

Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter – Diagnostik und Intervention –

PD Dr. I. Kamp-Becker



Fortbildungsveranstaltung der DRK-Kinderklinik Siegen, 31.10.2012

Entwicklungspsychologische Besonderheiten des Kleinkindalters

- 80% der nachgeburtlichen Hirndifferenzierung erfolgt in den ersten 4 Lebensjahren
- schnellste Wachstum in den ersten Lebensjahren
 - **Vulnerabilität hoch**
- Hirnfunktionen können sich in dieser Zeit aber auch erholen, wegen der höheren Adaptationsfähigkeit und der noch nicht erfolgten Spezialisierung
 - **Plastizität hoch**

Entwicklungspsychologische Besonderheiten des Kleinkindalters

2 - 3 Jahre

- Geringe Konzentrationsspanne, geringe Fähigkeiten zur eigenständigen Affektregulation
- Autonomiebedürfnis
- Sprachfähigkeit
- So-tun-als-ob-Spiel
- Selbst-Repräsentation (sich im Spiegel erkennen)
- Empathiefähigkeit

3 Jahre

- Wortschatzexplosion
- Selbstständigkeit, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein nimmt zu

4 Jahre

- Belohnungsaufschub
- Theory of Mind
- autobiografisches Gedächtnis
- exekutive Funktionen

Ab ca. 5 – 6 Jahren

- Theory of Mind – Perspektivenübernahme
- Freundschaften
- Moralische Vorstellungen

Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter

Sichere Bindung



eigenständige
Persönlichkeit/Individuation

- Selbständigkeit, Autonomie
- Selbstkonzept
- Selbstkontrolle (Impulskontrolle, Selbststeuerung), Affektregulation
- Entstehung von ersten Regel-, Norm- und Wertvorstellungen
- Entwicklung sozialer Rollenkonzepte (Geschlecht, Mitglied der Familie, Freundschaften ...)

„normal“ versus „gestört“

- Anzahl und Stärke der Symptome
- Dauer
- Psychosoziale Beeinträchtigung
- Entwicklungsbeeinträchtigungen, die nicht kompensiert werden können
- Problem: Variabilität der normalen Entwicklung
 - Interindividuelle Variabilität: Verschiedene Kinder entwickeln sich unterschiedlich
 - Intraindividuelle Variabilität: Ausgeprägte individuelle Schwankungen möglich
 - Inkonsistenzen sind möglich: diskontinuierliche Leistungszunahme

Risikofaktoren

Kind

- Schwieriges Temperament
- Genetische/erworbene Hirnfunktionsstörungen (z.B. ADHS Legasthenie, Autismus,)
- Chronische körperliche Erkrankung mit sekundären psychischen Beeinträchtigungen
- niedrige Intelligenz

Soziale Umgebungsfaktoren

- Materielle Not
- Arbeitslosigkeit
- geringer Wohnraum
- Migration

Eltern/Familie

- Chronische Familienkonflikte
- Psychische/körperliche Erkrankung eines oder beider Eltern oder eines Geschwisterkindes
- Fehlhaltungen/Erwartungen (Überforderung, Delegation eigener Wünsche, Überprotektivität, Verwöhnung)
- Unsicheres Bindungsverhalten
- Ungünstiges Erziehungsverhalten Gewalt und Misshandlung
- Sehr junge Elternschaft

Risikofaktor: Psychisch kranke Eltern

- Risiko erhöht sich um das 3-7-fache gegenüber der Normalbevölkerung Wiegand-Grefe et al. 2009, 2011
- 3 – 4 Millionen betroffene Kinder in Deutschland Mattejat, 2009
- Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen weisen das höchste eigene Erkrankungspotential auf.
- Bedeutung für die (Klein-)Kinder
 - Genetisches Risiko
 - Konfundierung mit Familienkonflikten, Zerrüttung, Alleinerziehung, materielle Probleme
 - Frühe Interaktions- und Bindungsstörung
 - Vernachlässigung
 - Verantwortungsverschiebung und Parentifizierung

Prävalenz

- Vorschulkinder sind genauso häufig von einer psychischen Störung betroffen, wie ältere Kinder und Jugendliche
 - die Gesamtprävalenz problematischen Verhaltens im Vorschulalter liegt ca. bei 7 % (vergleichbar älterer Kinder)
 - distinkte emotionale (internalisierende) und verhaltensbezogene (externalisierende) Syndrome sind konsistent zu finden
 - höhere Rate von externalisierenden Auffälligkeiten!
KiGGs-Studie, Hölling et al., 2008; Laucht et al., 2000
 - Kontinuität zwischen Vorschulalter, späterer Kindheit und sogar Erwachsenenalter bezüglich emotionaler und behavioraler Probleme und Psychopathologie
Egger & Angold, 2006

Störungen im Kleinkindalter – ICD-10

1. Achse: Klinisch psychiatrisches Syndrom

- Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (F90)
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten/ODD (F91)
- Emotionale Störung des Kindesalters (F93)
- Kombinierte Störung des & der Emotionen (F92)
- Bindungsstörungen, elektiver Mutismus (F94)
- Anpassungsstörungen, PTSD (F43)
- Ausscheidungsstörungen, Fütterstörungen (98)
- Depressive Episoden (F32)
- Tic-Störungen (F 95)
- Phobien (F40)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen/ Autismus (F84)

2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80), der motorischen Funktionen (F82) und kombinierte ES (F83)

3. Achse: Intelligenzniveau

- Intelligenzminderung (F7)

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten ODD

Prävalenz

- Häufigste Störung im Kleinkindalter, ♂ - ♀ = 2:1

Prognose

- Früher Beginn ungünstig, daher frühe Diagnose und Behandlung zentral

Komorbiditäten

- ADHS 25-50 %
- emotionale Störung
- Entwicklungsstörungen

Rockhill et al.2006

Emotionale Störung des Kindesalters

- Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
 - Furcht vor Trennung stellt den Kern der Angst dar
- Phobische Störung des Kindesalters
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
 - Misstrauen gegenüber Fremden und soziale Besorgnis oder Angst, in neuen, fremden oder sozialen Situationen.
- Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
 - Ausmaß Dauer der Störung sind übermäßig ausgeprägt und gehen mit Störungen der sozialen Interaktionen einher
- Generalisierte Angststörung des Kindesalters
 - Ruhelosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Muskelverspannung, Schlafstörungen
- Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters

Bindungsstörungen

Zentrale Merkmale:

- Kein persönlich bezogenes Bindungsverhalten
- Störung zeigt sich über verschiedene Kontexte/Situationen hinweg
- Entwickelt sich vor dem Alter von 5 Jahren
- Unterscheidung zwischen
 - Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
 - Bindungsstörung mit Enthemmung
- Übergänge/Mischformen möglich und wahrscheinlich!

Bindungsstörungen

Prävalenz: Auftreten in Risikogruppen deutlich erhöht

- Wechselnde Bezugssysteme
- Multiple Verluste
- Massive Vernachlässigung
- Emotionale, körperliche, sexuelle Gewalt
- Miterlebte Gewalt (Kind als Augenzeuge)
- Schwere psychische Erkrankung der Bindungspersonen
- Jugendliche und alleinerziehende Mütter

Prognose:

- eher ungünstige Prognose, insbesondere Bindungsstörung mit Enthemmung persistierende Tendenz - häufig Diagnose Persönlichkeitsstörung

Rushton et al., 1995; O'Connor, 2003

Therapie:

- Verlässliche, stabile und vorhersagbare Umwelt!
- emotional zuverlässige und konstante Bezugsperson (oft Fremdplazierung)
- begleitende therapeutische Arbeit mit Bezugsperson

Ziegenhain 2009

Depressive Episoden im Kleinkindalter

- **Kleinkindalter (2 - 3 Jahre):**

- Vermehrtes Weinen, erhöhte Irritabilität, Spielunlust, gestörtes Essverhalten, Ausdrucksarmut

- **Vorschulalter (4 - 6 Jahre):**

- psychomotorische Hemmung, keine Freude bei Aktivitäten oder Spiel, Ängstlichkeit, Appetitlosigkeit, introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten

- ♀ - ♂ = 1:1

- Erhöhte Komorbidität mit Hyperaktivität und SSV – dann aber Prognose eher besser, als monosymptomatisch

- Geringe Sensitivität der ICD-Kriterien für Klein-Kinder!

Kleinkindsprechstunde

- **Anamnese** (aktuelle Problematik, körperl., kognitive, sprachliche & emotionale Entwicklung, Spielverhalten, familiäre Beziehungen & zu Gleichaltrigen...)
- **Kooperation** mit SPZ, Neuropädiatrie, Pädaudiologie, Genetik, Logopädie, Ergotherapie, Kinderarzt
- **Kooperation** mit Frühförderung, Jugendamt, Betreuungshelfer...
- **Kooperation** mit weiteren Einrichtungen (z.B. Mutter-Kind-Einrichtung, Kinderschutzbund, Therapeuten)
- **Exploration** des Kindes
- körperlich-neurologische **Untersuchung** (evtl. EEG)
- **Standardisierte Diagnostik** (Entwicklungs-, Leistungstests, Sprachtest, spezifische Fragebögen)
- **Verhaltensbeobachtung** (Spielsituation mit Eltern)

Beratung

- Psychoedukation / Beratung
- Frühförderung
- Kindergarten (Integrationsplatz)
- Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Heilpädagogik
- Erziehungsberatungsstelle
- Maßnahmen durch Jugendamt (z.B. SPFH)
- Mutter-Kind-Einrichtung
- Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils
- Evtl. Tagesklinische oder stationäre Behandlung

Prävention

- **Verhaltenstraining im Kindergarten** Koglin & Petermann, 2006
 - Universelles Präventionsprogramm für 3 bis 6 jährige
 - Förderung sozial-emotionaler Kompetenz
 - Aufbau sozialer Problemlösung

- **Präventionsprogramm für Kinder mit expansivem Problemverhalten (PEP)** Plüg et al., 2006
 - Zielgruppen: Eltern und Erzieher von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren
 - Indikation: frühe Zeichen ausgeprägten expansiven Verhaltens

Therapie: Versorgungssituation - Ergotherapie

- Häufigste Leistung: Einzelbehandlung bei sensomotorisch /perzeptiven Störungen
 - Sensorische Integration (SI)
 - Beruht auf theoretischen Annahmen, die längst widerlegt wurden! Annahme von „neurophysiologisch begründeter“ Verhaltensstörungen nicht haltbar
 - Deutsche Gesellschaft für Neuropädiatrie lehnt SI ab!
 - Metaanalyse (Vargas & Camilii 1999):
 - keine spezifischen Effekte bei lern- und verhaltensgestörten Kindern
 - lediglich unspezifische Effekte (z.B. motorische Geschicklichkeit)

Therapie: Versorgungssituation - weitere Therapien

„Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung“ oder „KISS-Syndrom“

- These: „Kopfgelenk-Relationsstörung“ sei der wichtigste Faktor in der Pathogenese von Körperhaltungs- oder Bewegungsasymmetrien und unklaren Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter
- bei dem leisesten Verdacht sei eine Behandlung erforderlich
- eine RCT bei „Schreibabys“ – gleiche Wirkung wie Nicht-Behandlung!
- Keine weiteren Studien zur Wirksamkeit bei Verhaltensauffälligkeiten
- Deutsche Gesellschaft für Neuropädiatrie lehnt manualmedizinische Behandlung des „Kiss-Syndroms“ ab!

Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter

- **Methode der Wahl:** verhaltenstherapeutisch basiertes **Elterntraining** mit Interventionen in der Familie und im Kindergarten (Evidenzgrad I bei ODD/ADHS) und ggf. flankierende Maßnahmen
- Medikamentöse Therapie sollte erst erwogen werden, wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen!

Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter: Triple P

Positive Parenting Program - Trainingsprogramm für Positive Erziehung – Prävention & Intervention

- Ziele:

- positives Erziehungsverhalten und Eltern-Kind-Beziehung
- Steigerung der elterlichen Kompetenz
- Förderung der kindlichen Entwicklung
- Reduktion kindlicher Verhaltensprobleme
- Verbesserung der Kommunikation über Erziehung
- Reduktion von mit Erziehung verbundenem elterlichem Stress

- **Stepping Stones:** speziell für Eltern von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Wahrnehmungsstörungen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen

Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter: Triple P

Theoretisch fundiert!

- Verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm

Empirische Evidenz:

- Meta-Analysen zu Elterntrainings bei Kindern im Alter von 0-7: gute Wirksamkeit bezüglich Eltern-Kind Interaktion, emotionale Kommunikation u.v.a. (de Graaf et al., 2008; Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gemback, 2007)
- Effektstärken: .88–1.00; Follow up nach 6 Monaten: 1.00
- zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von Triple P z.B. bei ADHS, Depressionen...
 - Abnahme kindlicher Verhaltensauffälligkeiten,
 - Steigerung der Erziehungskompetenz,
 - Abnahme dysfunktionalen Elternverhaltens

Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter: PCIT

Parent-Child-Interaction-Therapy

- Fokus: Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind (2-7 Jahre alt)
- Behandlung von Bezugsperson & Kind gemeinsam
- theoretisch begründet: Bindungstheorie, Lerntheorie
- Integration von spieltherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Methoden
- evidenzbasiert
- Befund geleitet

Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter: PCIT

Indikationen:

- Expansive Verhaltensstörungen (ODD, SSV, AHDS)
 - gut untersucht und validiert! Metaanalyse: Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007
 - Effektstärken: .61–1.45
- internalisierendes Verhalten (Angststörungen, emotionale Störungen) Luby et al, 2012; Lenze et al., 2011
- Frühgeborene Graziano et al., 2012
- Kinder mit Sprachstörungen Allen & Marshall, 2011
- Interaktionsprobleme im Kontext von Scheidung und Adoption
- Zustand nach Vernachlässigung und Missbrauch Timmer et al., 2006
- Kinder mit kognitiven Entwicklungsdefiziten
- Autismus Solomon et al. 2008