Diagnostische Herangehensweisen

Sarah Groß

2.1 Diagnostische Gespräche – 16
2.1.1 Allgemeine Diagnostik – 17
2.1.2 Psychodynamische Diagnostik – 17
2.1.3 Diagnostik der Interaktion und Beziehung – 19
2.1.4 Diagnostik der Paar- und Familiendynamik – 20

2.2 Diagnosesysteme – 21
2.2.1 ICD-10 und DSM-5 – 21
2.2.2 Zero To Three – 22
2.2.3 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – 23

2.3 Verhaltenstagebücher – 25

2.4 Fragebögen und Interviews zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten und Regulationsstörungen – 25

Literatur – 26

M. Cierpka (Hrsg.), *Regulationsstörungen*, Psychotherapie: Praxis,
DOI 10.1007/978-3-642-40742-0_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Die Diagnostik von Regulationsstörungen dient dazu, erstens die Problematik des Kindes, der Eltern und der Beziehung zu erfassen und Ansatzpunkte für gezielte Interventionen zu erkennen und zweitens Ausgangswerte für eine spätere Therapie- und Verlaufsevaluation zu schaffen. Diagnostische Bausteine sind immer das ausführliche anamnestische Erstgespräch, oft eine Videoaufzeichnung von Interaktionssequenzen zwischen Eltern und Kind, manchmal Verhaltensprotokolle wie Schrei-, Schlaf-, Füttertagebücher und Fremd- und Selbsteinschätzungen mittels Fragebögen und Interviews. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Diagnostik von Regulationsstörungen im Allgemeinen, während die spezifische Diagnostik in den folgenden Kapiteln über einzelne Regulationsstörungen erläutert wird.

Ein Grundsatzproblem der Diagnostik der Psychopathologie des Kleinkindalters lässt sich mit einem Zitat Sterns aufgreifen: »Der neue, bislang unbekannte Patient ist keine Person, sondern eine – allerdings asymmetrische – Beziehung« (Stern 1998, S. 11). Auch Gergely u. Watson (1996) hinterfragen, ob eine intrinsische Störung des Säuglings oder Kleinkindes unabhängig von einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung angesichts der starken Abhängigkeit der emotionalen Entwicklung des Kindes von seinem physischen und psychischen Umfeld überhaupt bestehen kann. Den Fokus auf ein Syndrom des Kindes zu legen steht im Widerspruch zu den entwicklungspsychologischen Tatsachen und der klinischen Erfahrung (Emde 2003), da das psychosomatisch organisierte affektive Regulationssystem des Kleinkindes untrennbar mit der koregulativen Funktion der Bezugsperson verbunden ist. Ausschließliche Verhaltenskodierung birgt die Gefahr, den Leidensdruck der Eltern und die mittels Empathie des Untersuchers erfassten Informationen zu sehr abzudrängen.

Diagnostik des Subjektiven Der subjektive Leidensdruck der Eltern ist insofern von praktischer Bedeutung, als ein moderates Schreien von einer Familie mit guten psychosozialen Ressourcen problemlos verkraftet werden kann, bei einer vulnerablen Familie aber dringend behandlungsbedürftig ist und im schlimmsten Fall zu Misshandlung führen kann.

Praxis

Bei der Hauptbezugsperson, meist der Mutter, entstehen sehr schnell Schuldgefühle: Die oder der Betreffende glaubt, etwas falsch gemacht zu haben, wenn die Störung nicht alleine im Kind verortet wird.

Kommunikation mit den Eltern Die Eltern können hinsichtlich ihrer Verantwortung für das Entstehen einer Regulationsstörung entlastet werden, da das Kind auch Temperamentseigenschaften mitbringt und das elterliche Verhalten bei einem anderen Kind vielleicht völlig unproblematisch wäre. Häufig wird die Interaktion durch fehlende oder negative Rückmeldung des Kindes immer dysfunktionaler, da die Eltern immer unsicherer werden (»Teufelskreis« nach Papoušek et al. 2010). Hier ist bereits in der diagnostischen Phase die Wertschätzung der Kompetenzen wichtig, damit die Diagnostik trotz notwendiger Suche nach Symptomen und möglichen Ursachen auch ressourcenorientiert bleibt und den Eltern wieder mehr Vertrauen in ihre intuitiven Kompetenzen vermittelt.

2.1 Diagnostische Gespräche

Dem Erstgespräch kommt auch in der Eltern-Säuglings-Beratung bzw. -Psychotherapie eine zentrale Bedeutung zu. Es wird, wenn möglich, mit beiden Eltern und in Anwesenheit des Kindes geführt. Es sollte ausreichend Zeit in einem kindgerechten Raum eingeplant werden, um das aktuelle Problemverhalten und seine Vorgeschichte aus der Perspektive beider Elternteile erfragen zu können und die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern mitzuerleben. Eine wertschätzende, unterstützende Grundhaltung berücksichtigt neben den Belastungen auch die Ressourcen des Kindes und seiner Eltern und dient dem Beziehungsaufbau für die weitere Behandlung. Je nach Vorstellungsgrund ist eine differenzielle störungsspezifische Diagnostik indiziert, auf die bei den einzelnen Störungsbildern näher eingegangen wird.

Fallbeispiel 1
Ein Elternpaar kommt mit seiner 25 Monate alten Tochter Katharina in eine Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung. Die Eltern schildern als Symptom lautes Schreien ihrer Tochter. Schon als Säugling habe sie sehr viel geschrien, und jetzt gehe es los, sobald Katharina ihren Willen nicht bekomme. Sie hätten das Kind deswegen beim Kinderarzt untersuchen lassen und seien jetzt verunsichert, dass dieser sie »zur Beratung« geschickt habe. Als ihre Tochter noch im Säuglingsalter gewesen sei, hätten sie immer körperliche Ursachen vermutet. Aber da es das allein ja wohl nicht sein könne, befürchteten sie, dass ihr Kind jetzt schon eine »Psychodiagnose« bekomme oder sie als Eltern etwas falsch gemacht hätten.

2.1.1 Allgemeine Diagnostik

Da die somatischen (motorischen, vegetativen) Funktionen und das Reaktionsmuster des Säuglings eng mit seinem Erleben und Verhalten verknüpft sind, ist ein gut abgestimmtes interdisziplinäres Vorgehen notwendig. Durch die enge Zusammenarbeit mit Pädiatern kann ein frühzeitiges Erkennen somatischer Störungen gewährleistet werden. Die aktuelle Symptomatik sollte auf dem Hintergrund einer ausführlichen Entwicklungsanamnese erfragt und verstanden werden. Es ist eine gute Orientierung an den normalen Entwicklungsschritten und häufig sprunghaft verlaufenden Entwicklungsschüben und deren Variationsbreite notwendig, um auffälliges Verhalten zuverlässig einschätzen zu können. Zur Einschätzung des Entwicklungsstandes kann die Einbeziehung verschiedener anderer Berufsgruppen wie beispielsweise Logopäden notwendig sein.

Es werden Spontanmitteilungen und anamnestische Angaben auf Nachfrage zu folgenden Aspekten erfasst:

- Störungsgenese (Beginn und Dauer der aktuellen Symptomatik),
- Schwangerschafts- und Geburtsverlauf,
- emotionale Situation in der Schwangerschaft,
- Entwicklungsschritte des Kindes,
- elterliche Einstellung zum Kind,
- aktuelle Belastungen und
- Herkunfts- und Kindheitsgeschichte der Eltern.

Dabei sollte besonders auf prä-, peri- und postnatale belastende Erfahrungen wie eine physisch und psychisch schwierige Schwangerschaft, gravierende Geburtskomplikationen, postpartale Störungen der Mutter und Erkrankungen des Kindes geachtet werden. Ebenso sollten vorangegangene Fehlgeburten, Totgeburten und lange Unfruchtbarkeit in die Anamnese einbezogen werden.

Praxis

Auch wenn sich ein offensichtlicher Grund für die Störung aufdrängt, sollten nicht vorschnell eindimensionale Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge angenommen werden. Häufig ist es die Kumulation mehrerer belastender Faktoren, die zur Entwicklung einer Regulationsstörung beiträgt.

Kommunikation mit den Eltern Das Sprechen über Belastungen kann die Eltern bereits in der diagnostischen Phase entlasten und erste Prozesse der Verarbeitung belastender Erfahrungen (beispielsweise bei der Geburt) in Gang setzen, die im Alltag mit einem Säugling bzw. Kleinkind sonst kaum Raum finden.

Fallbeispiel 1
(Fortsetzung) Katharinas Mutter weint sehr, als sie von der belastenden ersten Zeit erzählt, in der sie sich von ihrer Tochter abgelehnt gefühlt habe, weil diese als Säugling an der Brust nur geschrien habe, bis sie ihre Stillversuche schließlich aufgegeben habe. In dieser Zeit des Gesprächs spielen der Vater und Katharina miteinander, und es wird eine Entspannung spürbar, da sich die Familie mit ihren Schwierigkeiten angenommen fühlt.

2.1.2 Psychodynamische Diagnostik

Auch die Übertragungsbereitschaften der Familienmitglieder, die die Beziehungen in der Familie und zwischen dem Familien- und dem Therapeutensystem im Hier und Jetzt beeinflussen, können diagnostisch genutzt werden. In den Therapeuten werden durch die interaktionelle Intensität des

Familiensettings auch leicht Gegenübertragungen hervorgerufen. Der Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozess im Erstgespräch hilft, vor allem die unbewusste Szene der Eltern mit ihrem Kind zu verstehen und einen psychodynamischen Fokus zu formulieren.

Bei der diagnostischen Nutzung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik kann zwischen dem Vergangenheitsunbewussten und dem Gegenwartsunbewussten unterschieden werden (Reich u. Cierpka 2008). Die Vergangenheit bleibt wirksam und beeinflusst die aktuellen Beziehungswünsche und -konflikte, ohne dass der Zusammenhang den Betroffenen bewusst ist. Aus dem Vergangenheitsunbewussten stammende Impulse (Wünsche, Ängste, Erinnerungen) sind beunruhigend und führen daher zu zwei Gruppen von Anpassungsprozessen: Die Vergangenheit muss mit der Gegenwart in Einklang gebracht werden und wird dahingehend verändert. Wenn dies nicht oder nicht vollständig gelingt, erfolgt eine zweite Anpassung, sodass auch der aktualisierte Impuls durch die Abwehr, beispielsweise eine Verkehrung ins Gegenteil, entstellt oder vollkommen verdrängt wird. Diese zweite Zensur schafft das Gegenwartsunbewusste, da die aus der Vergangenheit stammenden gegenwärtigen Wünsche dann auch nicht mehr bewusst zugänglich sind. Das Gegenwartsunbewusste dient der Aufrechterhaltung des aktuellen inneren Gleichgewichts. Hierzu werden psychosoziale Kompromisse eingegangen, die sich in den interpersonellen Abwehrprozessen, den kollusiven Mustern des Paares und der Eltern-Kind-Interaktion zeigen.

Fallbeispiel 1

(Fortsetzung) Die behandelnden Therapeuten haben zu Beginn des Erstgesprächs den Eindruck, von der Hilfe suchenden Mutter als Retterfiguren herbeigesehnt zu werden, während der Vater sich eher rechtfertigend äußert und scheinbar eine Schuldzuweisung fürchtet (Übertragungserleben). Während des Verlaufs fällt den Therapeuten an der Eltern-Kind-Interaktion auf, dass die Mutter schnell mit verbalen Grenzsetzungen reagiert, bevor richtig verständlich geworden ist, was Katharina eigentlich möchte. Die Therapeuten nehmen bei sich in dieser Phase eine ablehnende Haltung gegenüber der Mutter wahr (Gegenübertragung).

Die psychodynamische Diagnostik richtet ihren Blick besonders auf die Verschränkung von elterlicher Interaktion und elterlichen Fantasien über das Kind. Bei den unbewussten Bedeutungszuschreibungen durch elterliche Projektionen spielen oft primäre Beziehungserfahrungen der Eltern eine Rolle, die dann mit dem Kind reinszeniert werden.

In angemessener Weise reagieren zu können setzt voraus, dass Eltern den Signalen des Kindes Sinn und Bedeutung geben können. Dieser Vorgang der Mentalisierung hängt eng mit der Fähigkeit zusammen, eigene innere Zustände und die anderer zu reflektieren und zu differenzieren. Eine verzerrte Sinnzuschreibung gibt einen Hinweis auf (verdrängte) innere Vorstellungen und Konflikte und öffnet den Weg zu lebensgeschichtlich noch unverarbeiteten Szenen (»ghosts in the nursery«; Fraiberg et al. 1975). Es wird diagnostiziert, in welchen Situationen und in welchem Umfang die Eltern belastende Gefühle, beispielsweise beim Schreien ihres Säuglings, aushalten können, ohne sofort handeln zu müssen. Diese Fähigkeit der Eltern ist unter anderem von Bion als »Containment« beschrieben worden (Cierpka u. Windaus 2007).

Fallbeispiel 1

(Fortsetzung) Als sich Katharina im Laufe des Gesprächs wieder einmal fordernd an ihre Mutter wendet, bittet der Therapeut diese, innezuhalten und nicht gleich zu reagieren. Katharina soll vom Vater so lange abgelenkt werden, damit sie für ihre Mentalisierungsvorgänge die Zeit bekommt, die in der realen Interaktion durch die prompte Grenzsetzung der Mutter so nicht gegeben ist. Nach ihren Gefühlen gefragt, kann die Mutter die große Bedrängnis ausdrücken, die sie in solchen Situationen empfindet. Bei der Suche nach Ursachen für ihre große Angst, von den Forderungen ihrer 2-jährigen Tochter völlig beherrscht zu werden, werden biografische Bezüge zur Beziehung mit ihren eigenen Eltern deutlich. Diese seien untereinander so verstritten gewesen, dass, seit sie denken könne, eine feindselige Stimmung geherrscht habe. Ihre Eltern haben schon immer viel emotionale Zuwendung von ihr als Tochter gefordert, die nun aber selbst Mutter geworden ist und das Gefühl hat, sich in beide Generationsrichtungen »kümmern« zu müssen.

Kommunikation mit den Eltern Eltern müssen Signale ihres Kindes interpretieren, die, je jünger das Kind ist, desto uneindeutiger sind. Daher ist es selbstverständlich, dass diese Interpretationen von eigenen Beziehungserfahrungen und deren psychodynamischer Verarbeitung beeinflusst sind. Wenn Eltern sich dies ohne Schuldgefühle zugestehen, kann bewusstes Wahrnehmen von durch eigene Themen verzerrten Interpretationen viel eher möglich werden.

Praxis

Psychodynamische Hypothesen ergeben sich häufig aus der Gesprächssituation, manchmal berichten Eltern auch direkt von eigenen Erfahrungen. Bei Fragen nach den Beziehungserfahrungen der Eltern sollte behutsam vorgegangen werden. Eltern wollen ihre Sache immer so gut wie oder besser als ihre Eltern machen und befürchten, negative Erfahrungen wie einen »Familienfluch« weiterzugeben.

2.1.3 Diagnostik der Interaktion und Beziehung

- **Das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen**

Eltern scheinen ihr Baby in besonderer Weise zu verstehen (intuitive Elternschaft, primäre Mütterlichkeit; Cierpka 2012b). Sie denken über ihr Kind nach und fühlen sich ein und sind besonders aufmerksam gegenüber den kindlichen Signalen (z. B. Hunger, Müdigkeit). Wie sind die Eltern auf die Verständigung mit ihrem Baby vorbereitet?

Verhaltensbeobachtungen und videogestützte Mikroanalysen der vorsprachlichen Kommunikation zwischen Eltern und Säugling haben aufseiten der Eltern Verhaltensbereitschaften aufgedeckt, mit denen sie unwillkürlich ihrem Kind in seinen frühen Reifungs-, Anpassungs- und Lernprozessen eine spezifisch abgestimmte Unterstützung geben. Diese adaptiven Verhaltensanpassungen, die Eltern und andere Betreuer typischerweise ohne bewusste Kontrolle oder Absicht vornehmen, wenn sie sich mit einem Baby im vorsprachlichen Alter verständigen, werden als intuitive elterliche Kompetenzen bezeichnet. Diese

- basieren auf angeborenen, biologisch angelegten Prädispositionen,
- finden sich universell und weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht, biologischer Elternschaft und Kultur,
- stehen im Dienst des phylogenetisch älteren Bindungssystems, indem sie dem Säugling in Belastungssituationen Schutz und Geborgenheit vermitteln und die Entwicklung einer sicheren Bindung unterstützen,
- sind darüber hinaus komplementär und kompensatorisch in Bezug auf die Fähigkeiten und Einschränkungen der frühkindlichen Wahrnehmung, Erfahrungsintegration und Verhaltensregulation angelegt und werden jeweils situations- und altersspezifisch abgestimmt,
- stehen damit im Dienst der artspezifischen Formen der biologischen Adaptation des Menschen, d. h. seiner spezifischen Fähigkeiten, Erfahrungen zu integrieren, symbolisch zu repräsentieren und mithilfe von Kommunikation und Sprache auszutauschen und von Generation zu Generation weiterzugeben, und
- unterstützen in der vorsprachlichen Kommunikation mit dem Baby die Frühentwicklung dieser artspezifischen Fähigkeiten.

- **Woran erkennt man gute elterliche Kompetenzen?**

Bei lebhafter Ausprägung der intuitiven Kompetenz bringen die Eltern, wenn sie mit ihrem noch jungen Baby Kontakt aufnehmen wollen, ihr Gesicht im Abstand von gut 20 Zentimeter zentral in sein Blickfeld und beantworten Blickzuwendung und Fixieren ihres Babys mit einem lebhaften Augengruß. Sie reagieren unwillkürlich, prompt (mit Latenzen im Millisekundenbereich) und kontingent auf Blickzuwendung, mimischen Ausdruck und Töne ihres Babys. Sie sprechen mit ihm in der »Ammensprache« (erhöhte Stimmlage, verlangsamtes Tempo, ausgeprägte/übertriebene Melodik). Sie bekräftigen seine Mimik und Töne, ahmen sie nach und geben Modelle zum Nachahmen (als »biologischer Spiegel« oder »biologisches Feedback«). Sie verlangsamen ihr Tempo, wiederholen und pausieren und geben dem Baby Gelegenheit zu reagieren.

Durch die Signale des Babys geleitet, geben die Eltern dem Baby eine auf seine individuellen Fähigkeiten abgestimmte regulatorische Unterstützung, indem sie

- es anregen, beruhigen und trösten,
- Art und Intensität ihrer Anregungen in Bezug auf seine Aufnahmefähigkeit und Toleranzgrenzen dosieren,
- in Belastungssituationen emotionale Rückversicherung, Geborgenheit und eine sichere Basis vermitteln,
- kompensieren, was das Baby noch nicht allein bewältigen kann, und ihm in den Interaktionen und Zwiegesprächen des Alltags einen Rahmen bieten, in dem es seine heranreifenden Fähigkeiten zur Selbstwirksamkeit und Selbstregulation erproben und einüben kann.

Fallbeispiel 2

Ein vor Übermüdung schreiendes 6 Wochen altes Baby wird zunächst von der sehr belastet wirkenden Mutter auf dem Schoß geschaukelt. Es kommt nicht zur Ruhe. Nachdem die Mutter auf das Schaukeln angesprochen wird, wird sie nachdenklich und ruhiger, sie verändert dann ihr Verhalten. Der Klang ihrer Stimme wird sanfter, ihre Bewegungen werden langsamer. Das Baby entspannt sich, schmiegt sich an und findet in den Schlaf. Auch die Mutter erholt sich sichtbar vom Schreien ihres Säuglings. Sie freut sich und erlebt ganz offensichtlich, dass ihr Baby sich bei ihr geborgen fühlt. Dieses Feedback stärkt ihr Vertrauen in ihre intuitiven Kompetenzen.

Bei der Interaktions- und Kommunikationsdynamik ist zwischen manifestem Verhalten und latenten unbewussten Hintergrundeinstellungen zu unterscheiden. Ist der latente Hintergrund spannungs- und konfliktvoll, werden die Eltern nicht über angemessene Möglichkeiten verfügen, ihr Kind zu beruhigen oder entwicklungsförderlich zu stimulieren. Ausführlich werden die dyadische Interaktionsdiagnostik von Sidor (2012) und die interaktionelle Diagnostik der Triade von Schwinn u. Borchardt (2012) beschrieben.

Kommunikation mit den Eltern Auf der Elternseite wird auf die intuitive kommunikative Kompetenz, die emotionale Bezogenheit und auf eventuell verzerrte Wahrnehmungen im Umgang mit dem Kind geachtet. Wird hier eine deutliche Beeinträchtigung beobachtet, sollte in der Befragung der Eltern besonders eingehend auf Trennungs- und Verlusterfahrungen in der Vorgeschichte (z. B. Totgeburt), Themen der Mutterschaftskonstellation (z. B. Versagensängste; Stern 1998) und psychische Symptome (z. B. einer postpartalen Depression) eingegangen werden.

Diagnostik Auf der Kindseite sind Erregbarkeit, Selbstberuhigungs- und Kommunikationsverhalten, Reaktion auf Neues, das Zeigen von Initiative und Explorationsverhalten, Ablenkbarkeit und die emotionale Befindlichkeit zu beachten. Im diagnostischen Gespräch sollte genug Zeit sein, um nicht nur Informationen zu erfragen, sondern immer wieder in kleinen Pausen, die sich durch die Bedürfnisse des Kindes automatisch ergeben, auch die Interaktion zwischen Eltern und Kind zu beobachten.

Praxis

Der Therapeut sollte schon in der diagnostischen Phase Raum für das Aushalten negativer Zustände des Säuglings (z. B. Schreien) sowie kindlicher Aufmerksamkeitsbedürfnisse einplanen und zur Beobachtung nutzen. Bei eigener Interaktion mit dem Kind ist darauf zu achten, dass sich die Eltern nicht minderwertig fühlen, wenn das Kind auf den Untersucher positiv reagiert, während sie selbst in einer im Sinne eines Teufelskreises verfahrenen Interaktionssituation wenig positive Rückmeldungen ihres Kindes erhalten.

2.1.4 Diagnostik der Paar- und Familiendynamik

Im Erstgespräch hat man es zumindest mit einem Elternteil und dem betroffenen Kind, häufig aber mit einem ganzen Familiensystem zu tun. Dabei sind zahlreiche Interaktionen zwischen den Eltern, evtl. anwesenden Großeltern und Geschwistern zu beobachten, die im Sinne eines szenischen Verste-

hens wichtige Hinweise auf die familiäre Dynamik geben. Die Entwicklung der Qualität von Elternschaft, die Bewältigung des Übergangs vom Paar zur Familie, ist diagnostisch unter Berücksichtigung der Herkunftsgeschichte der Eltern und der damit verbundenen unbewussten Konflikte einzubeziehen. Zu beachten ist dabei auch der kulturelle und gesellschaftliche Hintergrund der Familie (Cierpka 2012a).

Fallbeispiel 1

(Fortsetzung) Der Vater versucht auf die Grenzsetzungen seiner Frau hin Katharinas Protestschreien zu verhindern, indem er ihr in langen Sätzen das Verbot erklärt. Katharina fängt schon nach dem ersten Satz zu schreien an, was den Vater dazu veranlasst, seine Erklärungen immer länger und eindringlicher werden zu lassen.

2.2 Diagnosesysteme

Im diagnostischen Prozess erhält man sehr reichhaltige Informationen, die das therapeutische Vorgehen beeinflussen. Um diese Informationen zu strukturieren, wurden ähnlich wie für die Diagnostik in anderen Altersstufen Diagnosesysteme entwickelt.

Die Diagnosesysteme für den Entwicklungsstand des Kindes, die Interaktion zwischen Eltern und Kind und die Familiendiagnostik werden bei Cierpka (2012a) beschrieben. Im Folgenden werden ausschließlich Klassifikationssysteme zur einheitlichen Beschreibung und Zusammenfassung für die verschiedenen Symptombilder der Regulationsstörungen vorgestellt.

Das in der ICD-10 (WHO 2010) und im DSM-5 (APA 2013) vertretene Grundprinzip der Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen ist umso problematischer, je jünger die diagnostizierten Patienten sind (Wiefel et al. 2007). Der Ausschluss elterlichen Verhaltens ist der Hauptkritikpunkt in Bezug auf die Anwendung der klassischen Systeme und ihre Adaption für die frühe Kindheit. Dimensionale, beziehungsbasierte Modelle spiegeln den dynamischen Prozess vieler verschiedener Einflussfaktoren in der frühen Kindheit besser wider als kategoriale Systeme. In diesem jungen Alter sollte hinsichtlich psychischer Störungen noch intensiver als im späteren Kindes- und Jugendalter eine Präventions- und Frühinterventionsperspektive eingenommen werden. Es ist daher von größerer Bedeutung, Faktoren zu identifizieren, die das Kind einem erhöhten Entwicklungsrisiko aussetzen – einschließlich eines erhöhten Risikos für die Entwicklung von Psychopathologie –, als die Präsenz intrapsychischer Störungen festzustellen, zumal die Klassifikation kategorialer Diagnosen insbesondere bei Kindern unter 2 Jahren nicht genügend empirisch gesichert ist (von Gonthard 2010; Schmidt u. Poustka 2007).

Kriterien für Klassifikationssysteme

Laut Egger u. Emde (2011) sollten Klassifikationssysteme für die ersten Lebensjahre im besten Fall folgende Kriterien erfüllen:

- Die ganze Bandbreite von frühen verhaltensbezogenen, emotionalen, entwicklungsbedingten und beziehungsrelevanten Symptomen, Störungen und Beeinträchtigungen wird erfasst.
- Das Klassifikationssystem spiegelt eine multidisziplinäre, beziehungsbasierte, auf frühe Intervention und Prävention ausgerichtete Orientierung wider.
- Es lassen sich Verbindungen dazu herstellen, wie Psychopathologie und psychiatrische Beeinträchtigung im späteren Alter charakterisiert sind.

Objektive Klassifikationsinstrumente sind jedoch trotz aller Unzulänglichkeit unverzichtbar für die Früherkennung, für eine wissenschaftlich fundierte Therapieplanung und für die Evaluation sowie als Grundlage zur Formulierung von Rechtsansprüchen gegenüber Kostenträgern.

2.2.1 ICD-10 und DSM-5

In der ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO 2010) sind Regulationsstörungen der frühen Kindheit bis auf die Fütterstörung (F98.2, ► Kap. 5) bisher nicht als eigenständige Störungen aufgenommen. Die Entwicklungsdynamik

während der ersten 3 Lebensjahre wird auch im Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS; Remschmidt et al. 2006) nicht ausreichend berücksichtigt (von Gontard 2010). Im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA 2013) wurden die »restriktiven Ess- und Fütterstörungen« ebenfalls als einzige Regulationsstörungen aufgenommen (► Kap. 5).

Praxis

Frühkindliche Regulationsstörungen werden in der Praxis aufgrund mangelnder Alternativen in der ICD-10 meist als Anpassungsstörung (F43.2) verschlüsselt (von Hofacker et al. 2007), obwohl die hierfür notwendigen Kriterien für das Alter nicht angemessen sind.

2.2.2 Zero To Three

Das Zero To Three (DC:0–3R) (2005) wurde in den USA zur Klassifikation von Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern in den ersten 3 Lebensjahren entwickelt und liegt bisher nur in englischer Sprache vor. Es ermöglicht die Erstellung eines diagnostischen Profils des Kindes. Auf fünf Achsen werden Einflüsse, die zur Entstehung oder Aufrechterhaltung von Problemen des Kindes beitragen, und Bereiche, innerhalb deren Interventionen erforderlich sind, Kategorien zugeordnet. Je nach Achse wird auch der Schweregrad dimensional eingeschätzt.

Klassifikationsdimensionen und -kategorien des Zero To Three (2005)

Achse I: Klinische Störung

Kategoriale Zuordnung zu folgenden Diagnosen:

- 100 Posttraumatische Belastungsstörung
- 150 Bindungsstörung bei Deprivation
- 200 Affektstörungen/Emotionale Störungen (verlängerte Trauerreaktion, vier spezifische Angststörungen, depressive Störungen, gemischte emotionale Störungen)
- 300 Anpassungsstörung
- 400 Regulationsstörungen/Störungen der sensitiven Integration; Untergruppen: hypersensitiver Typus (ängstlicher/übervorsichtiger Typus und negativer/trotziger Typus), hyposensitiver/unterresponsiver Typus und stimulationssuchender/impulsiver Typus
- 500 Schlafstörungen
- 600 Fütterstörungen
- 700 Entwicklungsstörungen
- 800 Sonstige Störung nach DSM-IV oder ICD-10
- *Informationssammlung:* anamnestisches Gespräch; ergänzend können Fragebögen, Verhaltenstagebücher eingesetzt werden

Achse II: Beziehungsklassifikation

- PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale): Wert zwischen 0 (misshandelnd) und 100 (gut adaptiert) zur globalen Einschätzung der Funktionalität der Eltern-Kind-Beziehung anhand folgender Kriterien:
  - allgemeines Funktionslevel von Eltern/Kind
  - Distresslevel von Eltern/Kind
  - Adaptationsflexibilität von Eltern/Kind
  - Konflikt- und Konfliktlösungslevel von Eltern/Kind
  - Effekt der Beziehungsqualität auf den Entwicklungsfortschritt des Kindes
- Relationship Problems Checklist (RPCL) zur Zuordnung der Art der Beziehungsprobleme zu den Kategorien:
  - überengagiert oder unterengagiert
  - ängstlich/gespannt, ärgerlich/feindselig
  - verbal missbrauchend
  - körperlich missbrauchend
  - sexuell missbrauchend
- *Informationssammlung:* Beides sind Fremdeinschätzungsinstrumente, die vom Diagnostiker anhand des beobachtbaren Verhaltens zwischen Kind und Eltern (Spielinteraktion und sonstige Interaktion in der Situation) sowie anhand der berichteten subjektiven Erfahrungen der Eltern beantwortet werden können.

Achse III: Medizinische Konditionen, Erkrankungen und Entwicklungsstörungen

- *Informationssammlung:* Die Diagnostik erfolgt durch Kinderärzte und erkrankungsspezifische Fachärzte. Im anamnestischen Gespräch erfragt werden sollten: Art/Häufigkeit/Dauer der Erkrankung, Alter bei Ersterkrankung, Klinikaufenthalte und weitere Behandlung der aktuellen Problematik.

Achse IV: Psychosoziale Belastungsfaktoren

- psychosozialer Belastungsscore, 3-stufige Skala (keine, leichte, schwere Risikobelastung), Beurteilung der Auswirkung des Risikos auf das Kind, 3-stufige Skala (leichte, mittelschwere, schwere Auswirkungen)
- *Informationssammlung:* Beide Werte werden vom Diagnostiker anhand der im anamnestischen Interview erfragten Belastungen eingeschätzt.

Achse V: Emotionales und soziales Entwicklungsniveau

- 6-stufige Skala zur Ausprägung des emotional-sozialen Funktionsniveaus für folgende Entwicklungsbereiche:
  - Aufmerksamkeit/Regulation (Beginn: 0–3 Monate)
  - Beziehungen bilden und aufeinander bezogen sein (Beginn: 3–6 Monate)
  - Interaktive Intentionalität und Reziprozität (Beginn: 4–10 Monate)
  - Komplexe Gesten und Problemlösung (Beginn: 10–18 Monate)
- *Informationssammlung:* Grundlage für die Einschätzung bilden das beobachtbare Verhalten zwischen Eltern und Kind (Spielinteraktion und sonstige Interaktion), sowie die subjektiven Berichte der Eltern über Fähigkeiten ihres Kindes in Verbindung zum erwarteten Entwicklungsstand.

Im Zero To Three ist der Begriff der Regulationsstörung enger gefasst als im deutschen Sprachgebrauch und meint anlagebedingte Schwierigkeiten der adäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten als Antwort auf sensorische Reize. Das exzessive Schreien im 1. Trimenon wurde nicht als Störung klassifiziert, sondern als Belastungssyndrom aufgeführt. Man kann dieses Verhalten unter den Regulationsstörungen der sensorischen Reizverarbeitung diagnostizieren, da es mit kindlichen Schwierigkeiten bei der Regulation von physiologischen, sensorischen, motorischen und affektiven Prozessen einhergeht. Das exzessive Schreien kann jedoch nicht wie die isolierte Schlafstörung und die isolierte Fütterstörung ohne Störung der Wahrnehmungsverarbeitung als eigenständige Diagnose vergeben werden. Auch die Schlafstörung kann erst ab dem Alter von 12 Monaten als eigenständige Störung diagnostiziert werden.

Fallbeispiel 1

(Fortsetzung) Auf Achse I kann bei Katharina eine Regulationsstörung (negativer/trotziger Typus) diagnostiziert werden. Damit wird implizit angenommen, dass ihr Schreien mit einer Schwierigkeit zusammenhängt, bei vielen oder starken Reizen aus ihrer Umwelt, aber auch bei inneren Reizen wie Körperregungen oder Gefühlen, ruhig zu bleiben, d. h., sie kann ihr Erregungsniveau nicht gut alleine regulieren. Der Aspekt der Koregulation bzw. Beruhigung durch die Eltern kann auf Achse II zur Beziehung erfasst werden. In Bezug auf Achse III sollte bei Katharina die verbale Entwicklung genauer angeschaut werden. Vielleicht fällt es ihr noch schwer, sich verbal auszudrücken, und sie reagiert frustriert, wenn ihre Mutter sich nicht genügend Zeit nimmt, ihre Wünsche zu verstehen, bevor sie Verbote ausspricht, und wenn sie die langen Erklärungen ihres Vaters nicht versteht.

2.2.3 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

In Deutschland gibt es im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ebenfalls eine Arbeitsgruppe zur Erstellung von Leitlinien zur Diagnostik von

Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (Schmidt u. Poustka 2007; von Hofacker et al. 2007). Diese Leitlinien sind nach den Grundlagen der evidenzbasierten Medizin erarbeitet und geben Anleitung in den Bereichen Klassifikation, störungsspezifische Diagnostik, multiaxiale Bewertung und daraus folgende Interventionen. Somatische, Verhaltens- und Beziehungsaspekte sollen auf allen Ebenen der diagnostischen Prozesse berücksichtigt werden.

Einzelne Regulationsstörungen werden nicht als spezifische Störungen, sondern als unterschiedliche Manifestationsformen einer zugrunde liegenden generellen Problematik der kindlichen Verhaltensregulation im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung verstanden.

Obwohl ein dimensionales und kein kategoriales Krankheitsverständnis zugrunde gelegt wird, ermöglichen die Leitlinien eine Klassifikation nach den im Kasten aufgeführten Leitsymptomen.

Klassifikationsdimensionen und -kategorien der Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (nach von Hofacker et al. 2007)

I Regulationsstörungen

1. Exzessives Schreien im 1. Lebenshalbjahr: Definition der Schrei- und Unruhephasen als exzessiv erfolgt in erster Linie anhand der elterlichen Belastungsempfindung und des fehlenden Ansprechens auf Beruhigungshilfen. Die Schweregradeinteilung erfolgt anhand des Erfüllens oder Nichterfüllens der »Dreierregel« (Wessel et al. 1954): durchschnittliche Schrei-/Unruhedauer von mehr als 3 Stunden pro Tag an durchschnittlich mindestens 3 Tagen der Woche über mindestens 3 Wochen.
2. Schlafstörungen: Neben der subjektiven elterlichen Wahrnehmung der Schlafstörung als Problem gibt es folgende objektive Kriterien: Einschlafstörung: Einschlafen nur mit Einschlafhilfe der Eltern über den 6. Lebensmonat hinaus, Einschlafdauer im Durchschnitt mehr als 30 Minuten. Durchschlafstörung: Durchschnittlich mehr als 3-maliges nächtliches Aufwachen mindestens 4-mal pro Woche, verbunden mit der Unfähigkeit, ohne elterliche Hilfen allein wieder einzuschlafen, und/oder nächtliche Aufwachperioden von durchschnittlich mehr als 20 Minuten Länge.
3. Fütterstörung mit/ohne Gedeihstörung: Die Fütterinteraktion wird von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat) als problematisch empfunden. Jenseits der ersten 3 Lebensmonate sind die Kriterien: durchschnittliche Dauer einzelner Fütterungen > 45 Minuten und/oder Intervall zwischen den Mahlzeiten < 2 Stunden.
4. Spielunlust, chronische Unruhe
5. Persistenz und übermäßige Ausprägung von Fremdeln, anklammerndes Verhalten; ausgeprägte Ängste, im Entwicklungsverlauf evtl. auch soziale Rückzugstendenz, elektiver Mutismus
6. Exzessives Trotzverhalten
7. Aggressiv-oppositionelles Verhalten
8. Freud- und Interesselosigkeit, Kummer, depressive Stimmungslage, Passivität, Apathie

II Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung

Es wird unterschieden zwischen einer unkomplizierten Regulationsstörung ohne Beziehungsstörung, einer isolierten Regulationsstörung mit Beziehungsstörung und einer generalisierten Regulationsstörung mit Beziehungsstörung.

III Komorbide Störungen neben der Regulationsstörung

Komorbide Störungen können z. B. organische Erkrankungen, aber auch eine Bindungsstörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung im Säuglings-/Kleinkindalter sein.

Für die Vergabe einer Diagnose ist Bedingung, dass die kindliche Verhaltensregulation in einem oder mehreren Bereichen mindestens einen Monat lang

http://www.springer.com/978-3-642-40741-3

Regulationsstörungen
Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern
Cierpka, M. (Hrsg.)
2015, XV, 202 S. 16 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-642-40741-3