller fest in den Händen)

K Starke Unruhe/Streit bei Veränderungen/Wegnehmen des Objekts

4.1.2.4.7 Abnorme Interessen/Gewohnheiten

Umfassende Beschäftigung mit stereotypen und beschränkten Interesse, wie spezielle Zuwendung zu bestimmten Funktionseinheiten z.B. eines Lichtschalters, eines Wasserhahns, drehbaren Elementen, feinstes Interesse nur z.B. für die Reifen von Spielautos. Vorherrschende Beschäftigung auch mit nicht funktionalen Elementen des (Spiel-)Materials/der Gegenstände, wie z.B. Oberflächenbeschaffenheit, Gerüchen und/oder Geräuschen. Gewohnheit, z.B. an allem zu riechen oder die Konsistenz eines Nahrungsmittels sehr intensiv vor Genuss zu tasten.

Symptomatik:

- Ein außergewöhnliches Interesse dominiert weite alltägliche Lebensbereiche und stört die Interaktion mit einer Bezugsperson.

Exploration:

K Intensives fixiertes Interesse an wiederkehrenden Handlungen z.B. mit einem bestimmten Spielzeug oder einer Beschaffenheit von Gegenständen

K Vernachlässigen andere Spielmöglichkeiten

K Starke Unruhe bei Störung/Ablenkung auf anderes

4.1.3 Sprache

Sprechen bedeutet, Beziehungen eingehen zu können. So verbindet sprachliches Vermögen soziale und kognitive Fähigkeiten und Verhaltensregulation miteinander. Sprachentwicklungsstörungen sind meistens kein isoliertes Problem. Das Muster der Sprache und Sprechfunktion ist nicht normal, wenn es qualitativ abnorme Eigenschaften aufweist, nicht nur verzögert ist und eine frühere Entwicklungsstufe präsentiert.

Orientierende Exploration
Ist das Sprechen oder die Sprache in irgendeiner Weise auffällig? Produziert das Kind gar keine Sprache oder sehr viel, undeutlich oder verhaspelnd? Versteht es die Dinge, die man ihm sagt, oder wiederholt es immer wieder bestimmte Äußerungen? Kann es Speichel herunterschlucken (erstes Lebensjahr) und feste Nahrung zu sich nehmen (bis drittem Lebensjahr)? Gibt oder gab es Probleme beim Trinken, Füttern, Essen oder Kauen? Ab welchem Lebensmonat traten Vokalisationen auf (vor dem ersten Lebensmonat/nach dem zweiten Lebensmonat)? Erste „Selbstgespräche“ gab es ab vor dem sechsten Lebensonat/nach dem sechsten Lebensmonat? Wann hat das Kind die ersten Worte gesprochen (vor dem ersten Lebensjahr/nach 14 Lebensmonaten)? Nimmt das Kind in irgendeiner Form Kontakt auf?

4.1.3.1 Artikulationsstörung

Nicht altersgerechte Artikulationsfehler, die sich in Entstellungen, Auslassungen oder Ersetzungen von Lauten äußern. Bis zum Alter von vier Jahren sind Fehler bei Lautbildungen üblich. Dabei kann das Kind aber leicht von Fremden verstanden werden. Mit fünf Jahren haben Kinder gelernt, Grundstrukturen ihrer Muttersprache zu beherrschen.

Symptomatik:

- Die Sprache ist derart stark beeinträchtigt, dass viele Äußerungen vom älteren Kleinkind von einer mit seiner Sprache nicht vertrauten Person nur mit Mühe oder gar nicht verstanden werden.

Exploration (ab ca. 36 Monaten):

K Das Kind spricht undeutlich

K Kind kann nur von den Eltern verstanden werden, Außenstehende können das Kind nicht verstehen

4.1.3.2 Expressive Sprachstörung

Die gesprochene Sprache liegt deutlich unterhalb des Intelligenzniveaus des Kindes. Das aktive Vokabular ist eingeschränkt, die Satzbildung/Grammatik und die Fähigkeit, Inhalte sprachlich auszudrücken, ist nicht altersgemäß. Das Sprachverständnis ist meistens nicht gestört.

Symptomatik:

- Die Sprachentwicklung beginnt „zu“ spät. (um das zweite Lebensjahr: 50 Wörter entspricht dem kritischer Wert zum Risikokind (“late talker“).
- Der Wortschatz nimmt nur sehr langsam zu. Die Wörter sind für Fremde unverständlich.
- Zweijährige: Zwei bis Dreiwortsätze sind möglich. Eine schwere Symptomatik zeigt sich, wenn keine Zweiwortsätze möglich sind.
- Dreijährige: kurze Sätze sind inkorrekt formuliert (dysgrammatisch, falsche Wortstellung, falscher Artikel, inkorrekte Wortendungen).
- Das Kleinkind hat parallel begleitende Wortfindungsstörung.

Exploration (ab ca. 24 Monaten):

K Verspäteter Sprachbeginn

K Zögernde/mühsame Zunahme des Wortschatzes

K Wegen unzureichender sprachlicher Möglichkeiten Zuhilfenahme andere Mittel (Hände/Füße...)

K Wortfindungsstörungen

K Inkorrekte Formulierung kurzer Sätze (ab ca. 36 Monaten)

4.1.3.3 Rezeptive Sprachstörung

Das Sprachverständnis ist nicht da. Die Fähigkeit gesprochene Sprache zu entschlüsseln, liegt unterhalb des Intelligenzalters. Die Bedeutung von Wörtern und Sätzen wird nicht verstanden. Häufig ist die expressive Sprache zusätzlich gestört und/oder Lautbildungsstörungen sind auffällig.

Symptomatik:

- Das Kleinkind kann sprachliche Aufforderungen nicht oder nur vage befolgen.
- Anweisungen mit zusätzlicher Gestik können vom Kleinkind just befolgt werden.
- Keine korrekte Beantwortung auf Fragen möglich, obwohl das Kind die richtige Antwort möglicherweise weiß.

- Das Kleinkind spricht wenig oder nur einzelne Wörter, wiederholt oft, was ihm vorgesprochen wird (Echolalie) und spricht teilweise „Kauderwelsch“. Die Intonation ist angemessen.
- Wenn sprachliche Möglichkeiten nicht ausreichen, behilft es sich anderer Mittel, nimmt Personen z.B. bei der Hand, um sich verständlich zu machen.
- Das Kind hört nicht zu und /oder ist unaufmerksam.

Exploration (ab ca. 24 Monaten):

K Stark unzureichende/bzw. keine Ausführung/Antwort verbaler Anweisungen. (Gib mir das Auto.... Wo ist deine Nase...!?)

K Unterstützende Gestik zur Anweisung bringt besseres Verständnis

K Echolalie in Kommunikationsverhalten

K „Hört“ nicht/ist aufmerksam

4.1.3.4 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern)

Es kommt zu häufigen Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern durch Zögern (klonische Komponente) und/oder Pressen (tonische Komponente). Poltern ist eine Störung des Sprechablaufes, der oft überhastet ist mit einem unregelmäßigen unrhythmischen Sprechtempo mit schnellen, ruckartigen Anläufen.

Symptomatik:

- Das Kleinkind zeigt mehr als fünf Unterbrechungen beim Redefluss bei 100 Wörtern.
- Die Redeunflüssigkeiten sind zusätzlich beeinträchtigt durch körperliche Verspannungen, Atemunregelmäßigkeiten, vegetativer Begleitsymptomatik.
- Es besteht ein deutliches Störungsbewusstsein und damit eine emotionale Belastung/Abhängigkeit der Sprechsituation (ältere Kinder/frühestens um das fünfte Lebensjahr). (Vorher ca. mit drei bis fünf Jahren spricht man vom sog. „physiologischen Stottern“ oder „Entwicklungsstottern“, das nicht länger als ca. drei Monate besteht).
- Ist die Störung abhängig von der Situation? Eine sekundäre Problematisierung kann sich daraus ab dem vierten Lebensjahr entwickeln (Hänseleien/emotionale Belastung).

Exploration (ab ca. 48 Monaten):

K Hastiges Sprechen/gestörter Redefluss

K Dabei motorische Verspannungen/vegetative Begleitumstände

K Situationsabhängigkeit

K Emotionale Belastung beim Sprechen (um den 60. Lebensmonat)

4.1.3.5 Mutismus

Das Kind spricht in umschriebenen Situationen nicht oder nur sehr wenig, trotz vorhandener Sprachkompetenz. Es handelt sich um eine emotional bedingte Störung der sprachlichen Kommunikation.

Symptomatik:

- Das ältere Kleinkind stellt die sprachliche Kommunikation mit einer Bezugsperson und/oder der gesamten Umgebung gänzlich ein. In anderen Situationen kann es fließend sprechen.
- Während der gesamten Untersuchungssituation spricht das Kind kein Wort.
- Die Symptomatik besteht mindestens einen Monat lang (mögliche Kindergarten-Eingewöhnung nicht mit gerechnet).

Exploration (ab ca. 48 Monaten):

K Bestimmten Situationen/bestimmten Bezugspersonen gegenüber „stumm“

K Während der Untersuchungssituation „stumm“

4.1.3.6 Logorrhoe

Ausgeprägter, unaufhaltsamer, kaum zu bändigender Redefluss bei älteren Kleinkindern ohne Selbstkontrolle. Die Gedanken sind ungeordnet und zusammenhangslos.

Symptomatik:

- Der Redefluss ist beim älteren Kleinkind höchstens für nur kurze Zeit zu unterbrechen.

Exploration (ab ca. 48 Monaten):

K Übermäßiger Rededrang „ohne Punkt und Komma“, teilweise mit nicht vollständig verstehbaren Zusammenhängen

4.1.3.7 Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache

Relative Unfähigkeit, Sprache altersgemäß als Kommunikationsmittel zu gebrauchen oder stereotype und repetitive Verwendung der Sprache (z.B. Echolalie) oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen oder Abweichungen in der Stimmlage, der Betonung, der Prosodie (Tempo und Rhythmus) und der Intonation der Sprache (z.B. Monotonie).

Symptomatik:

- Die Kommunikation mit dem älteren Kleinkind ist aufgrund der qualitativen Beeinträchtigung des Sprechens und der Sprache unmöglich. Die Sprache wirkt auf den Kommunikationspartner bizarr und irritierend.

Exploration (ab ca. 36 Monaten):

K Unfähigkeit, die Sprache als Mittel der Verständigung in der üblichen Weise einzusetzen

K Sagt immer wieder das Gleiche/wiederholt einfach immer wieder das, was gerade gesagt wurde

K Benutzt manche Worte anders als üblich/ungewöhnliche Bezeichnungen für bestimmte Gegenstände

K Betonung/Stimmlage oft verändert

4.2 Machbarkeit: Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder

4.2.1 Deskriptive Statistik

4.2.1.1 Patientenpopulation, Diagnosespektrum und Klassifikation

Anhand der gesamten Inanspruchnahmepopulation 2011 aus den ersten drei Quartalen der Baby- und Kleinkindsprechstunde mit 130 Patienten, von denen 18 Säuglinge und 112 Kleinkinder waren, sind nun folgend alle vergebenen Diagnosen in einer tabellarischen Übersicht (Tabelle 12) für einen Überblick in dominierende Diagnosegruppen des Säuglings- und Kleinkindalters zusammengefasst dargestellt.

Diagnostische Gruppe	ICD-10 (in Prozent)	DC:0-3R (in Prozent)
Bindungsstörungen	F94. 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) (insgesamt: 7)	220. Angststörungen (1,9) 230. Depression (0,6) 240. Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks (15,3) 300. Anpassungsstörung (1,9) (insgesamt: 19,7)

Fortsetzung der Tabelle **Diagnostische Gruppe**	**ICD-10 (in Prozent)**	**DC:0-3R (in Prozent)**
Regulationsstörungen	F51. nichtorganische Schlafstörung (1,4) F98.1 Nichtorganische Enkopresis (0,7) (insgesamt: 2,1)	400. Regulationsstörungen/Störung der sensitiven Integration (1,3) 410. Regulationsstörung Hypersensitiv (4,5) 420. Regulationsstörung Hyposensitiv (6,4) 500. Schlafstörungen (4,6) (insgesamt: 16,8)
(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) (insgesamt: 10,5)	
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv (RSI)		430. Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv (8,3)
Sprachstörungen	F98.5 Stottern (0,7)	
Essverhaltensstörungen	F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter (4,2)	600. Essverhaltensstörungen (5,1)
Autistischer Formenkreis	F84. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (10,42)	700. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (6,4)
Andere	F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltensstörung (44,4) F98.9 Sonstige nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung (0,7) (insgesamt: 45,1)	800. Sonstige Störungen nach DSM-IV oder ICD-10 (0,6)
Keine Diagnose	(6,9)	(27,3)

Tabelle 12: Diagnoseverteilung in dominanten Diagnosegruppen der gesamten Inanspruchnahmepopulation der B/K Sprechstunde (N=130/18 Säuglinge und 112 Kleinkinder) von Januar bis September 2011. Erst- und Zweitdiagnose der ersten Achse des MAS nach der ICD-10 und der DC:0-3R.

Aus der Tabelle ersichtlich sind die diagnostischen Gruppen je nach Klassifikationsschema unterschiedlich gewichtet. Mit der ICD-10 (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006) liegt der größte Teil innerhalb der Gruppe der „Andere“, welche sonstige Störungen des (Sozial-)Verhaltens beinhalten. An zweiter Stelle steht die Gruppe der Bindungsstörungen, gefolgt von den recht gleichrangigen Regulationsstörungen und der Gruppe des autistischen Formenkreises. An fünfter Stelle kommt die Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen. Es folgt die Gruppe der Essverhaltensstörungen, der Regulationsstörungen und mit sehr seltener Ausprägung die Sprachstörungen. Demgegenüber stehen bei der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) an erster Stelle der di-

agnostischen Gruppen die Regulationsstörungen, wenn man sie gänzlich zusammenbetrachtet. An zweiter Stelle ist die Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen, gefolgt von der Gruppe der Bindungsstörungen. Mit etwas Abstand stehen die Gruppen der Essverhaltensstörungen und der autistischen Formenkreises. An letzter Stelle steht rar die Gruppe der „Andere“ mit sonstigen Störungen. Prozentual am häufigsten ergab sich jedoch nach der DC:0-3R keine Diagnosestellung.

4.2.1.2 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB

In der folgenden Zusammenstellung der Störungsbilder samt ihrer Item-Ausprägungen in den hier untersuchten Störungsbereichen werden die Ergebnisse der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder direkt über denen des PPB nach Englert und Poustka (1998) dargestellt. Die Werte/Ausprägungen des PPB nach Englert und Poustka (1998) sind dabei in Klammern gesetzt. Den gerateten Säuglingen ist je ein „+“ vorangestellt. Es wurden zehn Säuglinge und 31 Kleinkinder untersucht.

Störungsbild PPB (fett) Item		**1 = nicht vor-handen**	**2 = leicht ausge-prägt**	**3 = deutlich ausge-prägt**	**4 = stark ausge-prägt**	**8 = logisch nicht möglich**	**9 = nicht beur-teilbar**
Interaktion		**+3**[148]	**6 +6**	**16 +1**	**9**		
		(2 +4)[149]	**(7 +4)**	**(14+2)**	**(8)**		
	Unkooperativ	11 +10	14	6			
		(18 +9)	(11 +1)	(2)			
	Überangepasst	27	3	1		+10	
		(27 +2)	(2)	(1)			(1 +8)
	Scheu/Unsicher	15 +6	9 +1	7		+3	
		(16 +9)	(11)	(3 +1)	(1)		
	Kaspern/albern	16 +5	11 +4	5 +1	1		
		(11 +7)	(11 +1)	(8 +1)	(1)		(+1)
	Sozial zurückgezogen	20 +10	7	4			
		(21 +6)	(6)	(4)			(+4)
	Misstrauisch/sensitiv	23 +10	7	1			
		(23 +9)	(6)	(2)			(+1)

[148] Werte ohne Klammer sind jeweils aus dem Adaptierten PPB für Säuglinge/Kleinkinder
[149] Werte in Klammern entstammen dem PPB nach Englert und Poustka (1998)

Fortsetzung der Tabelle **Störungsbild PPB (fett)** Item	**1 = nicht vor-handen**	**2 = leicht ausge-prägt**	**3 = deutlich ausge-prägt**	**4 = stark ausge-prägt**	**8 = logisch nicht möglich**	**9 = nicht beur-teilbar**
Demonstrativ	6 +5	14 +4	9 +1	2		
	(11 +2)	(8 +3)	(12)	(1)		(+4)
Distanzgemindert	17 +5	5 +2	8	1	+3	
	(19 +4)	(3 +1)	(7)	(2)		(+5)
Empathiestörung	16 +6	7	5	3	+4	
	(19 +5)	(7)	(1)	(4)		(+5)
Mangel an sozialer Kompetenz	18 +10	9	4			
	(22 +10)	(6)	(2)	(1)		
Mangel an Fähigkeit zu Selbstregulation (NEU)	7 +8	8 +2	13	3		
	(-)	(-)	(-)	(-)		
Sozialverhalten	**4 +3**	**5 +3**	**15 +4**	**7**		
	(3 +4)	**(1 +4)**	**(19 +2)**	**(8)**		
Dominat	7	6	14	4	+10	
	(7 +4)	(5 +5)	(15 +1)	(4)		
Oppositionell-verweigernd	7	9	13	2	+10	
	(7 +3)	(6 +3)	(14 +1)	(4)		(+3)
Aggressiv	13	11	7		+10	
	(10 +5)	(9)	(10)	(2)		(+5)
Lügen/Betrügen	15	1	2		13 +10	
	(20 +4)	(1)	(1)			(9 +6)
Stehlen	28	1	1		1 +10	
	(27 +5)	(1)	(1)			(2 +5)
Weglaufen	21	4	5		1 +10	
	(23 +6)	(3)	(3)	(1)		(1 +4)
Andere Regelüberschreitung	5	5	10	4	7 +10	
	(9 +5)	(7 +1)	(13 +1)	(2)		(+3)
Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle	**2 +8**	**8 +2**	**16**	**5**		
	(2 +3)	**(6 +5)**	**(15)**	**(8 +2)**		
Antriebsarmut/Verlangsamung	13 +9	13 +1	4	1		
	(28 +10)	(1)	(1)	(1)		
Antriebssteigerung/motorische Unruhe	6 +9	14 +1	10	1		
	(9 +8)	(8 +2)	(11)	(3)		

Fortsetzung der Tabelle **Störungsbild PPB (fett)** Item		**1 = nicht vor-handen**	**2 = leicht ausge-prägt**	**3 = deutlich ausge-prägt**	**4 = stark ausge-prägt**	**8 = logisch nicht möglich**	**9 = nicht beur-teilbar**
	Impulsivität	3 +10	12	13	3		
		(4 +5)	(9 +1)	(11)	(1 +2)		(+2)
	Aufmerksamkeitsstörung	7 +8	11 +2	10	3		
		(9 +6)	(7 +3)	(12)	(3)		(+1)
Psychomotorik		**8**	**7**	**4**	**2**	**10 +10**	
		(21 +9)	**(5)**	**(3)**	**(2)**		**(+1)**
	Motorische Tics	20	1	-	-	10 +10	
		(29 +9)	(2)				(+1)
	Vokale Tics	21	-	-	-	10 +10	
		(31 +8)					(+2)
	Stereotypien	17	-	3	1	10 +10	
		(27 +9)		(3)	(1)		(+1)
	Manieriert-bizarr	21	-	-	-	10 +10	
		(31 +9)					(+1)
	Andere Störungen der Psychomotorik	9	9	2	1	10 +10	
		(21 +9)	(8)		(1)		(1 +1)
Sprechen und Sprache		**10**	**8**	**1**	**9**	**3 +10**	
		(1)	**(4)**	**(10)**	**(16 +9)**		**(+1)**
	Artikulationsstörung	10	4	1	6	10 +10	
		(9)	(1)	(7)	(14 +9)		(+1)
	Expressive Sprachstörung	14	5	-	9	3 +10	
		(11)	(2)	(4)	(14 +9)		(+1)
	Rezeptive Sprachstörung	18	4	5	1	3 +10	
		(20 +1)	(3 +1)	(5 +1)	(3 +6)		(+1)
	Störungen der Redeflüssigkeit (Stot-tern/Poltern)	18	6	2	-	5 +10	
		(19 +9)	(5)	(4)			(3 +1)
	Mutismus	10	1	-	-	20 +10	
		(26 +9)	(1)	(2)	(1)		(1 +1)
	Logorrhoe	10	3	-	-	18 +10	
		(16 +5)	(7 +1)	(5 +3)	(1)		(2+1)

Fortsetzung der Tabelle **Störungsbild PPB (fett)** Item		**1 = nicht vor-handen**	**2 = leicht ausge-prägt**	**3 = deutlich ausge-prägt**	**4 = stark ausge-prägt**	**8 = logisch nicht möglich**	**9 = nicht beur-teilbar**
	Andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache	13	3	2	2	11 +10	
		(21)	(3)	(3 +7)	(4 +2)		(+1)
Andere Störungen		**17**	**6**	**5**	**3**	**+10**	
		(24 +2)	**(6 +2)**	**(+6)**	**(1)**		
	Selbstverletzendes Verhalten	25	1	3	2	+10	
		(22 +7)	(4 +1)	(4)	(1)		(+2)
	Suizidgedanken/Entsagungsideen	14	2	-	-	15 +10	
		(31)					(+10)
	Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung	31	-	-	-	+10	
		(31 +10)					
	Sexualisiertes Verhalten	28	3	-	-	+10	
		(29 +10)					(2)
	Abnorme Bindung an Objekte	24	4	3	-	+10	
		(26)	(2 +2)	(2+6)			(1+2)
	Abnorme Interessen/Gewohnheiten	26	2	2	1	+10	
		(26+6)	(2+2)	(2 +4)	(1)		

Tabelle 13: Häufigkeiten der Störungsbilder mit ihren Items der adaptierten Arbeitsversion und des PPB nach Englert und Poustka (1998), untergliedert in Säuglinge und Kleinkinder. Säuglinge (falls geratet) sind mit einem vorangestellten „+“ versehen. Die Bewertungen der Ausprägungen des PPB nach Englert und Poustka (1998) sind in Klammern gesetzt. In direktem Vergleich stehen sie pro Störungsbild und Item unter denen, der adaptierten Version für Säuglinge und Kleinkinder. N = 41: (10S + 31K).

Aus dieser umfassenden tabellarischen Zusammenstellung der Ergebnisse der vergleichenden Häufigkeiten scheinen in erster Übersicht viele parallele Wertungen für den PPB nach Englert und Poustka (1998) und der adaptierten Version für Säuglinge und Kleinkinder zu lesen zu sein. Es lassen sich dabei jedoch einige markante Punkte heraus sehen.

Es zeigt sich allgemein, das die Bewertung „9-nicht beurteilbar“ in der Arbeitsversion des adaptierten PPB nicht mehr geratet wurde, dafür eine Bewertung innerhalb der Ausprägungen „1“ bis „4“ und in beschrieben Fällen die Bewertung „8-logisch nicht möglich“ gegeben ist. So ist erkennbar, dass der Störungsbereich „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ und der überwiegende Teil des Störungsbereichs der „Interaktion“ uneingeschränkt in den Ausprägungen „1“ bis „4“ für Säuglinge und Kleinkinder in der Arbeitsversion des PPB gewertet werden konnte. Alle anderen Störungsbereiche der Arbeitsversion zeigen unter den bewerteten Items unter

„8-logisch nicht möglich“ mindestens eine „+10“, die damit mindestens die Gruppe der Säuglinge ausschließen lässt.

Recht eindrücklich ist bspw. zu sehen, dass nach der Exploration der Items nach Englert und Poustka (1998) unter „Andere Störungen“ 60 Prozent der Säuglinge mit einer „3“ bewertete auffällige „Abnorme Bindung an Objekte“ und 40 Prozent der Säuglinge „Abnorme Interessen und Gewohnheiten“ zeigten, die nach der Arbeitsversion des PPB in eine „8-logisch nicht möglich“ mit eingehen.

Je zu zehn Prozent bei Säuglingen galten z.B. auf Itemebene „oppositionell-verweigernd“, „dominant“ und „andere Regelüberschreitungen“ nach der Untersuchung mit dem PPB nach Englert und Poustka (1998) als auffällig „deutlich ausgeprägt“, was sich auf der Störungsebene des „Sozialverhaltens“ weiter als „deutlich ausgeprägt“ auswirkte. In der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder wurden diese für diese Altersgruppe als „8-logisch nicht beurteilbar“ eingeordnet.

Die Bewertung der Gruppe der Säuglinge bspw. beim Störungsbereich der „Psychomotorik“ nach dem PPB von Englert und Poustka (1998) zeigt die Einschätzung zu zehn Prozent bei „nicht vorhanden“ und somit zu 90 Prozent eine Einschätzung zwischen „1“ und „4“ als gegeben. Dagegen zeigt die Einschätzung in der adaptierten Arbeitsversion des PPB mit einer 100-prozentigen Wertung unter „logisch nicht möglich“. Das äußert sich ebenfalls für die gesamten Kleinkinder unter 36 Monate.

Deutlich zeigen sich auch bei den jüngeren Kleinkindern und Säuglingen auf Itemebene und dadurch auch auf Ebene des Störungsbildes „Sprechen und Sprache“ mit dem PPB nach Englert und Poustka (1998) „stark ausgeprägte“ eindeutig auffällige Bewertungen, die sich in der Adaptation des PPB durch ein „logisch nicht möglich“ deutlich relativieren lassen. Alle „deutlich“ und „stark ausgeprägten“ Bewertungen der Items (bis auf „deutlich ausgeprägte“ „rezeptiver Sprachstörungen“) in der Version nach Englert und Poustka (1998) sind für Säuglinge und Kleinkinder in der adaptierten Arbeitsversion um mindestens die Hälfte zurückgegangen und fehlen bei „Mutismus“ und „Logorrhoe“ gänzlich.

Auffällig erscheint, dass die Bewertung der stärksten Ausprägung auf Störungsbildebene „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ mit dem PPB nach Englert und Poustka (1998) entgegengesetzt der adaptierten Version für Säuglinge und Kleinkinder doppelt so hoch ist (inklusive mit 20 Prozent der Säuglinge).

Die Anzahl der auffälligen Kleinkinder mit „deutlich ausgeprägt“ ist bei den Items „Unkooperativ“, „Scheu/unsicher“, „Empathiestörung“, „Mangel an sozialer Kompetenz“, „Weglaufen“,

Antriebsarmut/Verlangsamung“ und „Impulsivität“ in der adaptierten Arbeitsversion leicht gestiegen, bei „Misstrauisch/sensitiv“, „Distanzgemindert“, „Aggressiv“, Lügen/betrügen, „Andere Regelüberschreitung“ und „Aufmerksamkeitsstörung“ dabei leicht gesunken.

4.2.2 Reliabilität

4.2.2.1 Interrater-Reliabilität - Cohens Kappa (κ)

Störungsbereiche	Kappa	Standard-abweichung	Näherungsweises T	Signifikanz
1. Interaktion (gesamt/Item)	**0,43**	**0,114**	**4,325**	**< 0,001**
1.1 Unkooperativ	0,80	0,085	6,740	< 0,001
1.2 Überangepasst	0,84	0,087	6,813	< 0,001
1.3 Scheu/unsicher	0,70	0,100	6,075	< 0,001
1.4 Kaspernd/albern	0,55	0,107	5,086	< 0,001
1.5 Sozial zurückgezogen	0,70	0,110	5,991	< 0,001
1.6 Misstrauisch/sensitiv	0,72	0,125	5,605	< 0,001
1.7 Demonstrativ	0,71	0,087	6,917	< 0,001
1.8 Distanzgemindert	0.81	0,077	8,405	< 0,001
1.9 Empathiestörung	0,76	0,084	8,477	< 0,001
1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	0,69	0,107	5,769	< 0,001
1.11 Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation	0,61	0,098	6,125	< 0,001
2. Sozialverhalten (gesamt/Item)	**0,59**	**0,100**	**6,342**	**< 0,001**
2.1 Dominant	0,72	0,088	7,278	< 0,001
2.2 Oppositionell-verweigernd	0,63	0,091	6,639	< 0,001
2.3 Aggressiv	0,77	0,077	8,469	< 0,001
2.4 Lügen/betrügen	0,79	0,085	6,523	< 0,001
2.5 Stehlen	0,76	0,097	5,737	< 0,001
2.6 Weglaufen	0,74	0,088	7,393	< 0,001
2.7 Andere Regelüberschreitung	0,70	0,084	8,416	< 0,001
3. Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (gesamt/Item)	**0,66**	**0,094**	**7,103**	**< 0,001**
3.1 Antriebsarmut/Verlangsamung	0,70	0,101	5,883	< 0,001
3.2 Antriebssteigerung/motorische Unruhe	0,60	0,101	5,804	< 0,001
3.3 Impulsivität	0,70	0,090	6,911	< 0,001
3.4 Aufmerksamkeitsstörung	0,48	0,101	5,013	< 0,001

Fortsetzung der Tabelle **Störungsbereiche**	**Kappa**	**Standard-abweichung**	**Näherungsweises T**	**Signifikanz**
4. Psychomotorik (gesamt/Item)	**0,79**	**0,074**	**8,646**	**< 0,001**
4.1 Motorische Tics	1,00	0,000	6,853	< 0,001
4.2 Vokale Tics	1,00	0,000	6,403	< 0,001
4.3 Stereotypien	0,84	0,068	7,1142	< 0,001
4.4 Manieriert-bizarr	1,00	0,000	6,403	< 0,001
4.5 Anderer Störungen der Psychomotorik	0,81	0,072	7,393	< 0,001
5. Sprache und Sprechen	**0,78**	**0,075**	**8,98**	**< 0,001**
5.1 Artikulationsstörung	0,82	0,070	8,962	< 0,001
5.2 Expressive Sprachstörung	0,86	0,062	9,36	< 0,001
5.3 Rezeptive Sprachstörung	0,85	0,066	8,635	< 0,001
5.4 Redefluss (Stottern/Poltern)	0,85	0,070	8,097	< 0,001
5.5 Mutismus	0,84	0,086	5,607	< 0,001
5.6 Logorrhoe	0,84	0,083	6,622	< 0,001
5.7 Andere qualitative Beeinträchtigungen	0,96	0,038	8,965	< 0,001
12. Andre Störungen (gesamt/Item)	**0,83**	**0,07**	**9,479**	**< 0,001**
12.1 Selbstverletzendes Verhalten	0,92	0,057	8,674	< 0,001
12.2 Suizidgedanken/Entsagungsideen	0,96	0,041	7,92	< 0,001
12.3. Geschlechtsidentität/sexuelle Störungen	0,94	0,061	6,30	< 0,001
12.4 sexualisiertes Verhalten	0,95	0,050	7,607	< 0,001
12.5 Abnorme Bindung an Objekte	0,96	0,042	8,883	< 0,001
12.6 Abnorme Interessen/Gewohnheiten	0,95	0,044	8,539	< 0,001

Tabelle 14: Interrater-Reliabilität nach Cohens (κ) für den adaptierten PPB für Säuglinge und Kleinkinder in den Störungsbildern der Interaktion, des Sozialverhaltens, des Antriebs, der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, der Sprache und des Sprechens und anderen Störungen mit deren Unteritems.

Die tabellarische Zusammenschau der Interrater-Reliabilität nach Cohens (κ) (Tabelle 14) zeigt auf den ersten Blick insgesamt bei allen in dieser Arbeit untersuchten Störungsbereichen der adaptierten Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder je einen p-Wert kleiner gleich 0,1 Prozent.

Die Unteritems der „Störung der Interaktion“ finden überwiegend eine „beachtliche, starke Übereinstimmung“ mit κ-Werten[150] zwischen 0,61 bis 0,80. Das Unteritem „Kaspernd/albern“ bringt eine mittelmäßige Übereinstimmung, die beiden Unteritems „Überangepasst“ und „Distanzgemindert“ zeigen eine „beinahe vollkommende“ Übereinstimmung bei einem κ größer

[150] κ-Wertebereich nach Landis und Koch (1977) (vgl. Stieglitz, 2008).

gleich 0,80. Der mit den Unteritems zusammengefasste Störungsbereich der „Interaktion“ zeigt jedoch eine „mittelmäßige Übereinstimmung“.

Die Unteritems des Störungsbereichs des „Sozialverhalten“ beschreiben alle eine „beachtliche, starke Übereinstimmung“. Dabei zeigt der gesamte Störungsbereich einen κ-Wert knapp unter diesen und wird somit als „mittelmäßige Übereinstimmung“ eingestuft. Im Bereich „Störungen des Antriebs, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle“ zeigt sich die Hälfte der Unteritems in Übereinstimmung als „mittelmäßig“, die andere Hälfte als „beachtlich, stark“. Das Gesamt-Item beschreibt „beachtliche, starke Übereinstimmung“. Die Störungsbereiche „Psychomotorik“ und „Sprache und Sprechen“ bestimmen in den Unteritems je eine „beinahe vollkommene“ Übereinstimmung. Das übergeordnete Item/Störungsbild zeigt je etwas geringere κ-Werte und somit eine „beachtlich, starke Übereinstimmung“. Bei dem Störungsbereich „Andere Störungen“ zeigen sich sowohl beim Störungsbereich als auch in den Unteritems jeweils „beachtlich, starke Übereinstimmungen“.

Insgesamt sind das 10,9 Prozent der Unteritems/Items, die unterhalb einer „beachtlich, starken Übereinstimmung“ fallen.[151]

Nach einem „Richtwert“[152] von κ-Wert größer 0,7, der eine „gute Übereinstimmung“ bestimmt, fallen dabei insgesamt die sechs Unteritems „Kaspernd/albern“, Mangel an sozialer Gerechtigkeit“, Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“, Oppositionell-verweigernd“, „Antriebsteigerung/motorische Unruhe“ und „Aufmerksamkeitsstörung“ und die drei Störungsbereiche „Interaktion“, „Sozialverhalten“ und „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ relativ knapp unterhalb dieses „Markers“. Das sind demnach insgesamt 19,6 Prozent der Unteritems/Items, die gerade unterhalb einer „guten Übereinstimmung“ fallen.[153]

Vergleicht man die Interrater-Reliabilität mit Cohens (κ) der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder mit dem PPB nach Englert und Poustka (1998) in den hier zu untersuchenden Störungsbereichen (Items), ist zu beschreiben, dass sich jeweils auf Ebene des Störungsbereichs die κ-Werte deutlich in der Adaptation verbessern. Bei „Interaktion“, „Sozialverhalten“, „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ und „Psychomotorik“ rückt die Übereinstimmung eine Bewertungsstufe höher, bei „Sprache und Sprechen“ und „Andere Störungen“ sind es jeweils zwei Bewertungsstufen, die die Reliabilität bei dieser Untersuchung aufwerten lassen.

---

[151] Ebda
[152] Eine „gute Übereinstimmung“ erfordert κ-Werte von > 0,7 (vgl. Bortz, Döring, 2006).
[153] Ebda

4.2.2.2 Interne Konsistenz - Cronbachs (α)

Störungsbereiche	Adaptierter PPB Cronbachs (α)	PPB nach Englert und Poustka (1998) Cronbachs (α)
1. Störung der Interaktion	0,95	0,92
2. Störung des Sozialverhaltens	0,95	0,22
3. Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	0,96	0,95
4. Störung der Psychomotorik	1,00	0,13
5. Störung des Sprechens und der Sprache	0,98	0,99
12. Andere Störungen	1,00	0,86
Total	**0,99**	**0,93**

Tabelle 15: Interne Konsistenz nach Cronbachs (α), Reliabilitätsprüfung auf der Ebene des Störungsbildes der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder.

Cronbachs (α)[154] bestimmt die interne Konsistenz der Items miteinander für jeden hier betrachteten Störungsbereich der Adaptation des PPB jeweils mit einem α-Wert > 0, 95. Der „Total“ Wert zeigt auch in der Version nach Englert und Poustka (1998) ein Alpha, welches mit einer Differenz von 0,06 zur Adaptation minimal kleiner ist. Im Vergleich der einzelnen Störungsbilder sind einzelne Schwankungen sichtbar. Deutlich werden diese bei „Störung des Sozialverhaltens“ und bei „Störung der Psychomotorik“. Diese zeigen in der Version nach Englert und Poustka (1998) „unakzeptable Werte“[155] für Alpha. Der Wert von Alpha liegt auch bei „Andere Störungen“ nach Englert und Poustka (1998) einen Wertebereich niedriger als in der Adaptation.

4.2.3 Inhaltsvalidität

Bei der Expertenbefragung kamen von 11 angeschriebenen Experten sieben Fragebögen, von zwei erfahrenen PsychologInnen und fünf erfahrenen FachärztInnen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie (teilw. inkl. Pädiatrie), mit ihrer Expertenmeinungen zurück. Das ist eine Rücklaufquote von 64 Prozent. Vier Experten haben sich nicht beteiligt (36 Prozent), von denen sich einer gar nicht gemeldet hat und drei die erweiterte Rücksendefrist nicht einhalten konnten. Die folgende Auswertung des Fragebogens bezieht sich auf das allgemeine Feedback zur Adaptation und auf das inhaltliche Feedback zu den in dieser Arbeit behandelten Störungsbildern/Items mit deren Unteritems und Exploration.

---

[154] Mindestanforderung an Reliabilitätskoeffizienten der internen Konsistenz: nach Lienert (1969) > 0,90, nach Corcoran und Fischer (1987) und Cicchetti (1994) < 0.80, Nunnally (1978) < 0.70 (vgl. Stieglitz, 2008).
[155] α < 0,5

57 Prozent wenden den PPB in der Kurzform (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005) an, teilweise zusammen mit einem klinikinternen eigenen entwickeltem Zusatzbogen für erweitere Fragestellungen. Die anderen antworteten auf die Frage zur Verwendung des PPB der BADO mit „nein“, gaben aber außer einmal der Anwendung des ITMSE (Infant Toddler Mental Status Exam) keine Alternativ-Instrumente an. Zum Bedarf einer Adaptation äußerten sich drei Experten (48 Prozent) und sahen ihn definitiv als gegeben an. Zwei Experten (29 Prozent) sagten definitiv „nein“, zwei weitere füllten diese Frage nicht aus, äußerten sich im Weiteren jedoch „bedarfsorientiert“. Bei der Frage nach der Alterseinteilung zeigten sich viele Differenzierungsvarianten. Die Mehrzahl plädierte für eine „differenziertere“ Unterteilung. Im Groben war die Dreigliedrigkeit von „Infant, Toddler, Preschooler“ überlegen, wobei die obere Altersgrenze mit 12, 15 bzw. 18 Monate des „Infant“ bzw. „Säuglings“ unterschiedlich gesehen wurden. Eine Stimme sprach sich für „Zero to Three“ und dann drei bis fünf Jahren aus, eine weitere unterstrich die Wichtigkeit einer sehr differenzierten, entwicklungsphysio- und psychologischen Einteilung anhand von jeweiligen „Meilensteinen“, somit auch mehr innerhalb des ersten Lebensjahres. Die Präferenz der Bewertung anhand einer Likert-Skala lag bei allen vor. Zu der Generierung des neuen Items „Mangel an der Fähigkeit zur Selbstregulation“ äußerten sich alle durchweg sehr positiv. Drei Experten wünschten sich dafür eine genauere Beschreibung der Symptomatik. Die Operationalisierungen in der Exploration bewerteten vier Experten als sehr gut bis gut (57 Prozent), wobei einer die Sprache als „pathologisierend“ empfand. Eine Kritik war die Beschreibung „Wechselhaftigkeit“, zwei Experten sahen die Exploration als „nicht gut“ bis „nicht genügend“ und „unscharf“ ausdifferenziert. Die Antwort für eine Kurzfassung war sehr geteilt. Das „Nein“ wurde durch das äußerst sensible und entwicklungsdifferenzierte Säuglings-und Kleinkindalter begründet, sodass eine komprimierte Form zu grob und nicht adäquat sei. Der erste Eindruck weckte bei den meisten positives Feedback mit „interessant“, „sehr gut“, „verwendbar und gut praktikabel“, aber auch „schwierig“ und „mutig“ wurde gesagt. Zwei Experten kommentierten, es sei bisher eher „für ältere Kinder“, sodass mehr „Anpassung der Symptome von jüngeren Kindern“ gewünscht sei. Zusammenfassend sah die Mehrheit allgemein „Vorteile“ in der neu entwickelten Adaptation. Einer erwähnte, dass dieses „bisher fehlen“ würde. Zwei waren eher skeptisch und erwähnten internationale Vergleichsinstrumente.

Zum inhaltlichen und damit fachlichen Feedback wurde Folgendes geäußert: Zum Item „Andere Störungen“ seien die Unteritems „Geschlechtsidentitätsstörung“ und „Suizidgedanken“ wegzulassen und ein „altersgemäßes Sexualverhalten“ bräuchte weitere Erklärungen. Weiterhin sei die Erwähnung von sog. „Übergangsobjekten“ beim Unteritem „abnorme Bindung an Objekte“ sinnvoll. Desweiteren wünschten sich zwei Experten mehr Einbeziehung des kindlichen „Spiel-

verhaltens“, eine Expertin fügte den Vorschlag, das „Toilettenverweigerungssyndroms“ aufzunehmen und unter „oppositionelles Verhalten“ zu gliedern und beim Item der Psychomotorik auch von „Jaktationen“ zu sprechen. Als weitere Idee wurde genannt, Items für Intelligenzgeminderte zu entwickeln. „Empathie“ und „soziale Kompetenz“ sollte für den Säugling binnendifferenzierter und entwicklungsorientierter betrachtet werden. Eine Anmerkung ging zur allgemeinen entwicklungspsychologischen „Unschärfe“ in der Symptombeschreibung. Die Wortwahl sei „sehr wertend“ und eine mehr „beschreibende Sprache“ sei wünschenswert. Zwei weitere Experten sahen den Beziehungskontext zur Bezugsperson außer Acht, den sie jedoch als hilfreich empfinden. Sie schlugen eine eigene Bewertungsskala dafür vor. Dazu sei die Untersuchungssituation nicht Teil der Bewertung. Eine Kritik richtete sich gegen das deutliche Festhalten an der festen Struktur und die Anlehnung an den bestehenden PPB für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998). „Die spezielle Altersgruppe brauche eigene und besondere Charakterisierungen“.

4.2.4 Externe Validität

Die Korrelation der Total-Score des adaptierten PPB mit 0,31 und des PPB nach Englert und Poustka (1998) mit 0,26 zur CBCL (1½-5) zeigen beide signifikante Werte auf dem 0,05 Niveau. Im Signifikanzintervall liegt das Ergebnis der adaptierten Version mit 0,014 sehr nahe der Grenze zu einem 0,01 Niveau. Demgegenüber steht die Korrelation des PPB nach Englert und Poustka (1998) mit einer Signifikanz von 0,41 im Signifikanzintervall der oberen Grenze des 0,05 Niveaus nahe.

Total-Score - Korrelation PPB versus CBCL (1½-5) Rangkorrelationskoeffizient (τ) nach Kendall		
	Adaptierter PPB Rang-Korrelations- Koeffizient Kendalls (τ)	**PPB nach Englert und Poustka (1998)** Rang-Korrelations- Koeffizient Kendalls (τ)
Total Sore	**0,31 (0,014*)**	**O,26 (0,041*)**

Tabelle 16: Korrelation nach Kendalls (τ) mit der CBCL (1½-5) und der Arbeitsversion des PPB

Die differenzierte Korrelation auf der Ebene der einzelnen Störungsbilder ließ sich aufgrund struktureller Unterschiede der Störungsbilder in dieser Arbeit mit den Skalen der CBCL (1½-5) nicht anwenden (Kapitel 3.1.2.4).

4.3 Revision der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Version 1.0)

Das neu entwickelte Glossar des PPB für Säuglinge und Kleinkinder ist als kompaktes Instrument auf den folgenden Seiten eingefügt.

Glossar
zur Dokumentation des
Psychopathologischen Befundes
bei Säuglingen (0 - 18 Monate)
und Kleinkindern (19 - 60 Monate)

mit operationalisiertem Explorationsleitfaden

Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation
an das Säuglings- und Kleinkindalter
in den Störungsbereichen
der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache

Version 1.0

Das vorliegende Glossar mit Explorationsleitfaden zur Befund-Dokumentation ist der Teil I[156] der vollständigen Version 1.0 der Adaptation des Psychopathologischen Befundes (PPB) für Säuglinge und Kleinkinder[157] und wurde auf der Grundlage des PPB bei Kindern und Jugendlichen der Basisdokumentation (BADO) von M. Döpfner, G. Lehmkuhl, W. Berner, H. Flechtner, H. C. Steinhausen und M. von Aster (4. Revision, 1991) und von Englert und Poustka (1998) entworfen.[158]

Der Psychopathologische Befund (PPB) ermöglicht eine Beschreibung von Eigenschaften des Säuglings/des Kleinkindes unabhängig von einer Diagnose. Die Befund-Dokumentation dient der Einschätzung einzelner operationalisierter psychopathologischer Items aufgrund eines halbstrukturierten Interviews mit der Bezugsperson und der Verhaltens-Beobachtung des Säuglings bzw. des Kleinkinds mit sich selbst und in Beziehung zur Bezugsperson während der Untersuchungssituation. Weil die Selbstwahrnehmung aufgrund des zu untersuchenden Zielalters wegfällt, wird in diesem Glossar ausschließlich mit der Fremdwahrnehmung gearbeitet. Die Fremdwahrnehmung der primären Bezugsperson (in der Regel den Eltern) wiederum kann wegen der engen Beziehung 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.

Die Unterscheidung „während der Exploration“ und „anderer Kontext“ soll hier durch den Untersucher primär zu einer gemeinsamen Einschätzung vereinigt werden. Er soll aus o.g. 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.

In der Exploration wird bewusst immer die pathologische Richtung erfragt.

Wenn immer möglich werden halboffene Fragen mit Ankerbeispielen angeboten, die nach Art einer Likert Skala[159] quantifiziert werden können und bei durchschnittlich hohen Werten in einer 4, und bei niedrigen Werten in einer 1 münden.
Um zu einem eindeutigen Kodierergebnis zu gelangen, deuten bei mehreren Ankerbeispielen mehrheitlich hohe Likert-Werte auf eine 4, mittlere Werte auf eine 2 oder 3 und niedrige Werte auf eine 1 zur endgültigen Kodierung des übergeordneten Items hin. Analog zum bestehenden PPB (Englert, Jungmann, Wienand, Lam, Poustka, 2005) bestimmt die stärkste Ausprägung eines (Unter-)Items die Kodierung der jeweils höheren Ordnung (Item/Störungsbild). Die Beurteilung sollte eher konservativ erfolgen, d.h. im Zweifelsfall sollte die geringere Ausprägung gewählt werden.

---

[156] Ausführliche Hintergründe zur Entwicklung und Machbarkeit des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Teil I) sind der Dissertation von Kevenhörster (vsl. 2013) zu entnehmen.
[157] Teil II ergänzt mit den Störungsbereichen der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfindens (C. Dormann, vsl. 2013) zur vollständigen Adaptation für Säuglinge und Kleinkinder des gesamten Psychopathologischen Befundes.
[158] Nicht altersgerechte Störungsbereiche für Säuglinge und Kleinkinder wurden gestrichen, jedoch für den Überblick und Vergleich zur untersuchten Ausgangsfassung nicht entfernt. Auch die Zählung entspricht der bestehenden Fassung des PPB der BADO für Kinder und Jugendliche nach Englert & Poustka (1998).
[159] Rensis Likert (1903-1981), US-amerikanischer Sozialforscher, entwickelte 1932 eine Skalierungsmethode zur Einschätzung bzw. zur Messung von persönlichen Einstellungen.

Die Beurteilung der Ausprägung der Merkmale wird anhand folgender Skala 1-2-3-4-8-9 vorgenommen:

1 nicht vorhanden
2 leicht ausgeprägt
3 deutlich ausgeprägt
4 stark ausgeprägt
8 logisch nicht möglich
9 nicht beurteilbar

Die Fragen sind aus entwicklungspsychologischen Gründen an zwei Altersklassen gerichtet, die den jeweiligen Entwicklungsstand mit seinen Fähigkeiten berücksichtigen.
Säuglinge (0-18 Monate) und Kleinkinder (19-60 Monate).

S: Säugling
K: Kleinkind

Ein weiterer Vorteil dieser Einteilung liegt in den Verarbeitungsmöglichkeiten vergleichender Datenauswertung. Merkmale, die in einem der beiden Altersabschnitte nicht relevant sind, werden mit 8 als logisch nicht möglich kodiert.

Um dem geschulten Anwender dieses Glossars die Möglichkeit zu geben, die Stichpunkte möglichst variabel in sein Gespräch einzubauen, sind absichtlich keine vollständigen Fragen formuliert sondern dominierende Stichpunkte für den vorliegenden Unterpunkt angegeben.
Zur Exploration: Erfragen Sie die Qualitäten dieses Punktes anhand der dort formulierten Stichpunkte mit der Likert-Skala.

Aufbau der einzelnen Merkmale der Befund-Dokumentation:

1. Merkmale/Stichpunkt nach Struktur des bestehenden Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation (teilweise weggestrichen aufgrund altersgerechter Adaptation, vereinzelt neu entworfene Merkmale als Überpunkt)
2. Kurze Basisinformation dazu
3. Symptombeschreibung und Aufzählung, teilweise mit Ankerbeispielen
4. Neu entwickelte (Unter-)Items und altbewährte (Unter-)Items zur näheren Beschreibung der Ausprägung. Alle (Unter-)Items beziehen sich immer auf die jeweils übergeordnete Einordnung in die Altersgruppe „trifft zu für den Säugling/das Kleinkind“ oder „trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind“, etc. Um innerhalb der Items weiter zu differenzieren, sind diese, wenn z.B. nur für Säuglinge zutreffend, voranstehend mit einem S gekennzeichnet. Gleiches gilt weiter innerhalb dieser Exploration dann für S+K und K.

Zusammenfassung:

- Der Untersucher soll die subjektiven Verzerrungen durch den Beobachtereffekt berücksichtigen.
- Bestenfalls sind beide Eltern zu befragen.
- Der Untersucher sollte seine eigene Wahrnehmung stark berücksichtigen (Dissimulation – Aggravation).
- Das Kind sollte möglichst nicht befragt werden, die Verhaltensbeobachtung hat Priorität.
- Die letztgültige Beurteilung soll durch den qualifizierten Untersucher erfolgen.
- Der Untersucher soll sich selbst/seine Kenntnisse/Erfahrung am besten einschätzen können und bei möglichen aufkommenden Schwierigkeiten Hilfe/Supervision holen.

Inhaltsverzeichnis

1. Störungen der Interaktion
1.01 Unkooperativ ... 5
1.02 Überangepasst ... 5
1.03 Scheu/unsicher ... 6
1.04 Kaspernd/albern ... 7
1.05 Sozial zurückgezogen ... 7
1.06 Misstrauisch/sensitiv ... 8
1.07 Demonstrativ ... 8
1.08 Distanzgemindert ... 9
1.09 Empathiestörung ... 9
1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/soziale Kompetenz ... 10
1.11 Mangel an der Fähigkeit zur Selbstregulation (NEU) ... 11

2. Störungen des Sozialverhaltens
2.01 Dominant ... 13
2.02 Oppositionell-verweigernd ... 13
2.03 Aggressiv ... 14
2.04 Lügen/betrügen ... 15
2.05 Stehlen ... 15
2.06 Weglaufen ... 16
2.07 Andere Regelübertretung ... 16

3. Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle
3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung ... 16
3.02 Antriebssteigerung/motorische Unruhe ... 17
3.03 Impulsivität ... 18
3.04 Aufmerksamkeitsstörung ... 19

4. Störungen der Psychomotorik
4.01 Motorische Tics ... 20
4.02 Vokale Tics ... 20
4.03 Stereotypien ... 21
4.04 Manieriert-bizarr ... 21
4.05 Andere Störungen der Psychosomatik ... 21

5. Störungen der Kommunikation, des Sprechens und der Sprache
5.01 Artikulationsstörungen ... 23
5.02 Expressive Sprachstörung ... 23
5.03 Rezeptive Sprachstörung ... 24
5.04 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern) ... 25
5.05 Mutismus ... 25
5.06 Logorrhoe ... 26
5.07 Andere qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation, des Sprechens und der Sprache ... 26

17. Andere Störungen
17.01 Selbstverletzendes Verhalten ... 27
17.02 Suizidgedanken/Entsagungsideen (gestrichen) ... 27
17.03 Suizidale Handlungen (gestrichen) ... 27
17.04 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung (gestrichen) ... 27
17.05 Sexualisiertes Verhalten ... 27
17.06 Abnorme Bindungen an Objekte ... 28
17.07 Abnorme Interessen/Gewohnheiten ... 28

1. Störungen der Interaktion

Die Fähigkeit zur Interaktion ist das Fundament für eine gesunde soziale, emotionale und kognitive Entwicklung. Gerade für Säuglinge und Kleinkinder ist es außerdem überlebenswichtig, zu kommunizieren, um ihre primären Bedürfnisse ausdrücken und stillen zu können. Ist das Kind in seiner Interaktion eingeschränkt oder gestört, fehlen ihm wesentliche Voraussetzungen für ein soziales Leben. Interaktionsstörungen äußern sich bei Säuglingen und Kleinkindern in vielen verschieden Symptomen und Störungsbildern.

1.01 Unkooperativ trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Das Kleinkind reagiert nicht auf Angebote des Untersuchers. Mangelnde Kooperation kann situationsbedingt sein, auf Punkt 1.03 (Scheu/Unsicher) hinweisen oder Ausdruck einer situationsübergreifenden Einschränkung sein.

Symptomatik:

- Das Kleinkind ist trotz intensiver Kontaktbemühungen des Untersuchers nicht bereit, sich auf ihn einzulassen oder sich dadurch beeindrucken zu lassen. Es kommt zu keiner oder nur zu sehr kurzer Kooperation mit dem Säugling/Kleinkind.
- Das Kleinkind reagiert auf soziale und emotionale Signale von anderen unangemessen und ist unflexibel in eigenen Äußerungen. Es zeigt mangelnde Reagibilität gegenüber persönlichem Zuspruch oder allgemein gegenüber jeder Ansprache von außen.
- Das Kleinkind hat Schwierigkeiten, die Absicht des anderen zu erkennen und Motive des eigenen Durchsetzens zurückzustellen.
- Das Parallelspielen, was die Vorform des sozialen Spielens zeigt, wird nicht überwunden, bzw. zeigt das Spielverhalten keine/wenig Dynamik in Bezug auf andere Kinder.

Exploration:

✓	K	Reagiert auf Kontaktangebote bekannter Personen mit Missmut, Gleichgültigkeit, Widerstand, z.T. Gereiztheit, Aggressivität (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Reagiert auf äußere Einwirkungen/Kontaktangebote durch fremde Personen mit Missmut, Gleichgültigkeit, Widerstand, z.T. Gereiztheit, Aggressivität (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Blick, Mimik, Gestik, Verhalten starr, wenig flexibel dem Gegenüber (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starke Handlungsroutinen (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Ist nicht bereit, Aufforderungen/Angeboten nachzukommen (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Teilt nicht, z.B. Spielzeug, Kekse (ca. ab 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein soziales (Rollen) Spielen mit anderen (ca. ab 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9

1.02 Überangepasst trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Das Kleinkind versucht, den tatsächlichen oder vermuteten Erwartungen anderer ohne Berücksichtigung der eigenen Wünsche, Bedürfnisse oder Neigungen gerecht zu werden. Als Ersatz für fehlende "Ich-ähnliche Struktur" wird die Reaktion auf (verstandene) z.B. mütterliche Signale gar nicht/wenig bis übereifrig eingesetzt, jenseits der entwicklungsgerechten „sozialen Rückversicherung“ beginnend zwischen 9 und 15 Monaten. Der affektive Ton wechselt zwischen Angst, Depression, Anspannung und Ärger.

Symptomatik:

- Das Kleinkind versucht in nahezu all seinen Äußerungen oder Handlungen, sich seiner Bezugsperson anzupassen oder unterzuordnen. Es wirkt in Entäußerungen blockiert oder zeigt Erregung bei Handlungen, von denen es den Eindruck hat, sie entsprächen nicht den Erwartungen der Bezugsperson.
- Beim Spiel mit anderen Kindern richtet sich das Kleinkind übermäßig nach den Anderen.
- Bei Sorge und Stress sucht das Kind wenig Besserung und Trost.
- Das Kleinkind rückversichert sich immer wieder aufs Neue, sucht übermäßig/nicht altersentsprechend den Blickkontakt zur primären Bezugsperson, um von ihr eine Antwort für das eigene gewünschte Verhalten/die eigene Reaktion zu bekommen.

Exploration:

✓	K	Versucht Ihr Kind, es Ihnen oder Spielkameraden immer Recht zu machen, wenig Modellierung in Interaktion/Spiel	1-2-3-4-8-9
✓	K	Übermäßige Übernahme von Meinungen anderer Kinder oder Bezugspersonen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Ideen anderer übermäßig annehmen und Zurücksetzen eigener Ideen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Sucht wenig Hilfe, reaktionsarm gegenüber Hilfe	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein "eigener Wille" vorhanden (ca. ab 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9

1.03 Scheu/unsicher — trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Bezugspersonen schildern Ängstlichkeit und Unsicherheit in Interaktionen mit dem Kind. Der Beginn liegt in der entwicklungsphysiologischen „Fremdelphase“ ab etwa 8. Lebensmonat, wobei das Verhalten weit über das 2. Lebensjahr hinausgeht. Insgesamt liegt diese Symptomatik mindestens 4 Monate lang vor. Das Kind leidet an seinem Verhalten (im Gegensatz zur Interaktion „sozial zurückgezogen“).

Symptomatik:

- Der Säugling schreit deutlich aufgebracht oder zieht sich stark in sich zurück, wenn er aus den Armen der Mutter gegeben wird, z.B. an andere zugewandte Person. Er weint, wenn er die Mutter nicht mehr sieht (außerhalb der entwicklungstypischen Phase).
- Der Säugling/das Kleinkind betrachtet den Untersucher mit unsicherer Mimik bzw. meidet Blickkontakt.
- Die Exploration des Säuglings/des Kleinkinds ist deutlich eingeschränkt.
- Wird der Kontakt von außen erzwungen reagiert der Säugling/das Kleinkind mit Weinen, Schweigen oder Rückzug.
- Das Kleinkind vermeidet das Spielen mit Gleichaltrigen und hält sich im Hintergrund auf. Es macht sich Sorgen um das eigene Auftreten in einer fremden Gruppe/Situation. Es entwickelt ungewöhnliche Hobbys, sog. „einsame“ Interessen.
- Das Kleinkind weicht Ansprache aus und zeigt dabei übermäßig scheues/schüchternes Verhalten. Es antwortet mit leiser, stockender Stimme. Es ist emotional gehemmt. Das Kleinkind wirkt abgestumpft aber dabei gut beobachtend.
- Das Selbstwertgefühl ist gering.

Exploration:

✓	S	Schreien/totales „In-sich-gekehrt-Sein“ als Reaktion, wenn es von Mutter aus dem Arm kommt z.B. zu anderer zugewandter Person	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Mangelnder Blickkontakt	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Mangelnde Erkundungsbereitschaft	1-2-3-4-8-9
✓	K	Weinen/Schweigen/Rückzug bei Kontaktzwang	1-2-3-4-8-9
✓	K	Erröten, Verlegenheit, Gehemmtheit, Übelkeit, Zittern, Verstecken	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mangelndes Sich-einfügen in eine Gruppe	1-2-3-4-8-9

- ✓ K Leise, stockende Stimme, unflüssiges Sprechen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen/“einsame“ Hobbys 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Geringes Durchsetzungsvermögen 1-2-3-4-8-9

1.04 Kaspernd/albern trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Zeigt sich dieses Verhalten übermäßig herausgestellt, um dadurch beim Anderen vermehrt Aufmerksamkeit und positive Resonanz zu finden, nimmt es einen störungsbewussten Charakter an: Der Säugling ist erethisch, rudert mit den Armen, ist deutlich aufmerksamkeitsheischend. Das Kleinkind ist anderen gegenüber übertrieben überschwänglich und albern. Es schneidet Grimassen und verhält sich clownesk. Über angemessene Fragen oder Aufforderungen macht es sich lustig.

Symptomatik:
- Das stark alberne Verhalten dominiert die Interaktion mit dem Untersuchenden, anderen anwesenden Bezugspersonen und insgesamt die Situation. Gleiches Verhalten wird auch in der Familie und/oder unter Gleichaltrigen beobachtet.
- Das Verhalten wird von den Bezugspersonen als überwiegend störend empfunden.
- Das Kaspern lässt sich in der Untersuchungssituation nicht beenden.
- Eine Kontaktaufnahme zum Kind wird durch das Kaspern behindert. Fragen, Aufforderungen und/oder Interaktionsversuche anderer werden vom Kind durch „sich darüber lustig machen“ abgewehrt.

Exploration:
- ✓ S Aufmerksamkeitsheischend, stark erregbar, mit Armen rudernd 1-2-3-4-8-9
- ✓ S+K Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in gewohnten Situationen 1-2-3-4-8-9
- ✓ S+K Übermäßiges Kaspern und Rumalbern in fremden Situationen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Ausgeprägtes „Clown“-Verhalten und deutliches Vordergrundstreben, Erschweren der Kontaktaufnahme 1-2-3-4-8-9

1.05 Sozial zurückgezogen trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Das Kind nimmt kaum Kontakt zum Untersucher oder zu der Begleitperson in der Untersuchungssituation auf bzw. nimmt in vermindertem Maße an den alltäglichen Interaktionen in der Familie oder in gleichaltrigen Gruppen teil.

Symptomatik:
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt ein mangelndes Bedürfnis nach Interaktion und eine eingeschränkte Kontaktfähigkeit zum sozialen Umfeld. Es macht keine antizipatorischen Bewegungen. Es verhält sich schüchtern und ablehnend bzw. vermeidet Kontakt.
- Der Säugling/das Kleinkind spielt auffallend gerne mit sich alleine und lässt niemanden am eigenen Spiel teilnehmen. Falls er dennoch zu Kontakt gedrängt/animiert wird, zieht er sich wieder in sich zurück.
- Der Säugling/das Kleinkind kommuniziert meistens verspätet und reduziert.
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt reduzierte oder keine soziale und emotionale Reziprozität. Sinnesreize werden oft ausgeblendet, um sich der Umwelt zu entziehen.
- Das Kleinkind ist unfähig, zwanglose Beziehungen aufzunehmen.

Exploration:
- ✓ S Kein/reduziertes Lallen/Brabbeln 1-2-3-4-8-9
- ✓ S+K Stark in sich gekehrt/Schwierigkeit von außen Kontakt zu bekommen, mangelnder Blickkontakt, kein responsables Lächeln, keine Körpersprache, wenn es z.B. auf den Arm will, mangelnde Reaktion auf Ansprache, wenig Mimik/Gestik 1-2-3-4-8-9

✓	S+K	Kein Teilen von Affekten und reduzierte „soziale Rückversicherung“	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Reduzierter/verzögerter Sprachgebrauch	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Unlust, sich mit anderen Personen zu beschäftigen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein spontaner Kontakt, z.B. auf Spielplatz	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufiges Alleinsein/einsam/beobachtend/schweigsam/zurückhaltend/vermeidend, passives Verhalten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Überwiegend ziellos, ungebundene Kontaktversuche, Distanziertheit, Gleichgültigkeit	1-2-3-4-8-9
✓	K	Rückzug bei Familienaktivitäten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Rückzug beim Spielen, keine Freude am Spiel mit andern, Unfähigkeit von Rollen- und Imitationsspiel (ca. ab 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Spielen am Rande der Gruppe/der Aktion (ca. ab 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9

1.06 Misstrauisch/sensitiv trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Misstrauen und Argwohn, die der Situation nicht angemessen sind, dominieren das Gefühl des Säuglings/Kleinkindes (weit deutlicher und außerhalb der entwicklungspsychologischen „Fremdelphase ab dem 8. Lebensmonat bis etwa 2. Lebensjahr). Sie treten regelmäßig auf und beeinflussen das Erleben und Verhalten des Kindes maßgeblich. Wahrgenommenes wird ängstlich/unsicher auf die eigene Person bezogen. Anderen Menschen wird eine feindselige Haltung unterstellt.

Symptomatik:

- Die innere Haltung vom Säugling und Kleinkind ist sehr irritabel.
- Der Säugling/das Kleinkind findet kein Zutrauen zur Bezugsperson trotz positiver Signale
- Trotz sozialer Rückversicherung bei der Bezugsperson kein Zutrauen in Angebote des Untersuchers.
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt einen Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit.
- Das Kleinkind hat Schwierigkeiten mit der Gestaltung enger und vertrauensvollen Beziehungen zu Gleichaltrigen.
- Das Kleinkind äußert gegenüber Zuspruch einer Bezugsperson Widerstand und gibt sich wenig reagibel.

Exploration:

✓	S	Chronische Unruhe und exzessives Schreien, keine Beruhigung durch Ansprache und in den Arm nehmen	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Keinen/wenig „Trost suchen“	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Vermehrt misstrauisch, Rückzugstendenzen, Distanziertheit	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Trotz sozialer, emotionaler Rückversicherung und Bestätigung weiterhin misstrauisch gegenüber der Situation	1-2-3-4-8-9
✓	K	Übervorsichtiges, ängstliches, überempfindliches Verhalten, vermehrtes Klammerverhalten	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
✓	K	Keine/wenig vertraute Spielpartner/Freunde	1-2-3-4-8-9

1.07 Demonstrativ trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Unter demonstrativ werden mimische, gestische oder sprachliche Äußerungen verstanden, die aufmerksamkeitsheischend oder sogar theatralisch wirken und in der gegebenen Situation unecht erscheinen.

Symptomatik:

- Der Säugling schreit unaufhaltsam, kräftig und strampelt heftig mit Armen und Beinen bis er seinen Willen erreicht hat.
- Das Verhalten des Kindes ist extrovertiert und dominiert in der Beziehung zu anderen Menschen. Dieses Verhalten prägt Gesprächssituationen und die jeweilige Interaktion.
- Das Kind kreist um seine eigenen Interessen und nimmt sein Gegenüber kaum wahr.
- Das Kleinkind ist in seinen Gemütsregungen disharmonisch mit vielen überraschenden Widersprüchen. Teilweise zeigt es aggressive Verhaltensäußerungen.
- Das Kind macht den Anschein als spiele es eine Rolle.

Exploration:

✓	S+K	„Demonstratives“ Schreien, lautes Verhalten	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Streben nach Aufmerksamkeit durch herausgestellte Aktionen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starkes Durchsetzungsverhalten inkl. Rücksichtslosigkeit (wenig Einfühlungsvermögen), Beharrlichkeit	1-2-3-4-8-9
✓	K	Stark widersprüchliches Verhalten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Verhalten wirkt unecht, Eindruck von Rolle bzw. „Vorspielen“	1-2-3-4-8-9

1.08 Distanzgemindert trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Das Kleinkind kennt keine natürliche Zurückhaltung in Bezug auf sein Gegenüber, auch nicht gegenüber Unbekannten. Es mangelt an altersgemäßer und der Beziehung des jeweiligen Gegenübers entsprechender interpersonaler Distanz, da das natürliche „Barrieresystem“ nicht ausgereift ist. Das Kleinkind hat nicht die Fähigkeit abzuschätzen, wann eine Annäherung nicht erwünscht oder angemessen ist. Es kann sein Distanzverhalten nicht an die jeweilige Person und Situation anpassen.

Symptomatik:

- In der Untersuchungssituation sucht das Kind engen Körperkontakt zum Untersucher.
- Das Kind ist ständig auf der Suche nach körperlicher Nähe zu engen Bezugspersonen. Es hält keine Grenzsetzung ein und versucht es immer wieder erneut.
- Das Kind sucht überaus schnell Kontakt zu Unbekannten und zeigt sofort ein übertrieben vertrauliches Verhalten. Dieses Verhalten ist völlig wahllos und unterschiedslos freundlich. Die Interaktion dabei ist wenig geformt.
- Das Kind spricht regelmäßig fremde Erwachsene (auch für die Eltern Fremde) an, als ob diese vertraute Bezugspersonen seien. Es stellt unangemessene Fragen oder Forderungen.

Exploration:

✓	K	Permanentes Suchen nach engem Körperkontakt zur Bezugsperson ohne Akzeptanz von ausgemachten Grenzen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufiges Ansprechen fremder Erwachsener und/oder schnelles Vertraut machen „was machst du?“, „wie heißt du?", „wie alt bist du?“	1-2-3-4-8-9
✓	K	Erhöhte Bereitschaft, mit Fremden mitzugehen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wahlloses Trost suchen bei z.B. unvertrauten Personen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unangemessenes Reagieren auf fremde Erwachsene (z.B. grundlos Zunge raus strecken oder direkte unangemessene Wortäußerung, wie z.B. „Du Blödmann...“ oder Herumnesteln an dessen Sachen)	1-2-3-4-8-9

1.09 Empathiestörung trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Empathiestörung bezeichnet eine weitgehende oder völlige Unfähigkeit, Stimmungen des Gegenübers zu erfassen und adäquat darauf zu reagieren. Der primär emotionale Prozess, Gefühle wie z.B. Freude, Wut, Ärger oder Trauer des Gegenübers zu teilen sowie mit zu empfinden, ist beeinträchtigt. Für den Untersucher sind eine innere Unberührtheit und ein

Nichterfassen von Gefühlsäußerungen spürbar.

Symptomatik:

- Es ist nur ein geringer affektiver Kontakt zum Kleinkind herzustellen.
- In der Beziehung zur Bezugsperson wird keine/wenig gefühlsmäßige Beteiligung deutlich. Eine situative, dynamische Verhaltensmodulation, die als Charakteristikum jeder Interaktion beschrieben wird, fehlt.
- Das Kleinkind reagiert nicht adäquat bzw. mitschwingend auf Gefühlsausdrücke anderer, z.B. freudiges Strahlen und animierende Ansprache ihrerseits löst kein Lächeln aus, ein weinendes Kind auf der Straße wird an- bzw. ausgelacht oder missachtet.
- Das Kind kann nicht eigene von fremden Wünschen und Handlungsabsichten sowie Gefühlszuständen unterscheiden.
- Die Sensibilität für zwischenmenschliche Konflikte scheint reduziert. Das Kind generiert wenig bzw. ist unfähig, Lösungsansätze zu finden.
- Auch im Spiel kann sich das Kind nicht in andere Situationen begeben und diese Nachspielen (symbolisches Spiel), da dies ein Verständnis der subjektiven Verfassung anderer erfordert.
- 4 bis 5-Jährige können nicht auf der Grundlage von Informationen über Absicht und Überzeugung konkrete Handlungen und emotionale Reaktionen bei anderen vorhersagen.

Exploration:

✓	K	Kein eigenes „ich“-Bewusstsein bzw. Erkennen im Spiegel	1-2-3-4-8-9
✓	K	Reagiert nicht auf Zeige-Gesten und Blickkontakt für gemeinsame Aufmerksamkeit, z.B. „schau, da ist Teddy“, „blind“ für Informationen durch Blickrichtung	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unerreichbar für Gefühle bekannter Personen, kein Mitgefühl, z.B. nicht trösten können, nicht mit freuen unbeteiligt in empathieauslösenden Situationen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unerreichbar für Gefühle fremder Personen in besonderen Situationen keine Aufmerksamkeit/Blicke zu diesen kein Nacherzählen von emotionalen Erlebnissen, wie z.B. „Kind weh“	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein emotionales/dynamisches Mitschwingen im Gespräch oder Spiel	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein/Kaum „Als-ob-Spiel“ z.B. Puppe/Teddy nicht Füttern, im Arm wiegen, Kuchen backen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unfähig zu eigenen kleinen Täuschungen/Unverständnis für fremde Täuschungsmanöver (ca. ab 48 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Geheimnisse sind nicht zu bewahren (ca. ab 60 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unverständnis für indirekte Andeutungen/Hinweise im Gespräch, alles „wörtlich“ nehmen, kein Humor (ca. ab 60 Monaten)	1-2-3-4-8-9

1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz

trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Durch die qualitative Beeinträchtigung der Interaktion ist ein adäquater Kontakt in Resonanz mit dem anderen nicht oder schwer möglich. Die Fähigkeit, Gemeinschaft zu erleben und mit der Umwelt neugierig, spielend und lernend zu interagieren, ist stark eingeschränkt.

Symptomatik:

- Mangelhaftes (Qualität/Quantität) soziales Lächeln beim Säugling (ab Beginn des dritten Monats, sog. Dreimonatslächeln), die Kontaktaufnahme zum Kind ist gestört. Blickkontakt/-aufnahme ist erschwert bzw. nicht möglich
- Der Säugling zeigt wenig Bewegungsmuster/Mimik. Er reagiert wenig/gar nicht z.B. auf bestimmte auf ihn gerichtete akustische oder optische Reize. Keine spontane

Reaktionsäußerung in Rumpf-, Bein-, und Armbewegungen.

- Der Säugling vokalisiert kaum.
- Der Säugling/das Kleinkind selbst ist wenig neugierig und hat keine offenen Sinne für sein Gegenüber; es geht nicht auf andere Kinder zu, weder mit Blicken noch mit Taten.
- Kontaktaufnahme zum Säugling/Kleinkind erschwert, es spricht kaum, reagiert kaum auf Ansprache jeglicher Art, vermeidet und wehrt Blick- und Körperkontakt ab. Keine Animation zum Kontaktaufbau zu Gleichaltrigen möglich.
- Der Säugling/das Kleinkind funktionalisiert die Interaktion für eigene (Sonder-)Interessen.
- Das Kleinkind zeigt Schwierigkeiten, mit anderen zu spielen und auf einer Wellenlänge zu sein. Es ist unfähig, im „Als-ob-Spiel“ oder Rollenspiel nachzuahmen. Mangels sozialer, emotionaler Resonanz lässt es sich kaum auf andere Kinder oder ein freies kreatives Spiel ein.
- Das Kind ist unfähig, dem sozialen Kontext und der Situation entsprechend sein eigenes Verhalten flexibel zu gestalten.
- Das Kleinkind kann keine Probleme lösen/Kompromisse finden; es fängt schnell an zu weinen, wird wütend, aggressiv.

Exploration:

✓	S	Wenig/keine Reaktion durch Bewegungsäußerung (ab ca. 1. Monat)	1-2-3-4-8-9
✓	S	Rares Lächeln/Brabbeln des Säuglings/kein Dialog-Brabbeln (ab ca. 3 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	S	Keine Hand-Fingerspiele/Backe-Kuchen-Spiele (ab ca. 10 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Mangel an Blickkontakt aufnehmen/halten, teilen/suchen	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Rare Mimik/Gestik nach Ansprache, kein Imitationsverhalten	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Keine Neugier in Bezug auf Gegenüber, zeigt/bringt Eltern nichts, ohne Resonanz auf Emotionen/Aktionen des Gegenübers	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Reagiert nicht auf eigenen Namen (ca. ab 12 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Keine „Rückversicherung“ bei Bezugsperson	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wenig Gefallen an Kuckuck-Spielen/Tobe- und Knie-Hüpf Spielen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Keine/wenig Freunde, kein Interesse an anderen Kindern	1-2-3-4-8-9
✓	K	Rücksichtslosigkeit gegenüber Kindern/mit Spielsachen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Keine Hilfe bei kleinen häuslichen Arbeiten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein Teilen/Trösten/Helfen mit/gegenüber anderen (ca. ab 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Schwierigkeiten sich in Gruppen einzugliedern, bzw. sich anzupassen, isoliertes Verhalten (ca. ab 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mangelndes Nacherzählen/Erfinden von Geschichten (ca. ab 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein soziales Rollenspiel (ca. ab 36 Monaten) z.B. auch unfähig zu Wippen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mangelnde Problemlösung (ca. ab 36 Monaten), sucht keine Hilfe, kann sich nicht selber helfen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Monotonie, Engstirnigkeit, Rigidität, Pedanterie	1-2-3-4-8-9

1.11 (NEU) Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation

trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Die Interaktion mit sich selbst sowie in gleichzeitiger Verarbeitung von Reizen aus direktem Umfeld ist für das Kind ein Balanceakt. Die Fähigkeit, innere Gefühlszustände mit ihren physiologischen Prozessen, Kognition und Verhalten zu gestalten, zu unterdrücken oder zu verändern, ist in Dysbalance. Typischerweise besteht eine Symptomtrias aus gestörter Regulation kindlichen Verhaltens, elterlicher physischer und psychischer Belastungen sowie einer gestörten Interaktion zwischen dem Säugling bzw. Kleinkind und seinen Bezugspersonen. Es handelt sich

um ein mehrdimensionales Störungsbild. Dieses umfasst Symptome des Schlafens, des Essens (bzw. Fütterns) und des Schreiens, aggressives oppositionelles Trotzverhalten, chronische Unruhe, exzessives Klammern, Freud- und Interessenlosigkeit und Kummer sowie Spielunlust. Die differenzierten Symptome sind weiterhin in den einzelnen Störungsbildern mit Exploration dieses PPB mit eingegliedert. Hier soll eine erste Einschätzung und Sensibilisierung für diesen entwicklungstypischen Mechanismus der jüngsten Altersgruppe beschrieben werden. Die Dauer der Regulationsproblematik ist mindestens einen Monat. Dauert diese länger als drei Monate, geht oft eine Beziehungsstörung mit einher.

Symptomatik:

- Emotionen können schwer gesteuert werden. Es kommt häufig zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Bei besonders belastenden Ereignissen ist die Reaktion erhöht. Das Kind ist unfähig, diese Reaktion eigenständig zu hemmen bzw. zu bändigen.
- Die Reizantwort ist hypersensitiv gesteigert. Auslöser dafür können u.a. Berührungen, raue Oberflächen, ungleichmäßige/grobe Konsistenz in der Nahrung, ungewohnte Gerüche und Geschmäcker, laute Geräusche, helles Licht sein.
- Die gesteigerte Reizantwort ist ängstlich/vorsichtig oder oppositionell/negativ.
- Der Säugling/das Kleinkind benötigt eine hohe Reizintensität, um ein Antwortverhalten zu zeigen. Es wirkt wenig responsiv. Die Reizantwort ist unterempfindlich-unterreagierend.
- Der Säugling/das Kleinkind sucht selbst ein höheres Maß an sensorischen Auslösern. Der Säugling/das Kleinkind zeigt sich stimulationssuchend-impulsiv. Die Symptome sind meist assoziiert mit Sozialverhaltens-, Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Exploration:

✓	S+K	Häufiges Schreien/Schlafschwierigkeiten, Schwierigkeiten sich selber zu beruhigen (und z.B. wieder einzuschlafen)	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Von Emotionen überwältigt („außer sich“ sein), so dass zielgerichtetes Handeln eingeschränkt ist.	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Erhöhte Irritabilität/Überempfindlichkeit der Sinne (auf Ungewohntes) z.B. Barfußlaufen (auf Rasen) oder Grobkörnigkeit im Essen	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überempfindlich, zeigt Zurückhaltung, Erstarren, Verweigerung, Einschränkung in weiterer Erkundung	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überempfindlich, zeigt Klammerverhalten/Ablenkung	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überempfindlich, motorisch agitiert	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überempfindlich, zeigt Trotz, Tob- und Wutausbrüche	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überempfindlich, zeigt Wiederholungsverhalten/Veränderungsängste	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Antriebsarm, wenig/kaum reagibel, zurückhaltend, unerreichbar	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Überhäufige, deutliche Interaktion bis gesuchte Reaktion erfolgt	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Deutlich bewegungsarm, lethargisch, wenig/gar nicht neugierig	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wenig/kein Spielrepertoire	1-2-3-4-8-9
✓	K	Rücksichtslos, auffälliges Risikoverhalten, häufiges Anecken	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starkes Kontaktsuchen mit Angriffspunkten für Auseinandersetzung, häufiges Provozieren	1-2-3-4-8-9

2. Störungen des Sozialverhaltens

Die Interaktion ist der Kontext, in dem Verhaltensprobleme entstehen, aufrechterhalten bleiben und auch in Gestaltung mit den Eltern/Bezugspersonen reguliert werden können. Die Items „Dominant“ und „Oppositionell-verweigernd“ können als sog. Vorstufen einer ausgewachsenen Sozialstörung gesehen werden, die Items „Lügen/betrügen“, „Stehlen“, „Weglaufen“ und „Andere Regelüberschreitungen“ beschreiben in der zu betrachteten Altersgruppe sog. entwicklungsbedingte Grenzbereiche in sehr frühen Prodromen. Für eine Sozialstörung sollen die

Symptome mindestens 12 Monate bestehen. Sozialgestörte Kinder zeigen häufig einen Mangel an Empathie und Sozialkompetenz, ein vermindertes Schuldempfinden, eine übermäßige Selbstbezogenheit und mangelndes affektives Mitschwingen. Erklärenden Regelsystemen sowie Verhaltensstandards eines sozialen Umfeldes wird mit inkonsequentem bzw. achtlosem Verhalten begegnet. Folgende Items gelten ab einem mittleren Kleinkindalter.

2.01 Dominant trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Ein Verhalten ist dominant, wenn die Wünsche, Bedürfnisse und berechtigten Anliegen des Interaktionspartners nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt oder übergangen werden. Auch wenn die Versuche, andere zu dominieren, nicht erfolgreich sind, ist das Verhalten als dominant zu beurteilen. Das (Selbst) Bewusstsein ist ausgeprägt. Damit ist also nicht der Säugling gemeint, der mit starkem Willen, aus Hunger, vor Müdigkeit oder nach Aufmerksamkeit schreit.

Symptomatik:

- Die meisten Handlungen des Kindes gegenüber einer oder mehreren Bezugspersonen werden durch sein energisches, dominantes Verhalten bestimmt.
- Das Kind lässt andere nicht in Aktion oder zu Wort kommen oder versucht zu verhindern, dass sie bestimmte Dinge eigenhändig/selbstbestimmt machen oder erzählen.
- Das Kind sagt oder zeigt anderen ständig, was sie zu tun und zu lassen haben. Es geht nicht auf ihre Vorschläge ein, auch nicht beim Spiel mit anderen Kindern.
- Grenzen können schlecht vereinbart werden und wenn, dann auch schlecht eingehalten werden.

Exploration: (ca. ab 36 Monaten)

✓	K	Sehr bestimmend, was andere tun und lassen sollen z.B. im Spiel	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starker Wille, deutliches Selbstbewusstsein	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mangelnde Akzeptanz ausgemachter Grenzen/Regeln	1-2-3-4-8-9
✓	K	Es gelten die Wünsche und Regeln des Kindes	1-2-3-4-8-9

2.02 Oppositionell-verweigernd trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Oppositionelles und verweigerndes Verhalten äußert sich darin, dass berechtigte Forderungen und Grenzsetzungen verweigert und/oder diesen mit heftiger verbaler und/oder körperlicher Reaktion zu begegnet wird. Das Verhalten zeigt sich in stark persistierender tiefgreifender Opposition. Häufig begleitende, vorübergehende oppositionelle Störung ist das im Vorschulalter vorkommende Toilettenverweigerungssyndrom. Bei der Einschätzung ist das entwicklungstypische vorübergehende Trotzverhalten des Kindes im Kindergartenalter (ca. ab 36 Monaten), welches Autonomiebestrebungen und Selbstbehauptungstendenzen äußert, zu berücksichtigen. Mit zunehmender Handlungs- und Sprachkompetenz sinkt dieses phasentypische oppositionelle Verhalten.

Symptomatik:

- Das Kleinkind kann sich in Grenzsituationen nicht selbst beruhigen und regulieren, wobei es oft die Beherrschung verliert. Die Frustrationstoleranz ist niedrig. Es lässt sich häufig von anderen aus dem Gleichgewicht bringen.
- Das Kleinkind sucht häufig Streit und ärgert gerne sein Gegenüber. Die Schuld wird grundsätzlich nicht bei sich selbst sondern bei anderen gesucht.
- Massives Trotzverhalten, wodurch das soziale/familiäre Umfeld wesentlich strapaziert ist.
- Das Kind weigert sich mehrfach, angemessenen Aufforderungen der Begleitperson/des Untersuchers in der Untersuchungssituation nachzukommen.
- Das Kind widersetzt sich regelmäßig explizit und erfolgreich, Aufforderungen der Eltern

- in gewohnter Umgebung nachzukommen.
- Missachtung von Anweisungen der Erzieher oder fester Regeln in seinem sozialen Umfeld.
- Das Kind wird spät sauber, zeigt dabei Verhaltensauffälligkeiten und ein „schwieriges“ Temperament. Während das Miktionsverhalten normal ist, wird Stuhl auf der Toilette verweigert. Oft besteht eine chronische Obstipation. Die Symptomatik besteht dabei länger als einen Monat.

Exploration: (ab ca. 36 Monaten)

✓	K	Deutlich aufsässig, aufgebracht, ungehorsam, trotzig, ärgerlich Beleidigt, provokativ, durch Kleinigkeiten provozieren.	1-2-3-4-8-9
✓	K	Streitet häufig	1-2-3-4-8-9
✓	K	Deutliches Trotzverhalten nach Sanktionen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufiges Widersetzen von Aufforderungen/Bitten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Persistierendes beharrliches Oppositionsverhalten (Selbstläufer?)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Oft Wutanfälle, ggf. Affektkrämpfe	1-2-3-4-8-9
✓	K	Oft Schuldzuweisungen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Strikte Weigerung, Stuhl auf der Toilette abzusetzen. Verlangt stattdessen eine Windel (ca. ab 42 Monaten)	1-2-3-4-8-9

2.03 Aggressiv trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Das Kleinkind verletzt mit Absicht Personen (körperlich/verbal) oder Gegenstände. Entweder rein instrumentell (aus Berechnung zu seinen Gunsten) und/oder reaktiv (aus Ärger und meist als Problem der Emotionsregulation) aus einem vermeintlichen Unrecht heraus. Bei Vorschulkindern ist die instrumentelle Aggression vorherrschend. Verbale Aggression findet sich bei älteren, der Sprache gewachsenen Kindern. Das aggressive Verhalten steht weit außerhalb der Symptome der Selbstregulation, die dem eigenen Entwicklungsverlauf in der Erprobung des eigenen Selbst dienen.

Symptomatik:

- Ausgeprägte körperliche Aggression (eher bei Jungen) oder massive Drohungen gegenüber anderen Kindern, oder aber auch gegenüber sich selbst in selbstverletzendem Verhalten (eher bei Mädchen).
- Den Besitzverhältnissen von Spielsachen wird hartnäckig, sachlich und mit deutlichem Körpereinsatz rücksichtslos nachgegangen.
- Das Kleinkind benutzt häufig Gegenstände zur Aggressionsabfuhr und kann kräftige Wutausbrüche entfachen.
- Das Kleinkind ist hyporeagibel und hat ein vermindertes Arousal, was der Angstlosigkeit dient und damit als Basis für das Grenzübertreten gilt.
- Affektive Aggressionen äußern sich in Verteidigungssituationen. Das Kleinkind entwickelt aus einem Unrechtsbewusstsein heraus Ärger mit Rachetendenzen. Diese feindselige Antwort ist Ausdruck eines Frustrationsverhaltens.
- Das ältere Vorschulkind, bzw. Schulkind beeinträchtigt aktiv das soziale Miteinander. Es stört die Gruppe, schließt Kinder aus, kränkt sie und bringt sie gegenseitig gegeneinander auf. Es zeigt einen deutlichen Mangel an Akzeptanz von Regeln.
- Ausgeprägte verbale Aggression in Form von Beschimpfungen oder Drohungen gegenüber Eltern/Erziehern.

Exploration:

✓	K	Häufige körperliche Auseinandersetzungen mit seinem Gegenüber, Schlagen, Prügeln, Kneifen, Schubsen (ca. ab 30 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufige Zerstörung eigener Spielsachen oder die der anderen (ca. ab 30 Monaten)	1-2-3-4-8-9

- ✓ K Oft aggressive Spielthemen (z.B. Kampf, Mord) (ca. ab 30 Monaten) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Selbstverletzend (z.B. Kopfschlagen) (ca. ab 30 Monaten) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Risikoträchtiges Verhalten (ca. ab 30 Monaten) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Beschimpfen, Tyrannisieren oder Bedrohung andere (ca. ab 48 Monaten) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Nicht Mitspielen lassen, Kränkungen anderer (ca. ab 48 Monaten) 1-2-3-4-8-9

2.04 Lügen/betrügen trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Beim vorsätzlichen Lügen und Betrügen werden Grenzen und Rechte anderer auf psychischer Ebene fundamental verletzt. Dieses Handeln setzt moralisches Denken, ein Schuldverständnis und somit weiter höhere kognitive Entwicklungsleistungen (ToM) voraus, die das Kleinkind noch nicht vollständig gelernt hat. Zur Sensibilisierung und nach ersten kleinen Hinweisen auf eine mögliche Richtungsweisung in Bezug zu diesem Item wird hier gefragt. 4-Jährige zeigen Schwierigkeiten bei der Unterscheidung von Überzeugung und Realität und dazu der Differenzierung von Schein und Realität. Kleine Schwindeleien und Täuschungen dagegen sind bei Kleinkindern auch nach der Entwicklung der Perspektivübernahme alltäglich und normal, um ihrem eigenen Interesse nachzugehen.

Symptomatik:

- Das ältere Kleinkind erzählt, ohne dass die eigenen Emotionen und Verhaltensweisen es verraten, absichtlich unwahre Begebenheiten z.B. aus dem Kindergarten. Es erfindet Geschichten, die nicht auf der Realität basieren. Dieses ist nicht zu verwechseln mit entwicklungsphysiologischer kreativer Phantasie.
- Das 4 bis 5-jährige Kind ist in der Lage, aus Höflichkeit den sozialen Wünschen/ Vorstellungen des Gegenübers entgegenzukommen. Es ist fähig zu sog. Notlügen.

Exploration: (ca. ab 48 Monaten)

- ✓ K Häufiges Erfinden von „Geschichten“/unwahrer Begebenheiten 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Übermäßig die Unwahrheit sagen und darauf bestehen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Erfinden von Notlügen 1-2-3-4-8-9

2.05 Stehlen trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Hinter dem Stehlen steht eine bestimmte Absicht bzw. das Bewusstsein, Unrecht zu tun. Das Verhalten zeigt eine Grenzüberschreitung im Verständnis von „Mein“ und „Dein“. Ähnlich wie beim „Lügen/betrügen“, sind hier anfängliche Hinweise zu erfragen; Tendenzen zu einem (evtl. späteren) Fehlverhalten können wahrgenommen werden.

Symptomatik:

- Das Kleinkind hat Schwierigkeiten, eine Grenze zwischen dem „Du“ und „Ich“ zu ziehen. Es kann nicht unterscheiden, was ihm selbst gehört und was seinem Gegenüber oder jemand anderen. Es lässt sich von seinen eigenen Wünschen leiten und von seinem Willen, etwas zu besitzen.
- Beim Spiel nimmt das Kleinkind häufig Spielsachen seines Gegenübers weg und gibt sie nicht mehr her. Es will selber damit spielen, bleibt dabei hartnäckig und kann nicht einsehen, dass die Sache damit nicht ihm gehört.
- Das Kind lässt fremde Sachen aus dem Kindergarten oder von Freunden (heimlich) mitgehen; die Eltern entdecken neue Autos z.B. in der Hosentasche und darauf angesprochen erzählt das Kind frei, von wo es diese habe oder in einer stärkeren Ausprägung verharrt es auf einer „erfundenen Geschichte“, wie es „anständig“ dazu gekommen sei.

Exploration: (ca. ab 48 Monaten)

- ✓ K Mangelnde Akzeptanz bzw. kein Verständnis von „Mein“ und „Dein“ 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Sich zu eigen machen/nicht mehr abgeben wollen fremder Sachen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Häufiges mit nach Hause nehmen von z.B. fremden Spielsachen (aus Kita, von Freunden, aus Läden) 1-2-3-4-8-9

2.06 Weglaufen trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Absichtliche Grenzstörung des älteren Kleinkindes, was aus gewohnter Umgebung wegläuft mit dem bewussten Wissen, eigene Grenzen auszutesten und damit den Erwachsenen in eigener Grenzsetzung herauszufordern. Nicht gemeint ist dagegen das spontane Weglaufen aus Übermut und Interesse an spannenden Dingen und Ereignissen innerhalb des Sichtfeldes, oft bei neugierigen, furchtlosen Kleinkindern in Zusammenhang mit Ablenkung und umtriebiger (Hyper-) Aktivität.

Symptomatik:

- ➢ Das ältere Kleinkind entfernt sich aus dem beaufsichtigten Umfeld des Gewohnten. Es läuft aus der Wohnungstür, verlässt bewusst die vertraute Gruppe, um Grenzen zu durchbrechen und damit eigene Grenzen zu testen. Willentlich verlässt es (unbemerkt) entgegen einer Absprache und Regel die Obhut der Aufsichtsperson(en).

Exploration: (ab ca. 36 Monaten)

- ✓ K Aus der Wohnung laufen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Unbemerktes Entfernen aus beaufsichtigten Gruppen 1-2-3-4-8-9

2.07 Andere Regelübertretung trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Allgemeine, klare und vereinbarte Regeln und Grenzen werden überhaupt nicht eingehalten.
Symptomatik:

- ➢ Das ältere Kleinkind hält sich nicht an vereinbarte Regeln und Grenzen. Es provoziert und fordert häufig bis zum Äußersten heraus. Es sucht die Auseinandersetzung und kennt weder seine eigenen Grenzen noch die mit nahen Bezugspersonen vereinbarte oder allgemein geltende Regeln.

Exploration: (ca. ab 36 Monaten)

- ✓ K Kein Einhalten gemeinsamer Abmachungen zuhause 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Häufiges Grenzüberschreiten „draußen“ 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Keine Akzeptanz für Regelspiele (ca. ab 48 Monaten) 1-2-3-4-8-9

3. Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle

Ist das Kind übermäßig hastig und unruhig oder im Gegenteil übermäßig langsam in Aktionen u.a. beim Spiel oder in der Kommunikation mit anderen? Lässt es sich schwer motivieren, etwas zu unternehmen oder hat es Schwierigkeiten, sich auf eine Sache z.B. im Spiel zu konzentrieren? Lässt es sich leicht ablenken?

3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Mangel an Energie und Initiative.

Symptomatik:

- ➢ Der Säugling äußert sich durch Trinkschwäche und kraftloses Saugen; sein Muskeltonus ist herabgesetzt; er wirkt sehr genügsam bzw. reaktionsarm. Er ist oft apathisch/müde.

- Der Säugling/das Kleinkind braucht von außen einen spezifischen hohen Stimulus für eine deutliche Antwort.
- Der Säugling/das Kleinkind lässt sich wenig animieren, auf kleinere Spielchen einzugehen.
- Der Säugling/das Kleinkind ist wenig neugierig im Vergleich zu Gleichaltrigen.
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt eingeschränkte soziale Kontaktaufnahme
- Beim Kleinkind ist die Spontaneität stark beeinträchtigt, was sich auch in vielen Verhaltensabläufen zeigt, bei denen die Psychomotorik retardiert scheint.
- Das Kleinkind wirkt wie ein "Träumer", vergesslich, in sich gekehrt, scheinbar träge. In einer Gruppe Gleichaltriger geht es unter (Gefahr des sozialen Rückzugs).
- Das Kleinkind ist unaufmerksam. Merk- und Konzentrationsfähigkeit sind herabgesetzt.

Exploration:

✓	S	Träges Trinkverhalten (mit Einschlafen)	1-2-3-4-8-9
✓	S	Lautiert wenig, sucht selten (Blick-)Kontakt	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Wenig explorativ und auffallend bewegungsarm, still, zurückhaltend, beobachtend, wenig ansprechbar, traurig	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Reizschwelle hoch, spätes Reaktionsvermögen	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Freudloses Spielen/wenig Spielvariationen/wenig Spielkontakt	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wenig/Keine Protestbereitschaft	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufig lustlos und antriebsarm/Verminderte Anstrengungsbereitschaft, fantasiearm, ideenlos	1-2-3-4-8-9
✓	K	Verrichtungen alltäglicher Situationen brauchen ungewöhnlich lange z.B. Zähneputzen, (Schuhe) Anziehen, Treppe runtergehen, „Träumer“, „hört nicht“, sitzt „ewig“ vor dem gefüllten Teller	1-2-3-4-8-9
✓	K	Oft unkonzentriert/Probleme, sich etwas zu merken	1-2-3-4-8-9

<u>3.02 Antriebssteigerung/motorische Unruhe</u> trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Überschuss an Energie und Initiative. Die Verknüpfung vieler Faktoren ist für das Erkennen von grenzwertiger bis störungsbedingter Antriebssteigerung wesentlich. Augenscheinlich wird es häufig, wenn Kinder z.B. ihre ersten Schritte tun allgemein selbständiger werden. Zu berücksichtigen ist, dass vermehrte motorische Unruhe gerade im Kleinkindalter entwicklungsgerecht ist. So zeigen Kinder eine sehr variable Bewegungsunruhe.

Symptomatik:

- Der Säugling bzw. auch das Kleinkind bewegt sich auf einem im Vergleich zu Gleichaltrigen exzessiven Aktivitätslevel. Es findet keine Ruhe z.B. in Trinkphasen. Es trinkt hastig, verschluckt sich häufig, überstreckt sich. Es schreit viel (mehr als drei Stunden pro Tag für mind. drei Tage die Woche für mindestens drei Wochen) und lässt sich schwer beruhigen. Die exzitatorische Reizantwort ist gesteigert, der Muskeltonus ist erhöht.
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt Beeinträchtigungen der Schlaf-Wach-Regulation. Der Tagesschlaf ist kurz (< 30 Minuten), die Gesamtschlafdauer vermindert. Es gibt Probleme mit dem Einschlafen.
- Das Kleinkind ist in seinen Bewegungen deutlich ungeschickter, unbeholfener und schlechter koordiniert als Gleichaltrige, motorisch unruhig, wild, ein richtiger "Zappelphilipp", der seine Umgebung oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringt. Das Kind wirkt ziellos und getrieben, gilt oft als Spielverderber, Störenfried oder Gruppenclown. Das Kind kann z.B. nicht für einige Zeit auf einem Platz sitzen bleiben oder für einige Zeit an einer Sache bleiben.
- Beim Kleinkind ist das Beziehungsverhalten zu Gleichaltrigen und Familie häufig problematisch. Sein Umfeld reagiert gestresst. Das Kind kann sich schlecht auf andere Kinder einstellen und sich in Gruppen integrieren. Es zeigt eingeschränktes soziales

Kompetenzverhalten und hat wenige Freundschaften.

- Das ältere Kleinkind (ca. ab 36 Monaten) zeigt Schwierigkeiten in der Grob- bzw. Feinmotorik, es ist ungeschickt beim z.B. Schnürsenkel binden, mit der Gabel essen, beim Balancieren oder Laufen, stolpert oder fällt häufig hin.

Exploration:

✓	S	Übermäßig gesteigerte Körperspannung/Bewegungsunruhe Knie anziehen zu gespanntem Bauch, Armwedeln	1-2-3-4-8-9
✓	S	Anfallartige, unstillbare Schrei- und Unruheperioden	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Unruhe beim Trinken und/oder Essen, häufiges Verschlucken/Überstrecken/Abwenden	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten, kurzer Tagesschlaf	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Häufiges unerklärlich/unermesslich Schreien	1-2-3-4-8-9
✓	K	Desorganisiertes, „tollpatschiges“ Verhalten, überall Anstoßen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Übermäßig in stetiger Bewegung sein ohne konzentrierten Handlungsspielraum, raumgreifende Aktionen, Ruhelosigkeit gerade in Ruhe/Konzentration fordernden Situationen z.B. Geschichte vorlesen erschwert, häufiges Buch wechseln	1-2-3-4-8-9
✓	K	Erhöhtes Unfallrisiko	1-2-3-4-8-9
✓	K	Lautes Verhalten, redet übermäßig	1-2-3-4-8-9
✓	K	Zappelphilipp/Störenfried/Gruppenclown	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wenig Freunde, stressige Interaktionen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Probleme der Grob- und Feinmotorik (ca. ab 36 Monaten) Motorisches Ungeschick, verkrampfte Stifthaltung	1-2-3-4-8-9

3.03 Impulsivität trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Zwei Merkmale charakterisieren die nicht altersgemäße Impulsivität. Einerseits entspringen Verhalten und Handlungen momentanen Launen und Impulsen, andererseits ist das kognitive Handeln gekennzeichnet durch „zu“ rasches Zugehen auf eine Lösung ohne sorgsames Abwägen der möglichen Konsequenzen. Es kann durch Unachtsamkeit bzw. Unüberlegtheit zu Gefahrensituationen kommen. Auf Außenstehende wirkt das Verhalten situationsunangemessen, leichtsinnig und unkontrolliert. Mit zu beachten ist das entwicklungsbedingte Trotzverhalten des etwa 3-jährigen Kindes, das seinen eigenen Willen und seine Macht entdeckt und damit lernt, sich selbst zu behaupten.

Symptomatik:

- Der Säugling kann urplötzlich sehr hartnäckig und kräftig Schreien, wenn ihm gerade etwas nicht zu passen scheint. Dies geschieht in deutlich gesteigerter Körperspannung und -bewegung. Der Säugling wirkt energisch und lässt sich schwer zur Ruhe bringen (Unruhe im Vergleich zur motorischen Unruhe eher kurzfrequenter und intermitterender). Eine deutliche gesteigerte Zunahme des Körpergewichts in den ersten drei Lebensmonaten trägt zur vermehrten Impulsivität bei Zweijährigen bei.
- Das Kleinkind handelt plötzlich aus einer noch nicht abgeschlossenen Tätigkeit heraus, ohne zu überlegen und ohne mögliche Konsequenzen der Aktion im Blick zu haben. Dadurch bringt es sich unwillkürlich in Gefahr. Dabei zeigt es keine psychomotorische Unbeholfenheit. Es sucht aktiv ein hohes Ausmaß sensorischer Reize. Darüber hinaus kann es zu (auto-)aggressiven Aktionen kommen.
- Das Kleinkind ist nicht in der Lage, Bedürfnisse aufzuschieben und einem strukturierten Handlungsplan zu folgen, um an sein gewünschtes Ziel zu gelangen. Die Frustrationstoleranz ist deutlich gemindert.
- Das Kind ist ungehorsam und leistet energischen Widerstand gegenüber Aufsichtspersonen. Gegenüber anderen Kindern ist es rücksichtslos. Es wirkt distanzgemindert. Oft hat es wenige Freunde. Das Klima in der Familie ist angespannt.

- Im „Als-ob-Spiel“ zeigen Kleinkinder verstärkt aggressive Spielthemen.

Exploration:

✓	S	Schnell misslaunig, hartnäckiges kräftiges Schreien aus heiterem Himmel	1-2-3-4-8-9
✓	S	Schwierigkeiten, sich zu beruhigen und beruhigen zu lassen	1-2-3-4-8-9
✓	S	Phasenweise deutlich gesteigerte Bewegungs- und Körperspannung	1-2-3-4-8-9
✓	S	(deutlich gesteigerte Gewichtszunahme in ersten drei Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Affektkrämpfe	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Übersprühende spontane Aktivität/Unaufmerksamkeit/Irritierbarkeit	1-2-3-4-8-9
✓	K	Herausgestelltes Trotzverhalten (plötzlich schnell aufgebracht) verstärkte Wutanfälle (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Achtloses/unkontrolliertes Handeln (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mangelnde Rücksicht gegenüber anderen Kindern, keine natürliche Vorsicht/Zurückhaltung anderen gegenüber	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufige Verletzungen/vermehrte Unfallgefährdung	1-2-3-4-8-9
✓	K	Selbstverletzendes Verhalten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Häufiges Unterbrechen beim Reden anderer, häufige Ungeduld und nicht abwarten können z.B. Belohnungsaufschub ist nicht auszuhalten, duldet keine Vertröstung, kann nicht in der Reihe bleiben	1-2-3-4-8-9
✓	K	Urplötzliches Wechseln der Aktivität	1-2-3-4-8-9
✓	K	Ungehorsam	1-2-3-4-8-9
✓	K	Aggressive Spielthemen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unbeliebtheit bei anderen Kindern	1-2-3-4-8-9
✓	K	Angespanntes gestresstes Familienklima	1-2-3-4-8-9

3.04 Aufmerksamkeitsstörung trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Gestört sind hier die Dauer und die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf eine Sache. Die Störungen äußern sich in der Unfähigkeit, sich über längere Zeit auf eine Tätigkeit zu konzentrieren und diese abzuschließen. Auftreten können sie einerseits in Form von gesteigertem Antrieb oder auch gegenteilig in Form von auffälliger Langsamkeit und sog. Träumen. Die Aufmerksamkeitsstörung ist meistens ein kombinierter Subtyp zusammen mit Hyperaktivität und Impulsivität.

Symptomatik:

- Der Säugling/das Kleinkind ist häufig unaufmerksam, hört nicht zu, hat keinen Kontakt, weder mit Blicken, den Ohren noch mit dem Körper, und findet immer wieder andere ablenkende neue Reize.
- Die Quantität der jeweiligen Handlung ist gesteigert. Dadurch wird die Qualität der Handlungsdurchführung und der damit benötigten Aufmerksamkeit vernachlässigt.
- Das Kind lässt sich sehr leicht ablenken von in der Situation unwesentlichen Außenreizen (Gegenständen, Geräuschen, Gedanken.) und muss immer wieder von anderen zur eigentlichen Handlung zurückgeholt werden. Es kann z.B. nicht mit Ruhe der Mutter zugewandt trinken oder sich nicht der Situation angemessen ausdauernd ein Bilderbuch anschauen.
- Das Kleinkind zeigt Dysbalancen der Eigenwahrnehmung und Körperkoordination. Es nimmt zum Teil sensorische und sensible Reize vermindert oder gesteigert wahr.

Exploration:

✓	S	Schwierigkeiten, die Blickrichtung zu halten, z.B. jemanden zu fixieren	1-2-3-4-8-9

✓	S	Unruhiges Blickverhalten beim Suchen von z.B. Stimmen/Nahrung z.B. Blick/Körperposition nicht in Richtung der (Geräusch-)quelle	1-2-3-4-8-9
✓	S	Keine Ausdauer beim gerichteten Baby-Talk	1-2-3-4-8-9
✓	K	Nicht in der Lage, sich auf eine Sache zu konzentrieren, keine Ausdauer, häufige Ablenkung z.B. schnelles Wechseln der Tätigkeiten, der Spiele	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unaufmerksamkeit, z.B. eher mechanisches Blättern im Buch, aktives Zuhören erschwert	1-2-3-4-8-9
✓	K	Geistig abwesender Eindruck	1-2-3-4-8-9
✓	K	Sensomotorische Unausgewogenheit, Koordinationsprobleme	1-2-3-4-8-9
✓	K	Temperatur- und Schmerzunempfindlichkeit, taktile Abwehr	1-2-3-4-8-9

4. Störung der Psychomotorik

In der Psychomotorik äußert sich die Spontanmotorik des Bewegungsapparates. Sie veranschaulicht das Zusammenwirken von Wahrnehmung, Interaktion und Handlung im Bewegungsverhalten der emotionalen und kognitiven Persönlichkeit. Ein Störungsbeginn bzw. erste kleine Anzeichen einer psychomotorischen Eigenart oder Veränderung ist frühestens ab dem 36. Lebensmonat zu betrachten.

4.01 Motorische Tics trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Schnelle, kurze, unwillkürliche, sich wiederholende, nicht rhythmische motorische Bewegungen, die meistens umschriebene Muskelgruppen betreffen. Die Kontraktionen setzen plötzlich ein und dienen keinem offensichtlichem Zweck. Gerade bei jüngeren Kindern sind isolierte motorische Tics oft eine unauffällige vorrübergehende (< 12 Monate) Erscheinung. Ticstörungen beginnen meist im Bereich des Gesichtes und breiten sich nach caudal aus. Je distaler sie auftreten, umso fundierter und fixierter sind sie ausgeprägt. (In Kombination mit vokalen Tics zeigt das Tourette-Syndrom erste Anzeichen etwa um das 5./6. Lebensjahr und die erste Diagnose wird meistens 5 Jahre später gestellt.)

Symptomatik:

- (Stark) auffallende, frequente, nicht unterdrückbare Bewegungen im Gesicht-, Nacken- und Schulterbereich. Sie werden in der Interaktion als sehr störend und irritierend empfunden. Im Gegensatz zum starren Muster der Stereotypien ist das Erscheinungsbild von motorischen Tics variabel. Meistens treten sie in entspannten Situationen hervor. Ist die Aufmerksam gesteigert, bspw. bei Spielen eines Instrumentes, verringert sich die Symptomatik.

Exploration: (ca. ab 48 Monaten)

✓	K	Stetige wiederkehrende unrhythmische plötzliche Zuckungen z.B. Augenblinzeln, Grimassieren, Schulterzucken	1-2-3-4-8-9

4.02 vokale Tics trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Unwillkürliche, wiederholte orale Äußerungen, die plötzlich einsetzen und keinem offensichtlichen Zweck dienen, wie z.B. Räuspern, Schnüffeln, Zischen oder auch Aussprechen von obszönen oder fäkalsprachlichen Wörtern (Koprolalie), stetiges Wiederholen letztgenannter Wörter (Echolalie) oder eigener Wörter oder Laute (Palilalie). Einfache vokale Tics treten in der Regel ca. ein bis zwei Jahre später als zuvor gezeigte motorische Tics auf. Äußerst selten stehen diese isoliert oder treten vor motorischen Tics auf. Da sich motorische Tics um das 4./5. Lebensjahr zeigen, sind vokale Tics demzufolge in der Altersgruppe 0 bis 5 kaum existent.

Symptomatik:

- (Stark) auffallende, frequente, nicht unterdrückbare Äußerungen. Sie werden in der Interaktion als sehr störend und irritierend empfunden.

Exploration: (ca. ab 60 Monaten)

- ✓ K Unabsichtliches Räuspern, Schnüffeln, Grunzen, helle Töne erzeugen 1-2-3-4-8-9

4.03 Stereotypien trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Repetitive, relativ gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen (Mimik und Gestik), die dabei meist innerhalb einer bestimmten Körperregion in den natürlichen Bewegungsablauf integriert und offensichtlich willensgestört sind und länger als 4 Wochen lang auftreten. Diese werden über eine lange Zeit in gleichförmiger Weise wiederholt und sind kaum zu unterbrechen. Sie beeinträchtigen deutlich die normale Aktivität. Die Komplexität der Stereotypien ist abhängig vom kognitiven Entwicklungsstand. Der Beginn liegt häufig in der frühen Kindheit vor dem 3. Lebensjahr und ist sekundär assoziiert mit „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ oder „Intelligenzminderung“.

Symptomatik:

- Gehäuft und wiederkehrende monotone Bewegungen des eigenen Körpers oder von Gegenständen. Sie lassen sich mit Ablenkung, Aufmerksamkeit und auch durch Schlaf beenden.

Exploration: (ca. ab 36 Monaten)

- ✓ K Körperschaukeln, Haare drehen, Finger und Fußtappen Kopfnicken und Schulterbewegungen (einfache Stereotypien) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Hand/Arm wie Händeschütteln, - flattern,- winken; Öffnen/Schließen von Händen, Armzappeln, Extension/Flexion der Handgelenke (komplexe Stereotypien) 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Wiederholtes Kopfanschlagen, Beißen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien (sekundäre Stereotypien) 1-2-3-4-8-9

4.04 Manieriert-bizarr trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Alltägliche Bewegungen und Handlungen (Motorik, Gestik, Mimik, Sprache) des Kindes wirken meist willkürlich, verschroben, sehr stilisiert oder verschnörkelt und werden von anderen überdeutlich wahrgenommen. Sie zeigen sich oft stereotyp und repetitiv.

Symptomatik:

- Manieriertes Verhalten und verbale Ausdruck prägt und irritiert deutlich die Interaktion. Natürliche, sinnvolle Bewegungsabläufe und die gesamte persönliche Erscheinung werden durch sonderbare, gewohnheitsmäßige Handlungen entstellt. Es kommt zum Verlust der Bewegungsharmonie.

Exploration: (ab ca. 24 Monaten)

- ✓ K Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, Drehen oder Flackern der Finger vor den Augen, Auf und ab Hüpfen, Schaukeln, über-artikulierte unpassende Bewegungsmuster 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Sehr stark stilisierte, künstliche Sprache/Worte/Artikulation 1-2-3-4-8-9
- ✓ K stereotype Bewegungen von Händewaschen/Händewringen 1-2-3-4-8-9

4.05 Andere Störungen der Psychomotorik trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Jaktationen sind eine Sonderform stereotyper Bewegungen. Sie unterliegen einer starken

Gewohnheitsbildung. Sie haben überwiegend vorrübergehenden Charakter und erwachsen selten zum Störungsbild. Emotional beanspruchte Säuglinge und Kleinkinder (Heimkinder, bei Deprivation) zeigen vermehrt Jaktationen.

Muskuläre Hypotonie ist in dieser Altersgruppe ein komplexes Symptom. Eine gute Beobachtung spontaner Bewegungen sowie eine Beurteilung sozialer, mental-kognitiver und sprachlicher Fähigkeiten sind erforderlich. Die Meilensteine früher Lokomotion werden später erreicht. Ohne Grunderkrankung kann die Entwicklung nach dem 3. Lebensjahr normal sein. Im weiteren Verlauf ist ein introvertiertes Verhalten möglich.

Motorische Hypertonie zeigt sich in einer Hyperexzitabilität der Spontanbewegungen. Das Kind hat eine niedrige Reizschwelle und es kommt zu übermäßiger motorischer Unruhe. Häufig zeigen Säuglinge im ersten Monat einen feinschlägigen Tremor im Kinnbereich und der Finger, der sich aber innerhalb eines halben Jahres verliert. Im ersten Lebensjahr sind ebenfalls ein erhöhter Muskeltonus und lebhafte Eigenreflexe physiologisch.

Ausgeprägte katatone Verhaltensweisen sind äußerst rar in dieser Altersgruppe: Verharren in einer Situation und dabei nicht ansprechbar sein, ausgeprägte Verlangsamung der Bewegungen, automatisiertes Handeln.

Symptomatik:

- Der Säugling/das Kleinkind zeigt Bewegungsarmut. Die Bewegungsfrequenz ist niedrig, die Spontanmotorik rar, die Extremitäten recht schlaff. Eigenreflexe sind regelhaft. Das Kind schläft häufig und die Kontaktaufnahme ist träge.
- Der Säugling/das Kleinkind zeigt motorische Unruhe: Die Quantität der Bewegung ist erhöht und die Qualität der Aktion erscheint unreguliert und ziellos.
- Der Säuglingen/das Kleinkind zeigt Jaktationen. Diese äußern sich überwiegend bei Müdigkeit, Langeweile oder in emotional beanspruchenden Situationen. In seinem besonderen Gewohnheitsverhalten grenzt sich das Kind von seiner Umwelt ab. Die selbstbezogenen Bewegungen sind bewusst und können jederzeit unterbrochen werden.
- Das Kleinkind hat eine abnorme Zuwendungs-, Bejahungs- und Anschlussbereitschaft. Es kommt übertrieben bereitwillig Aufforderungen nach. Es ahmt die Handlungen und Bewegungen des Gegenübers nach (Echopraxie). Die Körperhaltung ist oft in unangemessener Form wie eingefroren.

Exploration:

✓	S	Strampelt und bewegt wild Beine und Arme mit verstärktem Energieaufwand; der Blick ist schlecht zu fixieren	1-2-3-4-8-9
✓	S	Ruhig, schlaffe Spontanbewegung, deutlich bewegungsarm, schläfrig	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Apathie	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Lustvolle rhythmische Bewegungen komplexer Körperregionen z.B. Kopfschaukeln, Körperrollen vor dem Einschlafen	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Körperbewegungen gegen das Bett/die Wand	1-2-3-4-8-9
✓	K	Oft unruhig, läuft ziellos und getrieben umher, kann nicht „Stillsitzen“, häufiges Stolpern, Wackeln mit den Beinen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Motorisch verlangsamt, schwache Spontanbewegung, wenig Kontakt	1-2-3-4-8-9
✓	K	Erstarren in bestimmter Position, sozial unangemessene Haltung (äußerst selten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kind befolgt automatisch Befehlsaufforderungen anderer (äußerst selten)	1-2-3-4-8-9

5. Störung der Kommunikation, des Sprechens und der Sprache

Sprachentwicklungsstörungen sind meistens kein isoliertes Problem. Sprechen bedeutet immer, Beziehungen eingehen zu können. So verbindet sprachliches Vermögen soziale und kognitive Fähigkeiten und Verhaltensregulation miteinander. Nur wenn das Kind seine Sinnesbereiche (v.a. Hören, Tasten, Sehen) einsetzen und mit seinen Bewegungen und mit seinem Denken verknüpfen (sensomotorische Integrität) kann, ist es in der Lage, Sprache störungsfrei erlernen. Das Muster der Sprache und Sprechfunktion ist dann als nicht normal einzustufen, wenn es qualitativ abnorme Eigenschaften aufweist und nicht, wenn es nur verzögert ist und eine frühere Entwicklungsstufe präsentiert. Die Variabilität der Sprachentwicklung ist so groß, dass es sehr herausfordernd ist, eine mögliche Sprachentwicklungsstörung davon abzugrenzen.

5.01 Artikulationsstörung trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Nicht altersgerechte Artikulationsfehler, die sich in Entstellungen, Auslassungen oder Ersetzungen von Lauten äußern. Bis zum Alter von vier Jahren sind Fehler bei Lautbildungen üblich. Dabei kann das Kind aber leicht von Fremden verstanden werden. Mit fünf Jahren haben Kinder gelernt, Grundstrukturen ihrer Muttersprache zu beherrschen. Der Sigmatismus (Lispeln) ist eine Sonderform. Er kommt häufig bei Kindergartenkindern in einer vorrübergehende Phase vor.

Symptomatik:

- Die Sprache ist derart stark beeinträchtigt, dass viele Äußerungen vom älteren Kleinkind von einer mit seiner Sprache nicht vertrauten Person nur mit Mühe oder gar nicht verstanden werden. Bestimmte Worte und Phoneme werden ausgelassen. Das Platzieren von richtigen Phonemen ist abhängig von der Wortzusammenstellung des Satzgefüges.
- Die Kinder zeigen Schwierigkeiten in der Grob- und Feinmotorik, besonderes mit der orofazialen Motorik, sowie mit dem Tastsinn. Eine feine Koordination von Bewegungsabläufen ist schwer möglich.

Exploration: (ab ca. 36 Monaten)

- ✓ K Das Kind spricht undeutlich, Verzerrungen/Ersetzungen von Lauten und inkonsistente Lautfolgen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Kind kann oft nur von den Eltern verstanden werden, Außenstehende können das Kind nicht verstehen 1-2-3-4-8-9
- ✓ K Koordinationsschwierigkeiten beim Trinken, Essen, Kauen, Schlucken 1-2-3-4-8-9

5.02 Expressive Sprachstörung trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Die beginnende Lautäußerung und gesprochene Sprache liegt deutlich unterhalb des Intelligenzniveaus des Kindes. Aktives Lautmuster und Vokabular sind eingeschränkt, die Satzbildung/ Grammatik und die Fähigkeit, Inhalte sprachlich auszudrücken, ist nicht alters-gemäß. Das Sprachverständnis ist meistens nicht gestört und auch nonverbale Kommunikation möglich. Artikulationsstörungen können zusätzlich auftreten.

Symptomatik:

- Der Säugling schreit kaum oder eher „eintönig“. Das Klangspektrum ist klein, Betonung und Lautlänge sind nicht sehr variabel. Der Entwicklungsschritt von einbogigen zu doppelt- bzw. mehrbogigen Melodiemustern ist stark verlangsamt.
- Der Säugling äußert immer ähnliche oder gleichklingende Lautmuster.
- Der Säugling mit ca. 10 Monaten unfähig, im engen, vertrauten Dialog mit der Mutter z.B. verschiedenartige Laute und Silben zu imitieren.
- Die Sprachentwicklung beginnt insgesamt zu spät (um das zweite Lebensjahr: 50 Wörter = kritischer Wert zum Risikokind/“Late Talker“). Zweijährige beherrschen keine einzelnen Worte oder wortähnlichen Gebilde.

- Der Wortschatz nimmt nur sehr langsam zu. Die Wörter sind für Fremde unverständlich.
- Dreijährige beherrschen keine einfachen Zwei-Wort-Sätze.
- Ältere Kleinkinder machen syntaktische Fehler, lassen Vorsilben oder Wortendungen weg und haben Schwierigkeiten mit der Wortwahl. Der Satzbau ist ungeschmeidig.
- Die Kinder bemühen sich, ihre Sprachschwierigkeiten durch Mimik und Gestik zu überbrücken.
- Es kommt zusätzlich zu paralleler Wortfindungsstörung.

Exploration:

✓	S	Keine Differenzierung bis Sistieren von Lauten/Lallen/Gurren/ Quietschen/Vokalisieren, keine Kettenbildungswörter „gaga“, „baba“, monotone Lautmuster	1-2-3-4-8-9
✓	S	Keine Nachahmung von Silben im Dialog (ab ca. 10 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Verspäteter Sprachbeginn (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Zögernde/sehr mühsame Zunahme des Wortschatzes	1-2-3-4-8-9
✓	K	Keine einfachen Zwei-Wort-Sätze (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kurze Sätze sind grammatikalisch/syntaktisch falsch (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Zuhilfenahme anderer Mittel (Hände/Füße...)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wortfindungsstörungen	1-2-3-4-8-9

5.03 Rezeptive Sprachstörung trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Das Sprachverständnis ist vermindert. Die Fähigkeit, gesprochene Sprache zu entschlüsseln, liegt unterhalb des Intelligenzalters. Die Bedeutung von Wörtern und Sätzen wird nicht verstanden. Häufig ist die expressive Sprache zusätzlich gestört und/oder die Lautbildung ist auffällig. Das Gehör ist intakt.

Symptomatik:

- Beim Säugling bleibt ohne den Einsatz von Gesten die Reaktion auf bekannte Namen aus.
- Das Kleinkind kann alltägliche Gegenstände, die ihm gezeigt werden, nicht benennen (ab ca. 18 Monaten).
- Der Säugling/das Kind hört nicht zu und/oder ist unaufmerksam und leicht ablenkbar.
- Das Kleinkind kann selbst Fragen, deren Antwort es kennt, nicht korrekt beantworten. Zweijährige können vorgesprochene Sätze/Wörter nicht Bildern zuordnen. Sie können sehr einfache Bilder nicht beschreiben.
- Anweisungen mit zusätzlicher Gestik und mit Kontextinformation können sofort befolgt werden.
- Wenn sprachliche Möglichkeiten nicht ausreichen, behilft es sich anderer Mittel, nimmt sein Gegenüber z.B. bei der Hand, um sich verständlich zu machen.
- Das Kleinkind spricht wenig oder nur einzelne Wörter, wiederholt oft, was ihm vorgesprochen wird („Echolalie“) und spricht teilweise „Kauderwelsch“. Die Intonation ist angemessen.
- Das ältere Kleinkind hat Schwierigkeiten, Fantasiewörter nachzusprechen.
- Beim älteren Kleinkind fällt ein fehlendes Verständnis für einfache grammatikalische Strukturen auf.
- Das Kindergartenkind zeigt sehr häufig Rhythmusprobleme z.B. beim Nachklatschen oder beim gemeinsamen im Takt gehen.

Exploration:

✓	S	Keine Fingerspiele (ab ca. 7 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	S	Kein(e) gerichteter Fokus/Zeige-Gesten	1-2-3-4-8-9
✓	S	Keine Reaktion auf bekannte Namen ohne Gesten (ab ca.12 Monaten)	1-2-3-4-8-9

✓	S+K	„Hört“ nicht/Unaufmerksamkeit, folgt z.B. keiner Geschichte	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Unfähig, bekannte Gegenstände zu benennen „Was ist das“? (ab ca. 18 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Stark unzureichende/bzw. keine Ausführung/Beantwortung verbaler Anweisungen („Gib mir das Auto...“! „Wo ist deine Nase...“?) (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Kein Zuordnen in Bildern nach vorgesprochenen, einfachen Worten/Sätze (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unterstützende Gestik bringt besseres Verständnis (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Eigene Hilfsmittel zum Sprechen (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Echoartiges Wiederholen (ab ca. 24 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Stark eingeschränkte Wiedergabefähigkeit von Fantasiewörtern (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wenig Grammatikverständnis (z.B. Verneinung oder Vergleiche) oder Verständnis für subtile Sprachanteile (z.B. Tonfall, Duktus) (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Schwierigkeiten, Rhythmus nach zu klatschen (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9

5.04 Störung der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern) trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Die Redeflüssigkeit ist durch häufige Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern durch Zögern (klonische Komponente) und/oder Pressen (tonische Komponente) beeinträchtigt. Von Poltern spricht man, wenn das Sprechtempo unregelmäßig ist, oft mit schnellen, ruckartigen Anläufen, der Sprechablauf insgesamt oft überhastet und unrhythmisch ist. Die Symptome halten mindestens drei Monate lang an. Beim Kleinkind zwischen 3 und 5 Jahre ist ein vorrübergehendes sog. „Entwicklungsstottern“ mit leichten Dysrhythmien und Wortwiederholungen physiologisch.

Symptomatik:

- Das Kind zeigt etwa mehr als fünf Unterbrechungen beim Redefluss bei 100 Wörtern.
- Die Redeunflüssigkeiten sind zusätzlich verbunden mit körperlichen Verspannungen von Gesicht und anderen Körperteilen, Atemunregelmäßigkeiten und/oder vegetativer Begleitsymptomatik. Der Blickkontakt ist gestört.
- Es besteht ein deutliches Störungsbewusstsein und damit eine emotionale Belastung in der Sprechsituation (ältere Kinder/um das 5. Lebensjahr).
- Aus dem physiologischen „Entwicklungsstottern“ können sich sekundäre Probleme entwickeln (Hänseleien/emotionale Belastung).
- Das ältere Kleinkind zeigt ein rasantes unartikuliertes Sprechtempo mit falscher Sprechflüssigkeit.

Exploration: (ab ca. 48 Monaten)

✓	K	Auffälliges Wortwiederholen mit Dehnung und Verzögerungen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Dabei motorische Verspannungen/vegetative Begleitumstände	1-2-3-4-8-9
✓	K	Situationsabhängigkeit	1-2-3-4-8-9
✓	K	Emotionale Belastung beim Sprechen (ab ca. 60 Monaten) Schamgefühl, Erwartungsangst, Wut, Vermeidungsverhalten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Hastiges verwaschenes Sprechen, verkehrte Satzgefüge Unregelmäßig mit schnellen ruckartigen Anläufen	1-2-3-4-8-9

5.05 Mutismus trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Das Kind spricht in umschriebenen Situationen nicht oder nur sehr wenig, trotz bereits erworbener guter Sprachkompetenz. Das Sprachverständnis und die Intelligenz sind in der Regel normal ausgebildet. Es handelt sich um eine emotional bedingte Störung der sprachlichen

Kommunikation. Die Symptomatik besteht mindestens einen Monat lang (mögliche Kindergarteneingewöhnung nicht mit gerechnet). Das Unvermögen zu sprechen und konsequent zu schweigen ist für bestimmte Situationen vorhersehbar.

Symptomatik:
- Das Kind stellt die sprachliche Kommunikation mit einer Bezugsperson und/oder der gesamten Umgebung gänzlich ein. In anderen Situationen kann es fließend sprechen.
- Während der gesamten Untersuchungssituation spricht das Kind kein Wort.
- Das ältere Kleinkind weigert sich gänzlich zu sprechen. Es verwendet kommunikative Hilfsmittel und Gesten. Blickkontakt wird vermieden, die Mimik ist ausdrucksarm.

Exploration: (ab ca. 48 Monaten)

✓	K	Bestimmten Situationen/bestimmten Bezugspersonen gegenüber „stumm“	1-2-3-4-8-9
✓	K	Während der Untersuchungssituation „stumm“	1-2-3-4-8-9
✓	K	Totale Verweigerung des Sprechens	1-2-3-4-8-9
✓	K	Verweigerung sämtlicher Laute z.B. Weinen, Lachen, Atemgeräusche	1-2-3-4-8-9
✓	K	Mögliches Trauma oder erlebter Konflikte	1-2-3-4-8-9

5.06 Logorrhoe trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Ausgeprägter, kaum zu bändigender Redefluss bei älteren Kleinkindern - ohne Selbstkontrolle. Die Gedanken sind ungeordnet und zusammenhangslos.

Symptomatik:
- Der Redefluss ist höchstens für kurze Zeit zu unterbrechen. Das Kind zeigt eine gesteigerte geistige Beweglichkeit und ein erhöhtes Assoziationsvermögen.

Exploration: (ab ca. 48 Monaten)

✓	K	übermäßiger Rededrang „ohne Punkt und Komma“, teilweise mit nicht vollständig verständlichen Zusammenhängen	1-2-3-4-8-9

5.07 Andere qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation, des Sprechens und der Sprache
trifft zu für den Säugling/das Kleinkind

Relative Unfähigkeit Sprache altersgemäß zu gebrauchen, stereotype und repetitive Verwendung der Sprache (z.B. Echolalie) oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten sowie Phrasen; Abweichungen in der Stimmlage, der Betonung, der Prosodie (Tempo und Rhythmus) und der Intonation (z.B. Monotonie).

Symptomatik:
- Der Säugling zeigt keine Reaktionen auf Ansprache, keine Zuwendung hin z.B. zur zugewandten Mutter, kein suchender Blick, kein interaktives Brabbeln.
- Der Säugling/das Kleinkind vermeidet die Kommunikation zu anderen.
- Die Kommunikation ist beim älteren Kleinkind aufgrund der qualitativen Beeinträchtigung des Sprechens und der Sprache erschwert. Es kann sich weder verständlich ausdrücken noch Gesagtes richtig verstehen. Die Sprache wirkt auf den

Kommunikationspartner bizarr und irritierend. Es entstehen viele unverständlichen Laute und „Nonsenswörter“.

- Die Sprache und das Sprechen dienen der Befriedigung eigener Bedürfnisse, ohne dass sich ein nachvollziehbarer Kommunikationswillen zeigt. Das ältere Kleinkind spricht aus purer Lust am Sprechen und an Lautmalerei.

Exploration:

✓	S	Keine Bewegung zur Lautquelle (ab ca. 4./5. Monat)	1-2-3-4-8-9
✓	S	Reaktionslos auf Baby-Talk oder Imitationsspiel	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Vermeidung der Interaktion	1-2-3-4-8-9
✓	S+K	Kommunikationsstil nur für Vertraute „verständlich“	1-2-3-4-8-9
✓	K	Unfähig, die Sprache als Mittel der Verständigung in der üblichen Weise einzusetzen; „Nonsenswörter“ (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Sagt immer wieder das Gleiche/wiederholt sinnlos immer wieder das, was soeben gesagt wurde (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Benutzt manche Worte anders als üblich/ungewöhnliche Bezeichnungen für bestimmte Gegenstände (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Schwache, pfeifende, heisere Stimmlage (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Monotone und arrhythmische Betonung (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9
✓	K	Selbstzentriertes vor sich hin brabbeln mit Lust am Lautieren (ab ca. 36 Monaten)	1-2-3-4-8-9

17. Andere Störungen

17.01 Selbstverletzendes Verhalten trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Mit Schmerzen verbundene (nicht immer wahrgenommene) willentliche oder habituelle wiederholte Verletzungen des eigenen Körpers.

Symptomatik:

- Ritualisiertes stereotypes Verhaltensmuster, welchem keine erkennbare symbolische Bedeutung zugemessen werden kann.
- Das ritualisierte stereotype Verhaltensmuster kann einhergehen mit selbstverletzendem Verhalten, wie z.B. beim Trinken der Flasche das Eindrehen von Haaren, so dass diese ausgerissen werden.

Exploration:

✓	K	Ritualisierte, stereotypische Selbststimulation ggf. mit Verletzungsfolge, wie z.B. Kopfschlagen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Haare drehen, -zupfen, ins Gesicht schlagen, Nägel bzw. in Arme beißen, tiefes Kratzen	1-2-3-4-8-9

~~17.02 Suizidgedanken/Entsagungsideen~~

~~17.03 Suizidale Handlungen~~

~~17.04 Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung~~

17.05 Sexualisiertes Verhalten trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Kleinkinder zeigen eine situativ natürliche Neugier gegenüber Sexualität. Vorschulkinder entdecken das gegenseitige Geschlecht mit natürlichem Interesse. Masturbation und kleine Küsse z.B. sind gewöhnlich. Normales Verhalten ist stark geprägt durch seine Umgebung, elterliches

Verhalten und ihre Gewohnheiten. Sexuelles Problemverhalten dominiert das Verhaltensmuster des Kindes außerhalb der normalen Entwicklungsphase. Problematisches sexualisiertes Verhalten zeigt das Kind zusätzlich in der Interaktion aufdringlich, mit Zwang, aggressiv, ängstlich oder störend. Das Gegenüber steht meistens in einem asymmetrischen Entwicklungsverhältnis.

Symptomatik:

- Sexuelle Aktivitäten dominieren über einen längeren Zeitraum das Spielen und Verhalten des Kindes, ohne durch elterliche Zuneigung und responsives Verhalten abzunehmen.
- Das Kind sucht verstärkt über sexualisiertes Verhalten Kontakt z.B. zu Jüngeren sowie auch zu Erwachsenen.
- Durch das sexualisierte Verhalten äußern sich negative, verletzende Emotionen.
- Sexualisierte Aktivitäten richten sich an auf einem anderen Entwicklungsstand sich befindende Personen.
- Frequenz des sexuellen Verhaltens und seine Qualität ist stark gesteigert.

Exploration:

✓	K	Häufige Masturbation ohne Abnahme bei (langfristiger) elterlicher Zuneigung	1-2-3-4-8-9
✓	K	Dominantes Berühren von Brust und Genital bei Kontaktaufnahme zu Jüngeren oder Erwachsenen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Wut, Aggression, Zwang, Aufdringlichkeit in dominanter, störender, sexueller Annäherung an Gleichaltrige	1-2-3-4-8-9
✓	K	Selbststimulation mit Ängstlichkeit und Rückzug	1-2-3-4-8-9
✓	K	Zungenküsse, Körper/Genitalreiben an Gleichaltrigen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Einführen von Objekten in Anus/Vagina, Nachahmen des Geschlechtsaktes, Berühren von Genital bei Tieren, sexuelle Lautäußerung, Gesicht in Genital des anderen	1-2-3-4-8-9

7.06 Abnorme Bindung an Objekte trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Übermäßig starke Bindung und spezielle Zuwendung zu ungewöhnlichen Objekten bzw. speziellen Einzelteilen von Objekten. Bei kleinster Veränderung des Objektes ist ein deutlicher Leidensdruck vorprogrammiert. Sie ist deutlich abzugrenzen von der Qualität eines persönlichen, stark positiv emotional besetzen, realitätsnahen und zu Hilfe kommenden Übergangsobjektes gemeint, das für diese Altersgruppe spezifisch und normal ist.

Symptomatik:

- Ein besonderes sowie sonderbares (Teil-)Objekt dominiert das Verhalten und verhindert die Interaktion mit einer Bezugsperson. Es ist Mittel zur Abkapselung nach außen und verschließt Interaktions- und Spielräume.
- Das Kleinkind beschäftigt sich intensiv mit der Handhabung und den taktilen Reizen des Objektes.
- Der Gegenstand ist rein funktional besetzt für einen mechanistischen Gebrauch und ist bevorzugt hart.

Exploration:

✓	K	Isolierung durch Objekt	1-2-3-4-8-9
✓	K	Vorherrschende funktionale Beschäftigung mit (harten) (Einzel-)Teilen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Oberflächenstruktur, Bewegungen, Vibrationen sowie Geräusche des Objektes stehen im Aufmerksamkeitsfokus	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starke Unruhe bei Veränderungen/Wegnehmen des Objekts	1-2-3-4-8-9

17.07 Abnorme Interessen/Gewohnheiten trifft zu für ~~den Säugling~~/das Kleinkind

Umfassende Beschäftigung mit stereotypem, beschränktem sowie fixiertem Interesse, wie bspw. spezielle Zuwendung zu bestimmten Funktionseinheiten. Gewohnheiten können stark ritualisiert und mechanistisch eingesetzt werden.

Symptomatik:

- Ein sonderbares Interesse dominiert das Verhalten, wie z.B. die Beschäftigung mit einem Lichtschalter, einem Wasserhahn oder drehbaren Elementen. Es schließt dabei die Interaktion mit dem Gegenüber deutlich aus. Das Kind lässt sich nicht ablenken.
- Das Spielverhalten ist häufig ritualisiert, stereotyp, und selbstzentriert.
- Die Wahrnehmung von Sinnesreizen ist gesteigert. Es besteht die Gewohnheit z.B. an allem exzessiv zu riechen oder die Konsistenz eines Nahrungsmittels zu testen.

Exploration:

✓	K	Mechanistisches, selbstzentriertes, stark wiederholendes Spiel	1-2-3-4-8-9
✓	K	Blickfokussierung auf Objekte, Muster, Objektbewegungen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Gesteigerte Wahrnehmung/Einfordern von Gerüchen/Geräuschen	1-2-3-4-8-9
✓	K	Vernachlässigen anderer, kreativer Spielmöglichkeiten	1-2-3-4-8-9
✓	K	Fixiertes Verhalten/Kontrolle	1-2-3-4-8-9
✓	K	Starke Unruhe bei Störung/Ablenkung auf Anderes	1-2-3-4-8-9

5 Diskussion

5.1 Entwicklung

Allgemein kann die Entwicklung dieser altersgerechten Adaptation des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter dem recht jungen Gebiet der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie und dem interdisziplinären Blickwinkel der (Sozial-)Pädiatrie mehr Aufmerksamkeit geben. In der Möglichkeit eines PPB in diesem sehr jungen, entwicklungsdynamischen Alter lauert jedoch auch eine Gefahr, vorschnell zu „pathologisieren“. Entscheidend ist dabei, die Gratwanderung der Einordnung der psychopathologischen Merkmale zu erkennen und das dieser Altersgruppe charakterisierende Entwicklungspotential bzw. die ihr innewohnende Entwicklungskompetenz zu sehen. Es bleibt anfangs oft ungeklärt, ob sich sog. vorübergehende (Übergangs-)Phänomene äußern oder Vorboten von Störungsbildern bzw. klare Störungsbilder zeigen. Aus diesen können sich entwicklungsbedingt vielfältige Schnittmengen bilden, die sich auch ohne Behandlung wieder geben können. Der entwickelte altersgerechte PPB soll diese Gratwanderung überwinden und richtungsweisend für die Aufmerksamkeit gegenüber psychopathologischem Störungspotenzial sein.

Besonders kommt es auf das Ausmaß sowie den Kontext und die (Beziehungs-)Umgebung des Kindes an, die einen möglichen Leidensdruck erkennen lassen und mögliche Vorboten für die weitere Entwicklung sein können. Psychopathologische Merkmale sind in Bezug auf die (psycho-)physiologische Entwicklung des Kindes und auf seine biologischen, psychischen und sozialen[160] Umgebungsfaktoren zu sehen. Nicht nur allein die qualitativen Merkmale sagen etwas über den „Krankheitswert“ aus, sondern auch die äußeren Umstände, auf die sie treffen, wie sie einzuordnen sind und ob diese bewältigt werden können. Vor diesem Hintergrund ist eine Einschätzung psychopathologischer Eigenschaften für eine frühe Sensibilisierung eines Störungsverhaltens nicht nur innerhalb der ersten Lebensjahre für eine gute Entwicklung wegweisend. Soweit eine mögliche Beziehungsqualität nicht auch durch die Exploration wie z.B. „Ist schwer zu beruhigen“, „Reagiert nicht auf Laute der Mutter“, „Sucht nicht mit Blicken“ etc. erfragt werden kann, stehen weitere Beziehungsstrukturen und prägende psychosoziale Umstände ausführlich im ersten und zweiten Teil der Basisdokumentation im Vordergrund.

[160] Bei einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familie (Einkommen, Schulbildung und Migration) zeigen Kinder im Kindergartenalter verhältnismäßig mehr psychische Verhaltensauffälligkeiten. Daten aus einer Studie mit 474 Braunschweiger Kindern im Alter von 2,6 bis 6 Jahren (Kuschel et al., 2008).

Der Säugling und das Kleinkind sind aus sich heraus abhängig. Dieses Alter ist besonders deutlich geprägt von der qualitativen Beziehungsstruktur der Bezugsperson(en) zum Kind. Eine Schwierigkeit in der kinderzentrierten Diagnostik dieser Altersgruppe ist, dass die Beobachtung auf non- und präverbale Phänomene beschränkt ist. Auch bei Kindern nach Spracherwerb jenseits des dritten Lebensjahres sind durch die noch ungenügend ausgebildete oder nicht geförderte Symbolisierungsfähigkeit sowie „Theory of Mind“, Einschränkungen zu berücksichtigen (Wiefel et al., 2007).

Die Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson (in der Regel den Eltern) verdeutlicht sich in der Adaptation des PPB auch in der „Fremdwahrnehmung“ der Eltern auf ihr Kind. Sie kann wegen der engen Verflechtung zum eigenen Kind durch den „teilnehmenden Beobachtereffekt“[161] verzerrt sein. Dadurch, dass in dieser Altersgruppe die „Selbstwahrnehmung“ und Einschätzung des Patienten auf das eigene Verhalten wegfällt, bekommt der Untersucher eine stärkere Rolle als möglichst „unabhängiger“ Fremdwahrnehmer. Dabei geht es sowohl um die Fremdwahrnehmung des Kindes als auch die des dyadisch/triadischen Beziehungsverhaltens von Kind und Eltern. Es entsteht dadurch eine deutlich größere Herausforderung für den Untersucher in der adaptierten Version des PPB für Säuglinge und Kleinkinder, die Situation und die mögliche Problematik des Patienten während der Untersuchungssituation wesentlich zu erfassen.

Zu diskutieren ist die Anlehnung des Aufbaus der Adaptation an den PPB der BADO nach Döpfner et al. (1991) und Englert und Poustka (1998). Dieser Aufbau soll nicht als Korsett dienen, sondern als der Entwicklung zugrundeliegende und gewinnbringende Struktur. Vorhandene etablierte Strukturen werden sinnstiftend genutzt, um für diese Altersgruppe adäquate Aussagen ergebnisorientiert treffen zu können sowie diese für eine Vergleichbarkeit zu verwenden. Sinnstiftend deswegen, da u.a. durch die Bedarfsanalyse deutlich geworden ist, dass der Bedarf nach einer entwicklungsgerechten Adaptation des PPB der BADO groß ist. Dieser Bedarf liegt zum einen in der Notwendigkeit eines passenden Instrumentes für das breite Feld des Qualitätsmanagements innerhalb der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Dabei ist zu bedenken, dass ab dem Jahr 2013 schrittweise auch in der Psychiatrie und Psychosomatik mit einem leistungsorientierten pauschalierenden Vergütungssystem gerechnet wird und somit eine Qualitätssicherung zunehmend Gewicht bekommt. Zum anderen scheint die Mehrdimensionalität des PPB sinnvoll zu

[161] Beobachtungen beeinflussen die Situation und den zu beobachtenden und untersuchenden Effekt. Ist eine Person in der zu beobachtenden Situation in die Interaktion involviert (allein die Anwesenheit kann dabei beeinflussend sein), kann sich das auf das Verhalten der Beobachteten (sowie auch Beobachter) auswirken. Eine aktive Teilnahme kann diesen Beobachtereffekt verringern. Durch den teilnehmenden Beobachtereffekt ist man integriert und kann den „normalen“ Ablauf des Geschehens durch seine Person und Initiative verändern. Es ist schwierig, eine „unabhängige“ Position zu halten. Ein nichtteilnehmender Beobachter kann sich auf das Geschehen von außen konzentrieren und damit unabhängig analysieren (Bamler, Werner, Wustmann, 2010; Bortz, Döring, 2006).

sein, um einen Überblick über die psychopathologischen Eigenschaften zu erlangen. Es geht gerade bei Säuglingen und Kleinkindern um Störungsbild übergreifende symptomatische Eigenschaften. Sind Auffälligkeiten in einem Bereich häufig, sind weitere definitive Abklärungen mit einem entsprechend ausgewählten spezifischen diagnostischen Instrument zu leisten. Das Wissen um eine mögliche besondere kategorische Einordnung psychopathologischer Qualitäten nimmt der PPB nicht ab.

5.2 Machbarkeit

Es wurden vier verschiedene Kriterien untersucht, die die Testgüte in der Objektivität, Reliabilität und Validität beschreiben. Dazu kommt die Aussagekraft durch die genaue Betrachtung der Stichprobe u.a. im Vergleich mit der ausgeschlossenen Stichprobe (Drop-out-Analyse). Je mehr verschiedenartige Möglichkeiten für die Datengewinnung einer Machbarkeitsanalyse gewählt werden können, z.B. mehrere Instrumente sowie mehrere statistische Methoden, desto höher ist die Gültigkeit der Ergebnisse (Bortz, Döring, 2006) und damit die erste „Validierung“ des adaptierten Psychopathologischen Befundes.

5.2.1 Deskriptive Statistik

5.2.1.1 Stichprobe

Die eingeschlossene Studienstichprobe von insgesamt 41 Studienkindern umfasst eine risikoangereicherte homogene Gruppe der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Universitätsmedizin-Berlin. Mit der Erreichbarkeit von etwa einem Drittel (31,5 Prozent) aller Patientenkinder der Basispopulation der Sprechstunde ist die Gewinnung einer problembehafteten Klientel als durchaus positiv zu bewerten. Alle Altersstufen (in Monaten) von fünf bis 59 Monaten sind vertreten und die Altersverteilung kann somit als repräsentativ betrachtet werden. Vergleicht man die Stichprobe mit der ausgeschlossenen Patientengruppe (68,5 Prozent) und somit mit der Gesamtheit der Patienten aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde, so ist eine Reihe von Parallelen erkennbar. Die Geschlechterverteilung besteht je zu rund 60 Prozent aus Jungen und zu 40 Prozent aus Mädchen, wobei sich jeweils Häufungen bei vierjährigen Jungen und eine bei allen zweijährigen Kindern zeigen.

Das Spektrum der Diagnosen der eingeschlossenen Stichprobe äußert eine deutliche Repräsentanz alters- und entwicklungstypisch relevanter Symptome (vgl. Skovgaard et al., 2007, 2008; KiGGS, 2008). An erster Stelle sind nach der DC:0-3R (Zero To Three, 2005) die Regulations-

störungen zu nennen mit Betonung des impulsiven Typs, was auch die häufigste Diagnose bei der ausgeschlossenen Stichprobe darstellt. An zweiter Stelle ist die „Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks“ genannt, die die dritte Diagnose bei der ausgeschlossenen Gruppe beschreibt. An dritter Stelle liegen „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“; bei der ausgeschlossenen Gruppe liegen diese an fünfter Stelle. „Keine psychiatrische Diagnose“ ist bei der eingeschlossenen Gruppe an vierter Position und bei der ausgeschlossenen Gruppe als häufigste „Diagnose“ beschrieben. Keine Diagnose des Kindes kann die Angebundenheit von Eltern und Familien zeigen, die stark psychosozial beeinträchtigt sind und teilweise mit einem Geschwisterkind in Behandlung standen. Oder sie waren primär in anderen klinischen Abteilungen angebunden und währenddessen zur Diagnostik und therapeutischen Unterstützung der familiären Einheit in der Baby- und Kleinkindsprechstunde vorstellig. Auffallend ist, dass die „Bindungsstörung bei Deprivation“ mit sechs Prozent in der Häufigkeit an fünfter Stelle war, bei der ausgeschlossenen Stichprobe jedoch mit der „Regulationsstörung“ zusammen mit fast 20 Prozent an erster Stelle standen. Dieses unterstreicht zumindest tendenziell, dass der Schweregrad der Diagnose des Kindes voraussagt, dass diese Patienten nicht freiwillig zu Studienzwecken bereit sind. Dadurch kommt es zu einer schwerwiegenderen Gewichtung der Diagnose in der ausgeschlossenen Vergleichsgruppe. Als weiterhin relevante Diagnosen sind noch in der Reihenfolge ihres Auftretens erwähnt: Schlafstörung, Anpassungsstörung und Fütterstörung.

Darüber hinaus enthält die ausgeschlossene Patientengruppe nach der DC:0-3R (Zero To Three, 2005) noch die Diagnosen der Angststörung und Depression im Säuglings- und Kleinkindalter. Dabei lässt sich vermuten, dass diese Diagnosen an sich das soziale Gefüge mehr belasten als öffnen, sich in einem Extratermin einer ausführlichen diagnostischen Befragung zu stellen. Sie äußern einen internalisierenden Leidensdruck, der aus sich heraus eher scheues und träges Verhalten voraussichtlich auch der Mutter/des Vaters zeigt. So lässt sich möglicherweise auch das vorherrschende Auftreten der Bindungsstörungen bei Deprivation erklären. Dazu kommt, dass diese Kinder wahrscheinlich häufiger in Einrichtungen oder bei Pflegeeltern untergebracht sind und es teilweise aus organisatorischen oder auch aus rechtlichen Gründen (Sorgerecht) keine Voraussetzung für eine mögliche Teilnahme gab.

Nach der ICD-10 (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006) sind in der größeren ausgeschlossenen Stichprobe zusätzlich vereinzelt die Diagnosen der „Störung des Sozialverhaltens bei fehlender sozialer Bindung“, „Pavor nocturnus“, „Vorübergehende Ticstörung“, „Nichtorganische Enkopresis“, „Stottern/Stammeln“ und „Anpassungsstörungen“ aufgeführt. Ein nennenswerter Anteil der Diagnosen liegt in der ICD-10 Verschlüsselung mit der F98.8 „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn der Kindheit und Jugend“, was die weniger aus-

differenzierte Klassifizierung für dieses Altersspektrum verdeutlicht. Eine deutlich altersadäquatere Aufgliederung in der Diagnose zeigt die weiter unten angezeigte DC:0-3R (Zero To Three, 2005).

Die relativ gute Rücklaufquote kann zum einen auf die festgelegte Unabhängigkeit vom z.T. laufenden therapeutischen Procedere zurückzuführen sein. Die Studienuntersuchung galt als herausgehobener Extratermin, wobei die Untersucher gänzlich unabhängig von der Baby- und Kleinkindsprechstunde waren. Zum anderen kann diese zumindest teilweise der Probandenaufwandsentschädigung zu verdanken sein. Hypothetisch festzuhalten ist demzufolge, dass damit auch die Komplexität des Syndromspektrums zugenommen haben kann und nicht nur diejenigen Studienteilnehmer gewonnen werden konnten, die den Kindern, dem therapeutischen Prozess und der Klinik (und der Forschung) ohnehin sehr wohlgesonnen und kooperativ gegenüber standen, sondern eben möglicherweise auch monetäre Beweggründe ausschlaggebend für eine Teilnahme gewesen sein könnten, besonders für Familien mit angebundenen Geschwisterkindern aus sozial stark beanspruchten Familien.

Die sozial stark beanspruchte Familiensituation in der Stichprobe verdeutlicht die Häufigkeit der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus in „deutliche“ und „deutlich und überwiegend und durchgängige“ soziale Beeinträchtigungen.

Der recht hohe Anteil von 19,5 Prozent Kindern mit frühester Drogenexposition, d.h. dass die Mutter während der Schwangerschaft in Kontakt mit Heroin und/oder Alkohol stand, ist wohl im Zusammenhang mit der Kooperation mit der benachbarten Geburtshilfe der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem dort angebundenen Cornelius Projekt zu sehen. Dieses Projekt versucht Mütter in dieser Situation gut und kontrolliert anzubinden und mit einer möglichen Substitutionsbehandlung bis weit post partum vor- und nachsorgend umfassend zu betreuen. Auch bei der ausgeschlossenen Stichprobe ist der Prozentsatz von Kindern mit Entzug bzw. Drogenexposition mit 11,2 Prozent recht hoch, wobei dabei zu bemerken ist, dass die ausgeschlossene Patientenpopulation mehr als doppelt so groß ist (89 Kinder). Der größte Teil dieser Kinder (meistens Säuglinge) hatte keine psychiatrische Diagnose.

Zu erwähnen ist, dass in beiden Stichproben eine somatische Diagnose bei etwa einem Drittel der Kinder eine Rolle spielt.

In der aus- und eingeschlossenen Stichprobe ist hervorzuheben, dass der Anteil von mindestens einem Elternteil mit einer psychiatrischen Diagnose bei etwas über der Hälfte liegt, was sehr markant erscheint, aber auch nicht ungewöhnlich für eine solche Inanspruchnahmepopulation ist (vgl. von Gontard, 2010; KiGGS, 2008; von Hofacker et al. 2007). Es unterstreicht den Einfluss

des engen dyadischen bzw. triadischen Verhältnisses. Die Beziehung zur primären Bezugsperson ist abhängig und geprägt durch das Funktionieren von Reaktionsverhalten in Interaktion und Emotion und daraus resultierenden koordinierten Funktionszusammenhängen in der frühkindlichen Entwicklung.

Das Eltern-Kind-Beziehungsverhältnis ist bei der eingeschlossenen Gruppe erwartungsgemäß insgesamt etwas weniger negativ in der Beurteilung als das in der ausgeschlossenen Gruppe. Am häufigsten ist bei der Studienstichprobe mit etwa einem Drittel eine als „stark aus dem Gleichgewicht“ beschriebene Beziehung vertreten, gefolgt von einer „deutlich gestressten“ und „dysfunktionalen“ Beziehung mit je einem Fünftel; die negativste Bewertung einer „schwer gestörten“ Beziehung wurde in etwa einem Siebtel der Fälle angegeben. In die „drop-out“-Gruppe fallen zehn Prozent der Fälle, die aufgrund körperlicher Misshandlungen von Vornherein von ihren Therapeuten ausgeschlossen wurden. Mehr als ein Viertel der ausgeschlossenen Stichprobe zeigte die häufigste Beurteilung eines „deutlich gestressten“ Beziehungsverhältnisses, gefolgt von etwa einem Achtel der Beurteilung eines „gestörten Beziehungsverhältnis“.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die strukturelle Zusammensetzung in Geschlecht und Altersverteilung, auch überwiegend im Diagnosespektrum der Patientenstichprobe im Vergleich mit der ausgeschlossenen Gruppe, als sehr homogen erscheint. Dieses lässt Rückschlüsse darauf zu, dass die zu untersuchende Stichprobe eine durchaus repräsentative, homogene Gruppe der Basispopulation einer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation der Baby- und Kleinkindsprechstunde ist und verglichen mit der Literatur auch typische frühkindliche Störungen vorherrschend sind (vgl. Skovgaard et al., 2007, 2008; KiGGS, 2008; Emde, Wise, 2003).

Nur der psychosoziale Hintergrund beschreibt also deutliche Unterschiede. Dies lässt sich wahrscheinlich als Konsequenz daraus erklären, dass die eingeschlossene Stichprobe mit einer Rekrutierung aus einem überwiegend elterlichen Haushalt heraus kooperierte und sich dabei für eine Studienterminabsprache als problemloser erwies als die vorherrschende Gruppe mit einer abweichenden Elternsituation in der ausgeschlossenen Gruppe.

Dazu war die Gruppe derjenigen Kinder, die in Institutionen untergebracht waren, in der ausgeschlossenen Gruppe knapp doppelt so hoch. Die Organisation einer möglichen Studienteilnahme für Einrichtungen war auch wegen des hohen Betreuungsschlüssels während dieses Extratermins deutlich erschwert.

5.2.1.2 Patientenpopulation, Diagnosespektrum und Klassifikation

Die Untersuchung der gesamten Inanspruchnahmepopulation gewährt einen Einblick in das aktuelle Spektrum von Symptomen und Störungsbildern der Baby- und Kleinkindsprechstunde während des Zeitraums der Patientenrekrutierung. Die Diagnoseverteilung der hier untersuchten Patientenpopulation zeigt ein sehr repräsentatives und vergleichbares Spektrum in der Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder. Vergleicht man diese mit Studien von Emde und Wise (2003), die zur Überprüfung der DC:0-3R (Zero to Three, 2003) an insgesamt 1083 Kindern aus fünf verschiedenen Zentren[162] eingesetzt wurden, ist im Durchschnitt eine gleiche Diagnose-Rangfolge ersichtlich: Keine Diagnose nach der DC:0-3R an erster Stelle, gefolgt von durchschnittlich 21 Prozent Regulationsstörungen und 18 Prozent affektiven Störungen. Alle drei Diagnosen sind deutlich häufiger als die anderen auftretenden Diagnosen (Emde, Wise, 2003). Skovgaard et al. (2007) untersuchten 210 Kinder im Alter von 18 Monaten aus einer Normalpopulation mit der ICD-10 und der DC:0-3R. Auch waren die Diagnosen der hyperkinetischen Störung in Kombination mit der Störung der Emotion und des Sozialverhaltens nach der ICD-10 am häufigsten; demgegenüber stand nach der DC:0-3R an erster Stelle die Diagnose der Regulationsstörung prozentual recht gleichgewichtig. Die Diagnosen der affektiven Störungen sowie der multisystemischen Entwicklungsstörungen, unter die die diagnostische Gruppe des autistischen Formenkreises fällt, waren nach der DC:0-3R an zweiter Stelle genannt.

Bei eingehender Betrachtung der Einordnung in diagnostische Gruppen und nach Versuchen, die Diagnosen in die Großthemen der Störungsbilder des Psychopathologischen Befundes (Kapitel 3.2.1) zu verteilen, bzw. in dominierender Relevanz dieser Arbeit mit den Schwerpunkten der Störungen von Interaktion, Verhalten und Sprache und der „Zwillingsarbeit“ mit den Störungsbildern der Wahrnehmung, Emotionalität und körperlichem Empfinden (Dormann, vsl. 2013) zu ordnen, wurde deutlich, dass die Klassifikationssysteme ICD-10 und DC:0-3R eine unterschiedliche Gewichtung der Diagnoseverteilung zulassen. So klassifiziert die ICD-10 bei demselben Patientenstamm mehr Diagnosen auf Störungsebene des Verhaltens, die DC:0-3R beschreibt dieselben Diagnosen fokussierend auf Störungsebene der Emotionalität. Selbstverständlich gibt es in vielen bzw. den meisten Störungsbildern großes Potential für Schnittmengen auf diesen beiden Ebenen. Doch es erscheint plausibel, dass sich ins jüngere Alter hin die Gewichtung der Basisdiagnose mehr auf die Emotionalität allgemein verschiebt, wenn man den Ausgangspunkt in der Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen sieht, bzw. sich aus der Emotion heraus gründet, wenn man den Ausgangspunkt selbst in der Altersgruppe der Säuglinge und

[162] Montreal, Paris, Topeka, Lissabon und Tel Aviv

Kleinkinder sieht.[163] Z.B. geht nach der ICD-10 der Bereich der Verhaltensstörung allgemein mittels der DC:0-3R in die diagnostische Gruppe der Regulationsstörungen mit ein. Die Regulationsstörungen verknüpfen und schließen in ihrer weiteren Differenzierung der Diagnose dabei viel mehr die Basis der Wahrnehmung und Emotion für sich mit ein. Die Gruppe der (Sozial-)Verhaltensstörungen kommt in der DC:0-3R nicht vor. Anzumerken ist, dass die Störungen des (Sozial-)Verhaltens im PPB für Säuglinge und Kleinkinder zum größten Teil erst ab einem Alter von ca. 36 Monaten beschrieben werden. Dabei ist zu beachten, dass die diagnostische Gruppe mit emotionalen und affektiven Störungen unter der DC:0-3R prozentual rund dreimal mehr vertreten ist als unter der ICD-10.

Die Verschiebung der Diagnosen zeigt eine mögliche Diskrepanz des Altersspektrums in den zwei Klassifikationssystemen. Für das hier betrachtete Alter ist das Klassifikationssystem der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) gegenüber der ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2006) sehr spezifisch. Die Anwendbarkeit geläufiger diagnostischer Kriterien der ICD-10 sind in der frühen Kindheit von null bis fünf Jahren teilweise eingeschränkt bzw. gar nicht geeignet (Wiefel et al., 2007).

Diese unterschiedliche Gewichtung der beiden Klassifikationssysteme zeigt Einflüsse auf den PPB. Es ist zu konstatieren, dass der PPB nach Englert und Poustka (1998) und Döpfner et al. (1991) durch den Hintergrund der ICD-10 Klassifikation geprägt ist, auch, wenn der PPB der BADO ausdrücklich kein eigenständiges Diagnostikum ist und dimensionalen Charakter hat. In der anschließenden Diskussion zur Häufigkeitsverteilung lässt sich diese Beziehung genauer erkennen: Das Bewerten des PPB nach Englert und Poustka (1998) ist in dieser Arbeit überwiegend möglich, da diese Arbeit überwiegend Störungsbilder des Verhaltens untersucht und die vorherrschende Diagnosestellung mit der ICD-10 sich auf der Verhaltensebene befindet.

Die DC:0-3R ist dabei ein vergleichbar junges „(noch) nicht erwachsenes“ Klassifikationssystem (Kapitel 3.2.2). Diese Diagnoseverteilung bzw. ihre Relevanz wird bisher in psychopathologischen Merkmalen im PPB (Döpfner et al., 1991) nicht sichtbar. Diese Verknüpfung ist mit dem PPB für Säuglinge und Kleinkinder nun gegeben.

---

[163] Ein recht grober Vergleich lässt sich mit der Studie von Kuschel et al. (2008) anstellen. In dieser wurden 474 Kinder im Alter von 2,6 bis 6 Jahren mit dem Fragebogen der CBCL (Achenbach, Rescorla, 2000) durch die Einschätzung von Eltern und Erziehern untersucht. Knapp die Hälfte der Kinder kam aus einem sozialen Brennpunkt. Dabei zeigte sich, dass etwa zwei bis acht Prozent der Kinder behandlungsbedürftige Auffälligkeiten auf den internalisierenden Syndromskalen und je nach Beurteiler neun bis 16 Prozent auf der Skala „Internalisierende Störungen“ hatten. Deutlich überwog eine internalisierende Symptomatik (Emotional Reaktiv, Ängstlich/Depressiv, Körperliche Beschwerden, Sozialer Rückzug). Insgesamt niedriger waren die Prävalenzdaten für externalisierende Störungen (wie Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten).

5.2.1.3 Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder und ihrer Items im PPB

Der erste Blick auf die Übersicht der Störungsbereiche und ihrer Items zeigt, dass sich viele Bewertungen sowohl nach dem PPB nach Englert und Poustka (1998) als auch nach der adaptierten Fassung des PPB für Säuglinge und Kleinkinder nicht gravierend unterscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Untersuchung mit beiden Versionen in derselben Situation von demselben Untersucher erfolgte und somit die eigentliche Trennung der Bewertung anhand beider Versionen beeinträchtigt war. Es erwies sich als schwierig, den teilweise gewonnenen Informationsinhalt u.a. durch die altersdifferenzierte Exploration der adaptierten Arbeitsversion des PPB gänzlich von der Exploration des PPB nach Englert und Poustka (1998) loszulösen. So scheint es erschwert, eine höhere Alterssensibilität auf diesem Weg aufzuzeigen, wenn bspw. das Wissen und die Beobachtungsdifferenzierungen des Untersuchers identisch und die Fragen des PPB nach Englert und Poustka (1998) teilweise recht allgemein gehalten sind.

Trotzdem verdeutlichen die Ergebnisse, dass der PPB nach Englert und Poustka (1998) in der Anwendung mit Säuglingen und Kleinkindern in einigen Störungsbildern z.B. ungerechtfertigt deutlich „pathologischer“ ausfällt, wie z.B. übergeordnet bei „Störungen der Sprache und des Sprechens“. Dabei sind z.B. unter dem Item „Artikulationsstörungen“ in der adaptierten Version des PPB bei „8-logisch nicht möglich“ zehn Säuglinge und zehn Kleinkinder gewertet, was in dieser Stichprobe die Anzahl derjenigen unter 36 Monate widerspiegelt, die nun in der Adaptation aus der „Rang“-Bewertung logisch ausgeschlossen wurden, nach Englert und Poustka (1998) jedoch „positiv“ geratet wurden. Vor allem die Bewertungen für Säuglinge bei „Andere Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ sind im PPB nach Englert und Poustka (1998) in diesem Entwicklungsalter ungerechtfertigt störungsbewusst. Dort hoch bewertete Items wie z.B. „Abnorme Bindung an Objekte“ und „Abnorme Interessen und Gewohnheiten“ zeigen diese dagegen in adaptierter Version entwicklungsgerecht und lassen diese Verhaltensweisen nicht auffällig erscheinen. Bei den „Störungen des Sozialverhaltens“ sind überwiegend alle Kinder bis 36 Monate von einer Einschätzung ausgeschlossen. Auch ist die „Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ in der Bewertung im PPB nach Englert und Poustka (1998) „stark ausgeprägt“ auf Störungsbildebene und entgegen der adaptierten Version doppelt so häufig gewertet, also ist das stärkere „Pathologisieren“ für diese Altersgruppe auch hier sichtbar. Beim Störungsbereich der „Psychomotorik“ nach dem PPB von Englert und Poustka (1998) beispielsweise suggeriert die Einschätzung für die Säuglinge die Möglichkeit einer sinnvollen Wertung, die jedoch in der adaptierten Version unter „8-logisch nicht möglich“ gänzlich wegfällt und das auch für die Kleinkinder unter 36 Monaten. Es mag einem teilweise recht plakativ vorkommen,

doch genau dieses besagt die Auslegung der genauen Betrachtung der bisherigen Exploration des PPB nach Englert und Poustka (1998).

Der PPB ist für Säuglinge und Kleinkinder erst durch die adaptierte Arbeitsversion komplett zu beurteilen. Es ergeben sich keine Bewertungslücken mehr durch das Werten mit einer „9-nicht beurteilbar“.[164] Die neu hinzugefügte Bewertung durch eine „8-logisch nicht möglich“ setzt nun eine vorgenommene Einordnung der Alters- bzw. Entwicklungsdifferenzierung voraus, die manche Altersgruppen weiterhin, aber jetzt erklärbar herauslässt bzw. heraus definiert. Dadurch kommt es nicht mehr zu einer falsch pathologisierenden oder fälschlicherweise suggerierenden sinnvollen Einschätzung des Säuglings oder Kleinkindes.

Es ist anzumerken, dass sich für die Störungsbilder dieser Arbeit alle Explorationen im PPB nach Englert und Poustka (1998) überwiegend werten ließen. Kein vollständiges Störungsbild wurde von vornherein mit einer „9-nicht beurteilbar“ geratet. Es ist demzufolge eine besondere Differenzierung und Einordnung entwicklungsbedingter Charakteristika gefragt und kein gänzlich neues Generieren der Exploration, um eine Wertung zu ermöglichen (vgl. Fußnote 164).

Es lässt sich erschließen, dass der PPB nach Englert und Poustka (1998) in seiner jetzigen Form für ältere Kinder (etwa ab dem vierten/fünften Lebensjahr) aussagekräftiger als für die jüngste Altersgruppe ist. Dies mag zum einen an der Prägung des PPB durch die IDC-10 liegen, die wiederum unspezifischer für das Säuglings- und Kleinkindalter scheint und sich daher die daraus ergebenen Diagnosen eher auf der Ebene des Verhaltens widerspiegeln. Bei derselben Altersgruppe legt die Klassifikation der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) die Basis der Diagnose auf die Ebene der Emotion. Zum einem kann das die Diagnoseverteilungen mit Diskussion anhand der Klassifikation zeigen, zum anderen zeigt das die Häufigkeitsverteilung der Störungsbilder.

---

[164] Interessanterweise ist zu bemerken, dass im Teil II der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder, der sich den Störungsbildern der Emotionalität, der Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens (Dormann, vsl. 2013) annimmt, von vornherein die deutlich überwiegende Anzahl der einzelnen Störungsbilder mit „9-nicht beurteilbar“ anhand des PPB nach Englert und Poustka (1998) für Säuglinge und Kleinkinder zu werten war und so gänzlich für dieses Alter eine Einschätzung kindlicher Psychopathologien nicht zuließ. Zu vermuten ist womöglich auch ein „strukturelles Dilemma“, dass die Kinder zwischen null und fünf Jahren weniger bzw. gar nicht selbst zu befragen sind, wie es die Exploration aber vorsieht und demzufolge in der Adaptation eine weitere Beobachtungsebene zur Beantwortung hinzukommt. Außerdem ist anzumerken, dass die Störungsbereiche der Emotionalität in der Altersgruppe von Säuglingen und Kleinkindern grundlegender erscheinen und häufiger vorkommen als die sich daraus meistens erst erwachsenen Verhaltensstörungen, die eher im älteren (Klein-)Kindalter vorkommen und somit möglicherweise dafür auch ein Grund sein könnten, dass der PPB nach Englert und Poustka (1998) für diese Altersgruppe vordergründig annähernd „kompatibler“ erscheinen lässt. Trotzdem sei natürlich eine wesentliche Entwicklungsdifferenzierung und Erklärung von psychopathologischen Eigenschaften nicht unterschätzt, die hier durchaus deutlich mehr gefordert ist, um deutliche Sensibilität für eine sinnvolle Einschätzung dieser jüngsten Altersgruppe spezifisch zu erreichen.

5.2.2 Reliabilität

5.2.2.1 Interrater-Reliabilität - Cohens Kappa (κ)

Das Ergebnis der Interrater-Reliabilität beschreibt, wie unabhängig das Untersuchungsinstrument bzw. der Test vom zu Untersuchenden ist. Die Interrater-Reliabilität ist für Fremdbeurteilungsverfahren das entscheidende Kriterium (Stieglitz, 2008).

Die Interrater-Reliabilität nach Cohens Kappa beschreibt auf allen Ebenen, sowohl auf der Ebene des Störungsbereiches als auch auf der des Items, ein hoch signifikantes Ergebnis für die Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder. Zwei Urteiler haben mit demselben Untersuchungsbogen hoch übereinstimmende Ergebnisse.

In diesem Fall waren verschiedene Faktoren[165] dabei beeinflussend: Von Vorteil war für das Ergebnis sicherlich, dass die Bedingungen des „Ratens“ der beiden Untersucher durch die von vornherein angelegte Parallelität in einem gemeinsamen Untersuchungssetting identisch waren. So konnte dieselbe Situation des Kindes in der Interaktion mit sich selbst, seiner Bezugsperson, den Untersuchern und der Umgebung gleichzeitig beobachtet werden. Das „Antwortverhalten“[166] des Patienten war dasselbe. Allein die Wahrnehmung und Interpretation der Antworten bzw. des Verhaltens unterlag der individuellen Beurteilung der Untersucher (Beobachtungsvarianz). Positiv zu sehen war das „Raten“ außerhalb eines möglichen zusätzlichen Störungsbereiches mit anderen Bedingungen (wie z.B. Situationsgeschehen, Tageszeit, individuelle Verfassung des Kindes, Ablenkung durch äußere Reize). Negativ auslegen ließe sich dieses als möglicherweise zu optimale Bedingungen, die eine sog. Robustheit gegenüber solchen verschiedenen Alltagsbedingungen nicht mit einschließen. Auch sind die momentanen Stimmungen und Befindlichkeiten des Kindes, der Eltern und der Interaktion bei der Wertung dieselben und konstant und zeigen eine Momentaufnahme. Ein weiterer möglicher Messfehler kann in der instrumentellen Messpräzision liegen, die jedoch in der Beurteilung der inneren Konsistenz durch hoch signifikante Werte deutlich vorliegt und dieser Vermutung damit entgegenspricht.

Insgesamt ist zur Interrater-Reliabilität anzumerken, dass die beiden Untersucher nicht gänzlich unabhängig und außerhalb der experimentellen Untersuchung der Adaptation standen. Beide waren an der Gesamtentwicklung und Machbarkeitsprüfung selbst beteiligt, jedoch jeweils mit unterschiedlichen Störungsbereichen. So waren beide in verschiedenen Bereichen „Experten“. Es

---

[165] Klapprott (1975) nennt drei verschiedene Einflussfaktoren auf die Reliabilität einer Messung: Bedingungskonstanz, Merkmalskonstanz und instrumentelle Konstanz (Stieglitz, 2008).

[166] „Antwortverhalten“ und „Urteilsverhalten“ gelten als Parameter der Interpretation von Reliabilität (Stieglitz, 2008).

ist möglich, dass sich ihr jeweiliges Wissen im Verlauf der Studienuntersuchungen durch gemeinsamen Austausch zunehmend homogenisierte und die gleichen Erfahrungen aus der Untersuchungssituation das unabhängige „Raten“ beeinflusst haben könnte. Der Erfahrungsschatz beider Untersucher war über ihrer medizinischen Ausbildung[167] hinaus auch pädagogisch fachlich fundiert. Ein sog. „Schwellenproblem“ zeigte sich nicht. Die Voraussetzung für das „Raten“ in der Expertise, dem konzeptuellen Verständnis war recht homogen und jede Untersuchung kann als zusätzliches gegenseitiges „Ratertraining“ mit jeweiligem Feedback und Austausch angesehen werden. Ein ausführliches Ratertraining ist die Basis einer guten aussagekräftigen Untersuchung (Stieglitz, 2008). Das „Urteilsverhalten“[168] war recht homogen. Insgesamt lassen sich diese Umstände möglicherweise als „zu optimal“ einordnen und fördern zusätzlich eine „gute Übereinstimmung“, die sich aber jedoch hier nicht gleichrangig in jedem einzelnen Störungsbild wiederfinden lässt.

Dass die κ-Werte auf der Ebene des Störungsbereiches jeweils etwas niedriger sind als auf der des Items im Bereich der Exploration, lässt sich damit erklären, dass auch der inhaltliche Wert der Gesamtaussage gröber ist, da für einen ganzen Störungsbereich beurteilt wird und die zunehmende Zahl der zu berücksichtigten Punkte (Exploration und Item) auf die dabei gestützte statistische Mittelung in einem Summenwert auf Explorationsebene (Unteritem) zurückzuführen ist. Damit wird gezeigt, dass der übergeordnete „Gesamt-Wert“ des Störungsbereiches eher von geringerer Bedeutung für die Aussage ist. Qualitativ wertvoller als die einzelnen κ-Werte ist jedoch die durchweg hohe Signifikanz.

Das Resultat beschreibt eine hohe Objektivität für den PPB für Säuglinge und Kleinkinder.

5.2.2.2 Interne Konsistenz - Cronbachs Alpha (α)

Für Ratingskalen ist das entscheidende Reliabilitätskriterium die Überprüfung der inneren Konsistenz (vgl. Stieglitz, 2008). Cronbachs Alpha (α) beschreibt den Homogenitätsindex einer Skala. Je höher Cronbachs Alpha (α) desto homogener die Items einer Skala. Eine große Homogenität fördert die Reliabilität (Bortz, Döring, 2006).

Das Ergebnis der internen Konsistenz liefert anhand von Cronbachs Alpha (α) in allen Störungsbereichen der Adaptation durchweg gute bis exzellente Werte. Durch die große Homogenität der Items, d.h. dass die Items eines Störungsbildes ähnlichen Inhalts sind, ergibt sich eine sehr gute Reliabilität mit hoher interner Konsistenz, die von jedem Test eingefordert wird (vgl. Bortz, Dö-

[167] Approbierte Ärztin und Assistenzärztin/Pädiatrie
[168] Siehe Fußnote 166

ring, 2006) (hier ist der Untersuchungsbogen als sog. „Testinstrument“ des adaptierten Glossars zu betrachten). Die Zuverlässigkeit der formalen Messgenauigkeit ist gegeben. Damit ist für die adaptierte Arbeitsversion des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter ein aussagekräftiges Untersuchungs-Gütekriterium erreicht.

Bei diesem Ergebnis ist zu berücksichtigen, dass es durch den erhobenen Mittelwert der vielen Items bzw. Unteritems beeinflusst sein kann. Mögliche Schwankungsbreiten innerhalb des Items können dadurch verdeckt sein und das Ergebnis erscheint relativiert.

Die Schwankungen der Werte der Störungsbereiche „Sozialverhalten“ und „Psychomotorik“ mit recht schwachen Ergebnissen in der bestehenden Fassung des PPB nach Englert und Poustka (1998) und exzellenten Werten der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder verursachen möglicherweise die recht allgemein gefassten Unteritems der Exploration nach Englert und Poustka (1998), die damit eine hohe Vielfalt der Auslegung zulassen und demzufolge keine eindeutige Zuordnung in der Beurteilung zulassen. In den anderen Störungsbildern zeigen sich näherungsweise gleichwertige Resultate. Es ist nicht auszuschließen, dass für das betrachtete Alter nicht entwicklungsdifferenziertere Items des PPB nach Englert und Poustka (1998) einfacher in Übereinstimmung zu bringen sind.

Demgegenüber ist zu belegen, dass die adaptierte Version durch das qualitativ differenziertere Beschreiben der Items in seinen Unteritems ein eindeutigeres Zuordnen von Beobachtungen entwicklungsentsprechend zulässt. Dabei entstehen auch quantitativ mehr Angriffspunkte, die wiederum die Genauigkeit herausfordern, wie bspw. gegenüber der dominanten Fremdwahrnehmung ohne weitere Untergliederung beim Item „Andere Störungen der Psychosomatik“ des PPB nach Englert und Poustka (1998) in der adaptierten Version an gleicher Stelle vier differenziertere auffällige Eigenschaften zugeordnet sind. „Trotzdem“ bzw. genau deswegen ist die strukturelle bzw. somit auch qualitativ inhaltliche Spezifizierung in den adaptierten Störungsbereichen für Säuglinge und Kleinkinder unterstrichen und dabei deutlich positiv bewertet.

Das Gütekriterium der Reliabilität ist für die Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder eindeutig in hohem Maß gegeben.

5.2.3 Inhaltsvalidität

Es wurden Experten gewählt, die entsprechend spezialisierte fundierte Erfahrungen mit Säuglingen und Kleinkindern in der Sozialpädiatrie bzw. überwiegend zusätzlich in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie haben.[169]

Kritische Anmerkungen und Anregungen der Experten sollen nun diskutiert werden und teilweise in eine Version 1.0 des Psychopathologischen Befundes für die Altersgruppe null bis fünf Jahre aufgenommen werden. Damit dient die Expertenmeinung als Basis für eine weitere Spezifizierung der adaptierten Version des PPB der Basisdokumentation.

Zur äußeren Form der Adaptation gab es eine Kritik des zu rigiden Festhaltens an der bestehenden Struktur des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation nach Döpfner et al. (1991) und Englert und Poustka (1998). Ein Experte regte an, sich eher einer „bottom up"-Herangehensweise als einer als einer „top down"-Herangehensweise zu bedienen. Aufgrund der verschiedenartigen zu vergebenden spezifischen Diagnosen im Säuglings- und Kleinkindalter ist das sehr verständlich. Das Spektrum der Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen gibt die Bereiche und Probleme der besonderen hier betrachteten Altersgruppe nicht identisch wieder. Die Störungsbereiche bedienen sich anderer Charakteristika bzw. Schwerpunkte und lassen sich diagnostisch anders einteilen. Die Beschreibung der Inanspruchnahmepopulation 2011 der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin verdeutlicht dieses gut in Tabelle 12 zur Diagnoseverteilung durch die Klassifikationen ICD-10 (MAS) und der DC:0-3R (Kapitel 4.2.1.1/5.2.1.2). Ein Beispiel hierfür sei das typische Störungsbild der Regulationsstörungen in der Altersgruppe null bis fünf Jahre. Dennoch sei zu bedenken, dass die Symptome von Säuglingen und Kleinkindern innerhalb der schon vorgegebenen übergeordneten Störungsbilder/Items eingeordnet sind. Z.B. ist das „Exzessive Schreien" des häufig vorkommenden sog. „Schreibabys" keine eigene Kategorie, sondern beschreibt einen möglichen Zustand des Kindes innerhalb eines operationalisierten vorhandenen Störungsbildes, wie z.B. in diesem Fall unter „Interaktion", „Antrieb und Aufmerksamkeit", „Angststörung", „Somatoforme Störungen", „Affekt- und Stimmungsstörungen" oder „Fütterstörungen". So zeigt die Altersstruktur in der Interpretation der beiden Klassifikationen ICD-10 und DC:0-3R[170] eine Verschiebung der Diagnose. Zu betonen ist aber, dass der Psychopathologische Befund nicht explizit als Diagnostikum gilt, sondern vielmehr Syndrome und Symptome vielschichtig dimensional beschreibt, woraus sich

---

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

[170] siehe Kapitel 5.2.1

dann im Weiteren die Diagnose bilden kann. Aus den Überlegungen der Diskussion der Diagnoseverteilung und der Häufigkeiten heraus ist auch ersichtlich, dass es hier um Aufnahme erweiterter Dimensionen geht. Der Gedanke, ein übergeordnetes symptombasiertes Instrument außerhalb der Klassifikationssysteme und damit unabhängig der diagnostischen Altersstruktur strukturell zu behalten, scheint vorteilhaft.

Weiterhin ist zu bedenken, dass zur Übersicht bzw. zum Verständnis für diese jüngste Altersgruppe als erster Schritt die geläufige Gliederung und Struktur beizubehalten und zu übersetzen förderlich sein kann, um eine größere Sensibilisierung bei den Therapeuten, die mit dem PPB der BADO gewöhnlich umgehen, zu erreichen. Die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie ist ein noch immer recht junger, nicht allerorts fest etablierter Teilbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. So entstand auch die Überlegung, eine alters- und entwicklungsentsprechende Abgrenzung durch Eingliederung in Bekanntes neu zu erfahren. Zusätzlich ist das Umgehen mit der Basisdokumentation durchaus gebräuchlich und stark verbreitet, sodass vorhandene Strukturen anfänglich nützlich für ein erweitertes und weiter wachsendes Verständnis der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie sein können.

Die Spannbreite der Meinungen zu einer adäquaten Alterseinteilung innerhalb der inhomogenen Altersgruppe, war zu groß, sodass an der bisherigen Einteilung festgehalten wurde. Gerade die Verschiedenartigkeit der Wahl der Altersgrenzen besagt, wie differenziert und schwierig es ist, stark entwicklungsdifferenzierte Altersgruppen zusammenzufassen. Aus den Kritiken wurde deutlich, dass sich recht grob doch drei Altersgruppen herauskristallisieren, wie die Säuglinge bis 12 bzw. 18 Monate, die Kleinkinder bis 36 Monate und die Vorschulkinder der Vier- bis Fünfjährigen. Die Bedeutung der Vielschichtigkeit der beginnenden Entwicklung wurde mit aufgenommen und erneut überarbeitet. Innerhalb der jeweiligen zwei Gruppen „S“ und verstärkt bei „K“ wurden, wenn nötig, vermehrt markante Altersangaben binnendifferenziert. So sind die zu erfragenden Operationalisierungen noch mehr an ein relevantes Alter gebunden. Von motorischen Tics z.B. ist ab etwa einem Alter von 48 Monaten die Rede, von vokalen Tics frühestens ab 60 Monaten. Das lautliche Nachahmen von Silben im Dialog z.B. unter „Expressiven Sprachstörungen“ ist ab ca. zehn Monaten auffällig, inkorrekte Formulierungen kurzer Sätze ab ca. 36 Monaten.

Es wurde entschieden, das Säuglingsalter (auch nach Anregung eines Experten) bei der „Empathiestörung“ (1.09) zu streichen. Empathisches Verhalten äußert sich bei Säuglingen, doch ist das Verhalten im Kleinkindalter zunehmend für ein Störungsbewusstsein auffällig und beobachtbar. Der Vorschlag jedoch für eine binnendifferenzierte Operation innerhalb dieses Störungsbereiches wurde aufgenommen, um die Eigenschaften einer möglichen Empathiestörung klarer zu

erfassen. Gleiches wurde für den Störungsbereich „Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/sozialer Kompetenz“ besonders berücksichtigt. Bei weiterer Altersdurchsicht wurde das Säuglingsalter auch unter (1.08) „Distanzgemindert“ und (1.01) „Unkooperativ“ gestrichen. Unkooperativität setzt ein gelerntes prosoziales Verhalten voraussetzt, was sich erst ca. ab dem zweiten Lebensjahr entwickelt. Dagegen wurde unter Störungen des Sprechens und der Sprache bei (5.02) „Expressive Sprachstörung“, bei (5.03) „Rezeptive Sprachstörung“ und bei (5.07) „andere qualitative Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache“ das Säuglingsalter neu dazu gesetzt und mit operationalisierenden Eigenschaften belegt, um für eine frühe Wahrnehmung einer möglichen Störungsentwicklung bzw. eines möglichen Störungsverhaltens der Kommunikation aufmerksam zu sein. Das Hinzufügen des Wortes „Kommunikation“ zum Störungsbild des Sprechens und der Sprache soll nun den großen präverbalen Anteil dieser Altersgruppe betonen. Dieser Anteil zeigt durch das kommunikative Perzeptions- und Expressionsverhalten besonders interaktionalen Charakter und ist mit dem Störungsbereich der Interaktion verbunden, doch dort an dieser Stelle nicht zusätzlich eingefügt.

Für den Störungsbereich 17 „Andere Störungen“ wurden nach den Erfahrungen der Stichprobenuntersuchung und zusätzlich motiviert durch Anraten einer Expertin, die Items (17.02) „Suizidgedanken/Entsagungsideen“ und (17.03) „Geschlechtsidentitätsstörung/sexuelle Störung“ gestrichen. Diese Störungsbilder geben noch keine angemessene Auskunft über ein auffälliges Verhalten wieder. Zusätzlich wurde nach einer Expertenmeinung unter (17.05) „Sexualisiertes Verhalten“ deutlicher entwicklungsgerecht operationalisiert und unter (17.06) „Abnorme Bindung an Objekte“ der Begriff des entwicklungsgerechten „Übergangsobjekt“ mit eingebracht. Dabei wurden die Items für die abnorme Objektbindung noch stärker vom Verhalten zu einem Übergangsobjekt abgegrenzt, um dieses nicht vorschnell störungsbewusst zu betrachten.

Grob zeichnete sich ab, dass innerhalb „K“ das vollendete dritte Lebensjahr mit 36 Monaten ein bedeutender Entwicklungsabschnitt ist, aber auch die Angaben ca. ab 24, 48 oder auch 60 Monaten einem markanten Entwicklungsalter entsprechen. Die Altersangaben sind keine harten Grenzen, sondern sie sind selbstverständlich fließend und kontextbezogen zu sehen. Sie sollen grobe Näherungspunkte sein.

Der Punkt, sich möglichst an „wesentliche Meilensteine“ der Entwicklung zu halten und „noch mehr entwicklungspsychologische relevanter Anmerkungen“ zu geben, wurde nur teilweise mit einbezogen. Kurze wesentliche physio-psychologische Entwicklungsmarker oder Stichworte sind falls nötig erwähnt, wenn z.B. „pathologisches“ Verhalten aus dem Verständnis für ältere Kinder und Jugendliche in der Säuglings- und Kleinkind Altersgruppe eine normale bzw. noch nicht ausreichend entwickelte Phase beschreibt, wie bspw. das sog. Entwicklungsstottern bei

Drei- bis Fünfjährigen, oder auch bei auffälligem Verhalten, was in manchen Entwicklungsphasen zur Entwicklungsaufgabe gehört, wie bspw. die Selbstbehauptung beim sog. Trotzverhalten. Eine entwicklungsphysiologische bzw. -psychologische Einordnung des zu beobachtenden Störungsbildes wurde ausführlich im „Aktuellen Forschungsstand“ u.a. zur Entwicklung des PPB in dieser Arbeit mit berücksichtigt und beschrieben. Sie stellt die Basis und die Voraussetzung des PPB. Eine vermehrte Eingliederung entwicklungspsychologischer Eigenschaften und Entwicklungsstufen bzw. -konzepte würde das Glossar für seinen eigentlichen Zweck überfrachten. Dennoch sei unterstrichen, dass das Wissen um eine differenzierte „übliche“ Entwicklung der recht entwicklungsheterogenen Altersgruppe des Säuglings und Kleinkindes selbstverständlich sein soll, gerade, da es oft eine Gratwanderung ist, Einschätzungen zu formulieren und zwischen Physiologie und Psychopathologie innerhalb des individuellen Entwicklungsstandes des Kindes klar zu unterscheiden. In einer möglichen Abgrenzung zur Störungsanfälligkeit und zum Pathologischen ist die Kenntnis der physiologischen und psychologischen Entwicklung unumgänglich vorausgesetzt.

Der Wunsch nach einer zusätzlichen Beziehungs- und Situationsbewertung wurde nicht umgesetzt. Von vornherein war der Gedanke vorherrschend, dass der geschulte und erfahrene untersuchende Therapeut die Ganzheitlichkeit der Situation, die Beziehung zur Bezugsperson und zum Untersucher selbst und die Einschätzung der berichtenden Bezugsperson in dem Moment aufnehmen und bewerten soll. Das ist sicherlich eine Herausforderung für den Untersucher, bündelt jedoch viele Blickrichtungen, die natürlich nicht in dem Zeitpunkt der Untersuchung außen vor gelassen werden sollen. Des Weiteren wird das Beziehungssystem Eltern/Bezugsperson zum Kind in der Diagnostik durch die zweite Achse des Klassifikationssystems der DC:0-3R, der PIR-GAS beschrieben. Diese Informationen sind weiterer Teil der Erstdiagnostik und resultieren aus der breiten Symptombefragung mittels Psychopathologischem Befund und weiterer anamnestischer Untersuchung. Auch das Multiaxiale Klassifikationssystem der ICD-10 beschreibt auf den Achsen fünf und sechs mögliche assoziierte aktuelle abnorme psychosozialen Umstände, wie z.B. abnorme intrafamiliäre Beziehungen, psychische Störungen der Eltern, inadäquate verzerrte Kommunikation innerhalb der Familie, abnorme Erziehungsbedingungen oder auch belastenden Lebensereignisse sowie soziale, gesellschaftliche Belastungsfaktoren und ihre globale Beurteilung des psychosoziale Funktionsniveaus.

Obwohl der anamnestische Blick gerade in diesem „abhängigen“ vulnerablen Entwicklungsalter das dyadische bzw. das triadische Verhältnis von Mutter/Vater/Kind bzw. seiner direkten Bezugsperson beobachten und beurteilen sollte, ist der Psychopathologische Befund vordergründig und hauptsächlich ganz auf das Kind fokussiert. Eine mögliche Einschätzung der Beziehungs-

qualität kann sich teilweise in den Unteritems des PPB, wie bspw. „Reaktion auf Kontaktangebote durch bekannte/fremde Personen mit Missmut, Gleichgültigkeit, Widerstand, z.T. Gereiztheit, Aggressivität“, „Mangelnder (Blick-)Kontakt, kein responsables Lächeln“ oder „Streben nach Aufmerksamkeit durch herausgestelltes Verhalten bzw. Aktionen“ verstecken. Eine eigene ausführliche psychosoziale Anamnese möge diesen mit Hintergrundinformationen untermauern, da das Kind nicht ohne die Eltern bzw. die primäre Bezugsperson zu betrachten ist. Anzumerken ist, dass eine ausführliche soziodemographische Dokumentation inklusive Sozial- und Beziehungsstatus der Eltern/primären Bezugspersonen im ersten Teil der Basisdokumentation festgehalten wird. Dazu gibt der zweite Teil ergänzende Anamnesedokumentationen an, wie bzw. Informationen zu Schwangerschaft und Geburt (auch über den Zustand der Mutter), Entwicklung des Kindes, Kindergarten, familiäre Beziehungsstrukturen und Belastungsfaktoren. Viele psychosoziale Umstände können mit psychischen Entwicklungsstörungen assoziiert sein und diese begünstigen (vgl. Skovgaard et al., 2007; 2008).[171] So ist es natürlich wesentlich, diese eigens zu bemerken und separat festzuhalten.

Der Experten-Vorschlag einer eigenen Itembeschreibung für Intelligenzgeminderte würde für diesen Psychopathologischen Befund den Rahmen sprengen. Wie mit der Beziehungsbeschreibung ist die Beschreibung der Intelligenz auf der dritten Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10 notiert. Die Intelligenztestung ist wichtiger Bestandteil der Erstdiagnostik. Dazu ist die adaptierte Fassung auch bei Kindern mit Intelligenzminderung anzuwenden, was in diesem Fall höchstwahrscheinlich in höhere eindeutige Kodierungen münden wird und eine Psychopathologie wahrscheinlicher machen würde. Das Wissen um eine geminderte Intelligenz lässt die höhere Kodierung interpretieren und besser einordnen.

Die Wortwahl in der Adaptation wurde von einem Experten teilweise als sehr wertend und pathologisierend angesehen. Ausgehend war die Absicht, Wesentliches und Markantes zu fokussieren und direkt anzusprechen, da es um Psychopathologien geht und diese erfassen soll. Bei der Stichprobenuntersuchung war merkbar, dass diese Direktheit in manchen Untersuchungssituationen nicht angebracht und es eher schwierig war, damit vor den Eltern sehr störungsbewusst zu fragen und offensichtlich einzuordnen. Dieses forderte vom Untersucher schnelles Umdenken und Flexibilität in der Formulierung der Exploration, was ab und an zu „komplizierteren Rückschlüssen“ führen konnte. Ein „positives“ Ausdrücken der Exploration (also entgegen des Patho-

[171] Z.B. ist eine ungewollte Schwangerschaft und eine negative Einstellung der Eltern zu ihrem Kind in den ersten Lebensmonaten signifikante Prädiktoren für eine gestörter Eltern-Kind-Beziehung im Alter von eineinhalb Jahren des Kindes (Skovgaard et al., 2008). Sprachentwicklungsstörungen beim Kind korrelieren mit dem Schulabschluss der Mutter (Sachse, 2007). Kinder von psychisch kranken Eltern zeigen ein deutlich höheres Risiko für psychische Störungen (KiGGS, 2008; von Gontard, 2010).

logischen) mit eindeutiger „Zustimmung“ zwingt auch eine entsprechend niedrigere Bewertung auf der Likertskala. Eine sonstige „Zustimmung“ der gemeinten Pathologie fordert eine höhere Kodierung. Das Hauptaugenmerk auf das Pathologische zu richten wurde gelassen, auch in der Exploration. Dabei wurde jedoch im Hinblick auf eine mögliche Wertung in Ausdruck und Wortwahl erneut die Exploration überdacht und vereinzelt überarbeitet. Z.B. wurde „unangemessenes Reagieren auf fremde Leute“ in „häufiges Ansprechen fremder Leute“ verändert, was dazu noch einen Mehrwert hat, da die „Unangemessenheit“ etwas mehr definierenden Charakter gewinnt.

Weitere fachliche und inhaltliche Anregungen sind überdacht und neu eingepflegt worden. So ist das Toilettenverweigerungssyndrom mit aufgenommen worden und geht in den Bereich des oppositionell-verweigernden Verhaltens (2.02) unter Sozialstörung mit ein.

Innerhalb des Störungsbildes der Psychomotorik werden Jaktationen neu erwähnt und unter „andere Störungen der Psychomotorik“ (4.05) eingegliedert. Jaktationen beschreiben gerade als eine weitere Differenzierung die Gratwanderung zwischen entwicklungsphysiologischen und -pathologischen Verhaltensweisen, was für den sensiblen Untersucher wichtig ist, um sie zu beobachten und möglichst gut in Abgrenzung zu syndromhaften, stereotypischen motorischen Störungsbildern einordnen zu können.

Ein Experte schenkte dem Spielverhalten mehr Aufmerksamkeit. Er regte an, diese wesentliche Verhaltensäußerung des Kindes aufzunehmen. Dem Spielverhalten eine eigenständige Kategorie zu geben, wurde nicht generell für sinnvoll erachtet. Das Spielverhalten beschreibt kein selbstständiges Störungsbild, sondern ist Indikator dafür, dieses durch eine dem Kind ganz eigene typische Funktion des Spielens besser wahrzunehmen und zu verstehen. Die Überlegungen waren, dabei zu bleiben, die verschiedenen auffälligen Charakteristika des Spielverhaltens des Säuglings bzw. eher des Kleinkindes den bereits vorhandenen Störungsbereichen unterzuordnen. Das veranlasste, wesentliche Aspekte des Spielverhaltens in Korrelation des sozialen, kognitiven Entwicklungsalters als markante Exploration neu zu beschreiben und zu operationalisieren. Die Explorationen wurden erneut daraufhin betrachtet und ggf. wurden Ergänzungen vorgenommen, wie z.B. das Ausüben des sozialen Rollenspiels als wichtige Eigenschaft in der Entwicklung einer sozialen Kompetenz (1.10) und das „Als-ob-Spiel“ als eine Ausdrucksart, die die empathischen Qualitäten des Kindes unter „Empathiestörung“ (1.09) beschreibt sowie auch das Verhalten in Regelspielen bei „Sozialstörungen“ (2.07) und unter „andere qualitative Störungen des Sprechens und der Sprache“ (5.07) das Imitationsspiel im Baby-Talk mit Säuglingen.

Das neu aufgenommene Störungsbild „Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“ (1.11) wurde einstimmig sehr positiv als weiterer Unterpunkt angenommen. Dabei kam die Anregung von zwei Experten, mehr auf eine genauere Beschreibung von Reiz, Auslöser und Reaktion einzugehen. Da die Regulationsstörungen ein sehr mehrdimensionales Störungsbild beschreiben mit Problemen des Schlafens, des Essens (bzw. Fütterns), des Schreiens, des aggressiven oppositionellen Trotzverhaltens, chronischer Unruhe, exzessiven Klammerns, Freud- und Interessenlosigkeit und Kummer sowie Spielunlust etc. fiel die Entscheidung, die differenzierten Symptome weiterhin den einzelnen Störungsbildern und Items wie z.B. siehe unter Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, Sozialstörungen oder Ess- bzw. Fütterstörungen und Affektstörungen (siehe Dormann, vsl. 2013) zuzuordnen und zu operationalisieren. Die Neuaufnahme des Items „Mangel an Fähigkeit zur Selbstregulation“ (1.11) soll eine erste Einschätzung und einen Überblick bringen, sich des typischen Störungsbildes (mit der Diagnose Regulationsstörung) der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie zu nähern und zu sensibilisieren. In der Version 1.0 der Adaptation wurde die Differenzierung der Subtypen nach der DC:0-3R zur Übersicht mit aufgenommen.

Die Idee der Kurzform analog der in heutiger Auflage bestehenden Form des PPB für Kinder und Jugendliche (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005), fand auch bei den Experten eine sehr geteilte Meinung. Im Laufe der Adaptation hat sich der Eindruck gestärkt, dass eine Kurzform inhaltlich im wahrsten Sinn zu kurz gedacht ist. Eine ökonomische Kurzform suggeriert gerne eine höhere Praktikabilität im zeitlimitierten Klinikalltag. Doch der hier immer wieder betont entwicklungsspezifischen Altersgruppe würde diese nicht gerecht werden. Im Glossar liegt die Differenzierung von Alter und Verhalten gerade in der Exploration, die in einer Kurzform nicht vorkommen würde. Der Sinn dieser alters- und entwicklungsgerechten Adaptation würde verblassen. (Eine sog. Kurzform lässt sich zunächst nur individuell in der eigenen Arbeitsroutine des Untersuchers mit und nach einem kontinuierlichen geläufigen Procedere der Untersuchung in dieser Altersgruppe erstellen). Die Kurzform setzt das fundierte und differenzierte Wissen um Säuglings- und Kleinkindpsychopathologien voraus. Dieses hat sich noch nicht gänzlich etabliert und ist noch keine routinierte Praxis geworden. Deshalb und um gerade zu Beginn der Adaptation möglichst genau, differenziert und sensibel heranzugehen, soll zunächst die Langform des PPB (Döpfner et al., 1991) Pate stehen. Ähnliches wurde für eine Kurzform des PPB für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) diskutiert: Die Kurzfassung des PPB System kann die differenzierte Beurteilung anhand der Langform jedoch sicher nicht ersetzen, da eine Vielzahl von teilweise auch sehr unterschiedlichen psychopathologischen Merkmalen in den jeweiligen Störungsbereichen zusammengefasst sind (Wolff Metter-

nich et al., 1999). Eine Analogie der Kurzfassung des PPB von Englert und Poustka (1998) ist zum derzeitigen Stand (noch) nicht gegeben. Mit einem ausführlichen Glossar und Explorationsleitfaden mit operationalisierten psychopathologischen Merkmalen lässt sich das Thema der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie weiter sensibilisieren und etablieren.

5.2.4 Externe Validität

Die Child Behavior Checklist CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) diente als Außenkriterium zur ersten Einschätzung der Machbarkeit und Untersuchung der Validität der Arbeitsversion des adaptierten PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter. Aufgrund der festgelegten und validierten Altersvorgabe der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000), psychopathologische Eigenschaften bei Kleinkindern von 19 bis 60 Monaten zu bewerten, gilt diese vergleichende externe Validierung allein der Gruppe der hier untersuchten Kleinkinder. Das gesamte Altersspektrum null bis fünf Jahre des adaptierten PPB ließ sich nicht gänzlich vergleichend abdecken. Die Psychopathologie der Gruppe der Säuglinge konnte durch die CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) aufgrund ihrer evaluierten Altersbegrenzung nicht überprüft werden. Sie ist mit diesem Außenkriterium nicht mit eingeschlossen. Dem Säuglingsalter galt für das festgelegte Untersuchungsprocedere kein ausreichend valides existierendes entsprechendes Vergleichsinstrument. So ist die erste Validierung für das Säuglingsalter nicht quantitativ, sondern ausschließlich qualitativ durch die erhobene Expertenmeinung vorgenommen worden.

Zu bemerken ist, dass die hier aufgenommene CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) ein Elternfragebogen ist und somit allein deren Einschätzung über ihr Kind erhoben wird. Der PPB jedoch verknüpft diesen Blickwinkel mit dem des unabhängigen untersuchenden Experten, der wiederum die Aussagen der involvierten Eltern in Kombination mit dem Erleben des Kindes möglicherweise anders gewichten und einordnen kann. In der Gesamtschau werden diese unterschiedlich qualifizierten Standpunkte vernachlässigt.

Die Vergleichbarkeit der Instrumente der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) und des adaptierten PPB ist durch die o.g. unterschiedliche Struktur (Kapitel 3.1.2.4/4.2.4) nur bedingt differenziert analysierbar. Nicht alle Störungsbilder des PPB sind mit den Skalen der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) homogen und klar auf dieser Ebene miteinander vergleichbar. Nur drei Störungsbereiche[172] der gesamten Adaptation lassen sich passend auf die CBCL-Skalen zuordnen. Dieses zeigt einen Kritikpunkt für eine differenzierte, störungsspezifische Auswertung. Beide Instrumente beschreiben eine breite Übersicht der Entwicklungspsychopathologie im

[172] Angststörungen (Anxiety Problems), Affekt- und Stimmungsstörungen (Affective Problems) und Somatoforme Störungen (Somatic Complaints and Sleep Problems) (vgl. Dormann, vsl. 2013).

Kleinkindalter. So ist jedoch die Möglichkeit allgemein gegeben, die Gesamtheit der Items der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder vergleichend zur Version des PPB nach Englert und Poustka (1998) mit der validen CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) zu korrelieren.

Die Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zeigt in Korrelation zur CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) auf der Schwelle zu sehr guter Signifikanz eine durchaus höhere Signifikanz als in der Anwendung des PPB nach Englert und Poustka (1998) mit derselben Altersgruppe. Das Signifikanzniveau ist durch die Adaptation des PPB deutlich verbessert. Die jeweils recht hohe Signifikanz kann zusätzlich durch die Mittelwerte der Rohwertergebnisse provoziert worden sein. Dadurch sind starke Abweichungen in den Werten ausgeglichen und das Signifikanzniveau steigt. Trotz struktureller binnendifferenzierter präziser Vergleichsschwierigkeiten lässt sich in der Gesamtheit der psychopathologischen Merkmale die erste Überprüfung der externen Validität der Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter durch ein validiertes Standardinstrument für die Gruppe der Kleinkinder mit deutlich signifikanten Resultaten festhalten.

Besonders bei der statistischen Analyse kleiner Stichproben lässt sich Kendalls (τ) als Rangkorrelationskoeffizient anwenden. Die treffendste Größe einer Stichprobe liegt nach Bortz und Lienert bei 30,5, also etwa bei 31 Teilnehmern (Bortz, Lienert, 2008). So ist der Stichprobenumfang durch die in dieser Arbeit untersuchten 31 Kleinkinder optimal angezeigt.

Das Ergebnis zeigt eine deutlich positive Tendenz in der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder in Korrelation zur CBCL (1½-5).

5.3 Revision der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder zur Version 1.0

Der inhaltlich gewonnene Erfahrungshorizont und die Diskussion um die statistischen Ergebnisse der Machbarkeitsstudie bringen eine weitere Ebene der Auseinandersetzung. Erneut stellt sich die Frage, ob die Symptome zu diesem Zeitpunkt in nun größerem Blickwinkel weiterhin adäquat und repräsentativ für die beschriebene Altersgruppe zu beurteilen bzw. einzuordnen sind. Waren die beobachteten psychopathologischen inhaltlichen Aspekte ausgewogen und „vollständig“ differenziert erfasst und erklärt? Das Hauptaugenmerk sei der Inhaltsvalidität gewidmet. Dieser Kernbereich wird nach Stieglitz (2008) oft vernachlässigt, ist jedoch von zentraler Bedeutung. Es gilt zu prüfen, ob alle Facetten des Konstrukts (hier: Störungsbild/Item bzw. Unteritem/Exploration) abgebildet sowie irrelevante Inhalte vermieden worden sind (Stieglitz, 2008).

Gewährleistung dessen zeigt eine Kriterien-Generierung psychopathologischer Eigenschaften mittels klinischer Beobachtungen, Forschungsergebnissen, Expertenmeinungen oder eine Kombination aus allen dreien (Stieglitz, 2008).

Die Überlegungen um eine hervorragende Reliabilität im Verhältnis zu einer nun weiter zu differenzierenden Inhaltsvalidität führten zur Entscheidung, trotz statistisch signifikanter Ergebnisse eine inhaltliche Überarbeitung in einer Revisionsfassung vorzunehmen. Auch lassen die überwiegend gewerteten Beurteilungen der Störungsbilder des PPB (Kapitel 5.2.1.3) eine weiter sehr differenzierte Merkmalsbeschreibung zusätzlich herausfordern (vgl. Fußnote 164).

Die Validität ist abhängig von der (bestmöglichen) Operationalisierung psychopathologischer Merkmale. Die Reliabilität ist lediglich eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Validität. Ob eine Beurteilungsskala das erfasst, was sie erfassen soll, wird durch den Nachweis der Genauigkeit der Erfassung nicht berührt (Bortz, Döring, 2006); methodisch gilt als wichtigster Schritt der Grundstein der Inhaltsvalidität als wichtigstes Gütekriterium. Größtes Risiko bei Studien ist es, sich mehr auf die Methodik als auf relevante Fragen zu konzentrieren (Bortz, Döring, 2006).

Annahme ist, dass eine inhaltliche Überarbeitung mit teilweise vermehrter sowie (alters-)differenzierter Operationalisierung in der Exploration der Items die Sensitivität sowie die Aussagekraft für Psychopathologien im Säuglings- und Kleinkindalter sowohl beim Untersucher als auch folgend für die Einschätzung des Patienten steigert.

Die Expertenmeinungen setzten einige Impulse. Inhaltliche Erweiterungen speziell für das Toilettenverweigerungssyndrom, das Spielverhalten, eine differenziertere Gliederung der Regulationsstörungen und die Einordnung von Jaktationen wurden eingearbeitet (Kapitel 5.2.3). Berücksichtigt wurde der Wunsch einiger Experten, noch mehr für jüngere Kleinkinder bzw. Säuglinge anzuzeigen und die Operationalisierungen zu spezifizieren (Kapitel 5.2.3). Da die Gruppe der Säuglinge außer der qualitativen inhaltlichen Validität statistisch mit der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) kein entsprechendes Außenkriterium fand, wurde dieses besonders berücksichtigt. Die Altersdifferenzierung wurde soweit möglich weiter geschärft. Durch Expertenanraten wurde die Absicht verstärkt, mehr Entwicklungsaspekte mit einzubeziehen. Aufgrund einer häufigen Gratwanderung zwischen Entwicklungspsychopathologie und -physiologie in dieser sehr entwicklungsdifferenzierten Altersgruppe, wurden teilweise zusätzlich kurze markante (psychophysiologischen) Entwicklungsinformationen gegeben, jedoch keine ausführliche Entwicklungseinordnung (Kapitel 5.2.3).

Fazit aus der Diskussion ist, eine gezielte vertiefte, inhaltliche Differenzierung einzelner Items bzw. Operationalisierungen von psychopathologischen Merkmalen vorzunehmen.

6 Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der entwicklungsgerechten Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter.

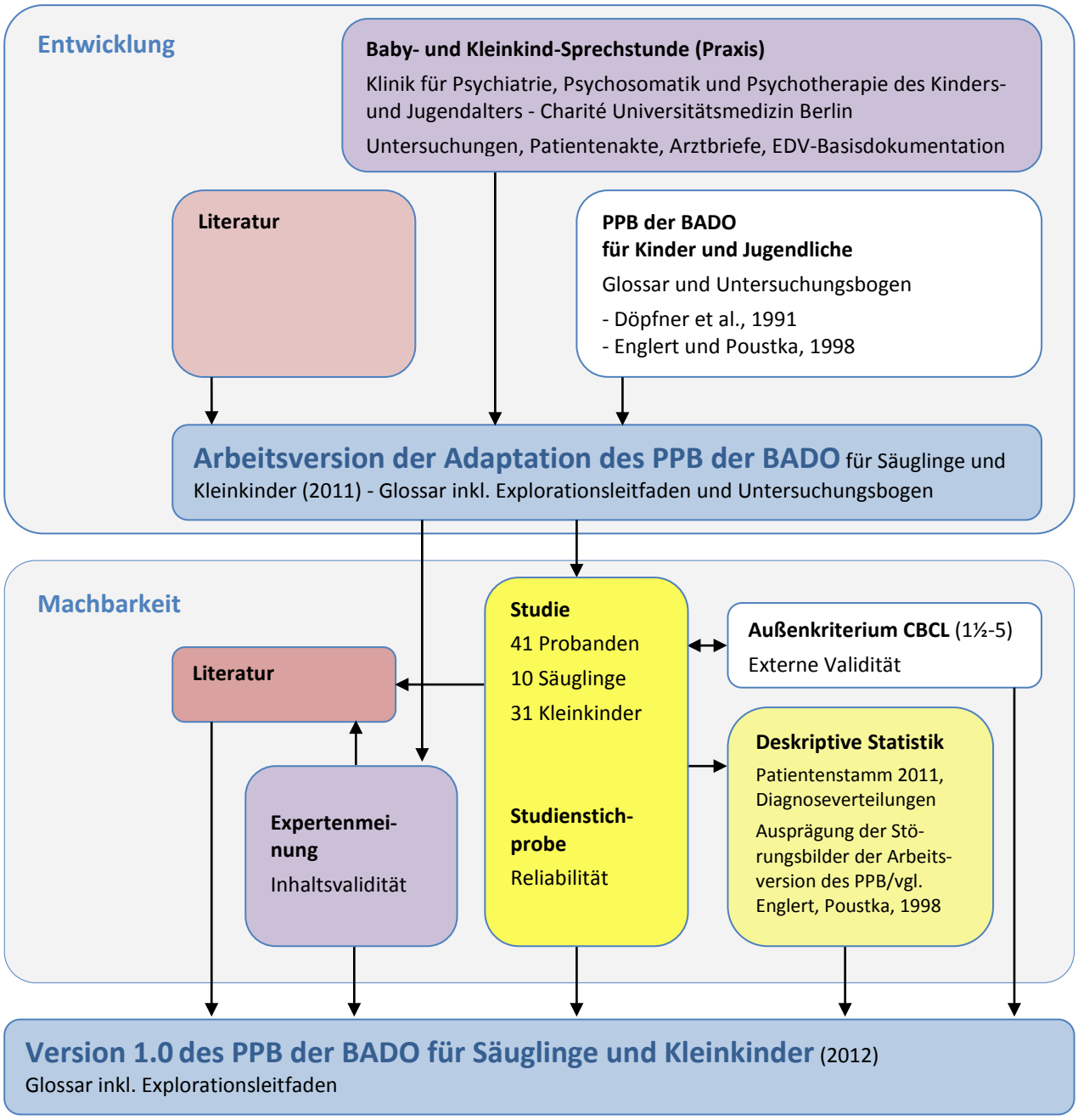


Abbildung 8: Orientierende graphische Darstellung des Procedere der Entwicklung und Machbarkeit der Adaptation des PPB der BADO an das Säuglings- und Kleinkindalter.

Es fehlt in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie in Praxis und Klinik für das breite Feld des Qualitätsmanagements, der Forschung und im weiteren Sinne auch darüber hinaus einer mehrdimensionalen Diagnostik ein vergleichbares aussagekräftiges Instrument, das sich praktikabel an gegebene Strukturen anpassen lässt. Schwerpunkt dieser Arbeit war daher die altersgerechte Adaptation des PPB der BADO für Säuglinge und Kleinkinder mit den Störungsbildern der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache. Den zweiten Teil der Adaptation mit den Störungsbildern der Emotionalität, der Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens zeigt die Arbeit von Dormann (vsl. 2013). Die vorliegende Arbeit schildert die Entwicklung der Version 1.0 des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation für Säuglinge und Kleinkinder anhand einer Machbarkeitsanalyse der zuvor entwickelten Arbeitsversion des PPB für die entsprechende Altersgruppe.

Die Entwicklung der Arbeitsversion der vorgenommenen Adaptation des PPB basierte auf den vielfältigen Erfahrungen der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Sie galt der Generierung von entwicklungsdifferenzierten psychopathologischen Merkmalen, die ein vorhandenes Störungsbild möglichst exakt und umfassend beschreiben und sich an den Meilensteinen bzw. den Grenzsteinen der Entwicklung orientieren. Die Items wurden altersgerecht erklärt und in den Unteritems der Exploration operationalisiert. Strukturelle Grundlage der Adaptation war der vorhandene, in sehr vielen Kliniken implementierte PPB der BADO für Kinder und Jugendliche nach Englert und Poustka (1998) mit dem Glossar von Döpfner et al. (1991).

Die Machbarkeit dieser ersten Arbeitsversion wurde in Untersuchungen anhand einer risikoangereicherten homogenen Stichprobe von 41 Patienten einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation aus drei Quartalen der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Charité-Universitätsmedizin Berlin analysiert. Die Studie zeigte in der Methodenauswahl und -durchführung eine Transparenz, die für die psychometrischen angewandten Haupt- und Gütekriterien der statistischen Evaluation durchweg positiv zu bewertende Ergebnisse brachte. Das Altersspektrum der Studienteilnehmer war repräsentativ, die Diagnoseverteilung altersentsprechend relevant. Die Häufigkeitsverteilung der Störungsbereiche mit ihren Items zeigte, dass erst durch die altersgerechte Adaptation an das Säuglings- und Kleinkindalter die Möglichkeit besteht, den PPB vollständig für diese Altersgruppe angemessen und entwicklungsdifferenziert zu beurteilen. Objektivität konnte anhand hoch signifikanter Werte der Interrater-Reliabilität gezeigt werden. Die Unabhängigkeit der Durchführung, Auswertung und Interpretation vom Untersucher in der Untersuchungssituation

(Neutralität) war durch die festgelegten Operationalisierungen der zu erfragenden Störungsbilder sowie durch den festgelegten Ablauf der Untersuchung angezeigt. Die Reliabilität ist durch exzellente Werte der internen Konsistenz gegeben und beschreibt ein hoch solides strukturelles Maß der Zuverlässigkeit der Messmethode. Eine externe Validierung konnte durch die Korrelation mit der CBCL (1½-5) (Achenbach, Rescorla, 2000) durchgeführt werden. Für die Kleinkinder zeigte sich dabei im Vergleich der „Total-Score“ der Adaptation des PPB und des PPB nach Englert und Poustka (1998) ein deutlich besseres Signifikanzniveau für die Adaptation für Säuglinge und Kleinkinder. Für die Gruppe der Säuglinge ließ sich allein die Expertenmeinung als inhaltliche Validierung heranziehen, die für die Kleinkinder ebenfalls gegeben war, bei der die qualitative Resonanz jeweils überwiegend positiv ausfiel.

Insgesamt ist daraus zu folgern, dass die Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder in den ersten inhaltlichen und statistischen Ergebnissen der in dieser Arbeit untersuchten Störungsbereiche ein aussagekräftiges neu entwickeltes Instrument ist.

Die Entwicklung und Machbarkeit der Adaptation des PPB der BADO (Döpfner et al., 1991; Englert, Poustka, 1998) an das Säuglings- und Kleinkindalter mündete in der Version 1.0. Es entstand ein umfangreiches entwicklungsdifferenziertes und aussagekräftiges Glossar zum bestehenden PPB der BADO in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache. Kleine markante physiopsychologische Entwicklungsmerkmale wurden zur Einordnung an geeigneter Stelle mit erwähnt. Die Gratwanderung der Entwicklung von Psychopathologien dieser entwicklungsheterogenen Altersgruppe ist angezeigt. Sie soll die Sensibilität für die Beobachtung schärfen, um eine möglichst fundierte differenzierte Beurteilungssicht zu gewährleisten. Das Glossar ist aufklärend und soll ein richtungsweisendes Resultat bringen. Sind besondere psychopathologische Häufigkeiten (in einem Bereich) zu finden, sind diese mit einem spezifischen Instrument weiter abzuklären; ist die Ausprägung als nicht behandlungsbedürftig eingestuft, sollte eine sensible Beobachtung kontinuierlich möglich sein.

Die anwendungsbezogenen Kriterien zeigen eine klare Durchführungsstruktur mit Einbindung in vorhandene „Normen“. Das neu entwickelte Glossar ist inhaltlich und strukturell mit dem bestehenden PPB der BADO (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005) anwendbar, um Psychopathologien der Null- bis Fünfjährigen aussagekräftig einschätzen zu können. Der PPB hat sich in der klinischen Anwendung bewährt (Döpfner et al., 1997). Er ergänzt die kategoriale Diagnostik nach der ICD-10 und nun mit der Version 1.0 für Säuglinge und Kleinkinder auch auf der Basis der DC:0-3R und erlaubt eine Einschätzung auf Symptomebene sowie eine dimensionale Beschreibung psychischer Auffälligkeiten im klinischen Urteil. Daher gewinnt er an Praktikabilität für den Einsatz in Praxis und Klinik. Die Praktikabilität bezieht sich in erster Li-

nie auf die entwicklungsgerechte Beurteilung. Eine gewünschte Zeitökonomie durch eine ähnliche Kurzfassung (vgl. Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005) brächte zunächst keinen qualitativen Informationszuwachs und ist zu dieser Zeit aufgrund des recht jungen spezialisierten Gebietes der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie noch nicht gegeben.

Zusätzlich gewinnt die Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder durch die wachsende Bedeutung der Basisdokumentation für eine systematische Vergleichbarkeit als Evaluationsinstrument an Aktualität. Mit der schrittweisen Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeldsystems in der Psychiatrie ab dem Jahr 2013 ist ein Qualitätsmanagement zunehmend gefordert. So kann die Basisdokumentation nun aussagekräftig als Qualitätssicherung auch in der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie angewendet werden.

Diese Arbeit geht dem deutlichen klinischen Bedarf nach, einer altersgerechten Adaptation des PPB der BADO für Säuglinge und Kleinkinder gerecht zu werden. Mit der Arbeitsversion und der Revision (Version 1.0) des PPB für Säuglinge und Kleinkinder ist ein erster Schritt einer vollständigen Validierung getan, entsprechend einer Voraussetzung für eine weitergehende fundierte, neue Evaluationsstufe. Das hier entwickelte alters- und entwicklungsadäquate Glossar[173] mit Explorationsleitfaden schließt eine Lücke. Der PPB der BADO für Säuglinge und Kleinkinder ist ein neues Instrument und lässt sich in die klinische Praxis als Zusatz an die Basisdokumentation implementieren und nutzen.

7 Ausblick

Mit einer ausführlichen inhaltlichen Entwicklung der Version 1.0 des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (Glossar mit Explorationsleitfaden) auf der Grundlage der Machbarkeitsstudie mit ersten signifikanten objektiven, reliablen und inhaltsvaliden Auswertungen der Arbeitsversion ist ein wesentlicher Grundstein für einen weiteren Prozess einer fundierten Evaluation in einer neuen ausführlichen Phase der Validierung gelegt. Eine neue Evaluationsstufe sollte anhand einer wesentlich größeren Patienten-Stichprobe (mind. N größer 100) mit unterschiedlichen Untersuchern in voneinander unabhängigen Situationen vorgenommen werden. Die erneute psychometrische Überprüfung sollte nun auch mit einer statistischen Analyse der (Unter-)Items mit Faktorenanalyse und u.a. Homogenität, Dimensionalität und Trennschäfte einhergehen. Nach der Testentwicklung von Bühner (2010) (Kapitel 3.1) folgt nun die Weiterentwicklung ab Stufe sechs. Das Ergebnis wäre als Extrakt des Glossars mit Explorationsleitfaden ein differenzierter,

[173] Inklusive Teil II mit den Störungsbereichen der Emotionalität, der Wahrnehmung und des körperlichen Empfindens (Dormann, vsl. 2013).

aussagekräftiger Untersuchungsbogen (vergleichbar mit dem der Arbeitsversion) mit prägnanten operationalisierten Items als fest definierte Exploration. Das Ziel ist ein neuer validierter Untersuchungsbogen für Psychopathologien von Säuglingen und Kleinkindern auf der Grundlage der bestehenden Struktur des PPB der Basisdokumentation (Englert, Poustka, 1998), was eine zukünftige Implementierung höchst praktikabel erscheinen lässt. Entgegen einer bisher für diese Altersgruppe nicht aussagekräftigen Kurzform analog des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 2005) wäre dieser Untersuchungsbogen eine gewinnbringende „Alternative“. Eine Ebene „tiefer“, also auf der Explorationsebene würde diese Untersuchung definitive Ausprägungen für ein Item und dann für ein Störungsbild anzeigen.

8 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000): CBCL 1½-5 und C-TRF Profiles, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Airenti, G., Angeleri, S. (2011): Situation-sensitive use of insincerity: Pathways to communication in young children. British Journal of Developmental Psychology, 29, 765-782.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Asarnow, J. R., Karatekin, C. (2001): Neurobehavioral perspective, in: Remschmidt, H. (Hrsg). Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge, Cambridge University Press: 135-161.

Asperger, H. (1944): Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117: 76-136.

Bachmann, C., Vloet, T. D. (2011): Neues zu Störungen des Sozialverhaltens. New developments in conduct disorder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39 (1): 5-7.

Bamler, V., Werner, J., Wustmann, C. (2010): Lehrbuch Kindheitsforschung, Grundlagen, Zugänge und Methoden. München, Weinheim, Juventa.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., Drew, A., Doehring, P. (2000): Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). Journal of the Royal Society of Medicine, 93 (10): 521-525.

Baron-Cohen, S. (2001): Theory of mind and autism: A review. International Review of Research in Mental Retardation, 23: 169-184.

Bischof-Köhler, D. (1989): Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern, Huber.

Bischof-Köhler, D. (2000): Empathie, prosoziales Verhalten und Bindungsqualität bei Zweijährigen. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 47: 142-158.

Bischof-Köhler, D. (2009): Empathie, Mitgefühl und Grausamkeit und wie sie zusammenhängen. Psychotherapie, 14 (1): 52-57. München, CIP Medien.

Bischof-Köhler, D. (2012): Empathy and self-recognition in phylogenetic and ontogenetic perspective. Emotion Review 4 (1): 40-48.

Blech, J. (2013): Wahnsinn wird normal. Der Spiegel (4): 111-119.

Blanz, B., Schneider, S. (2008): Angststörungen, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 744-770.

Blum, N. J., Taubman, B., Nehmet, N. (2004): Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associates with later training. Journal of Pediatrics, 145 (1):107-111.

Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozial- und Humanwissenschaftler, 4. Auflage. Berlin, Springer.

Bortz J., Lienert, G. A. (2008): Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben, 3. Auflage. Berlin, Springer.

Braun, O. (2006): Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik, Therapie, Förderung, 3. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer.

Bühner, M. (2010): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, 3. Auflage. München, Pearson Studium.

Bürgin, D., Steck, B. (2007): Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörung). Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56 (4): 310-332.

Bundesgesetzblatt (2012): Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeldsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeldgesetz-PsychEntgG) vom 21. 7. 2012. Teil I Nr. 35, ausgegeben zu Bonn. 25. Juli 2012, S. 1635.

Bundesministerium der Justiz: Recht/Gesetze im Internet: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137.html, letzter Aufruf 28.2.2013.

Burton, P., Wells, J. C., Kennedy, K., Nicholl, R., Khakoo, A., Fewtrell, M. S. (2011): Association between infant correlates of impulsivity-surgency (extraversion) - and early infant growth. Appetite, 57 (2): 504-509.

Carpenter, M., Nagell, K., Tomasello, M. (1998): Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. Monographs of the Society for Research in Child Development, 63 (4): i-vi, 1-143.

Cath, D .C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., Czernecki, V., Robertson, M. M., Martino, D., Munchau, A., Rizzo, R., ESSTS Guidelines Group (2011): European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: Assessment. European Child and Adolescent Psychiatry, 20 (4): 155-171.

Christian, R. E., Frick, P. J., Hill, N. L., Tyler, L., Frazer, D. R. (1997): Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (2): 233-241.

Cierpka, M. (2012): Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin, Springer.

Coplan, J. (1996): Normal Speech and Language Development: An Overview. Pediatrics in Review, 16 (3): 91-100.

Coie, J. D., Dodge, K. A. (1998): Aggression and antisocial behavior, in: Damon, W., Eisenberg, N.: Handbook of child psychology. Volume 3. Social, emotional and personality development. 5. Auflage, New York, Wiley: 779-862.

Crick, N. R., Casas, J. F., Mosher, M. (1997): Relational and overt aggression in preschool. Developmental Psychology, 33 (4): 579-588.

Dacheneder, W. (2008): Psychologische Beurteilung und Grundsätze der Betreuung, in: Straßburg, H.-M., Dacheneder, W., Kreß, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern, Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung, 4. Auflage. München, Elsevier, Urban & Fischer: 218-234.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. überarbeitete Auflage. Köln, Deutscher Ärzte Verlag: 167-178, 239-254, 319-325, 357-378, 379-391.

Deutscher Bundestag (2012): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeldsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. 17. Wahlperiode, Drucksache 17/8986. 14.03.2012.

Diehl, M. (2012): ADHS-Horizonte. Klinische Praxis im Dialog, Berlin 3.- 4. Februar 2012. Supplement im Kinder- und Jugendarzt 43 (5).

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Auflage. Bern, Hans Huber.

Dormann, V. C. (vsl., 2013): Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Störungsbereichen der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfindens. „Zwillings“-Doktorarbeit des Adaptationsprojektes, Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Steinhausen, H. C., von Aster, M. (1991): Glossar zur Dokumentation des Psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen. Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund. 4. Revision. Köln.

Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W., Englert, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F., Steinhausen, H.-C. (1997): Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46 (8): 548-565.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R., Frölich, J. (2007): Leitlinien der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Hyperkinetische Störungen. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/019.

Du, J. C., Chiu, T. F., Lee, K. M., Wu, H. L., Yang, Y. C., Hsu, S. Y., Sun, C. S., Hwang, B., Leckman, J. F. (2010): Tourette syndrome in children: An updated review. Pediatrics and Neonatology, 51 (5): 255-264.

DSM-IV-TR (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision. Deutsche Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houbon, I.. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.

Egger, H. L., Angold, A. (2006): Common emotional and behavioral disorders in preschool children. Presentation, nosology and epidemiology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47 (3/4): 313-337.

Eisenberg, N. (2000): Emotion, regulation, and moral development. Annual Review of Psychology, 51: 665-697.

Emde, R. N., Wise, B. K. (2003): The cup is half full: Initial clinical trials of DC:0-3 and a recommendation for revision. Infant Mental Health Journal, 24 (4): 437-446.

Emde, R. N. (2011): Bindung, frühe Moralentwicklung und wechselseitige Regulationsprozesse, in: Brisch, K. H.: Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta: 237-255.

Englert, E., Poustka, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44 (5): 158-167.

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., Poustka, F. (1998): Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche. Integrierter Psychopathologischer Befund für Kinder und Jugendliche nach Englert & Poustka und Glossar zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation, 4. Auflage. Frankfurt a. M.

Englert, E., Jungmann, J., Lam, L. Wienand, F., Poustka, F. (2005): Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (Glossar), 4. Auflage. DGKJP/BAG/BKJPP.

Esser, G., Fischer, S., Wyschkorn, A., Laucht, M., Schmidt, M. H. (2007): Vorboten hyperkinetischer Störungen - Früherkennung im Kleinkindalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35 (2): 127-136.

Feldman, R. (1998): Coding Interactive Behavior (CIB) Manual. Ramat Gan, Israel. Bar-Ilan University, unpublished manual.

Flavell, J. H., Green, F. L., Flavell, E. R. (1986): Development of knowledge about the appearance-reality distinction. Monographs of the Society for Research in Child Development: 51 (1): i-v, 1-87.

Flehmig, I. (2007): Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung, 7. Auflage. Stuttgart, Thieme.

Fleischhaker, C., Hennighausen, K., Schulz, E. (2007): Selbstverletzendes Verhalten und stereotype Bewegungsstörungen. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/029.

Freeman, R. D., Soltanifar, A., Baer, S. (2010): Stereotypic movement disorder: easily missed. Developmental Medicine and Child Neurology, 52 (8): 733-738.

Friederici, A. D. (2005): Neurophysiological markers of early language acquisition: from syllables to sentences. Trends in Cognitive Sciences, 9 (10): 481-488.

Friedman, O., Leslie, A. M. (2007): The conceptual underpinnings of pretense: Pretending is not ‚behaving-as-if“. Cognition, 105: 139-124.

Friedrich, M., Weber, C., Friederici, A. D. (2004): Electrophysiological evidence for delayed mismatch response in infants at-risk for specific language impairment. Psychophysiology, 41 (5): 772-782.

Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., Shafran, C. R. (1998): Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. Pediatrics, 101 (4): E9.

Frith, U., (1992): Autismus. Ein kognitionspsychologisches Rätsel. Originaltitel (1989): Explaining the Enigma. Aus dem Englischen übersetzt von Herbst, G.. Heidelberg, Berlin, New York, Spektrum.

Fröhlich, L., Koglin, U., Petermann, F. (2010). Zusammenhang zwischen phonologischer Bewusstheit und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38 (4), 283-290.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten, 1. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer.

Fuhrmann, P., Gontard, A. von, Möhler, E., Resch, F. (2008): Psychische Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 626-644.

Gaebel, W., Wolpert, E.: (1994): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN). Spektrum Psychiatrie und Nervenheilkunde, 23: 4-13.

Gillberg, C. (1995): Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge, Cambridge University Press.

Gillberg, C. (1998): Early Symptoms in Autism, in: Gillberg, C. (Hrsg): Diagnosis and Treatment of Autism. New York, Plenum Press: 23-32.

Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent, T. F., Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport J. L., Thompson, P. M. (2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 101 (21): 8174-8179.

Gontard, A. von (2010): Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, 1. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer.

Grimm, H. (2000): SETK-2, Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder, Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten, Manual. Göttingen, Hogrefe.

Grimm, H. (2001): SETK 3-5, Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder, Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen, Manual. Göttingen, Hogrefe.

Grossmann, K., Grossmann, K. E. (Hrsg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung. Stuttgart, Klett-Cotta.

Grossmann, K., Grossmann, K. E. (2008), in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 221-241.

Hamlin, J. K., Wynn, K., Bloom, P. (2007): Social evaluation by preverbal infants. Nature, 22, 450 (7169): 557-559.

Harris, P. L. (2000): The work of the imagination. Oxford, Basil Blackwell.

Häßler F., Reiss, O. (2005): Früherfassung von hyperkinetischen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, in: Suchodoletz (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen, Hogrefe: 91-118.

Häusser, L. F. (2012): Empathie und Spiegelneurone. Ein Blick auf die gegenwärtige neuropsychologische Empathieforschung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61(5): 322-335.

Hellbrügge, T., Schneeweiß, B. (Hrsg.) (2011): Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. Sozialpädiatrie aktuell. Stuttgart, Klett-Cotta.

Hellbrügge, T. (2001) (Hrsg.): Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, erstes Lebensjahr (MFED 1). Lübeck, Hanseatisches Verlagskontor.

Helmsen, J., Petermann, F. (2010): Soziale Informationsverarbeitung bei körperlich und relational aggressiven Vorschulkindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38 (3), 211-218.

Hepper, P. G., Shahidullah, B. S. (1994): Development of fetal hearing. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 71 (2): F81-F87.

Hofacker, N. von, Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R., Jacubeit, T. (2007): Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/028.

Hoffman, M. L. (2000). Empathy and moral development. Implications for caring and justice. New York, Cambridge University Press.

Kellogg, N. D., Menhard, S. W. (2003): Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. Child Abuse Neglect, 27 (12): 1367-1376.

Kellogg, N. D. (2009): Clinical Report – The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. Pediatrics, 124 (3): 992-998.

Keilmann, A., Kiese-Himmel, Ch., Neumann, K., Rosenfeld, J., Schönweiler, R. (2008): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 049/006, http://www.uni-duesseldorf.de/ WWW/ AWMF/II/049-006.htm

KiGGS, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Robert Koch Institut.

Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (2007): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Störungen des Sozialverhaltens (dissoziales Verhalten). Wien, Facultas.

Kochanska, G., Knaack, A. (2003): Effortful Control as a Personality Characteristic of Young Children: Antecedents, Correlates, and Consequences. Journal of Personality, 71 (6): 1087-1112.

Koglin, U., Petermann, F., Helmsen, J., Petermann, U. (2008): Entwicklungsbeobachtung und Entwicklungsdokumentation in Krippen und Kindergärten. Kindheit und Entwicklung, 17 (3): 152-160.

Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., Hahlweg, K. (2008): Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen. Kindheit und Entwicklung, 17 (3): 161-172.

Largo, R. H. (2008): Wachstum und Entwicklung, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.):Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 118-153.

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. (2000): Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29 (4): 284-292.

Leckman, J. F. (2012): Tic disorders. BMJ, 343: d7659.

Lee, S. S., Lahey, B. B., Owens, E. B., Hinshaw, S. P. (2008): Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 36 (3): 373-383.

Lehmkuhl, G., Konrad, K., Döpfner, M. (2008): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Auflage, Stuttgart. Schattauer: 674-693.

Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (2009): Versorgungsforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58: 167-169.

Lentze, M. J., Schaub, J., Schulte, F. J., Spranger J. (Hrsg.) (2007): Pädiatrie, Grundlagen und Praxis, 3. Auflage. Heidelberg, Springer.

Leslie, A. M. (1987): Pretense and Representation. The Origins of “Theory of Mind”. Psychological Review, 94 (4): 412-426.

Lewis, M., Stanger, C., Sullivan, M. V. (1989): Deception in 3-years-olds. Developmental Psychology, 25 (3): 439-443.

Lösel, F., Stemmler, M., Beelmann, A. Jaursch, S. (2005): Aggressives Verhalten im Vorschulalter, eine Untersuchung zum Problem verschiedener Informanten, in: Seiffge-Krenke, I. (Hrsg.): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht: 141-167.

Luby, J. L., Sullivan, J., Belden, A., Stalets, M., Blankenship, S., Spitznagel, E. (2006): An observational analysis of behavior in depressed preschoolers: further validation of early-onset depression. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45 (2): 203-212.

Lüpke, H. von (1985): Auffällige Motorik -Versuch einer Erweiterung der Perspektive – Die Angst vor dem unentdeckten Schaden. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 34 (6): 210-218.

Lüpke, H. von (2006): Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie, in: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 169-188.

Mahler, M. S. (1986): Studien über die drei ersten Lebensjahre, Klett-Cotta.

Malti, T., Buchmann, M. (2010): Die Entwicklung moralischer Emotionen bei Kindergartenkindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59: 545-560.

Mampe, B., Friederici, A. D., Christophe, A., Wermke, K. (2009): Newborn's Cry Melody Is Shaped by Their Native Language. Current Biology, 19 (23): 1994-1997.

Matthys, W., Poustka, F., Engeland, H. van, Resch, F. (2008): Störungen des Sozialverhaltens, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 984-1005.

Meißner, M.: (2012): Neues Entgeldsystem in der Psychiatrie. Frühzeitiger Umstieg soll sich lohnen. Deutsches Ärzteblatt,109 (1-2): 13.

Menzel, M. (2005): Stereotypien und Manieren im Rahmen schizophrener Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: Seidel, M. (Hrsg.) Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung - Eine therapeutische und pädagogische Herausforderung, Materialien der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung e. V., Band 11, Berlin: 30-39.

Meyenburg, B. (2007): Störungen der Geschlechtsidentität sowie der sexuellen Entwicklung und Orientierung. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/014.

Moffit, T. E. (1993): Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychological Review, 100 (4): 674-701.

Mothander, P. R., Moe, R. G. (2008): Infant Mental Health Assessment: The use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. Scandinavian Journal of Psychology, 49: 259-267.

Muthugovindan, D., Singer, H. (2009): Motor stereotypy disorders. Current Opinion in Neurology, 22 (2): 131-136.

Neumann, K., Keilmann, A., Kiese-Himmel, C., Rosenfeld, J., Schönweiler, R. (2008): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. 2. Revision. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 049/006. http://www/AWMF/049-006.htm.

Noterdaeme, M. (2011): Autismus-Spektrum-Störungen - ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand, Pädiatrietage 2011. Stuttgart, Thieme, http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1256068.

Nishida, T. K., Lillard, A. S. (2007): The informative value of emotional expressions: 'social referencing' in mother-child pretense. Developmental Science, 10 (2): 205-212.

Niethammer, D. (2008): Das sprachlose Kind. Vom ehrlichen Umgang mit schwer kranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, Schattauer.

Oerter, R. (2003): Als-ob-Spiele als Form der Daseinsbewältigung, in: Papoušek, M., von Gontard, A. (Hrsg.): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta: 153-173.

Oerter, R. (2008): Spiel, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer:242-256.

Papoušek, M. (2012a): „Null Bock“ in früher Kindheit: Regulationsprobleme von Aufmerksamkeit und Spiel, in: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3. Berlin, Heidelberg, Springer: 285-298.

Papoušek, M. (2012b): Kommunikation und Sprachentwicklung im ersten Lebensjahr, in: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3. Berlin, Heidelberg, Springer: 70-80.

Parke, R. D., Slaby, R. G. (1983): The development of aggression, in: Hetherington, E. M.: Handbook of child psychology, 4. Auflage. New York, J. Wiley: 547-641.

Peskin, M., Spitzer, S., Peleg, T., Zalsman, G. (2011): Nosology, assessment and diagnosis of psychiatric disorders in early childhood. Harefuah, 50 (4): 353-358, 418-419.

Penner, Z. (2002): Plädoyer für eine präventive Frühintervention, in. Suchodoletz, von W. (Hrsg.): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart, Kohlhammer: 106-142.

Petermann, F. (2012): Selbstverletzendes Verhalten. Kindheit und Entwicklung, 21 (1): 1-4.

Petermann, F., Koglin, U. (2008): Frühe Kindheit. Kindheit und Entwicklung, 17 (3): 137-142.

Petermann, F., Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. Göttingen, Hogrefe.

Petermann, F., Resch, F. (2008): Entwicklungspsychologie (Kapitel 3), in: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderpsychologie. Göttingen, Hogrefe: 49-64.

Perner, J., Wimmer, H. (1985): “John thinks that Mary thinks that…” attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. Journal of Experimental Child Psychology, 39: 437-471.

Perner, J., Lang, B. (1999): Development of theory of mind and executive control. Trends in Cognitive Sciences, 3(9): 337-344.

Popliger, M., Talwar, V., Crossman, A. (2011): Predictors of children’s prosocial lie-telling: Motivation, socialization variables and moral understanding. Journal of Experimental Child Psychology, 110 (3): 373-392.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50: 871-878.

Remschmidt, H., Schmidt, M. und Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationssschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5. Auflage. Bern, Hans Huber.

Remschmidt, H. (2007): Reaktive, alterstypische und neurotische Störungen mit körperlicher Symptomatik, in: Lentze, M. J., Schaub, J., Schulte, F. J., Spranger J. (Hrsg.): Pädiatrie, Grundlagen und Praxis, 3. Auflage. Heidelberg, Springer: 1586-1592.

Remschmidt, H. (2008): Autismus, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 600-625.

Resch, F. (2008): Schizophrenie, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 801-834.

Resch, F., Parzer, P. (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Psychopathologie, in: Seiffge-Krenke, I. (Hrsg.): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht: 41-65.

Rizzolatti, G. Fabbri-Destro, M. (2008): The mirror system and its role in social cognition. Current Opinion in Neurobiology, 18 (2): 179-184.

Romano, E., Tremblay, R. E., Farhat, A., Côté, S. (2006): Development and Prediction of Hyperactive Symptoms From 2 to 7 Years in a Population-Based Sample. Pediatrics, 117 (6): 2101-2110.

Roth, G., Strüber, N. (2012): Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung, in: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3. Berlin, Heidelberg. Springer: 4-20.

Rothenberger, A., Banaschewski, T., Roessner, V. (2007): Ticstörungen. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/025.

Sachse, S., Suchodoletz von, W. (2011): Möglichkeiten der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen im Säuglingsalter und zum Zeitpunkt der U6, in: Hellbrügge, T., Schneeweiß, B. (Hrsg.): Frühe Störungen behandeln, Elternkompetenz stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. Sozialpädiatrie aktuell. Stuttgart, Klett-Cotta: 187-203.

Sachse, S. (2007): Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer-und Längsschnitt. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München. München, Dr. Hut.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houbon, I. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR, Deutsche Bearbeitung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.

Schaarschmidt, E. (2009): Die Bedeutung der Psychopathologischen Befund-Dokumentation der Frankfurter Basisdokumentation für das Säuglings- und Kleinkindalter. Fachbereich Psychologie, Freie Universität Berlin, unveröffentlichte Diplomarbeit.

Schmidt, M. H., Göpel, C. (2008): Risikofaktoren – Coping und Verlaufsprinzipien psychischer Störungen, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 291-302.

Schuhrke, B. (2005): Sexuelles Verhalten von Kindern – zwischen Normalität und Abweichung, in: Buraina-Langegger, B. (Hrsg.): Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes. Wien, Picus: 34-62.

Schuhrke, B. (2012): Problematisches sexuelles Verhalten als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe, in: Quindeau, I., Brumlik, M. (Hrsg.): Kindliche Sexualität. Weinheim, Basel, Beltz Juventa: 157-176.

Schulte-Markwort, M., Behrens, J. G., Bindt, C. (2008): Psychosomatik chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 1024-1051.

Schützwohl, M., Häfner-Ranabauer, W. (1994): Formulating a diagnosis in psychiatry. Nervenarzt, 65 (3): 149-55.

Seidel, M. (2005): Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung – Einführung in das Thema und Begriffsklärung, in: Seidel, M. (Hrsg.) Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung - Eine therapeutische und pädagogische Herausforderung, Materialien der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung e. V., Band 11, Berlin: 4-12.

Selman, R. L. (1984): Die Entwicklung des sozialen Verstehens. Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen. Frankfurt a.M., Suhrkamp.

Siegler, R., DeLoache, J., Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter, Deutsche 1. Auflage. München, Elsevier.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, T., Landorph, S., Jørgensen, T. (2007): The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. Journal of Child Psychology and Psychiatry 48 (1): 62-70.

Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L., Jørgensen, T., and the CCC 2000 Study Group (2008): Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 1½ years – a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 49 (5): 553-562.

Snider, L. A., Seligman, L. D., Ketchen, B. R., Levitt, S. J., Bates, L. R., Garvey, M. A., Swedo, S. E. (2002): Tics and problem behaviors in schoolchildren: prevalence, characterization, and associations. Pediatrics,110 (2 Pt 1): 331-336.

Sodian, B. (2008): Die Entwicklungspsychologie des Denkens, das Beispiel der Theory of Mind, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 182-194.

Sodian, B., Thoermer, C. (2004): Infants' understanding of looking, pointing and reaching as cues to goal-directed action. Journal of Cognition and Development, 5: 289-316.

Soltis, J. (2004): The signal functions of early infant crying. Behavioral and Brain Sciences, 27 (4): 443-490.

Speece, M. W., Brent, S. B. (1984): Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. Child Development, 55 (5): 1671-1686.

Straßburg, H.-M., Dacheneder, W., Kreß, W. (2008): Entwicklungsstörungen bei Kindern, Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung, 4. Auflage. München, Elsevier, Urban & Fischer.

Stephan, C. (2011): Seelische Gesundheit der frühen Kindheit - Versorgungsstruktur und Dokumentation. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Diplomstudiengang Kleinkindpädagogik. Freie Universität Berlin.

Stern, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings, 9. Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta.

Stieglitz, R.-D. (2008): Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, 1. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer.

Susman-Stillman, A., Kalkoske, M., Egeland, B., Waldman, I. (1996): Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. Infant Behavior and Development, 19 (1): 33-47.

Svetlova, M., Nichols, S. R., Brownell, C. A. (2010): Toddlers' Prosocial Behavior: From Instrumental to Empathic to Altruistic Helping. Child Development, 81 (6): 1814-1827.

Taubman, B. (1997): Toilet training and toileting refusal for stool only: A prospective study. Pediatrics, 99 (1): 54-58.

Temudo, T. (2010): Rett syndrome. Journal of Pediatric Neurology, 8: 101-103.

Tippelt, S., Suchodoletz von, W. (2011): Screeningverfahren zur Erfassung sprachgestörter Kinder bei der U7a, in: Hellbrügge, T., Schneeweiß, B. (Hrsg.): Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. Sozialpädiatrie aktuell. Stuttgart, Klett-Cotta: 222-246.

Tomasello, M. (2009): Ursprünge menschlicher Kommunikation. Frankfurt a.M., Suhrkamp.

Ullrich, K., Suchodoletz von, W. (2011): Zur Zuverlässigkeit von Methoden der Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei der U7, in: Hellbrügge, T., Schneeweiß, B. (Hrsg.): Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. Sozialpädiatrie aktuell. Stuttgart, Klett-Cotta: 204-221.

Vloet, T. D., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. (2006): Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens – Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 43 (2): 101-115.

Volbert, R. (2007): Sexualisiertes Verhalten von Kindern – Stellenwert für die Diagnostik eines sexuellen Missbrauchs, in: Clauß, M., Karle, M., Günter, M., Barth, G. (Hrsg.): Sexuelle Entwicklung - sexuelle Gewalt. Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. Lengerich, Papst Science Publishers: 38-61.

Warnke, A. (2008): Suizid und Suizidversuch – Suizidalität, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 1006-1023.

Warnke, A., Lehmkuhl, G. (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, 4. Auflage. BAG, DGKJP, BKJPP (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer.

Wellman, H. M., Liu, D. (2004): Scaling of theory-of-mind tasks. Child Development, 75 (2): 523-541.

Wendlandt, W. (2000): Sprachstörungen im Kindesalter, Materialien zur Früherkennung und Beratung, 4. Auflage. Stuttgart, Thieme.

Wendler, J., Seidner, W., Eysholdt, U. (2005): Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie, 4. Auflage. Stuttgart, Thieme.

Wermke, K., Friederici, A. F. (2004): Developmental changes of infant cries - the evolution of complex vocalizations. Behavioral and Brain Sciences, 27 (4): 474-475.

Wermke, K., Leising, D., Stellzig-Eisenhauer, A. (2007): Relation of melody complexity in infants' cries to language outcome in the second year of life: A longitudinal study. Clinical Linguistics and Phonetics, 21 (11-12): 961-973.

Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris G. S., Detwiler, A. C. (1954): Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. Pediatrics, 14 (5): 421-435.

Wewetzer, C., Simons, M., Konrad, K., Walitza, S., Herpertz-Dahlmann, B. (2008): Zwangsstörungen, in: Herpertz-Dahlmann, B., Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, 2. Auflage. Stuttgart, Schattauer: 719-743.

Wiefel, A., Wollenweber, S., Oepen, G., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Biringen, Z. (2005): Emotional availability in infant psychiatry. Infant Mental Health Journal, 26 (4), 392-403.

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. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56: 59-81.

Winnicott, D. W. (2010): Vom Spiel zur Kreativität. Kapitel 1: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, 12. Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta (deutsche Ausgabe). Originalausgabe: Winnicott, D. W. (1971): Playing and Reality. London, Tavistock Publications.

Wolff Metternich, T., Döpfner, M., Englert, E., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F., Steinhausen, H.-C. (1999): Die Kurzfassung des Psychopathologische Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48: 15-26.

World Health Organization (2006): Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva, World Health Organization.

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M. (1982): The development of altruism: Alternative research strategies, in: Eisenberg, N. (Hrsg.): The development of prosocial behavior. New York, Academic Press: 109-137.

Zero to Three (1994). Diagnostic Classification: 0-3 (DC:0-3). Arlington, National Center for Clinical Infant Programs.

Zero to Three (2005): Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R), 2nd. Washington, DC, Zero To Three Press.

Ziegenhain, U., Kries, von R. (2009): Seelische Entwicklung und ihre Störungen in der frühen Kindheit, in: Schlack, H. G., Thyen, U., von Kries, R. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, Springer: 134-154.

Appendix

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Diagnostik in der Psychiatrie e.V.
APA	American Psychiatric Association
BADO	Basisdokumentation
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
BSID	Bayley Scales of Infant and Toddler Development
Kaufman ABC	Assessment Battery for Children
BKJPP	Bundesverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
B/K-Sprechstunde	Baby- und Kleinkindsprechstunde
CBCL	Child Behavior Check List
CIB	Coding Interactive Behavior Scales
DC:0-3R	Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Textrevision
GRG	Gesundheitsreformgesetz
HKS	Hyperkinetische Störung
ICD-10	International Statistical Classification of Diagnosis and Related Health Problems
K	Kleinkind
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
MAS	Multiaxiales Klassifikationssystem

PPB	Psychopathologischer Befund
QM	Qualitätsmanagement
S	Säugling
SGB	Sozialgesetzbuch
SON-R	Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest, Revision
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TVS	Toilettenverweigerungssyndrom
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufbau der Basisdokumentation 19

Tabelle 2: Beurteilung des PPB der BADO in der Anwendbarkeit für Säuglinge und Kleinkinder 24

Tabelle 3: Die Testentwicklung in zehn Stufen nach Bühner (2010) 88

Tabelle 4: Übersicht der entwicklungslogischen (erhaltenen) Störungsbereiche der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder 90

Tabelle 5: Erste Achse des MAS nach der ICD-10, Diagnoseverteilung der Stichprobe 97

Tabelle 6: Ersten Achse der DC:0-3R, Diagnoseverteilung der Stichprobe 99

Tabelle 7: Zweite Achse der DC: 0-3R (PIR-GAS), Beziehungsqualität der Stichprobe 100

Tabelle 8: Erste Achse des MAS nach der ICD-10, Diagnoseverteilungen der ausgeschlossenen Patientenkinder 101

Tabelle 9: Erste Achse der DC:0-3R, Diagnoseverteilung der ausgeschlossenen Patientenkinder 103

Tabelle 10: Übersicht der Störungsbereiche mit deren Items des Psychopathologischen Aufnahmebefundes (PPB) für Kinder und Jugendliche 112

Tabelle 11: Child Behavior Checklist, CBCL (1½-5): Überblick der Skalen mit Anzahl der Items. 117

Tabelle 12: Diagnoseverteilung in dominanten Diagnosegruppen der Inanspruchnahmepopulation der B/K-Sprechstunde 2011 140

Tabelle 13: Häufigkeiten der Störungsbilder mit ihren Items der Arbeitsversion des PPB und des PPB nach Englert und Poustka 142

Tabelle 14: Interrater-Reliabilität nach Cohens (κ) für die Arbeitsversion des PPB in den Störungsbildern, Items und Unteritems 147

Tabelle 15: Interne Konsistenz nach Cronbachs (α) für die Arbeitsversion des PPB in den Störungsbereichen 150

Tabelle 16: Korrelation nach Kendalls (τ) mit der CBCL (1½-5) und der Arbeitsversion des PPB 152

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wunsch nach Adaptation des PPB an das Säuglings- und Kleinkindalter 25

Abbildung 2: Struktur des Aufbaus des Störungsbereiches in der Adaptation des PPB für Säuglinge und Kleinkinder 91

Abbildung 3: Gewinnung der Stichprobe zur Studienuntersuchung 2011 94

Abbildung 4: Altersstruktur und Geschlechterverteilung der Stichprobe 95

Abbildung 5: Schnittmenge des adaptierter PPB für Säuglinge und Kleinkinder mit der CBCL (1½-5) 106

Abbildung 6: Detaillierte Schnittmengen-Beziehung der Items von den CBCL (1½-5)-Skalen mit den Items der Störungsbilder der Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder 108

Abbildung 7: Multiaxiales System der DC:0-3R (Zero to Three, 2005) integriert mit dem ICD-10 115

Abbildung 8: Orientierende graphische Darstellung des Procedere der Entwicklung und Machbarkeit der Adaptation des PPB der BADO an das Säuglings- und Kleinkindalter 206

Anlage 1: Untersuchungsbogen zur Untersuchung der vollständigen Adaptation des PPB der BADO an das Säuglings- und Kleinkindalter

Basisdokumentation Teil III
Psychopathologischer Aufnahmebefund

Name: .....

Anwesende: .....

Datum der Untersuchung: .....

Alter bei Untersuchung: .....

CBCL (½ Jahr zurück): .....

Untersucher 1: ..... Untersucher 2: .....

Basisdokumentation Teil III Psychopathologischer Aufnahmebefund. Adaptierte Version nach Englert & Poustka 1998 Arbeitsversion des PPB für Säuglinge und Kleinkinder (2011) Corinna Dormann & Christine Kevenhörster	Basisdokumentation Teil III Psychopathologischer Aufnahmebefund nach Englert & Poustka 1998
CAVE: Symptome sind im Glossar nach zu lesen Die Exploration erfolgt anhand von dominierenden Stichpunkten. Erfragen Sie die Qualitäten dieses Punktes anhand der dort formulierten Stichpunkte mit der Likert-Skala. Exploration immer im Kontext des Items zu sehen. Kodierung 1 nicht vorhanden 2 leicht ausgeprägt 3 deutlich ausgeprägt 4 stark ausgeprägt 8 logisch nicht möglich 9 nicht beurteilbar Mit 8 oder 9 kodierte Items fallen aus der Berechnung heraus. Die Berechnung umfasst nur die für die Altersstufe zutreffenden Items. Säuglinge (0 bis18 Monate) bzw. (0 bis1,5 Jahre) und Kleinkinder (19 bis 60 Monate) bzw.(1,6 bis 5 Jahre) S: Säugling K: Kleinkind	CAVE: Symptome sind im Glossar nach zu lesen Die Exploration erfolgt anhand von dominierenden Stichpunkten. Erfragen Sie die Qualitäten dieses Punktes anhand der dort formulierten Stichpunkte mit der Likert-Skala. Kodierung: 1 nicht vorhanden 2 leicht ausgeprägt 3 deutlich ausgeprägt 4 stark ausgeprägt 9 nicht beurteilbar Mit 9 kodierte Items fallen aus der Berechnung heraus. Die Berechnung umfasst nur die für die Altersstufe zutreffenden Items. 1998

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 ausgeprägt	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 rudernd	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 zurückgezogen

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-[redacted]
	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 Vertrautmachen (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

	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			

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 weggelaufen?	1-2-3-4-9
K	Sich aus Gruppen unbemerkt entfernen (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		Hat er schon einmal die Schule geschwänzt?	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**

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-[redacted]
	Häufig lustlos und antriebsarm	1-2-3-4-8-9			
K	„Träumer“	1-2-3-4-8-9			
K	Die Verrichtung alltäglicher Situationen braucht 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/vermehrte 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 unabgeschlossen 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

	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, 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-bizarr

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**

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

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 der üblichen Weise einzusetzen?	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/Stimmlage oft verändert (ab ca. 36 Mon.)	1-2-3-4-8-9		Ist die Betonung/Stimmlage 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-[redacted]
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-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
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-[redacted]

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-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
K	Panische Schreiattacken in bestimmten Situationen	1-2-3-4-8-9		Versuchst du solche Situationen zu vermeiden?	1-2-3-4-[redacted]
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-[redacted]**

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, Erstickungsanfällen u.ä.?	1-2-3-4-[redacted]
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-[redacted]**

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-[redacted]
K	Über Wochen anhaltende somatische Beschwerden	1-2-3-4-8-9			
K	Kontinuierliche Verweigerung von bestimmten Alltagsituationen	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
	Wehklagen beeinträchtigt Interaktionsverhalten	1-2-3-4-8-9		Oder bist du sogar in ungewohnter Hochstimmung?	1-2-3-4-[redacted]
	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-[redacted]
K	Negative Seiten einer Situation werden überwiegend hervorgehoben (ab 48 Mon.)	1-2-3-4-8-9		Oder bist du gereizt, missmutig oder innerlich unruhig?	1-2-3-4-[redacted]
				Oder bist du eher gefühllos, unbeteiligt oder schwankt und wechselt deine Stimmung häufig?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

7.02 Gereizt-dysphorisch

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

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-[redacted]
	(Auftreten verstärkter autostimulierender Stereotypien)	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-[redacted]**

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-[redacted]
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-[redacted]
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-[redacted]**

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-[redacted]
	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-[redacted]
	Stimmungsschwankungen ohne Auslösestimuli	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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

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-[redacted]
	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-[redacted]**

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-[redacted]
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-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
K	Übermäßiges euphorisches Verhalten	1-2-3-4-8-9		Fühlst Du Dich besonders leistungsfähig und gelingt Dir einfach alles?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

8.02 Zwangsimpulse

				Hast Du öfters Drang, bestimmte Dinge zu tun, so dass Du Dich nicht/kaum dagegen wehren kannst?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
K	Rituale ohne tieferen Sinn	1-2-3-4-8-9		Kannst/ versuchst Du Sich dagegen zu wehren?	1-2-3-4-[redacted]

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-[redacted]**

9 Fütterstörung/Essstörung

	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-[redacted]
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-[redacted]**

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-[redacted]
	(häufige Unruhe beim Essen), hastiges Essen	1-2-3-4-8-9			
	SUMME	**1-2-3-4-8-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
	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-[redacted]**

9.04 Selbstinduziertes Erbrechen

				Hast du Erbrechen selbst herbeigeführt?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

9.05 Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

				Hast Du in letzter Zeit Abführmittel benutzt, um Dein Gewicht zu verringern?	1-2-3-4-[redacted]
				Hast Du in letzter Zeit öfters den drang verspürt, durch körperliche Aktivität (z.B. Gymnastik) Dein Gewicht zu verringern?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

9.06 Körperschema Störung

				Hast Du in letzter Zeit häufig oder immer das Gefühl, zu dick oder unförmig zu sein?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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-[redacted]
	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-[redacted]**

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-[redacted]-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 nächtliches Erwachen	1-2-3-4-8-9			
K	Einschlafschwierigkeiten, z.B. nur mit übermäßiger Elterlicher Hilfe (bes.3./4.Lebenjahr)	1-2-3-4-8-9			
K	Häufige Albträume (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-[redacted]-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-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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 alters-gemäß 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 gesehe-nen 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**

11.02 Orientierungsstörung

				Wann bist du hier her gekommen?	1-2-3-4-[redacted]
				In welcher Stadt sind wir hier?	1-2-3-4-[redacted]
				Sag mir bitte wann und wo du geboren wurdest. Wo wohnst du?	1-2-3-4-[redacted]
				Hast du Schwierigkeiten dich zurecht zu finden?	1-2-3-4-[redacted]
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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/Entsagungsideen

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**

12.03 Suizidale Handlungen

				Schon aufgetreten ?	1-2-3-4-9
	SUMME	**1-2-3-4-[redacted]-9**		**SUMME**	**1-2-3-4-[redacted]**

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

Anlage 2: Fragebogen zu den Expertenmeinungen

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: Mitteallee 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:

Expertenbefragung

1. AKTUELLER PPB DER BASISDOKUMENTATION

1.1 Wenden Sie den aktuellen PPB nach Englert/Jungmann/Wienand/Lam und Poustka in der seit 1991 bestehenden ausführlichen Form nach Englert und Poustka oder in der bestehenden „Kurzform“ an? Nutzen Sie mögliche Alternativen?

1.2 Sehen Sie grundsätzlich den Bedarf einer adaptierten Version des PPB für das Säuglings- und Kleinkindalter?

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 (18 - 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?

2.3 Ist das neu eingefügte Item „Mangel an Fertigkeit zur Selbstregulation“ (1.11) ihrer Meinung nach sinnvoll und als eigenständig zu betrachten? Oder würden sie es für sinnvoller halten das Item einzugliedern, um z.B. die Form des PPB nach Englert und Poustka zu wahren?

2.4 Wie sehen Sie die Verständlichkeit der Operationalisierung in der „Exploration“?

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?

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

zu guter Letzt …

… steht der Dank! Zuallererst bedanke ich mich sehr herzlich bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin, dass sie mir diese Promotion ermöglicht, das spannende Thema überlassen und meine Arbeit abschließend begutachtet hat. In diesem Zwillingsprojekt, das so manche Hürde nehmen musste, gebührt ein besonders herzlicher Dank Corinna Dormann für den wertvollen Austausch und die fruchtende Zusammenarbeit bei der Untersuchung unserer kleinen Patienten. Heraushebend sei der Dank auch an alle Eltern, Sorgeberechtigten und Kinder gerichtet, die sich mit viel Interesse und Geduld dem intensiven Setting in der Studie gestellt haben. Herzlich bedanke ich mich überhaupt bei allen Kindern, die mich durch ihr natürliches und ehrliches Wesen immer wieder erneut ins Staunen bringen. Besonders sage ich das Moritz, Lioba und Anselm, deren Entwicklung ich so nah miterleben kann. Sie zeigen mir, dass Auffälligkeiten und Entwicklungsprobleme nicht immer pathologisch sein müssen. Ich danke auch Herrn Dr. med. Andreas Wiefel, auf dessen Idee hin ich diese Arbeit in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité begann. Dem gesamten interdisziplinären Team der B/K-Sprechstunde sei ein großes Dankeschön ausgesprochen für die vielschichtigen Auseinandersetzungen und die freundliche Unterstützung in der Zeit der Stichprobengewinnung und Untersuchungen. Ein besonderer Dank geht an Frau Birgit Schulz aus dem Lehrsekretariat der Allgemeinen Pädiatrie; mit ihrer zuvorkommenden Überlassung vielbegehrter Räumlichkeiten ermöglichte sie uns eine relativ kompakte Studienzeit. Besonders bedanke ich mich auch bei Herrn OA Dr. med. Ernst Pfeiffer; mit seiner konstruktiven Kritik und weiterführenden Anregungen war er zu einem sensiblem Zeitpunkt des Adaptationsprojektes ein wertvoller Ansprechpartner. Für ihre fachliche Einschätzung und inhaltliche Kritik, für ihre Ideen und Ermutigung danke ich allen Experten, die ihre kostbare Zeit für die Beantwortung unserer Fragen eingesetzt haben. Bei Frau Dipl.-Psych. Viola Kappel bedanke ich mich sehr für ihre Klarheit in Struktur- und Statistikfragen. Nicht zuletzt danke ich der Wagener-Stiftung, Stiftung für Sozialpädiatrie dafür, dass sie diese Arbeit wohlwollend teilgefördert hat. Allen Freunden und meiner Familie, die mir in den Höhen und Tiefen dieser Arbeit ihre offenen Ohren, ihren scharfen Blick sowie ihre geduldigen Worte geschenkt haben – Dank sei Ihnen von ganzem Herzen!

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Christine Kevenhörster, 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 in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache - 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, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) 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.“

Berlin, 2013