

Wiefel, Andreas; Titze, Karl; Kuntze, Lena; Winter, Mirja; Seither, Corinna; Witte, Ben; Lenz, Klaus; Grüters, Annette; Lehmkuhl, Ulrike

## Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 1, S. 59-81*



Quellenangabe/ Reference:

Wiefel, Andreas; Titze, Karl; Kuntze, Lena; Winter, Mirja; Seither, Corinna; Witte, Ben; Lenz, Klaus; Grüters, Annette; Lehmkuhl, Ulrike: Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 1, S. 59-81 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-30450 - DOI: 10.25656/01:3045

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-30450>

<https://doi.org/10.25656/01:3045>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.  
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.  
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren

Andreas Wiefel, Karl Titze, Lena Kuntze, Mirja Winter, Corinna Seither, Ben Witte, Klaus Lenz, Annette Grüters und Ulrike Lehmkuhl

## Summary

*Diagnostic Classification of Mental Disorders in Infants and Toddlers Age 0 to 5*

The Article is working on developmental psychopathology, diagnosis, and treatment of behavioral problems in infants and toddlers age 0 to 5. An overview of the literature about the international discussion is given. In particular diagnostic classification is elaborated by mentioning the revision of „Diagnostic Classification 0-3 (DC: 0-3R)“ and „Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA)“. State of the art and clinical implication is reported on the basis of principal considerations on infant psychiatry. The american practice parameters become adapted and a working title for diagnostic formulation is given. More research should be done against the background of the introduced standards.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 59-81*

## Keywords

Diagnostic Classification 0-3 (DC: 0-3R) - Infant Psychiatry - Parent-Infant-Interaction-Practise Parameters - Research Diagnostic Criteria Preschool Age (RDC-PA)

## Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen zusammenfassenden Überblick über die internationale Diskussion und den Stand der Literatur zu Grundsatzproblemen der Psychopathologie, diagnostischen Problemen und Möglichkeiten sowie zu Behandlungsstandards bei Verhaltensauffälligkeiten in der Altersklasse von der Geburt bis zum Vorschulalter (0 bis 5 Jahre). Es wird auf die aktuelle Revision der „Diagnostic Classification 0-3 (DC: 0-3R)“ der Arbeitsgruppe Zero To Three (ZTT) im August 2005 und die Formulierung von Forschungskriterien, „Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA)“ eingegangen. Der Stand der Literatur wird referiert und klinische Implikationen werden aufgezeigt. Grundsätzliche Fragestellungen einer frühkindlichen Psychopathologie werden besprochen und geeignete Untersuchungsverfahren vorgestellt. Es wird ein Arbeitsvorschlag für ein Standardvorgehen im Bereich diagnostischer Zuordnung bei Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von 0 bis 5 Jahren gegeben. Auf der Grundlage der vorgeschlagenen Standards sollten weitere Untersuchungen zur Evidenzbasierung der vorgestellten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei Säuglingen und Kleinkindern mit Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt werden.

## Schlagwörter

Diagnostische Klassifikation (DC: 0-3R) - Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie - Eltern-Kleinkind-Interaktion - Leitlinienbehandlung - Forschungskriterien im Vorschulalter (RDC-PA)

## 1 Grundsatzprobleme der Psychopathologie des Kleinkindalters

Im englischen Sprachgebrauch stehen „infant psychiatry“ und „infant mental health“ traditionell nahe beieinander und sorgen doch für anhaltende Diskussionen um Gemeinsamkeiten und Abgrenzung zwischen Salutogenese und Psychopathologie (Zeanah 1997a,b). Im Deutschen wirken die Begriffe „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“ und „Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit“ noch stärker antipodisch. Objektiv beinhalten beide klinische Entwicklungspsychologie und -psychopathologie sowie Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten in der Altersklasse der Säuglinge und Vorschulkinder.

Im klinischen Rahmen sind dabei psychologische, pädiatrische und sozialpädiatrische sowie familientherapeutische, aber auch kinder- und jugendpsychiatrische und psychiatrische Aspekte zu berücksichtigen.

Bei der Definition des Altersspektrums zeigt sich eine erhebliche Interpretationsvielfalt. Die „Diagnostic Classification 0-3 (DC: 0-3)“ wurde rasch nicht nur bis zum dritten, sondern „durch das dritte Lebensjahr“ benutzt (ZTT 1994, 2005). Andere Autoren verstehen die Anwendbarkeit im Altersspektrum 0 bis 5 („under five“) (Emde 2003, Guedeney et al. 2003). In der 2005 revidierten Version DC: 0-3R findet sich der Hinweis, dass die meisten Teilnehmer am Review-Prozess Kinder im Alter von 0-5 Jahren behandeln. Die „Research Diagnostic Criteria Preschool Age (RDC-PA)“ werden bis zum 7. Lebensjahr benutzt (Task force 2003, Scheeringa, pers. Mitteilung 2005).

Traditionell behandelten klinische Arbeiten zu psychopathologischen Auffälligkeiten dieser Altersgruppe vorrangig somatisch begründete Entwicklungsstörungen und den autistischen Formenkreis. Seit etwa zehn Jahren gibt es eine intensive Diskussion um das Wesen genuiner psychischer Störungen in der frühen Kindheit bei weniger kompakten Krankheitsentitäten. Die starke Abhängigkeit der emotionalen Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes von seinem psychischen Umfeld lässt Gergely schon theoretisch zweifeln, ob eine intrinsische Störung unabhängig von einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung existieren kann (Gergely 1996). Die Frage ist, ob es bei Säuglingen und Kleinkindern überhaupt intrapsychische Störungen, etwa im Sinne einer Neurose, geben kann (Bayley 1993, Carter et al. 2004, Papoušek et al. 2004, Thomas u. Clark 1998, Zeanah et al. 1997a).

Kleinkinder können schwerwiegende und anhaltende Verhaltensauffälligkeiten mit Beeinträchtigung der seelischen Entwicklung ausbilden (Laucht et al. 2000, Rutter u. Sroufe 2000). Fehlendes Problembewusstsein bei professionellen Gesundheitsdiensten führt dazu, dass Vorschulkinder trotz schwerwiegender Störungen im Sozialverhalten und der

Kommunikation nur mit erheblichen Verzögerungen einer adäquaten Diagnostik zugewiesen werden (De Giacomo u. Fombonne 1998). „Wir sollten spätestens dann aufmerksam werden, wenn der Ablauf der alltäglichen Aktivitäten des Kindes durch psychische Phänomene behindert oder eingeschränkt ist“ (Emde 1999 nach Carter 2004, S. 110).

Die Rückübersetzung des englischen Begriffs „infant psychiatry“ verweist auf den lateinischen Wortstamm „infans“, was so viel bedeutet wie: „stumm, noch sehr klein“, eigentlich „nicht sprechend“. Bereits in der etymologischen Bedeutung findet sich der abgrenzende Hinweis auf die Zone der präverbalen Entwicklung. Damit ist zugleich die Hauptproblematik beschrieben, dass sich die kindzentrierte psychopathologische Diagnostik in dieser Altersgruppe auf die Beobachtung von non- und präverbalen Phänomenen beschränkt. Die wesentlichen psychiatrischen Methoden sprachlich und symbolgestützter Diagnostik und Psychotherapie basieren auf einem Reservoir für die Exploration, das hier nicht zur Verfügung steht. Selbst bei Kindern mit Sprachgebrauch jenseits des dritten Lebensjahrs sind durch noch ungenügend ausgeprägte oder nicht geförderte Symbolisierungsfähigkeit und „Theory of mind“-Einschränkungen zu berücksichtigen.

Durch die ausgeprägte Abhängigkeit von der primären Bezugsperson und dem psychosozialen Kontext ist die Untersuchung von Kleinkindern zusätzlich zu einem großen Anteil auf indirekte Äußerungen und Fremdb Berichte angewiesen. Ein wichtiger diagnostischer Fundus ist demnach zugleich eine Unschärfequelle, die nur durch Wissen und Erfahrung der Untersucher im Umgang mit bestehenden Diagnose- und Screening-Instrumenten kompensiert werden kann.

### 1.1 Entwicklungstempo – Schnelle Wechsel in den Entwicklungsschritten

Die Entwicklung in den ersten Lebensjahren erfolgt oft sprunghaft. Für die Einschätzung bestimmter Verhaltensweisen als pathologisch ist folglich eine gute Kenntnis und Orientierung an den normalen Entwicklungsschritten und deren Variationsbreite erforderlich. Wutanfälle sind beispielsweise für die Zeit um das zweite Lebensjahr aus entwicklungspsychologischen Gründen zur Autonomieentwicklung nicht nur physiologisch, sondern geradezu notwendig („terrible two“). Die psychopathologische Einschätzung erfolgt immer anhand der Beurteilung von Dauer, Frequenz, Intensität und Qualität des jeweiligen Verhaltens im alterstypischen Vergleich.

Ein anderes Beispiel: es macht einen Unterschied, ob ein Trauma vor oder nach dem 18. Lebensmonat erfahren wird, weil das Einsetzen der Symbolisierungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt zu unterschiedlichen Verarbeitungsmustern führt (Drell et al. 1993; Scheeringa et al. 1995).

### 1.2 Kontextfaktoren

Die meisten psychosozialen Risikofaktoren sind ihrer Natur und Wirkung nach variabel und nicht besonders spezifisch, aber sehr stabil (Sameroff 1998).

Aggressives Verhalten mit zwei Jahren ist vorhersagbar aus dem Maß an mütterlicher Kompetenz und Wärme sowie ihrer Partnerzufriedenheit, wie sie schon lange vor Auftreten der Auffälligkeiten beim Kind existieren.

Die Symptombildung bei einer posttraumatischen Störung im frühen Kindesalter ist stärker von der Betroffenheit und der Copingreaktion eines Elternteils abhängig als von der Beteiligung oder Verletzung des betroffenen Kindes (Scheeringa et al. 1995).

„Der neue, bislang unbekannte Patient ist keine Person, sondern eine - allerdings asymmetrische - Beziehung“ (Stern 1998).

Die Qualität der Beziehung zu der primären Bezugsperson ist der wichtigste Umgebungsfaktor. Er ist unter anderem determiniert von Einstellungen und Erfahrungen der Eltern, die schon lange vor der Geburt existieren.

Die Transmission innerer Repräsentationen von einer Generation zur nächsten ist hinlänglich bekannt und der Bindungsstil des Kindes in Abhängigkeit vom mütterlichen Bindungsmuster bereits in der Schwangerschaft vorhersagbar (Fonagy 2000, 2003).

Dennoch sind kindliche Bindungsmuster und Symptome sehr variabel in Abhängigkeit von der aktuell interagierenden primären Bezugsperson (Zeanah et al. 1997b, Fox 1991). Das macht die Abgrenzung genuiner emotionaler Störungen von passageren Entwicklungsproblemen schwierig.

Die englischen Komparative distress – disturbance – disorder verweisen schon lautmalersich auf die cut-off-Problematik. Ein weiteres Problem ist die Abgrenzung und Einschätzung eines für das Kleinkind zunächst nur als Risiko vorhandenen Krankheitspotenzials, beispielsweise bei einer an sich noch nicht pathologischen unsicheren Bindung. Bisher wird diese Trennung zur Differenzierung einer Behandlungsindikation im Sinne der Richtlinien für Krankenkassenbehandlung (RVO, SGB V) strikt eingehalten (Resch 1996). Schließlich kann aufgrund der Pervasivität der Phänomene besonders im ersten Lebensjahr auch nur von einer geringen Spezifität einzelner Störungen ausgegangen werden.

Für die Praxis ist in diesem Bereich das subjektive Moment des (hier vor allem: elterlichen) „Leidensdrucks“ deshalb von ganz besonderer Bedeutung: Jenseits aller objektiven Kriterien kann z.B. schon moderates Schreien eines Säuglings bei gegebener Vulnerabilität eines Familiensystems zu Misshandlung führen, während die gleiche oder ausgeprägtere Symptomatik in einer anderen Familie problemlos verkräftet wird.

### 1.3 Messprobleme

Geeignete Messinstrumente zur Quantifizierung des Verhaltens sind die Voraussetzung, damit Kliniker und Forscher die Anzeichen und Symptome emotionaler Störungen in der frühen Kindheit beschreiben können (Keren et al. 2001).

Statt objektiver Messwerte finden wir jedoch große Unterschiede in den Berichten zwischen beiden Eltern oder zwischen Eltern und anderen Betreuern, ja sogar in der Einschätzung zwischen Untersucher und Eltern während einer gemeinsam beobach-

teten Episode. Eltern von Kindern, die wegen einer Verhaltensauffälligkeit in einer psychiatrischen Sprechstunde vorgestellt werden, berichten überwiegend externalisierende Symptome, während die Kinder selbst mehr internalisierende Symptome präsentieren (Hodges 1990, nach Zeanah 1997b). Kinder, die gar nicht explizit in einer Sprechstunde vorgestellt werden, zeigen im Gegensatz dazu mehr Symptome, als ihre Eltern wahrnehmen (Sawyer 1992, nach Zeanah 1997b). Andererseits berichten Eltern von Kindern mit Schlafstörungen mit größerer Validität über deren Schlafverhalten als Eltern von Kindern ohne Schlafprobleme (Minde 1993, nach Zeanah 1997b). Die elterlichen Erfahrungen im Vergleich mit anderen Kindern aus der Nachbarschaft oder Verwandtschaft beeinflussen die Berichte ebenso wie die Tatsache, ob von einem Einzel- oder Geschwisterkind die Rede ist (Stallard 1993, nach Zeanah 1997b).

Eltern neigen dazu, die Probleme kleiner Kinder als vorübergehend zu verstehen, und es besteht allgemein wenig Übereinstimmung in der Schweregradeinschätzung zwischen Eltern und Untersuchern (Pavuluri u. Luk 1996).

Wenn die primäre Informationsquelle ausschließlich bei den Eltern liegt, besteht immer die Gefahr, dass deren Projektionen und verzerrende Bindungsstile, die selbst Agens für gestörte Entwicklung sein können, unbewusst und verfälschend in die Bewertung des Kindes mit eingehen (Thomas u. Chess 1984).

Wegen dieser Einschränkungen ist es besonders wichtig, die verschiedenen zugänglichen Informationsquellen: Eltern, Fremdbeobachter und direkte Beobachtung des kindlichen Verhaltens in der Untersuchungssituation zu nutzen und vergleichend auszuwerten.

## 2 Untersuchungsmethoden

### 2.1 Klinische Untersuchung (practise parameters)

Praxisrichtlinien für ein diagnostisches Standardvorgehen sind in Anlehnung an die Richtlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry von 1995 vorgeschlagen worden (Thomas et al. 1997).

In diesen Richtlinien wird unterteilt in „infant“ für das Alter 0-12 Monate und „toddler“ für 12-36 Monate. Dies entspricht den deutschen Begriffen Säugling und Kleinkind, wobei der Übergang von Kleinkind zu Vorschulkind fließend ist und eine Gruppenbildung bis zum Ende des 4. Lebensjahr inhaltlich gerechtfertigt erscheint. Außerdem wird begrifflich geklärt, dass es neben den Eltern als Regelfall eine Reihe von abweichenden Konstellationen im sozial-familiären Gefüge gibt. Entscheidend ist, wer die „primäre Bezugsperson“ ist oder wer die „psychologischen Eltern“ sind. Das können Pflege- oder Adoptiveltern sein, Erzieher einer Einrichtung oder auch die Großeltern oder andere Personen aus der erweiterten Familie oder dem Freundeskreis. Im Untersuchungskontext muss diese zentrale Bindungsfigur des Kindes der Ansprechpartner sein.

Die Untersuchungsmethoden entsprechen im Grundsatz denen bei älteren Kindern und beinhalten zunächst Vorgeschichte und Familien- und Eigenanamnese. Abweichend ist eine immanente Ausrichtung auf Prävention und Risikoerkennung sowie eine viel intensivere Elternarbeit.

Bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes schlagen die Richtlinien die Orientierung am „Infant and Toddler Mental Status Exam“ (ITMSE) vor (Tab. 1).

Tabelle 1: Psychopathologischer Befund im Kleinkindalter (in Anlehnung an ITMSE)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auftreten, äußerer Eindruck</li> <li>2. Reaktion und Adaptation auf die Untersuchungssituation</li> <li>3. Selbstregulation             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachheit</li> <li>• Responsivität</li> <li>• Ungewöhnliches, altersinadäquates Verhalten</li> <li>• Aktivitätslevel</li> <li>• Aufmerksamkeitsspanne</li> <li>• Frustrationstoleranz</li> </ul> </li> <li>4. Motorik</li> <li>5. Sprechen und Sprache             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produktivität (Qualität, Quantität, Rhythmus, Volumen)</li> <li>• Rezeption</li> <li>• Expression</li> </ul> </li> <li>6. Denken             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstinhalte</li> <li>• Träume und Albträume</li> <li>• dissoziative Phänomene</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Stimmung und Affekt             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausdruck: mimisch, verbal, Körper-tonus, Haltung und Position im Raum</li> <li>• Spannweite des emotionalen Ausdrucks</li> <li>• Responsivität</li> <li>• Dauer affektiver Episoden</li> <li>• Intensität des emotionalen Ausdrucks</li> </ul> </li> <li>8. Spielverhalten. Das Spiel ist die Hauptquelle der Informationen zum emotionalen Erleben, insbesondere zum Umgang mit Aggressionen             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spielstruktur</li> <li>• Spielinhalte</li> </ul> </li> <li>9. Kognitiver Stand</li> <li>10. Beziehungsqualität             <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu den Eltern</li> <li>• zum Untersucher</li> <li>• Bindungsverhalten</li> </ul> </li> </ol>
---	--

Hierbei gilt es aus unserer Erfahrung jedoch zu bedenken, dass es spätestens beim Versuch einer systematischen Dokumentation des psychopathologischen Befundes mit einem etablierten Instrument wie der „BADO“ erhebliche immanente Einschränkungen gibt. Bestimmte Phänomene wie „Denkstörungen“ oder „Sinnes-täuschungen“ können aufgrund der oben genannten Limitationen weder erhoben noch verworfen werden und müssen somit schon aus systemlogischen Gründen als „nicht beurteilbar“ kodiert werden.

Wegen der raschen Entwicklungsschübe sind in der Regel mehrere Termine notwendig, und es sollte in verschiedenen Sozial- und Beziehungskontexten untersucht werden.

Ein multidimensionaler Ansatz ist obligat. Beteiligte Disziplinen sind: Geburtsmedizin und Pädiatrie mit Genetik, Ophthalmologie und Pädaudiologie sowie Entwicklungspsychologie, Logopädie und Ergotherapie.

Eine weitere Besonderheit ist die dyadische Sichtweise mit Schwerpunkt auf emotionalen Austauschprozessen. Zentraler diagnostischer Bestandteil ist deshalb die standardisierte Interaktionsbeobachtung. Die Richtlinien verweisen hier für genauere Ausführungen auf weitergehende Literatur.

Es wird unterstrichen, wie notwendig aber noch unvollständig die Entwicklung standardisierter Messinstrumente ist.

Es wird abschließend eine diagnostische Klassifikation mit den unten näher beschriebenen Klassifikationssystemen und eine ausführliche Therapieplanung gefordert.

## 2.2 Dimensionale Messinstrumente

Für viele Untersuchungsaspekte eignen sich dimensionale Verfahren besonders gut. Es steht eine Reihe entsprechender Instrumente zur Verfügung. Vorteilhaft ist ein Aufbau, der die Erstellung eines Profils aus Stärken und Schwächen erlaubt. Die gebräuchlichsten Verfahren seien hier kurz erwähnt.

### 2.2.1 *Symptomskalen*

Zur systematischen Erfassung einzelner Symptome stehen Fragebögen, Checklisten, Tests und strukturierte Interviews zur Verfügung.

#### *Fragebögen*

Für die weit verbreitete und gut geprüfte CBCL ist eine Variante für das Kleinkindalter entwickelt worden (Achenbach u. Rescorla 2000). Die CBCL 1,5 bis 5 besteht aus 99 Items. Sie misst emotionale und Verhaltensprobleme in den Bereichen internalisierende und externalisierende Probleme und liefert einen Gesamtpblemscore. Es gibt Unterskalen, die sich an DSM-Kriterien orientieren. Die Auswertung ergibt einen t-Wert und es ist ein cut-off definiert. t-Werte < 60 werden als subklinisch, t-Werte > 63 als klinisch auffällig gewertet. Das Instrument zeigt eine gute 8-Tage Test-Retest Reliabilität. Die CBCL 1,5-5 unterscheidet gut zwischen einer klinischen und nicht-klinischen Population. Kinder, die an eine Fachambulanz verwiesen wurden, hatten in 74% auffällige Werte auf den Skalen internalisierende oder externalisierende Probleme. Kinder mit hohen CBCL Werten wurden 5-6 mal häufiger vorgestellt als Kinder mit niedrigen Werten.

#### *Verhaltensbeobachtung*

Die Vineland Skalen und das Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)(Bradley 1985) sind die bekanntesten Instrumente zur Verhaltensbeobachtung.

## *Entwicklungstests*

Neben den international gebräuchlichen Bayley- und Griffith Scales sind im deutschen Sprachraum die Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik und der ET 6-6 weit verbreitet.

Eine ausführliche Beschreibung weiterer Fragebögen, Instrumente zur Verhaltensbeobachtung und Entwicklungstests findet sich bei Carter (Carter et al. 2004) (Tab. 2).

### *2.2.2 Interaktionsskalen*

Ein Kernstück der Diagnostik ist die Einschätzung der Interaktionsqualität zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson. Auch dazu stehen theoriegeleitet verschiedene Instrumente zur Verfügung, und zwar sowohl behaviorale als auch qualitative, die meist am Konzept der Bindungstheorie orientiert sind (Papoušek 1995) (Tab. 3).

## **2.3 Klassifikationssysteme**

Diagnostische Klassifikationssysteme dienen zur Definition und distinkten Abgrenzung verschiedener Krankheitsbilder sowie dem Austausch zwischen verschiedenen Behandlern einerseits und den Patienten und ihren Familien andererseits. Außerdem sind sie notwendige Voraussetzung für Therapieindikation und Outcomeforschung.

### *2.3.1 ICD-10 und DSM-IV*

In beiden Klassifikationssystemen gilt das Grundprinzip der Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen.

Dieses Axiom wird mit jüngerem Alter immer problematischer, nimmt doch die Abhängigkeit vom Sozial- und Beziehungskontext proportional zu. Die Autoren der ICD-10 räumen schließlich ein, dass Interdependenzen nicht immer unberücksichtigt bleiben können (Remschmidt et al. 2001).

Im deutschen Sprachraum kommt die ICD-10 in einer Erweiterung als Multiaxiales Klassifikationssystem zur Anwendung, was für andere europäische und Nachbarregionen, z.B. Israel, nicht obligat ist und entsprechende Probleme birgt (Keren et al. 2003).

In den Leitlinien Sozialpädiatrie sind einige Vorschläge zur Verwendung von ICD-Diagnosen gemacht worden.

Für häufige Störungsbilder haben wir die Anwendbarkeit einzelner Kriterien aus der ICD-10 entsprechend ihrer Eignung für die frühe Kindheit aufgelistet (Tab. 4).

Tabelle 2: Standardisierte dimensionale Messinstrumente zur sozio-emotionalen Entwicklung

Test	Altersbereich in Monaten	Anzahl Items/Skalen	Dauer	Bereiche	Anmerkungen/Auswertung
<b>Verhalten</b>					
Vineland	6 – 30	2 Bereiche	30 – 60 Min.	Erfassung des soz. Entwicklungsstandes und der soz. Reife als Faktor für die soziale Entwicklung eines Kindes	Erfassung eines Sozialquotienten mittels Mittelwert und Standardabweichung
HOME	0 – 36	45 auf sechs Subskalen	90 Min.	Elterliche Verantwortung Akzeptanz des Kindes, Organisation des Umfeldes/ der Umgebung Lernmaterialien, Elterliche Involvement, Vielfältigkeit der Erfahrungen	Qualität der kindlichen Umgebung zu Hause, in Bezug auf die kognitive Entwicklung; auch für schwerhörige Kinder und Kinder mit körperlicher Behinderung
<b>Entwicklung</b>					
Bayleys	0 – 42	2 Skalen mit verschiedenen Aufgaben	45 – 70 Min.	Kogn. Skala (Mental Scale), Aufmerksamkeit u. Wahrnehmung, Soz. verhalten, Feinmot., Problemlösung, Vokalisation u. Sprachverhalten, Mot. Skala (Psycho. Scale) Körperkontrolle, grob- und feinmot. Koordination, zusätzliche Verhaltensbeurteilung (Behavior Record Scale)	Geistige und motorische Entwicklung als Index aus den einzelnen Mittelwerten der Skalen; keine deutsche Fassung, aber Korrektur bei Frühgeborenen
Denver	0 – 36	125 Items / 4 Bereiche (aus Untersuchung) + 39 Reportitems (aus Befragung der Eltern)	20 – 30 Min.	Grobmotorik, Sprache Feinmotorik-Adaptation Persönlich-sozialer Kontakt	Screeningverfahren zur Entwicklungseinschätzung, Einteilung in abnorm, fraglich, untestbar und normal
Griffith	0 – 24 (1954) 0 – 8 Jahre (1970)	5 Entwicklungsdimensionen mit gleich vielen Items	20 – 60 Min.	Motorik, Persönlich-soziale Entwicklung, Hören und Sprechen Auge und Hand, Leistungen (im Umgang mit Gegenständen), Praktisches Denken (nur 1970)	Allg. Entwicklungsstand u. -niveau in einzelnen Funktionsbereichen als Profil. Auch für Kinder mit geistiger o. körperl. Behind.; Korrektur bei Frühgeborenen in dt. Fassung

Test	Altersbereich in Monaten	Anzahl Items/Skalen	Dauer	Bereiche	Anmerkungen/Auswertung
MFED	0 – 36	1. Lj.: 8; 2 und 3. Lj.: 7	1. Lj.: k.A. ab 2. Lj.: 50 Min.	1. Lj.: Krabbeln, Sitzen, Laufen, Greifen, Perzeption, Sprechen, Sprachverständnis, Sozialverhalten 2. und 3. Lj.: Statomotorik, Handmotorik, Wahrnehmungsverarbeitung, Sprechen, Sprachverständnis, Selbstständigkeit, Sozialverhalten	Bestimmung des Entwicklungsalters für die verschiedenen Verhaltensbereiche, kein Gesamtscore
ET 6-6	0,5 – 6 Jahre	13 Subtests mit Test-items (Aufgaben die mit dem Kind durchgeführt werden) und Fragebogenitems (Beurteilung durch die Eltern)	20 – 60 Min.	Körpermotorik Handmotorik Kognitive Entwicklung Sprachentwicklung Sozialentwicklung Emotionale Entwicklung	Bewertung des kommunikativen Verhaltens des Kindes, seiner Arbeitsmotivation und Aufmerksamkeit durch den Testleiter und die Auswertung der Items pro Entwicklungsdimension als Score, kein Gesamtentwicklungsscore
Fragebögen					
EBF	ab 10 Jahren	Für jedes Elternteil zehn konstruierte Skalen, die jeweils zwischen zwei und vier Items umfassen	15 – 20 Min.	ablehnend-gleichgültig bestrafend-schlagend emotional vereinnahmend Unterstützung und Hilfe Konflikte ängstlich-besorgt körperliche Nähe Identifikation Entscheidungsfreiheit-gewährende, unterstützende Haltung	Als EBF-E von den Kindseltern in Bezug auf ihre eigenen Eltern ausgefüllt; Risikoindex: Es kann eine Belastung der Kind-Elternbeziehung vorliegen, wenn mind. zwei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoskalen höher als 1.5 Standardabweichungen von der Norm (Prozentrang &gt;85)</li> <li>• bzw. Ressourcenskalen: unter der Norm (Prozentrang &lt;15) sind.</li> </ul> (Normierung bisher nur für Jugendliche EBF-) Die Skalen des EBF können anhand des Ergebnisdiagramms interpretiert werden

Test	Altersbereich in Monaten	Anzahl Items/Skalen	Dauer	Bereiche	Anmerkungen/Auswertung
CBCL	1,5 – 5 Jahre	99 Items	15 – 20 Min.	Sozio-emotionale und Verhaltensprobleme in 3 Bereichen: Externalisierende, internalisierende und Gesamtscore mit DSM orientierten Skalen	Darstellung im Testprofil als klinisch auffällig oder subklinisch für die einzelnen Bereiche
ITSEA	12 – 36	139 Items	30 Min.	4 Gruppen: Internalisierung, Externalisierung, Dysregulation, Kompetenzen und drei Indices: unangepasstes Verhalten, untypisches Verhalten, soziale Bezogenheit	3 - stufige Antwortskala mit Cut-off
<b>Interaktion</b>					
PAPA	24 – 60	15 diagnostische Module	90 – 120 Min.	Internalisierung, Externalisierung, Regulationsstörungen (Schlaf-, Fütter- und Affektregulation) PTSD Reaktive Bindungsstörungen	Symptome, Häufigkeit, Schwere und Beginn als Diagnosen durch kurze Entwicklungsdiagnostik und Darstellung von familiären Strukturen und familiärem Zusammenleben an modifizierten DSM IV und ICD-10 Kriterien sowie DC 0-3 orientiert
Vineland:	Vineland Social Maturity Scale, dt. Version. Bondy et al. 1969				
HOME:	Home Observation for Measurement of the Environment. Caldwell et al. 1984				
Bayley:	Bayley Scales of Infant Development II. Bayley 1993				
Denver:	Denver II Entwicklungsskalen. Fankenburg et al. 1990				
Griffiths:	Griffiths Entwicklungsskalen dt. Version (GES). Brandt, Brandt und Sticker 1983, 2001				
MFED:	Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Hellbrügge 1994				
ET 6-6:	Entwicklungstest 6-6. Petermann und Stein 2000				
EBF:	Elternbild-Fragebogen. Titze et al. 2005				
CBCL 1.5-5:	Child Behavior Checklist ages 1.5-5. Achenbach & Rescorla 2000				
ITSEA:	Infant Toddler Social and Emotional Assessment. Carter & Briggs-Gowan 2000				
PAPA:	Preschool Age Psychiatric Assessment. Egger, Ascher & Angold 1999				

Tabelle 3: Interaktionsskalen

Verfahren	Alter	Items / Skalen	Dauer [min]	Bereiche	Anmerkungen/Auswertung
CIB	0,2 - 6 Jahre	43 Skalen, auf acht Faktoren	5-10 plus 20	elterliche Sensitivität und kindliche Involvement, elterliche Intrusivität und kindlicher Rückzug, elterliche Grenzsetzung und kindliche Compliance. zwei dyadische Konstrukte: Reziprozität und negative Zustände, globale Beurteilung: Führung durch Kind/Eltern	Erfassung von Qualität und Quantität, spezifisch für Eltern, Kind und Dyade Erweiterung z.B. bei Fütter- und Regulationsstörungen
EAS	0 - 6 Jahre	6 Skalen: 4 elterliche; 2 kindliche; verschieden stufig	5-10 plus 20	Elterl. Sensitivität (1-9) Elterl. Strukturierung (1-5) Elterl. Nicht-Intrusivität (1-5) Elterl. Nicht-Feindseligkeit (1-5) Kindliche Responsivität (1-7) Kindliche Involvement (1-7)	Keine genaue Beschreibung der Abstufungen, Erweiterung für behinderte Kinder
CARE	0 - 2,5 Jahre	7	3 plus 20	Gesichtsausdruck Stimmlicher Ausdruck Position und Körperkontakt Gefühlsausdruck Pacing of turns Kontrolle der Aktivitäten	Berücksichtigung der geistigen Entwicklung bei der Aktivität Für alle Aspekte 3 Erwachsenen-Beschreibungen: sensitiv, kontrollierend (a. pseudosensitiv, b. offen ärgerlich), nicht-responsiv 4 für Kinder: kooperierend, angepasst, zwanghaft, passiv Cut-off für Interventionsbedarf
Mannheimer	0-8 Jahre	8 mütterliche 5 kindliche	10	Mütterliches Verhalten: Emotion, Zärtlichkeit, Lautäußerungen, Verbale Restriktion, Kongruenz/Echtheit, Variabilität, Reaktivität/Sensitivität, Stimulation Kindverhalten: Emotion, Lautäußerungen, Blickrichtung, Reaktivität, Potentielle Interaktionsbereitschaft	Auswertung alle 60 Sekunden

Verfahren	Alter	Items / Skalen	Dauer [min]	Bereiche	Anmerkungen/Auswertung
BMIS	0 - 6 Jahre	7 Skalen mit Subskalen und 35 Einzelitems	Beobachtung während klin. Routine	<ul style="list-style-type: none"> <li>mütterlicher Beitrag zum Dialog mit dem Baby (4): Blick-, physischer, stimmlicher Kontakt und mütterliche Stimmung</li> <li>Routineversorgung</li> <li>Risiko des Kindes</li> <li>kindlicher Beitrag zur Interaktion</li> </ul>	Auf einer psychiatrischen Mutter-Sänglingsstation entwickelt für die Risikoeinschätzung der Säuglinge mit dem Risiko für Vernachlässigung und dysfunktionale Interaktionen
Mahoney	ab 1 Jahr	7 für Kinder 12 für Eltern mit 4 Dimensionen der Interaktion	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Für Kinder: Persistenz, Aufmerksamkeit, Involvierung /Interesse, Initiierung, Kooperation, gemeinsame Aufmerksamkeit und Affekt</li> <li>Für die Eltern: Responsivität, Affekt, Aus-führung, Orientierung und Richtlinien</li> </ul>	Anzuwenden in der Qualitätsevaluation von Kindertagesbetreuung und in der pädagogisch-psychologischen und er-ziehungswissenschaftlichen Forschung.
FIT-K95	ab 4 Jahre	12	20-30	<ul style="list-style-type: none"> <li>vom Kind perzipierte Qualität der Interaktion zwischen sich selbst und Erziehungspersonen</li> <li>Verhaltensdimensionen von Erziehungs-personen (Kooperation, Hilfe, Abweisung, Restriktion, Bekräftigen kindlicher Ideen, Trösten, Emotionale Abwehr sowie Faxen und Toben)</li> <li>von Kindern (Hilfesuche, Diplomatie)</li> </ul>	
CIB:					
EAS:					
CARE:					
Mannheimer:					
BMIS:					
Mahoney:					
FIT-K:					

**Tabelle 4:** Eignung und Anwendbarkeit diagnostischer Kriterien der ICD-10 in der Altersgruppe der 0 bis 5-jährigen

Code	Bezeichnung	Kommentar
<b>Gut geeignet</b>		
F84.x	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterivalität	
<b>Eingeschränkt geeignet</b>		
F 43.x	Reaktionen auf Belastungen	unangemessene Symptom- und Zeitkriterien
F93.x	emotionale Störungen	eingeschränkt altersgerechte Kriterien, insbesondere Trennungsangst/Ängste
F94.x	Bindungsstörung	unangemessene Symptom- und Alterskriterien
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	Gewichtsprobleme obligat, Ausschluss anderer Verhaltensstörungen notwendig, keine Subklassifikation möglich
F91.x	Störungen des Sozialverhaltens	keine altersgerechten Kriterien: Lügen, Stehlen, Weglaufen bei Kleinkindern nicht möglich.
<b>Nicht geeignet</b>		
F32.x	depressive Episoden	keine altersgerechten Kriterien, unangemessene Zeitkriterien
F51.x	nichtorganische Schlafstörungen	keine altersgerechten Kriterien, z.B.: „fühlt sich zur Schlafenszeit angespannt ... und empfindet ein Gedankenrasen“
F90.x	hyperkinetische Störungen	keine altersgerechten Kriterien
Explizit keine Berücksichtigung in der ICD-10 erhalten die alterstypischen Regulationsstörungen		

### 2.3.2 DC: 0-3R

Die DC: 0-3R ist ein diagnostisches Instrument, das von der Arbeitsgruppe „Zero To Three“ (ZTT) am National Center for Infants, Toddlers and Families zur Berücksichtigung der Besonderheiten in der Altersklasse der 0 bis 3-jährigen eingeführt wurde (Zero-To-Three 1994). Es soll die bestehenden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 nicht ersetzen, sondern ergänzen. Es ist in seiner ersten Version inzwischen in mehrere Sprachen übersetzt und wird derzeit weltweit evaluiert (Dunitz et al. 1996; Frankel et al. 2004; Keren et al. 2001, 2003; Maestro et al. 2002; Maldonado-Durán et al. 2003; Wiefel et al. 2005). Eine erste Revision wurde im August 2005 herausgegeben.

#### *Anforderungen an Untersuchung und Diagnose mit der DC: 0-3R*

Alle für das Kind relevanten Lebensbereiche müssen mit den jeweils aktuellen diagnostischen Standards erfasst werden. Dazu zählen: aktuelle Symptome und Konstitutionsmerkmale, Erfassung von Entwicklungsstand und -geschichte, ausführliche Familienanamnese, anschließende Familien- und Elterndiagnostik und schließlich eine möglichst

standardisierte und videodokumentierte Interaktionsdiagnostik. Eine vollständige Untersuchung erfordert in der Regel drei bis fünf Sitzungen von je 45 Minuten Dauer.

Die Achsen des Systems sind nur begrenzt mit denen von DSM-IV oder ICD-10 vergleichbar. Das junge Alter bewirkt die Ausrichtung an Entwicklungsparametern, die sich in der Beziehungsdynamik und den flexiblen Anpassungsleistungen widerspiegelt.

Auf der Achse I wird das psychiatrische Syndrom kodiert. In sieben Grundkategorien können Posttraumatische-, Affekt-, Anpassungs-, Regulations- Schlaf- und Essverhaltensstörungen sowie Störungen der Bezogenheit und der Kommunikation (autistischer Formenkreis) weiter differenziert werden. Achse II besteht aus der „Parent-Infant-Relationship Global-Assessment-Scale. (PIR-GAS) und erlaubt eine Einschätzung der Beziehungsqualität zu einer primären Bezugsperson auf einer Skala von 90 (gut adaptiert) bis 0 (misshandelnd) und die qualitative Beschreibung einer Beziehungsstörung auf einer Matrix von sechs Untergruppen: über/unterinvolviert, ängstlich/gespannt oder ärgerlich/feindselig.

Eine manifeste Beziehungsstörung wird unterhalb eines Scores von 40 diagnostiziert. Auf Achse III finden sich körperliche und medizinisch begründete Störungen. Mit der Achse IV werden die psychosozialen Stressfaktoren erfasst und die Achse V beschreibt das funktionell-emotionale Entwicklungsniveau (Tab. 5).

Das Manual gibt einige Grundsätze im diagnostischen Entscheidungsbaum vor:

- Wann immer vertretbar, soll bevorzugt eine Diagnose auf der Achse I vergeben werden. Wenn eine DSM-IV oder ICD-10-Diagnose besser passt, soll diese vergeben werden.
- Fachtherapeutische Diagnosen zu motorischer und sensorischer Entwicklung sowie von Sprache und Kommunikation werden auf der Achse III kodiert, ebenso alle medizinischen Diagnosen in Anlehnung an DSM-IV oder ICD-10.
- Bei eindeutigem Vorliegen eines Traumas soll eine posttraumatische Störung oder Anpassungsstörung vorrangig kodiert werden. Leichte Probleme von kurzer Dauer mit reaktivem Anteil gelten als Anpassungsstörung.
- Bei konstitutionell bedingten kindlichen Problemen mit der Folge maladaptiver Interaktionszirkel mit den Eltern soll eine Regulationsstörung vergeben werden.
- Wenn bei entsprechenden Symptomen diese ersten Regeln nicht greifen, soll eine affektive Störung diskutiert werden.
- Bei multiplen Problemen im kommunikativen und Sozialverhalten werden Multi-systemische- und Bindungsstörung erörtert. Wenn die Probleme nur in bestimmten Situationen und nicht durchgängig auftreten, soll eine Anpassungs- oder Beziehungsstörung erwogen werden.
- Bei Vorliegen einer solitären Beziehungsstörung ohne Achse-I-Diagnose soll auch nur eine Achse-II-Diagnose vergeben werden.
- Reaktive Bindungsstörung soll nur vergeben werden, wenn eine inadäquate Versorgung im körperlichen, psychologischen oder emotionalem Bereich vorliegt, allerdings wird auch der psychoanalytische Begriff der „Frühstörung“ als ätiologisches Agens zitiert.

- Wenn neben Fütter- oder Schlafproblemen andere Symptome bestehen, dominieren letztere, wenn sie eine eigene Diagnose rechtfertigen. Dann soll diese vor Fütter- oder Schlafstörung vergeben werden.
- Bei Vorliegen mehrerer gestörter Bereiche soll der auffälligste kodiert werden, die Vergabe von zwei Diagnosen soll nur ausnahmsweise erfolgen.

**Tabelle 5:** Inhaltsverzeichnis/Kapitelüberschriften DC: 0-3R (Übersetzung Wiefel/Pfeiffer/Dunitz/Scheer)

---

**Achse I: Klinische Störungen**

- 100. Posttraumatische Streßstörung
- 150. Bindungsstörung bei Deprivation
- 200. Affektstörungen/Emotionale Störungen
- 210. Verlängerte Trauerreaktion
- 220. Angststörungen des Säuglings- und Kleinkindalters
  - 221. Trennungsangststörung
  - 222. Spezifische Phobie
  - 223. Störung mit sozialer Ängstlichkeit
  - 224. Generalisierte Angststörung
  - 225. Angststörung n.n.b.
- 230. Depression des Säuglings- und Kleinkindalters
  - 231. Typ 1: Depressive Episode („major depression“)
  - 232. Typ 2: Depressive Störung n.n.b.
- 240. Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks
- 300. Anpassungsstörung
- 400. Regulationsstörungen/Störungen der sensitiven Integration
- 410. Regulationsstörung Hypersensitiv
  - 411. Typ A: Ängstlich/Übervorsichtig
  - 412. Typ B: Negativ/Trotzig
- 420. Regulationsstörung Hyposensitiv/Unterreaktiv
- 430. Stimulationssuchend/Impulsiv
- 500. Schlafstörungen
- 510. Einschlafstörung
- 520. Durchschlafstörung
- 600. Fütterstörungen
  - 601. Homöostatische Fütterstörung
  - 602. Fütterstörung mit Interaktionsproblemen
  - 603. Infantile Anorexie
  - 604. sensorisch aversive Fütterstörung
  - 605. medizinisch bedingte Fütterstörung
  - 606. Fütterstörung bei Gastro-intestinal-Trauma/Sondenbedingt
- 700. Tiefgreifende Entwicklungsstörung
- 710. Multisystemische Entwicklungsstörung
- 800. Sonstige Störung nach DSM IV oder ICD-10

**Achse II: Beziehung zur primären Bezugsperson**

- Skala zur Einschätzung des globalen Funktionsniveaus (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale, PIR-GAS)
- Einschätzung der Beziehungsqualität

**Achse II: Medizinische Konditionen und umschriebene Entwicklungsstörungen**

**Achse IV: psychosoziale Belastungsfaktoren**

**Achse V: emotionales Entwicklungs- und Funktionsniveau**

---

*Studien und Probleme mit der DC: 0-3, erste Version*

Erste Untersuchungen zu den Vorteilen und der Überlegenheit der DC: 0-3 gegenüber ICD-10 hat Dunitz-Scheer (1996) vorgenommen.

In einem special issue „DC: 0-3“ des *Infant Mental Health Journals* und in einer eigenen empirischen Arbeit sind von verschiedenen internationalen Arbeitsgruppen evaluative Vergleiche zwischen den Systemen vorgenommen worden (Guedeney et al. 2003; Cesari et al. 2003; Maldonado-Durán et al. 2003; Wiefel et al. 2005).

Dabei fanden sich durchgängig große Probleme mit der Applikation der Kriterien der klassischen Systeme, es wurden aber auch ungeklärte Fragen zur Anwendung der DC: 0-3 aufgeworfen (Tab. 6).

Tabelle 6: Studien zur DC: 0-3 aus dem Jahr 2003 (*Infant Mental Health Journal*, Special issue DC: 0-3) und 2005

	Guedeney et al. (2003)	Keren et al. (2003)	Maldonado et al. (2003)	Wiefel et al. (2005)
Fallzahl n=	85	414	167	68
Alter (Mittelwert in Monaten)	18,3	19,0	21,2	23,0
Geschlechterverhältnis m/w in %	53/47	59/41	59/41	60/40
Keine Diagnose	23,5 %	55,2 %	9,5 %	8,8 %
Anpassungsstörungen	8,2 %	8,2 %	23,2 %	5,9 %
Affektstörungen	20,0 %	6,5 %	6,5 %	7,4 %
Bindungsstörungen	11,8 %	5,1 %	1,1 %	14,7 %
Regulationsstörungen	11,8 %	5,1 %	42,0 %	26,5 %
Schlafstörungen	7,1 %	10,0 %	2,9 %	11,8 %
Fütter- und Essverhaltensstörungen	1,2 %	11,8 %	4,1 %	13,2 %
Multisystemische Entwicklungsstörungen	12,9 %	k.A.	9,5 %	5,9 %
Achse II	40,5/72,6 %	52,0 %	37,2 %	n.u.

Besondere Schwierigkeiten gab es in unserer eigenen Untersuchung mit der Klassifikation von Fütterstörungen. Problematisch war die Abgrenzung der Regulationsstörungen, insbesondere vom stimulationssuchend-impulsiven Typ. Sowohl die Kodierung von aggressiven Verhaltensstörungen als auch von affektiven Störungen war schwierig.

Für die Bindungsstörung sind nach wie vor ausführlichere Kriterien unter Berücksichtigung neuere empirischer Daten notwendig.

### 2.3.3 Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA)

Mit dem Auftrag zur Formulierung von Forschungskriterien für die psychiatrische Diagnostik in der frühen Kindheit ist auch eine Arbeitsgruppe von der American Association for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) eingesetzt worden (Task-force 2003).

Im Gegensatz zur DC: 0-3 liegt der Schwerpunkt ausschließlich auf der Adaptation der Kriterien des klinisch-psychiatrischen Syndroms der ersten Achse, hier im DSM-IV, unter Verzicht auf die Inauguration eines völlig neuen multiaxialen Systems.

In einem ersten Arbeitsprozess entstanden aus der Sichtung von 17 relevanten DSM-IV-Diagnosen Vorschläge zur Formulierung von Forschungskriterien für eine Adaptation an das Vorschulalter. Es werden sechs neue Untergruppen für Fütterstörungen und zwei für Schlafstörungen vorgeschlagen. Die meisten Kriterien für einzelne Störungen konnten belassen werden, etliche wurden aber inhaltlich modifiziert. Dabei wurden meist die Zeitkriterien oder die Zahl der notwendigen Kriterien reduziert (Tab. 7).

**Tabelle 7:** Grundsätze der RDC-PA

---

**1. So nah wie möglich an DSM/ICD bleiben**

Dies ist u.a. vorteilhaft, um für einzelne Störungsbilder Vergleiche zwischen verschiedenen Altersgruppen zu ermöglichen.

**2. Herausfragen, nicht hineinflagen**

Säuglinge und Kleinkinder können ihre Gedanken und Gefühle nur den kognitiven und verbalen Möglichkeiten ihres Entwicklungsstandes entsprechend äußern. Dieser Umstand darf nicht durch Vermutungen des Untersuchers, kann aber durch die Bewertung eines bestimmten Verhaltens ersetzt werden. Damit können manche Symptome, die berichtet werden müssen, nicht erfasst werden. Sie können allerdings durch die Bewertung eines bestimmten Verhaltens ersetzt werden.

**3. Elternverhalten nicht in die Diagnose einbeziehen**

Im DSM/ICD-Geist bleibt auch die RDC-PA dabei, phänomenologisch und nicht ätiologisch zu klassifizieren.

**4. Klare Abgrenzung zu Behinderungen**

**5. Klare Abgrenzung zu Problemen durch die Untersuchungstechnik**

Damit sind Probleme zu Fragen der Bewertung von Intensität und Frequenz von Verhalten und fremdanamnestischer Angaben sowie des Settings gemeint.

---

Das Altersspektrum ist erweitert auf bis zu 6,11 Jahre (Scheeringa, pers. Mitteilung 2005).

Die RDC-PA sind abrufbar unter <http://www.infantinstitute.com/RDC-PA.htm>.

Zusammenfassend zeigen sich in allen benutzten Systemen Probleme, die von verschiedenen internationalen Arbeitsgruppen mit Ausrichtung auf ein spezifisches Störungsbild jeweils separat behandelt werden.

### 3 Diskussion

Durch die Einführung des Klassifikationssystems DC: 0-3R und die Formulierung von Forschungskriterien zur Adaptation klassischer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder an das Kleinkindalter erhält die junge Subspezialität „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“ auch im deutschen Sprachraum einen guten Impuls.

Allerdings bleibt selbst bei modifizierter Anwendung von ICD-10/DSM-IV Kriterien mit Hilfe der RDC-PA auf den entwicklungsbedingt sehr variantenreichen Altersbereich unklar, ob damit physiologische (Durchgangs)phänomene oder „echte“ Störungen bzw. deren Vorläufer beschrieben werden. Dies wird besonders deutlich am Beispiel der Angst- oder Sozialstörungen (Emde 2003).

Die Konzepte der Regulationsstörungen und der Beziehungsklassifikation, die ängstliches und aggressives Verhalten gut erklären können, werden darüber hinaus nicht bearbeitet, dazu verweist die RDC-PA von sich aus auf die DC: 0-3 und deren Experimentalcharakter.

Das Prinzip der Verhaltenskodierung birgt die grundsätzliche Gefahr, dass die diagnostische Qualität des „Leidensdrucks“ und die Rolle der Empathie des Untersuchers als diagnostisch-therapeutischem Werkzeug zu sehr abgedrängt werden. Als Beispiel nennt Emde das Wissen über das Schmerzerleben von Neu- und Frühgeborenen, das uns nur durch die Entschlüsselung von nonverbalen Codes zur Verfügung steht. Es ist inzwischen gut belegt, dass der Gefühlsausdruck bei Kleinkindern in hohem Maße von der Rezeption, der Empathie und den Spiegelprozessen der Bezugsperson abhängt (Fonagy 2000; Stern 1996; Gergely 1996).

Der Ausschluss elterlichen Verhaltens ist damit der schwerwiegendste Kritikpunkt bei der Anwendung der klassischen Systeme und ihrer Adaptationen. Es ist verständlich, dass der Focus auf einem dem Kind innewohnenden Syndrom bleiben soll. Dieses Prinzip steht aber im Widerspruch zu den entwicklungspsychologischen Tatsachen und der klinischen Erfahrung (Emde 2003). Das psychosomatisch organisierte affektive Regulationssystem des Kleinkindes ist untrennbar mit der koregulativen Funktion der Bezugsperson verbunden. Das erklärt die hohe Pervasivität der Störungsmuster und Überschneidungen in den diagnostischen Kategorien. Unserer Ansicht nach weist dies auf die grundlegende, Bedeutung der frühen Bildung von inneren Arbeitsmodellen (Bowlby) als „pluripotente Keimzelle“ der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung hin.

Objektive Klassifikationsinstrumente sind trotz aller Unzulänglichkeiten dennoch unverzichtbar. Sie unterstützen die Früherkennung und ermöglichen eine rationale Therapieplanung und Evaluation. Sie sind notwendig zur Beurteilung von Längsschnittverläufen und sind nicht zuletzt auch die Grundlage zur Formulierung von Rechtsansprüchen gegenüber Kostenträgern, denn sie erleichtern im Einzelfall die Einordnung in den klinischen oder subklinischen Bereich mit den entsprechenden therapeutischen Konsequenzen (Cantwell 1996, Eppright et al. 1998).

Dennoch sollten psychiatrische Diagnosen bei Säuglingen und Kleinkindern restriktiv vergeben werden.

Der notwendige Auf- und Ausbau von spezialisierten Diagnose- und Behandlungszentren für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit ist unter den herrschenden Ökonomie- und Qualitätsanforderungen ohne rationale, standardisierte Diagnostik und Klassifikation nicht zu vertreten. Die Klassifikation nach DC: 0-3R ist diesbezüglich ein gutes Instrument. Für die praktische Anwendung innerhalb des in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie gut etablierten Multiaxialen Systems (MAS) schlagen wir deshalb zunächst die Nutzung der Achsen I und II und deren Integration vor.

Dies gelingt über die Vergabe der „F98.8“: sonstige näher bezeichnete Störung (hier: mit der DC: 0-3R näher bezeichnete Störung) und den Verweis auf die Achse I der DC: 0-3R.

Diagnosen auf der Achse II der DC: 0-3R stellen eine Ergänzung der psychosozialen Belastungen auf der 5. Achse des MAS dar und werden quantitativ mit der PIR-GAS eingeschätzt.

Die Faktoren der Achsen III und IV der DC: 0-3R, („medizinische Diagnose“ und „psychosoziale Belastungsfaktoren“), werden durch das MAS auf der 2. bis 5. Achse besser abgebildet. Die Achse V: „funktionelles Entwicklungsniveau“, die keine Entsprechung im MAS hat, muss klinisch-empirisch noch genauer überprüft werden (Maestro et al. 2002). Deshalb sehen wir von der Integration der Achsen II - V der DC: 0-3R zunächst ab (Tab. 8).

**Tabelle 8:** Klassifikationsschema für Störungen bei Kindern von 0 bis 5 Jahren

<b>Allgemeine Form:</b>	<b>Verwendung des Schemas im Arztbrief:</b>
Diagnosen nach ICD 10	Diagnosen nach ICD 10
1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom	1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom (FXX.X) oder Sonstige näher bezeichnete Störung (F98.8)
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen	2. Achse: keine umschriebenen Entwicklungsstörungen oder Umschriebene... (Ziffer)
3. Achse: Intelligenzniveau	3. Achse: Intelligenzniveau (Ziffer oder Klinischer Eindruck)
4. Achse: Krankheiten aus anderen Kapiteln nach ICD-10	4. Achse: Krankheiten aus anderen Kapiteln nach ICD-10 (Ziffer)
5. Achse: Psychosoziale Belastungsfaktoren	5. Achse: Keine psychosozialen Belastungsfaktoren oder Psychosoziale Belastungsfaktoren: ... (Ziffer)
6. Achse: Globales Funktionsniveau	6. Achse: ... soziale Beeinträchtigung (Ziffer)
Diagnosen nach DC: 0-3R	Diagnosen nach DC 0-3R:
Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom	Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom (Ziffer) oder Sonstige näher bezeichnete Störung (800)
Achse II: Beziehung zur primären Bezugsperson	Achse II: Beziehung zur primären Bezugsperson... PIR-GAS

DC: 0-3R (Diagnostic Classification 0-3, 1. Revision). ZTT, Washington, 2005

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Die DC: 0-3R kann und sollte auch außerhalb des Fachbereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie genutzt werden. Dies betrifft in erster Linie die „Nachbarschaft“ der mit der Problematik vertrauten Sozialpädiatrie (Sozialpädiatrische Zentren, SPZ) aber auch die (beispielsweise in Österreich) in die Pädiatrie integrierte Kinderpsychosomatik und daneben auch den paramedizinischen psychologisch/pädagogischen Versorgungsbereich mit entwicklungsneuropsychologischer Aufgabenstellung und Kompetenz. Voraussetzung ist in jedem Fall eine entsprechende diagnostische Grundkompetenz, spezielle Fort- und Weiterbildung zu seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit sowie Einarbeitung in die Handhabung des Systems. Dieser Prozess wird von der „World Association of Infant Mental Health, WAIMH“ (<http://waimh.org>) und ihrer deutschsprachigen Tochter „Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit, GAIMH e.V.“ (<http://www.gaimh.de>) unterstützt und gefördert.

Daran angelehnt sollten in den Leitlinien für diejenigen Störungen, die auch im Kleinkindalter relevant sind, spezielle Kriterien für die Altersgruppe der unter 5-jährigen aufgenommen werden. Betroffen sind Depression, Angst, Bindungsstörung, Autismus, Ess- und Fütterstörungen, Sozialverhaltensstörungen.

Abschließend sei noch einmal die primäre Einbettung der Thematik innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaft verteidigt. Selbstverständlich sollen in der kindlichen Psychodiagnostik die Ressourcen und Stärken im Vordergrund stehen. Die Schwierigkeiten werden ja in der Tat weniger intraindividuell, sondern im Lebens- und Beziehungskontext geortet. Aber gerade deshalb, und weil der Umwelteinfluss auf die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung so prägend ist, muss bei Bedrohung der mentalen Entwicklung kleiner Kinder etwa durch schwerwiegende Fütterstörungen, frühe Bindungsstörungen und offene oder verdeckt-subtile Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungssyndrome schon frühzeitig fach-psychotherapeutisch behandelt werden. Jenseits von Beratung und Begleitung bei passageren Störungen ist es die Aufgabe der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie, auch vor dem theoretischen Hintergrund der so genannten Frühstörungskonzepte, durch intensive klinische Forschung die entsprechenden Abgrenzungen zu treffen. Eine rationale Diagnostik, wie sie hier nachgezeichnet wurde, ist der erste Schritt.

## Literatur

- Achenbach, T. M.; Rescorla, L. A. (2000): CBCL/1,5-5 & C-TRF/1,5-5 Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Bayley, N. (1993): Bayley Scales of Infant Development (2nd Edition). Göttingen: Hogrefe.
- Bradley, R. H. (1985): The HOME Inventory: Rationale and research. In: J. E. Stevenson (Hrsg.), Recent research in developmental psychopathology (Bd. 4, S. 191-201). Oxford: Pergamon.
- Cantwell, D. P. (1996): Classification of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 37: 3-12.
- Carter, A. S.; Briggs-Gowan, M. J.; Davis, N. O. (2004): Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(1): 109-134.

- Cesari, A.; Maestro, S.; Cavallaro, C.; Chilosi, A.; Pecini, C.; Pfanner, L.; Muratori, F. (2003): Diagnostic boundaries between regulatory and multisystem developmental disorders: A clinical study. *Infant Ment Health J* 24: 365-377.
- De Giacomo, A.; Fombonne, E. (1998): Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 7: 131-136.
- Drell, M. J.; Siegel, C. H.; Gaensbauer, T. J. (1993): Post-traumatic stress disorder. In C. H. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press.
- Dunitz, M.; Scheer, P. J.; Kvas, E.; Macari, S. (1996): Psychiatric diagnoses in infancy: A comparison. *Infant Ment Health J* 17: 12-23.
- Emde, R. N. (2003): RDC-PA: a major step forward and some issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 1513-1516.
- Eppright, T. D.; Bradley, S.; Sanfacon, J. A. (1998): The diagnosis of infant psychopathology: current challenges and recent contributions. *Child Psychiatry Hum Dev* 28: 213-222.
- Fonagy, P. (2000): Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: F. Petermann; K. Niebank; H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung* (S. 241-254). Göttingen: Hogrefe.
- Fonagy, P. (2003): The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Ment Health J* 24: 212-239.
- Frankel, K. A.; Boyum, L. A.; Harmon, R. J. (2004): Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 578-587.
- Fox, NA; Kimmerly, NL; Schafer, WD (1991): Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Dev* 62: 210-25.
- Gergely, G.; Watson, J. (1996): The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis* 77: 1181-1212.
- Guedeney, A.; Maestro, S.; (Hrsg.)(2003): Special Issue: The Use of the Diagnostic Classification 0-3. *Infant Ment Health J*, 24.
- Guedeney, N.; Guédeney, A.; Rabouam, C.; Mintz, AS.; Danon, G.; Moralès Huet, M.; Jacquemain, F.; (2003): The Zero-To-Three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Ment Health J* 24: 313-336.
- Keren, M.; Feldman, R.; Tyano, S. (2001): Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 27-35.
- Keren, M.; Feldman, R.; Tyano, S. (2003): A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Ment Health J* 24: 337-348.
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29: 246-262.
- Maestro, S.; Muratori, F.; Cavallaro, M. C.; Pei, F.; Stern, D.; Golse, B.; Palacio-Espasa, F. (2002): Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 1239-1245.
- Maldonado-Durán, M.; Helmig, L.; Moody, C.; Fonagy, P.; Fulz, J.; Lartigue, T.; Saucedo-Garcia, J. M.; Karacostas, V.; Millhuff, C.; Glinka, J. (2003): The Zero-To-Three diagnostic classification in an infant mental health clinic: Its usefulness and challenges. *Infant Ment Health J* 24: 378-397.
- Papoušek, M. (1995): Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter. *Zeit-*

- schrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 23(Suppl. 1): 18-23.
- Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hrsg.). (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.
- Pavuluri, M. N.; Luk, S. L. (1996): Pattern of preschool behavior problems in New Zealand, using the Behavior Check List. *J Paediatr Child Health* 32: 132-137.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F. (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Resch, F. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz.
- Rutter, M.; Sroufe, L. A. (2000): Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 12: 265-296.
- Sameroff, A. J. (1998): Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics* 102(5 Suppl E): 1287-1292.
- Scheeringa, M. S.; Zeanah, C. H.; Drell, M. J.; Larrieu, J. A. (1995): Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 191-200.
- Stern, D. N. (1996): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation - Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomas, A.; Chess, S. (1984): Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 141: 1-9.
- Thomas, J. M.; Benham, A. L.; Gean, M.; Luby, J.; Minde, K.; Turner, S.; Wright, H. H. (1997): Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(10 Suppl): 21S-36S.
- Thomas, J. M.; Clark, R. (1998): Disruptive behavior in the very young child: Diagnostic Classification: 0-3 guides identification of risk factors and relational interventions. *Infant Ment Health J* 19: 229-244.
- Wiefel, A.; Wollenweber, S.; Oepen, G.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.; Biringen, Z. (2005): Emotional availability in infant psychiatry. *Infant Ment Health J* 26, 392-403.
- Zeanah, C. H.; Boris, N. W.; Larrieu, J. A. (1997a): Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 165-178.
- Zeanah, C. H.; Boris, N. W.; Scheeringa, M. S. (1997b): Psychopathology in infancy. *J Child Psychol Psychiatry* 38: 81-99.
- ZERO-TO-THREE (Hrsg.). (1994): Diagnostic Classification: 0-3. Arlington: National Center for Clinical Infant Programs.
- ZERO-TO-THREE (2005): Introducing DC: 0-3R
- ZERO-TO-THREE (2005): Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood Revised Edition. Washington: Zero to Three Press.

**Korrespondenzadresse:** Dr. Andreas Wiefel, Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder und Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, fax: 0049 30 450 566 923; E-Mail: andreas.wiefel@charite.de