



München, 24.6.2019

Positionspapier der GAIMH in Hinblick auf die Revision der AWMF - Leitlinie ,Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter‘

An den korrespondierenden Autor der Leitlinie, Prof. Dr. Alexander von Gontard

Vorbemerkung

Die GAIMH ist eine interdisziplinäre Organisation. Mitglieder sind Fachleute verschiedener Berufe, die im Bereich der frühen Kindheit in Begleitung, Beratung und Therapie, z.B. als Frühförderer/innen, Pädagogen/innen, Psychologen/innen, Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen tätig sind. Einige Mitglieder sind in den entsprechenden Forschungsfeldern tätig.

Verschiedene Aspekte der Diagnostik im frühen Kindesalter sind in den letzten Jahren kontrovers interdisziplinär diskutiert worden. Die folgenden Positionen sind Ausdruck des in der GAIMH erarbeiteten Konsenses.

1. Diagnostik psychischer Störungen und Behandlungsempfehlungen sind Aufgabe der psychotherapeutischen Berufe. Eine spezialisierte Kompetenz in diagnostischen und therapeutischen Verfahren für Säuglinge, Kleinkinder und deren Eltern wird vorausgesetzt. Diese Aussage bezieht sich auf die Tendenz, klinische Begriffe im öffentlichen Diskurs undifferenziert und stigmatisierend anzuwenden¹. Diagnostik ist Voraussetzung, um therapeutisch handeln zu können.
2. Wie bei allen Berufen im Bereich der frühen Kindheit wird dabei die **Entwicklungsperspektive** im Auge behalten. Demnach werden die kindlichen Verhaltensweisen und Symptome im Kontext der errungenen Kompetenzen, des Entwicklungsverlaufes und der Entwicklungsaufgaben eingeschätzt. Im therapeutischen Vorgehen werden sowohl die daraus resultierenden Risiken als auch die vorhandenen Ressourcen berücksichtigt.

¹ Eine Arbeitsgruppe der GAIMH hat zum Fragenkomplex ‚Bindungsstörungen‘ eine Stellungnahme in diesem Sinne erarbeitet (Hédervari-Heller et al., 2018)

3. Zentral ist des Weiteren die **Beziehungsperspektive**, in der das Kind nie unabhängig von seinem primären Beziehungskontext sowie seinen Beziehungs- und Kommunikationsbedürfnissen verstanden werden kann. Dies können Mutter, Vater, erweiterte Familie und/oder andere als Primärbetreuer wirkende Bezugspersonen sein. Der weitere **soziale und kulturelle Kontext** trägt ebenfalls zum Verständnis der jeweiligen Lebenssituation des Kindes bei, z.B. im Fall von Migration und bei Inobhutnahme.

Zur Diagnostik

Im Dezember 2016 ist das neue Klassifikationsmanual der psychischen Störungen in der frühen Kindheit DC:0-5 erschienen (ZTT, 2016). Es ist durch Einbezug von Expertenmeinungen aus der ganzen Welt entstanden und beruht auf einem reichen Bestand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Neu ist der Anspruch, ein umfassendes Orientierungswerk zu sein, das sich nicht mehr wie seine Vorgänger DC:0-3 und DC:0-3/R komplementär zu DSM-5 oder ICD-10 (bzw. bald ICD-11) definiert. Begründet wird dies damit, dass nur wenige der klinisch relevanten Krankheitsbilder der frühen Kindheit die Validitäts- und Evidenzschwelle erreichen, die für die Aufnahme in jenen Manualen gefordert wird. Folglich werden einige der aufgelisteten Diagnosen als Vorschläge zur Strukturierung der nötigen weiteren Forschung in diesem vergleichsweise jungen Gebiet vorgestellt.

Die GAIMH erachtet DC:0-5 als eine gute Basis für diagnostische Einschätzungen bei Kindern bis zum Ende des fünften Lebensjahres². Sie unterstützt die Beibehaltung des multiaxialen Systems, das im DSM-5 fallengelassen wurde. Dieses erlaubt, die in der früheren Kindheit besonders bedeutenden Dimensionen von Beziehungskontext, psychosozialen Faktoren, Gesundheitszustand und Entwicklungskompetenzen zu erfassen. Darin können sowohl belastende Faktoren als auch stützende Ressourcen beschrieben werden. Einem Entwicklungsmodell, das die Verteilung und das Zusammenspiel von Belastungs- und Schutzfaktoren sowie schützenden und schädigenden Prozessen berücksichtigt, kann damit Rechnung getragen werden.

Die in der klinischen Achse I aufgeführten Syndrome sind kategorial definiert, jeweils mit einer einheitlichen, sehr übersichtlichen Darstellung, die Nutzern/innen entgegenkommt. Neu ist auch die Definition eines einheitlichen Störungskriteriums, das für jedes Krankheitsbild

² Die Auseinandersetzung mit dem neuen Klassifikationsmanual DC:0-5 in der GAIMH haben die Verfasser/innen dieser Stellungnahme angeregt. Die Vorstellung des noch nicht übersetzten Manuals im deutschen Sprachraum ist im Jahrbuch für Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse erschienen (F. Pedrina, 2017). D. Bindernagel hat Erfahrungen mit der Anwendung des Manuals in der Säuglings-Kleinkind-Sprechstunde der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen ab 2004 mit DC:0-3, ab 2006 mit DC:0-3R und ab 2018 mit DC:0-5 gesammelt. Institutionsintern wurden Teile des DC:0-5 ins Deutsche übersetzt (D. Bindernagel & P. Walker, 2018).

gilt. Es umfasst die negative Einwirkung auf Befindlichkeit und Entwicklungsverlauf des Kindes und/oder auch die Beeinträchtigungen des für seine Entwicklung wichtigen familiären Umfeldes. Die Diagnosen unterstehen einer neuen Gliederung, einzelne wurden umbenannt und anders zugeordnet, andere sind neu hinzugekommen. Dies hat zum Teil mit der Ausdehnung des Anwendungsbereiches von drei auf fünf Jahre zu tun, spiegelt aber auch den Zuwachs an Erkenntnissen wider, den die Forschung der letzten Dekaden hervorgebracht hat.

Neu ist, dass die Achse II nicht mehr eine Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehungsstörung beinhaltet, sondern sie beschreibt dimensional auf sehr differenzierte Weise, welche Beiträge einerseits die Eltern und andere mitbetreuende Erwachsene und andererseits das Kind zur Gestaltung der Beziehung einbringen. Dabei spielt die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion eine wichtige Rolle. Die Funktionalität der Interaktion wird entlang von Belastungen und Ressourcen bezüglich der verschiedenen Interaktionsqualitäten beurteilt. Auch Kriterien, die über die beobachtbare Interaktion hinausgehen, wie Gefühle und Toleranz gegenüber ambivalenten Gefühlen, Gedanken, Absichten, reflexive Funktion sowie Fähigkeiten zum Perspektivwechsel und Einfühlungsvermögen gehen in die Beurteilung der Beziehungssachse mit ein.

Sehr hilfreich für die Diskussion mit in der frühen Kindheit involvierten Fachleuten aus dem nicht klinischen Bereich ist die klare Darstellung des Zwecks und der Bedeutung der Diagnose. Diese löst vor allem in Bezug auf Babys Widerspruch aus. Klassifiziert wird die Krankheit, nicht das Baby, insistieren die Autoren des DC:0-5 und heben die Diagnose vom Abklärungsprozess und vom Fallkonzept ab. In das Fallkonzept fließen außer dem mit der Diagnose verbundenen Wissen auch alle Informationen der dimensional Achsen II bis V ein. Es drückt die von Therapeuten/Innen formulierten interaktiven, psychodynamischen, familienzentrierten und systembezogenen Überlegungen aus, die ihre Interventionen leiten. Das Fallkonzept eignet sich mit über die Disziplinen hinweg verständlichen Formulierungen für die Kommunikation mit verwandten Berufen und in Netzwerken, die junge Kinder und Familien begleiten, beraten und behandeln. **Klärende Ausführungen zu den drei Begriffen *Diagnose*, *Abklärung* und *Fallkonzept* sind in den künftigen AWMF-Leitlinien für den deutschen Sprachbereich notwendig.**

Ergänzende und kritische Bemerkungen zum DC:0-5

- **Die meisten Störungen können ab dem zweiten oder dritten Lebensjahr diagnostisch zugewiesen werden.** Unspezifische Symptome können schon früher klinisch erfasst werden, entsprechen aber nicht den Kriterien einer definierten Diagnose. Im Falle der Depression und des ADHS, die ab drei Jahren gelten, wurden hypothetische

provisorische Diagnosen für jüngere Kinder zur Erfassung einer abgrenzbaren Störung formuliert. Dies sind eine ‚Störung mit dysregulierter Wut und Aggression‘ ab zwei Jahren, die häufig der Depression vorangeht und eine ausgeprägte ‚Hyperaktivitätsstörung der frühen Kindheit‘ zwischen zwei und drei Jahren, die eventuell in eine ADHS übergeht. Die ebenfalls neu vorgeschlagene Diagnose ‚Störung mit Hemmung gegenüber Neuem‘ bei Kindern, die jünger als zwei Jahre sind, könnte eine Vorstufe der sozialen oder der generalisierten Angststörung darstellen. Die Erforschung dieser neuen Diagnosen ist zu begrüßen und könnte neue Einblicke in die Vorstufen der erwähnten bedeutenden Krankheitsbilder eröffnen.

- **Besonders für die beiden ersten Lebensjahre ist die ‚Beziehungsspezifische Störung‘ – ein auf Achse I neu definiertes Krankheitsbild - von zentraler Bedeutung.** Diese Diagnose kann gestellt werden, wenn die Störung exklusiv die Beziehung mit einer einzigen Bezugsperson betrifft. Die Einteilung ist von der Systematik her unlogisch, da Störungen der Beziehung generell auf Achse II beurteilt werden. Die Autoren des DC:0-5 begründen die neu definierte Diagnose auf Achse I mit dem Bedürfnis, das häufige Phänomen, dass Säuglinge und Kleinkinder Pathologien nur in der Beziehung zu einer Bezugsperson zeigen, der Forschung zugänglich zu machen. Die früheren Definitionen auf Achse II waren dafür zu unspezifisch. Eine enger gefasste und operationalisierbare Definition der Störung war notwendig. So zeigen einige Kinder zum Beispiel ihre Hyperaktivität nur in der Beziehung zu einem Elternteil, nicht aber zum anderen Elternteil oder im außerfamiliären Betreuungskontext. Dieser Befund hat Auswirkungen auf das Fallkonzept und den Fokus der Behandlung. Die vielen Fälle von behandlungsbedürftigen Beziehungsstörungen, die im Rahmen einer belasteten Familie in Bezug auf mehrere Bezugspersonen zu beobachten sind, werden auf Achse II abgebildet. Darum **soll die Berechtigung einer Therapie auch ohne Achse-I-Diagnose auf Grund starker Achse-II-Belastungszeichen deutlich ausgesprochen werden.**
- Eine kritische Bemerkung bezieht sich auf die Ausgestaltung der Achse II im DC:0-5, die ansonsten eine präzisere und differenziertere Beschreibung des Beziehungskontextes ermöglicht als je zuvor. Die Auflistung der Dimensionen berücksichtigt die **spezifische Art der väterlichen Involvierung** nicht, z.B. sein zeitliches Engagement in der Betreuung des Kindes, seine emotionale Verfügbarkeit und seine Übernahme von Verantwortung. Es ist wünschenswert, dass diese Aspekte in den künftigen Leitlinien aufgenommen werden. Das gleiche gilt für die **triadische und familiendynamische Dimension**, die ebenfalls im DC:0-5 fehlen. Informationen über das Zusammenspiel zwischen Mutter und Vater im Umgang mit dem Kind sowie über eventuelle

Verstrickungen des Elternpaares untereinander oder mit anderen Familienmitgliedern sind sehr wichtig, um geeignete Interventionen zu planen.

- Auffallend ist das Fehlen des Ausdruckes ‚**Regulationsstörung**‘ im DC:0-5, ist diese doch eine der häufigsten und populärsten Diagnosen im Säuglingsalter im deutschen Sprachraum. Dazu ist festzuhalten, dass die unterschiedliche Bedeutung der Diagnose *Regulationsstörung* in der englischsprachigen Literatur gegenüber dem deutschsprachigen Gebrauch für Fachleute schon immer irritierend war. Während sich auf Englisch *Regulationsstörung* auf die sensorische Selbstregulation des Kindes bezog, standen im Deutschen die interaktive Regulation und der Beitrag der Bezugspersonen zur Entwicklung der Selbstregulation im Zentrum. Erst in einer späteren Überarbeitung des Konzeptes wurde zwischen einer ‚Regulationsstörung Typ A ohne Störung der sensorischen Verarbeitung‘ und einer ‚Regulationsstörung Typ B mit Störung der sensorischen Verarbeitung‘ unterschieden und beide in die Leitlinie aufgenommen. Letztere wird aber in der Praxis zu wenig gewichtet. Die Autoren des DC:0-5 verzichteten bewusst auf die Bezeichnung *Regulation* in der Diagnostik, weil sich Regulation als allgemein wirksames, neurobiologisch fundiertes Merkmal der frühkindlichen Entwicklung nicht eignet, spezifische Störungsbilder zu definieren. Sie führen eine neue Überschrift für die ‚Störungen der sensorischen Verarbeitung‘ ein. Diese häufigen Störungen sollten auch in den Leitlinien als eigenständige Kategorie ausgewiesen werden. Die bisher als interaktive Regulationsstörungen bezeichneten klinischen Bilder können unter ‚Beziehungsspezifische Störung‘ oder eine andere, gemäß der Symptomatik des Kindes zutreffende Achse-I-Diagnose kodiert werden. Eine Anpassung an die international angewandten Definitionen erachten wir als wünschenswert. Gegebenenfalls ist der Gebrauch des Begriffes ‚Regulationsstörung‘ im Rahmen des Fallkonzeptes und der therapeutischen Arbeit mit den Eltern hilfreich, nicht jedoch für die diagnostische Klassifizierung³.

Zur Behandlung

Die Dichte verschiedener Entwicklungsprozesse mit ihren gegenseitigen Abhängigkeiten und die hohe Emotionalität lösen eine besondere Beziehungsdynamik aus, die einerseits junge Familien, ihre Säuglinge und Kleinkinder anfällig für Verunsicherung und Stress macht. Andererseits begünstigen die besondere Bindungsbereitschaft, die soziale Offenheit und Bereitschaft aller Beteiligten, sich in dieser Zeit auf neue Beziehungen einzulassen, sowie das schnelle Entwicklungstempo auch die Chancen für therapeutische Prozesse und die

³ Grundlagen dazu in Papoušek, M. et al., 2004.

Adaption der Kinder an verbesserte Umweltbedingungen. Die hier ausgeführten Empfehlungen können nur allgemeiner Art sein und auf die besonderen Bedürfnisse der Beteiligten in der frühen Kindheit hinweisen. Störungsspezifische Vorgehensweisen sind im Entstehen, wie z.B. bei posttraumatischen Störungen. Diesbezügliche Empfehlungen müssen an anderer Stelle erörtert werden. Ebenso werden hier keine spezifischen therapeutischen Schulen oder Methoden präferiert. Verschiedene Autoren haben für die Behandlung in der frühen Kindheit auf die Notwendigkeit von Methodenintegration hingewiesen. Das präsentierte Symptom ist in der Regel mehrfach determiniert und beeinflusst wechselseitig die Befindlichkeit sowohl der Eltern als auch des Kindes und die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion. Neben einer Diagnostik, die zum Ziel hat, eine Diagnose auf den verschiedenen Achsen des DC:0-5 zu stellen, wird es im diagnostisch-therapeutischen Prozess von Beginn an darum gehen, gemeinsam mit der Familie ein Fallkonzept zu erarbeiten. Ein solches berücksichtigt die Betrachtungsebenen des Kindes, der Eltern-Kind-Beziehung, der Elternschaft, die Befindlichkeit und die psychopathologischen Gegebenheiten der Eltern, das triadische Niveau in der familiären Kommunikation und die familiendynamische Dimension. So lässt sich ein Behandlungsfokus erarbeiten. In der Praxis bestehen meistens Probleme und Beeinträchtigungen auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Dimensionen. Für das Vorgehen im Einzelfall ist die Frage zielführend, auf welcher Ebene eine Intervention als wirksam eingeschätzt und auch von den Eltern angenommen und genutzt werden kann. Häufig sind das zunächst die Dimensionen der Familie und der Elternschaft. Hier kann eine entwicklungspsychologische Beratung oder eine Stärkung der elterlichen Zusammenarbeit (Co-Parenting) mit wenigen Konsultationen zu einem Rückgang kindlicher Symptome und des elterlichen Leidensdruckes führen. Auch eine Behandlung der Eltern-Kind-Beziehung wird von manchen Eltern schon nach den ersten Konsultationen gewünscht. Eine solche stellt die Eltern-Kind-Interaktion, die Reflexion darüber und gegebenenfalls die Verknüpfung mit der elterlichen Biographie ins Zentrum. Die Bearbeitung elterlicher Repräsentationen kann mit vergleichsweise kurzen Interventionen zu einer nachhaltigen Verbesserung der kindlichen Entwicklungsbedingungen führen. Ein intensiver Einbezug der Eltern kann als allgemeine Regel formuliert werden. Bei Kindswohlfährdungen und sehr pathologischen Eltern-Kind-Beziehungen müssen Art und Intensität der Elternarbeit besonders sorgfältig reflektiert und abgewogen werden.

Generell orientiert sich das Setting der Behandlung am Entwicklungsalter des Kindes. So werden bis in das Alter von zwei Jahren Eltern-Kind-Therapien und therapeutische Elternarbeit präferiert. Bei Kindern ab zwei Jahren kommen bei ausgeprägten, sowohl kindlichen als auch elterlichen Psychopathologien oder bei fremdplatzierten Kindern auch Einzelpsychotherapien des Kindes unter Einbezug der primären Bezugspersonen in

Betracht. Diese Indikation wird nach der sorgfältigen Abwägung des Schweregrades der Störung und der in der Familie mobilisierbaren Ressourcen gestellt. Zunächst werden einfache, weniger aufwändige, erst danach komplexere, aufwändigere Interventionen durchgeführt. Bewährt hat sich auch, eine Behandlung in Phasen mit Behandlungsepisoden von bis zu zehn Sitzungen durchzuführen. So kann eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden, an der jeweils bei erneuten Symptomen, z.B. im Rahmen von Entwicklungskrisen, angeknüpft werden kann. Vor jeder Behandlungsepisode werden ein aktuelles Fallkonzept und ein Behandlungsfokus erarbeitet und das Setting diesem Fokus und dem Entwicklungsalter angepasst. Bei einem zu schnellen Wechsel zu einer alleinigen Elternberatung können das Kind und seine spezifischen Bedürfnisse aus dem Blick geraten.

Jede therapeutische Intervention sollte eingebettet sein in ein multiprofessionelles und multimodales Netzwerk, um bei Bedarf differenzierte Hilfen der Begleitung und Beratung zu integrieren.

Die Indikation zu medikamentösen Behandlungen mit Psychopharmaka bei Kindern unter fünf Jahren wird restriktiv gestellt. Stimulantien, Antidepressiva, Anxiolytika oder Antipsychotika sollen unter drei Jahren nicht, unter fünf Jahren nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen. Insbesondere wird im Unterschied zur Handhabung in anderen Regionen der Welt auch vom Einsatz von Stimulantien bei Kindern unter fünf Jahren abgeraten. Bei Kindern mit ADHS, die ab drei Jahren diagnostiziert werden kann, werden zunächst andere Behandlungen durchgeführt.

Sorgen bei der Implementierung und Anwendung des DC:0-5

- Die **zentrale Bedeutung des Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung** könnte durch die pointierte Diagnostik gemäss DC:0-5 (im Sinne: auch Babys können diagnostizierbare psychische Störungen haben) und den Verzicht auf die Kategorisierung der Achse II bei Nicht-Spezialisten des Frühbereichs relativiert werden. Mittels eines deutlichen Hinweises in der Einleitung der Leitlinie auf den Umstand, dass auch nicht beziehungspezifische interaktive Störungen erfasst und gegebenenfalls behandelt werden müssen, muss diesem mangelnden Wissen und dieser Entwertung vorgebeugt werden.
- Falls die AWMF-Leitlinien dem DC:0-5 in der **Aktualisierung und Reformulierung** der **„interaktiven Regulationsstörung“** folgen, sollte angesichts der diesbezüglichen deutschen Tradition diese Veränderung angemessen erklärt werden.

- Durch die Aufnahme der ADHS in die Leitlinie der psychischen Störungen im Säuglings- bis Vorschulalter besteht die Gefahr, dass **die ADHS-Diagnose** trotz der eng definierten Kriterien **schon früh zu großzügig und fälschlicherweise vergeben wird**. Dies könnte in der Anwendung durch nicht spezifisch geschulte Ärzte der Ausbreitung immer früherer Medikation Vorschub leisten.
- Es wäre sinnvoll, auf die Vereinnahmung bestimmter Diagnosen durch öffentliche Debatten sowie auf die mögliche **Zweckentfremdung** dieses für die klinische Arbeit unverzichtbaren Instrumentariums hinzuweisen. Diagnosen können nämlich auch der Abwehr ontologischer Ängste, der Kanalisierung sozialer Spannungen, der Festigung bestimmter sozialer Rollen, der Ausgrenzung leistungsschwacher oder wirtschaftsunverträglicher Menschen, zur Umleitung finanzieller Ströme u.a.m. dienen. Dies bedeutet, dass die Fachleute, die spezifische Kompetenzen in der frühen Kindheit aufweisen, und ihre Fachgesellschaften die jeweils bedenklichen Entwicklungen verfolgen und thematisieren sollen und ihre kritische Reflexion solcher Phänomene öffentlich kundtun sollen.

Redaktion:

PD Dr. med Fernanda Pedrina und Dr. med. Daniel Bindernagel, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH

in Zusammenarbeit mit dem Vorstand der GAIMH: Doris Staudt, Edelhard Thoms, Michael Watson, Barbara von Kalckreuth, Martina Wolf

und der GAIMH-Projektgruppe ‚Positionspapier Leitlinien‘: Karl Heinz Brisch, Sabine Hoeck, Maria Mögel, Mechthild Papoušek, Heidi Simoni, Monika Strauss, Nikolaus von Hofacker, Margret Ziegler.

Literaturhinweise:

Bindernagel, D. & Walker, P. (2018). Manual diagnostische Klassifikation und Dokumentation 0-3 in den KJPD St. Gallen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Hédervari-Heller, E., Pedrina, F., Kälble, P., Mögel, M., Steingruber, P., Steingruber, R., & Strauss, M. (2018). Neuere diagnostische Ansätze für die frühe Kindheit am Beispiel der Bindungsstörung. *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 177(1), 109-122.

Pedrina, F. (2017). DC:0-5 - eine umfassende Aktualisierung der Klassifikation frühkindlicher psychischer Störungen. In P. Bründl & F. Pedrina (Hrsg.), *Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-psychoanalyse*, Vol. 6, pp. 12-31. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.

Papoušek, M., Schieche, M & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen in der frühen Kindheit*. Verlag Hans Huber, Bern.

ZTT, Zero to three, National Center for Clinical Infant Programs (2016). DC:0-5. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington D.C