Vivantes
Leben in Berlin

Kleinkindpsychiatrie - Störungsbilder, Diagnosen und Diagnostik

Dr. Juliane Teich-Bělohradský, OÄ

Vivantes Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Prävalenz psychischer Störungen im Kleinkindalter

- 9-12% mit deutlichen Beeinträchtigungen
- (USA, Egger und Angold, 2006a);
- 8,9 % bzw. 6,9 % der 3 bis 6jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 % bzw. 3,7% mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten (Deutschland; KiGGS Bundesgesundheitsblatt, 2007);
- 7,1 % der 4jährigen Kinder (Norwegen; Wichstroem et al., 2012);
- 10,1% der 4 bis 6jährigen Kinder (Island; Gudmundsson et al., 2012).
- hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).

Diagnostische Klassifikationssysteme

- Multiaxiales Klassifikationssystem nach ICD-10
- Ergänzend Zero-to-three (DC:0-3R, 2005)

  - Spezifizierung der Achse-I-Diagnose

  - Ausschluss oder Diagnose einer Beziehungsstörung
- Ergänzend Forschungskriterien für das Vorschulalter zum DSM-IV (RDC-PA, 2002)

Allgemeine Prinzipien der Diagnosestellung

- Mindestalter zu jeder Diagnose beachten
- Keine Diagnosestellung ohne Berücksichtigung einer möglichen Interaktions-/Beziehungsstörung
- Zurückhaltung in der Diagnosestellung insbesondere bei jüngeren Kindern

Diagnostik allgemein

- Anamnese
- Somatische Diagnostik
- Psychopathologischer Befund
- Nicht-strukturierte Interaktionsbeobachtungen mit Hauptbezugspersonen
- Semistrukturierte videobasierte Interaktionsdiagnostik
- Standardisierte Instrumente, z.B. Fragebögen
- Diagnostik elterlicher Psychopathologie

Psychopathologischer Befund im Kleinkindalter, Spezifika

- Formale und inhaltliche Beurteilung des Spielverhaltens
- Beobachtung der Interaktion mit Fremden und Bezugspersonen
- Social referencing, turn taking
- Besondere Beobachtung der affektiven Schwingungsfähigkeit, Bandbreite
- Nonverbale und präverbale Kommunikation

Spielverhalten

- Exploration
- Funktionsspiel
- Symbolspiel
- Rollenspiel
- Regelspiel

Ein- und Durchschlafstörungen

- ICD-10: Nichtorganische Insomnie F 51.0
- KJP-Leitlinien für Vorschulkinder unterscheiden
- Nicht vor dem 1. Geburtstag diagnostizieren
- Störungsdefinition: 5-7 Episoden pro Woche über mind. Einen Monat
- Risikokonstellation bereits bei 2-4 Episoden pro Woche

Einschlafstörung

Signifikante Schwierigkeiten beim Einschlafen

- Mehr als 30 Minuten im Alter von 12-24 Monaten,
- mehr als 20 Minuten im Alter von mehr als 24 Monaten

Anwesenheit des Elternteils beim Einschlafen, oder:

Zahl der Kontakte mit den Eltern:

Drei oder mehr im Alter von 12-24 Monaten,

- zwei oder mehr im Alter von über 24 Monaten.

Kriterien für Beeinträchtigung sind unsicher wegen fehlender empirischer Daten

- Einschränkung elterlicher Aktivitäten
- Schwierigkeiten das Kind tagsüber zu wecken
- spontanes Schlafen während des Tages.

Durchschlafstörung

Signifikante Schwierigkeiten, im Schlaf zu verbleiben und:

- Mehr als 30 Minuten wach nach Erwachem im Alter von 12-24 Monaten,
- mehr als 20 Minuten im Alter von 24-36 Monaten
- mehr als 10 Minuten im Alter von über 36 Monaten.

Ausserdem:

- Drei- oder mehrmaliges Erwachen pro Nacht im Alter von 12-24 Monaten (in Summe mehr als 30 Minuten)
- ein- oder mehrfaches Erwachen pro Nacht im Alter von 24-36 Monaten, (in Summe mehr als 20 Minuten)
- ein- oder mehrfaches Erwachen pro Nacht, im Alter von mehr als 36 Monaten (in Summe mehr als 10
- Minuten)

Eltern legen das Kind nach jedem Erwachen in ein anderes Bett

Diagnostik Schlafstörung

- Pädiatrische Ausschluss-Diagnostik
- Schlaf-Tagebuch
- Anamnese der schlafhygienischen Situation und der einschlafbezogenen Interaktion

Reaktive Bindungsstörung F94.1

- Prävalenz beider Bindungsstörungen zusammen unter 1 %
- Beginn der Symptome vor 5. Geburtstag, Diagnose ab Entwicklungsalter von 9 Monaten
- „Deprivations-Störung“
- deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen Situationen;
- emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit,
- sozialer Rückzug
- aggressive Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein oder das anderer
- und/oder ängstliche Überempfindlichkeit
- Nachweis, dass soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit möglich ist;
- (Ausschluss einer tiefgreifende Entwicklungsstörung)

Gehemmter Typ der Bindungsstörung, RCD-PA-Forschungskriterien

- Sucht selten oder minimal Trost wenn emotional belastet

►mindestens 3 Symptome

- Eingeschränkter positiver Affekt und
- exzessive Irritabilität, Traurigkeit oder Angst
- Spricht selten oder minimal auf Trost an
- Reduzierte oder fehlende soziale und emotionale Reziprozität
- d.h. reduziertes Teilen von Affekten, wenig soziales „referencing“, wenig wechselweise an der Reihe sein / „ turn taking“, wenig Blickkontakt)

Bindungsstörung mit Enthemmung F94.2

- „Deprivations-Störung“
- anhaltende diffuse Bindungen während der ersten fünf Lebensjahre;
- relatives Fehlen selektiver sozialer Bindungen: Trost wird bei Unglücklichsein nicht gesucht; oder die Auswahl der tröstenden Personen ist wahllos;
- wenig modulierte soziale Interaktion mit unvertrauten Personen;
- Anklammerungsverhalten oder aufmerksamkeitsheischendes und
- unterschiedslos freundliches Verhalten ohne Situationsspezifität.

Enthemmter Typ der Bindungsstörung, RCD-PA-Forschungskriterien

►mindestens 2 Symptome

- Zeigt ein übertrieben vertrautes Verhalten mit reduzierter oder fehlender Zurückhaltung gegenüber fremden Erwachsenen
- Meldet sich selten zurück bei der erwachsenen Bezugsperson, selbst nach Weggehen in unbekannter Umgebung
- Bereit mit unbekannten Erwachsenen mit zugehen mit minimalem oder keinem Zögern

Diagnostik der Bindungsstörungen

- Klinische Beobachtung von.
- Freiem Spiel mit Bezugspersonen
- Trennungs und Wiedervereinigungssequenzen
- Reaktion auf fremde Personen und neue Objekte

Beobachtungs-Focus:

Stress des Kindes?

Trostfindung bei anderen Personen?

Bevorzugung von Bezugspersonen?

Differentialdiagnosen

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung
- Unsicheres Bindungsverhalten (Bezugspersonen)
- SSV – DD, aber auch als Komorbidität möglich
- ADHS – DD, aber auch als Komorbidität möglich
- PTBS
- Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten

Autismus-Spektrum-Störungen

- Diagnose ab dem 2. Geburtstag möglich
- Auffällige Sprachentwicklung (Vokalisieren, Silbennachsprechen, Reaktion auf akustische Reize)
- Auffällige Interaktion: Armausstrecken im 7.Lm, Imitation im 11.Lm, Zeigen im 12.Lm, ungewöhnlich ruhiges Allgemeinverhalten
- Stereotypien, wenig Explorationsverhalten, Fixierung bestimmter visueller Muster
- Auffälligkeiten der selektiven Wahrnehmung, des Spielverhaltens, der Motorik, der Sprache, der kognitiven Entwicklung
- und der exekutiven Funktionen.
- Gold-Standard: FSK, ADI-R und ADOS

Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten F 70.1

- Ab IQ < 70
- Besondere Sorgfalt bei der Diagnose im Kleinkindalter, Längsschnittbeobachtung
- Neuropädiatrische Diagnostik obligat!

ADHS im Kleinkindalter

- Frühestens ab dem Alter von 3,0 Jahren (Leitlinie, DSM IV) vs. 6 Jahren (ICD-10) diagnostizierbar
- „Fehlen oder sehr beschränkte Fähigkeit zu längeren Zeiten von stiller, gut kontrollierter Aktivität“.
- Prävalenz von 2,0 % bis 7,9 %
- Unaufmerksamer Typ selten
- Erfassung komorbider Störungen!

DISYPS-II

Beurteilungsbogen für Eltern und Erzieher/-innen für 3–6-jährige Kinder (FBB-ADHS-V)

Name des Kindes: .....

Alter: **Geschlecht:** **Datum:** **Kindergartenbesuch:** ○ **Ja** ○ **Nein**

beurteilt von: ○ **Vater** ○ **Mutter** ○ **Erzieher/-in**

○ **anderer Person:** .....

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und kreuzen Sie die Zahl an, die dem Verhalten des Kindes am besten entspricht. Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	**ein wenig**	**weitgehend**	**besonders**
Verhalten des Kindes insgesamt gesehen:				
a. Ist sehr unruhig, zappelig oder übermäßig aktiv. Zeigt eine Unruhe, die nur schwer zu begrenzen ist.	0	1	2	3
b. Ist sehr impulsiv, kann z. B. nur schwer abwarten oder unterbricht andere häufig oder handelt, ohne zu überlegen.	0	1	2	3
c. Ist sehr unaufmerksam oder ablenkbar oder beendet angefangene Dinge nicht.	0	1	2	3
Verhalten des Kindes im Einzelnen:				
1. Kann sich nur für kurze Zeit auf ein Spiel oder eine Beschäftigung konzentrieren.	0	1	2	3
2. Fängt innerhalb kurzer Zeit viele Dinge an und wechselt von einer Tätigkeit zur anderen, macht nichts zu Ende.	0	1	2	3
3. Scheint oft nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen.	0	1	2	3
4. Hält sich oft nicht an Anweisungen und schafft es nicht, seine Spiele, Mal- oder Bastelarbeiten zu Ende zu bringen.	0	1	2	3
5. Weiß oft nicht, was es tun soll, sitzt nur da oder läuft herum, ist an nichts interessiert.	0	1	2	3
6. Sträubt sich oft gegen Spiele und Beschäftigungen, bei denen es um Ausdauer oder Fingerfertigkeit geht.	0	1	2	3
7. Kann beim Vorlesen nicht zuhören. Ist beim Anschauen von Bilderbüchern nicht bei der Sache.	0	1	2	3
8. Lässt sich beim Spiel oder bei Beschäftigungen durch äußere Ereignisse (z. B. Lärm oder Aktivitäten anderer Kinder) leicht ablenken.	0	1	2	3
9. Ist schnell von etwas begeistert, verliert dann aber leicht das Interesse und hält nicht lange durch.	0	1	2	3
10. Kann beim Essen oder bei Beschäftigung am Tisch nicht stillsitzen; rutscht auf dem Stuhl herum oder zappelt mit Händen und Beinen oder spielt mit dem Besteck usw.	0	1	2	3
11. Bleibt oft bei Tisch oder bei anderen Gelegenheiten, wo es auf dem Platz sitzen bleiben müsste, nicht sitzen (z. B. im Stuhlkreis).	0	1	2	3
12. Rennt oft herum oder klettert überall hoch, auch wo es nicht angebracht ist.	0	1	2	3
13. Hat oft Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich ruhig zu beschäftigen.	0	1	2	3
14. Ist ständig auf Achse und bleibt nur kurze Zeit an einem Platz.	0	1	2	3
15. Zeigt durchgängig extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	2	3

Bitte wenden

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
16. Redet oder fragt ständig; ist ein richtiges »Plappermaul«.	0	1	2	3
17. Spricht fast jede fremde Person an oder hängt sich an fremde Personen.	0	1	2	3
18. Kann häufig nur schwer warten, bis es an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe); quengelt und lässt nicht locker.	0	1	2	3
19. Unterbricht und stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung, Telefongespräche oder Spiele anderer hinein).	0	1	2	3

Bitte umkreisen Sie jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche Sie als besonders belastend erleben.

Falls bisher keine Verhaltensprobleme vorhanden, bitte weiter mit Frage C1.
Die bisher beschriebenen Verhaltensprobleme des Kindes …

A1. … sind insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. … beeinträchtigen die Fähigkeit des Kindes erheblich, intensiv und ausdauernd zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen.	0	1	2	3
A3. … belasten die Beziehung des Kindes zu den Eltern oder den Erzieher/-innen im Kindergarten erheblich.	0	1	2	3
A4. … belasten die Beziehungen zu Geschwistern oder anderen Kindern erheblich.	0	1	2	3
B1. … treten in der Familie auf.	0	1	2	3
B2. … treten im Kindergarten auf.	0	1	2	3
B3. … bestehen seit mindestens 6 Monaten.	○ Ja		○ Nein	

Hat das Kind andere Verhaltensprobleme?

	nicht	etwas / manchmal	genau / häufig
C1. Streitet oder widerspricht viel.	0	1	2
C2. Wird viel gehänselt.	0	1	2
C3. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.	0	1	2
C4. Ist zu furchtsam oder ängstlich.	0	1	2
C5. Macht Sachen kaputt, die anderen gehören.	0	1	2
C6. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	0	1	2
C7. Sagt häufig, dass ihm etwas weh tut (ohne bekannte körperliche Ursache).	0	1	2
C8. Greift andere körperlich an.	0	1	2
C9. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.	0	1	2
C10. Hat Schlafprobleme (Einschlafen, Durchschlafen).	0	1	2
C11. Ist beim Sprechen nicht so geschickt wie andere in seinem Alter.	0	1	2
C12. Ist beim Malen oder Basteln nicht so geschickt wie andere in seinem Alter.	0	1	2
C13. Ist beim Laufen, Turnen oder Klettern nicht so geschickt wie andere in seinem Alter.	0	1	2

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

HUBER Bestellnummer 03 129 19

Copyright © 2008/2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
Jegliche Art der Vervielfältigung verboten. Alle Rechte vorbehalten.

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten

- Ab dem Alter von 3,0 Jahren
- Dauer mindestens 6 Monate
- Prävalenz 4 – 16,8 %
- Schlechte Prognose bei frühem Beginn
- „hat Schwierigkeiten, sich nach emotionaler Aufregung zu beruhigen“
- multiple Risiken:
- schwieriges Temperament, Aggressivität, Hyperaktivität,
- ineffektive elterliche Erziehung,
- geringe häusliche Struktur, mütterliche Depression, negative Lebensereignisse, niedriges

  Einkommen und „gefährliche Nachbarschaft“

Depressive Störung

- Diagnose ab dem Alter von 3,0 Jahren
- Symptome über den größten Teil des Tages an mehr als der Hälfte der Tage in zwei Wochen
- Traurigkeit/Irritabilität
- **Anhedonie** (keine Freude bei Aktivitäten und Spiel)
- Spiel: eingeschränkt, nicht altersentsprechende Symbolisierungsfähigkeit, geringere Compliance, mehr Vermeidung, geringere Begeisterung
- wenn Beschäftigung mit dem Tod, dann im Spiel!
- Kinder können nur die zentrale Symptome ihrer Depression benennen, wie „Ich weine viel“, „ich bin ein

  unglückliches Kind“,
- Multiinformanten-Ansatz

Angststörungen

- Diagnostizierbar ab 18. Lm
- Hohe Prävalenz (über 7 Prozent der 2-5 jährigen)
- GAD führt, gefolgt von Trennungsangst, sozialer Phobie und spezifischen Phobien
- Agoraphobie und Panikstörung treten nicht auf
- Abgrenzung zu entwicklungstypischen Ängsten und ängstlichem Temperament (behaviorale Inhibition)
- Situationsübergreifend, persistierend, nicht kontrollierbar
- Belastend für Kind und Familie
- Hohe Komorbiditätsrate
- Hohe spezifische elterliche Morbiditätsrate (Angststörungen)

Posttraumatische Belastungsstörung

- Diagnostizierbar ab 18. Lm
- Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel.
- Weniger elaboriertes und kreatives Spiel, Einengung
- Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
- Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten (Sauberkeitsentwicklung , Sprache)
- Neu auftretend: Ängste und Aggressionen

Posttraumatische Belastungsstörung (2)

- Posttraumatic Stress Disorder, Semi**-Structured Interview and Observational Record for**Infants and Young Children (PTSD-SSIORIYC).
- Komorbiditäten beachten

Posttraumatische Belastungsstörung (2)

- Posttraumatic Stress Disorder, Semi-**Structured Interview and Observational Record for** Infants and Young Children (PTSD-SSIORIYC).
- Komorbiditäten beachten: oppositionelle SSV bis 75 %, Trennungsangst, ADHS, Depression
- Komorbiditäten bei Ke?

Andere Diagnosen

- Ausscheidungsstörungen
- Ticstörungen
- Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Selektiver Mutismus

Diagnostik der Achsen II und III

- Sprachentwicklungstests: SETK 2 und SETK 3-5, logopädische Diagnostik
- Entwicklungstests: Bayley Skalen (BSID III) ab 2 bis 42 Monaten
- MFED
- WPPSI ab 3 J.
- SON-R und K-ABC ab 2 J.

Fütter- und Essstörungen

- Fütterstörung im frühen Kindesalter
  ICD-10: F 98.2
- Prävalenz 1-2%, mit oder ohne Gedeihstörung
- Vs. 20-25% mit problematischem Fütter- und Essverhalten!

Fütter- und Essstörungen (2)

- Ausführliche pädiatrische Ausschlussdiagnostik
- Videogestützte Interaktionsdiagnostik mit Hauptbezugsperson beim Essen
- Auch in der KJP: Kontinuierliche Erfassung von Länge, Gewicht und Kopfumfang im Therapieverlauf
- Arbeit mit BMI-Perzentilenkurven https://www.pedz.de/de/bmi.html

Subtypen der Ess- und Fütterstörungen nach DC:0-3R

Regulations-Fütterstörung

- Beginn in den ersten Lebensmonaten
- Kinder zeigen Schwierigkeiten, einen ausgeglichenen Zustand beim Füttern zu erreichen und beizubehalten (sie sind dabei zu schläfrig, agitiert oder belastet/gequält).
- Keine altersentsprechende Gewichtszunahme, bzw. Gewichtsverlust

Fütterstörung der reziproken Interaktion

- wird üblicherweise im 1. Lebensjahr beobachtet, wenn das Kind wegen einer akuten medizinischen Problematik vorgestellt wird und die Unterernährung festgestellt wird.
- Kind weist ein Fehlen von entwicklungsangemessenen Zeichen einer sozialen Reziprozität (Blickkontakt, Lächeln, Lautieren) mit der primären Bezugsperson während der Fütterung auf.
- Kind zeigt einen signifikanten Wachstumsmangel.
- primäre Bezugsperson hat oft die Fütter- und Wachstumsprobleme des Kindes nicht bemerkt oder verleugnet diese.
- Wachstumsstörung und der Beziehungsmangel ist nicht allein Folge einer organischen Erkrankung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

Frühkindliche Anorexie

- Weigerung des Kindes, adäquate Essensmengen für eine Dauer von mindestens einem Monat aufzunehmen
- Beginn der Nahrungsverweigerung tritt oft auf während des Übergangs von Löffelfütterung zum eigenen Essen, typischerweise im Alter zwischen 6 Monaten und 3 Jahren
- Hungergefühle werden selten mitgeteilt, das Kind zeigt mangelndes Interesse an Nahrung und Essen, es würde lieber spielen, herumlaufen oder reden als zu essen.
- Kind zeigt einen signifikanten Wachstumsmangel
- Nahrungsverweigerung ist nicht Folge eines traumatischen Erlebnisses betreffend Mund- und Rachenraum oder Gastrointestinaltrakt
- Sekundäre Konlikte mit Ke

Sensorische Nahrungsverweigerung

- konsistente Verweigerung spezifischer Nahrungsmittel mit speziellem Geschmack, Struktur, Temperatur oder Geruch
- mind.einen Monat lang
- Beginn oft bei der Einführung neuer Nahrungsmittel,
- Reaktionen auf abgelehnte Nahrung wie Grimassieren, Ausspucken Würgen und Erbrechen.
- Generalsierungstendenz
- isst bevorzugte Nahrung ohne Probleme, lehnt neue Nahrungsmittel ab
- Nahrungsdefizite (z. B. Vitamin, Eisen, Zink oder Eiweiß) aber normalerweise keine Wachstumsstörung; Übergewicht möglich
- Ggf. soziale Ängste in der Essenssituation
- Nahrungsverweigerung folgt **nicht** einem traumatischen Erlebnis im Bereich des Mund-/Rachenraumes.

Posttraumatische Fütterstörung

- plötzlicher Beginn einer schweren und hartnäckigen Nahrungsverweigerung.
- kann in jedem Alter auftreten.
- nach einem oder wiederholten traumatischen Insulten des Oropharynx oder Gastrointestinal-Traktes (Würgen, Verschlucken, Erbrechen, gastroösophagealer Reflux, Einführung von Nasensonden oder Endotracheal-Sonde, Absaugen oder Füttern mit Gewalt)

Nahrungsverweigerung, in Abhängigkeit von der traumatisch erlebten Fütterungsart:

- verweigert die Flasche, akzeptiert Löffelfütterung
- kann aus Flasche nur trinken, wenn es schläfrig ist oder schläft
- verweigert feste Nahrung, aber akzeptiert Flüssigkeiten oder Breie
- verweigert jede orale Nahrungszufuhr

Posttraumatische Fütterstörung (2)

Außerdem:

antizipatorischer Stress, wenn es in die Essensposition gebracht wird.

intensive Abwehr, wenn die Bezugsperson sich mit Flasche oder Nahrung nähert.

Abwehr, die Nahrung herunterzuschlucken, die in den Mund gebracht wird.

Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung:

- Nahrungsvermeidung und Gewichtsverlust im Rahmen einer emotionalen Störung, vor allem bei Depression und Angststörungen(Hauptdiagnose)
- Ähnlichkeiten mit einem psychogenen Appetitverlust nach ICD-10 (F50.8).

Nahrungsphobien:

- Hierbei handelt es sich um eine generelle, mit Essen assoziierte Phobie. Kinder haben Angst vor Erbrechen, Würgen, Schlucken oder Vergiftung und vermeiden deshalb Essen. Oft lässt sich ein Auslöser eruieren. Angst und Zwangsstörungen sind assoziiert.

Funktionelle Dysphagie:

- Bei dieser Störung findet sich eine Nahrungsvermeidung bei einer spezifischen Schwierigkeit beim Schlucken. Die Kinder zeigen Angst vor Steckenbleiben der Nahrung oder vor dem Würgen. Die Störung kann mit anderen Essstörungen zusammen auftreten. Besonders wichtig ist hierbei der Ausschluss der Dysphagie aufgrund von medizinischen Ursachen, wie neurologischen Erkrankungen, infantiler Zerebralparese, Frühgeburtlichkeit, Zustand nach Tracheotomie und kraniofazialen Fehlbildungen (Prasse und Kinkano, 2009).

Nahrungsverweigerung

- Im Prinzip handelt es sich um eine ODD – das oppositionell-verweigernde Verhalten manifestiert sich vor allem beim Essen. Die Kinder verweigern aktiv die Nahrung und zeigen meistens ein oppositionelles Verhalten auch in anderen Situationen. Oft kommt es zu eskalierenden Auseinandersetzungen mit den Eltern.

Allgemeine Essensregeln (Bernard-Bonnin, 2006):

- Feste Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten.
- Dauer der Mahlzeiten maximal 30 Minuten.
- Außer Wasser, kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten.
- Neutrale Atmosphäre, kein Essen unter Zwang.
- Kein Spielen während der Mahlzeiten.
- Essen nie als Belohnung oder Geschenk.
- Kleine Portionen.
- Feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später.
- Unterstützung von aktivem Essen
- Wegräumen des Essens nach 5-10 Minuten, falls das Kind ohne zu essen spielt.
- Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind Essen in Wut umherschmeißt.
- Der Mund wird nur abgewischt nach Beendigung der Mahlzeiten.

Beziehungsstörungen nach Zero-to-Tree-Klassifikation

- - Überinvolvierte Beziehungsstörung
- - Unterinvolvierte Beziehungsstörung
- - Ängstlich/angespannte Beziehungsstörung
- - Ärgerlich/ablehnende Beziehungsstörung
- - Gemischte Beziehungsstörung
- - Verbal misshandelnde Beziehungsstörung
- - Körperlich misshandelnde Beziehungsstörung
- - Sexuell misshandelnde Beziehungsstörung.

Literatur

- Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k), 2013
- Zero to Three, Diagnostische Klassifikation 0-3, Springer 1999
- Joan L. Luby, Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment (Englisch) Taschenbuch – 19. Juni 2009