

Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik

Helmut Remschmidt

1. Epidemiologie psychiatrischer Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

1.1 Zum Krankheitsbegriff

Epidemiologische Studien zeigen, daß psychische Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bei 7- 15 % aller Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr auftreten. Einleitend muß in einem Kapitel, das sich mit der Klassifikation von psychischen Erkrankungen und Störungen beschäftigt, die Frage gestellt werden, wann eine Störung überhaupt vorliegt und wann sie behandlungsbedürftig ist. In der Praxis hilft man sich vielfach damit, daß Krankheit oder Störung durch „Behandlungsbedürftigkeit“ definiert wird. Dies ist für schwerwiegende psychische Erkrankungen (z. B. ausgeprägte Anorexien, schwere Zwangsneurosen, schizophrene Erkrankungen) unstrittig. Problematisch wird ein derartiger Krankheitsbegriff aber, wenn man übersteigerte „Varianten des Normalverhaltens“ mit dem Begriff „Krankheit“ belegen will. Hier stellt sich dann oft die Frage des fließenden Übergangs von Verhaltensweisen, die im allgemeinen noch als normal angesehen werden können, zu solchen, die bereits als pathologisch definiert werden müssen. Mit dieser Frage verknüpft ist ferner das Problem, ob eine derartige „Verdünnungsreihe“, die vom extrem Pathologischen bis zur Normalität reicht, für alle psychischen Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gültig sein kann. Diese Überlegung betrifft die Frage, ob man hier von einem „kategorialen“ oder eher von einem „dimensionalen“ Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der klinischen Psychologie ausgehen soll. Ersterer impliziert eine qualitative Andersartigkeit psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gegenüber der Norm, letzterer läßt fließende Übergänge zu.

Gegenüber dem Erwachsenenalter treten bei der Definition von psychischen Erkrankungen oder Störungen im Kindes- und Jugendalter folgende zusätzliche Schwierigkeiten (Remschmidt, 1988b) auf:

- (1) Die Entwicklungsdimension wirkt als prägender Faktor auf allen Altersstufen und führt zu einer stärkeren Variabilität der Krankheitserscheinungen.
- (2) Das Wechselspiel zwischen pathogenen und protektiven Faktoren ist angesichts der Vielgestaltigkeit und der Geschwindigkeit von Entwicklungsvorgängen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls bedeutsamer als im Erwachsenenalter.
- (3) Die Einsichtsfähigkeit in Symptomatik und Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen ist bei Kindern und Jugendlichen anders zu betrachten als bei Erwachsenen. Vielfach existiert, auch bei schwerwiegenden Symptomen, kein Krankheitsgefühl bzw. keine Krankheitseinsicht, während von der Umgebung das Verhalten als eindeutig krankhaft angesehen wird.

Häfner (1983) hat vorgeschlagen, zwischen einem „allgemeinen Krankheitsbegriff“ und „speziellen Krankheitsbegriffen“ in der Psychiatrie zu unterscheiden. Diese Differenzierung ist auch für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sinnvoll. Während der *allgemeine Krankheitsbegriff* den Unterschied zu Gesundheit, Verhaltensauffälligkeiten und anderen Formen gestörter Gesundheit wie Behinderungen zu definieren versucht, gehen *spezielle Krankheitsbegriffe* von der Definition „eines bestimmten krankhaften Zustandes und der Gesetzmäßigkeit seines Verlaufes im Unterschied zu anderen Krankheiten“ aus.

In dieser Konzeption hat also der spezielle Krankheitsbegriff, zum Beispiel im Hinblick auf eine bestimmte Erkrankung und ihren typischen Verlauf, den allgemeinen Krankheitsbegriff auszufüllen. Es besteht kein Zweifel, daß ein Krankheitsbegriff, der auf einer nachgewiesenen Ätiologie aufbauen kann, der befriedigendste und weitreichendste ist. Bei vielen organischen Erkrankungen (von Infektionen bis Tumoren) ist dieser an der Ätiologie orientierte Krankheitsbegriff anwendbar. In der Psychiatrie steht man jedoch vor vielen schwierigen Problemen, die sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch steigern. Auch für dieses Fachgebiet hat man versucht, ätiologisch orientierte Krankheitsbegriffe abzuleiten im Sinne der Kahlbaum-Kraepelinschen These, wonach sich aus Symptomatik, Topologie und Ätiologie „natürliche Krankheitseinheiten“ erschließen lassen. Diese Bedingungen lassen sich jedoch nur für eine begrenzte Zahl organisch verursachter Erkrankungen definieren, weshalb der Kahlbaum-Kraepelinsche Ansatz auf vielfältige Kritik gestoßen ist und neuere Klassifikationssysteme (z. B. DSM-III-R und ICD-10) auf die ätiologische Komponente für die Klassifikation von psychiatrischen Erkrankungen bewußt verzichten. Dieser Verzicht steht jedoch nicht für ein Programm, sondern spiegelt lediglich den derzeit noch zu geringen Wissenstand wider, der eine auf Ätiologie beruhende Klassifikation noch nicht ermöglicht. Von daher gibt es derzeit zwei Wege, psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter durch angemessene Krankheitsbegriffe zu umschreiben (Remschmidt, 1988b): Durch die Definition

- verschiedener Ebenen, auf denen Krankheitsbegriffe in Form von „Konstrukten“ angesiedelt sind, und
- verhältnismäßig grober Bereiche, in denen sich krankhafte Organveränderungen, krankhaftes Verhalten und krankhaftes Erleben abspielen.

Beide Vorgehensweisen erstrecken sich auf spezielle Krankheitskonzepte. Während auf dem zuerst genannten Weg versucht wird, auf der Ebene von Symptomen und Syndromen Krankheitseinheiten voneinander abzugrenzen - wenn möglich, bereits unter Berücksichtigung der Ätiologie -, bietet der zweite Weg ein größeres Raster der Einteilung psychiatrischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. So unterschied Tramer (1949), dem damaligen Wissensstand Rechnung tragend, zwischen Störungen und Erkrankungen, die er in folgende Gruppen einteilte :

- (1) Somatische Störungen und Erkrankungen (bei ihnen dominiert das Somatische, während das Psychische untergeordnet ist),
- (2) somatopsychische Störungen und Erkrankungen (bei ihnen liegt eine organische Störung vor, und die psychischen Auswirkungen sind sekundär),
- (3) psychosomatische Störungen und Erkrankungen (hier ist die Hauptursache im Psychischen, während das Somatische sekundär ist) und
- (4) psychische Störungen und Erkrankungen (bei ihnen dominiert eindeutig das Psychische, „während das Somatische mehr an der Peripherie liegt“).

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte und in Abwandlung einer Definition von Häfner (1983) haben wir folgenden Krankheitsbegriff für die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgeschlagen (Remschmidt, 1988b, S. 146):

„Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“.

Diese Definition enthält zweifellos eine Reihe von Bestimmungsstücken, die relativ allgemein sind und die auf die jeweilige Störung bzw. Erkrankung hin spezifiziert werden müssen. Geht man jedoch von konkreten Störungen aus, so wird sie relativ klar. So ist zum Beispiel ein Kind, das aufgrund einer Schulphobie monatelang die Schule nicht besucht, eindeutig daran gehindert, „an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen“. Auch ein Kind mit einer ausgeprägten Legasthenie und einer daraus entstandenen Verhaltensstörung weist diese Beeinträchtigungen auf, während ein Kind mit geringfügigen Dunkelängsten zwar nicht allein in den Keller geht, doch im allgemeinen (wenn keine weiteren Störungen vorliegen) seine altersentsprechenden Lebensvollzüge und Entwicklungsaufgaben bewältigen kann.

Auf verschiedene weitere Vorstellungen zum Krankheitsbegriff kann hier nicht weiter eingegangen werden (s. hierzu Remschmidt, 1988b); vielmehr soll vor einer Ausweitung des Krankheitsbegriffes gewarnt werden, die man im diagnostischen und therapeutischen Bereich findet. **Diagnostisch** gesehen, liegen Ausweitungen überall dort vor, wo jede soziale Störung und jede Lebensschwierigkeit mit dem Begriff einer psychiatrischen Erkrankung bzw. einer seelischen Störung belegt werden. Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf den **therapeutischen Bereich**. So kann eine psychotherapeutische Behandlung nicht für alle Störungen bei Kindern und Jugendlichen gefordert werden; und es ist eben-

sowenig berechtigt, alle Bemühungen um ein psychisch krankes oder behindertes Kind als Psychotherapie zu bezeichnen. Ausweitungen im therapeutischen Bereich kommen auch dort zustande, wo zwischen Psychotherapie und Pädagogik nicht mehr abgegrenzt wird. Begriffe wie „pädagogische Therapie“ oder „therapeutische Pädagogik“ sind verwirrend und nicht angebracht.

1.2 Methoden der Falldefinition

Eine große Schwierigkeit in der Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter besteht darin, psychiatrische Krankheit bzw. Auffälligkeit zu definieren. Die Mehrzahl der Verhaltensweisen oder Symptome, auf denen eine psychiatrische Diagnose basiert, sind auch bei gesunden Kindern - allerdings in geringerer Häufigkeit und Intensität - anzutreffen, so daß eher ein quantitativer, fließender Übergang als ein qualitativer Sprung vom Normalen ins Pathologische zugrundegelegt werden muß. Diese Schwierigkeit wird noch durch drei Faktoren akzentuiert:

- (1) Den Entwicklungsaspekt; so sind viele Verhaltensweisen von Kindern auf einer bestimmten Entwicklungsstufe normal (z.B. Einnässen, Daumenlutschen, Trennungsängste), ab einer gewissen Altersstufe treten sie jedoch zunehmend seltener und schließlich überhaupt nicht mehr auf. Das gleiche Verhalten kann also sowohl normal als auch abweichend i.S. einer statistischen Norm sein, wenn man Alter und Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigt. Dieser Gesichtspunkt sowie auch die Längsschnittperspektive ist in den gängigen Klassifikationssystemen bislang nicht hinreichend berücksichtigt. Deshalb fordern Graham & Skuse (1992) eine stärkere Einbeziehung der Entwicklungsperspektive in die Klassifikationsbemühungen psychischer Störungen sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- (2) Die Situationsbedingtheit des Verhaltens; viele Verhaltensweisen sind von äußeren Bedingungen (Situation, Personen) abhängig, sie treten nicht generell auf. In der Schule, zu Hause oder beim Spielen mit anderen Kindern können Kinder unterschiedlich „auffallen“, da sie ihr Verhalten nur in einer ganz bestimmten Umgebung zeigen (z. B. Konzentrationsstörungen in der Schule, Eß- oder Schlafstörungen zu Hause, Störungen des Sozialverhaltens mit Gleichaltrigen).
- (3) Eine unterschiedliche Krankheitswahrnehmung; Kinder verfügen nicht in gleichem Maße wie Erwachsene über eine eigene Krankheits- oder Problemwahrnehmung, selbst einen Leidensdruck können zumindest jüngere Kinder oft nicht artikulieren. Gleiches bezieht sich aber auch häufig auf ihre Eltern. Es gibt durchaus Eltern, die es nicht erkennen, daß ihr Kind verhaltensgestört ist.

Eingedenk dieser Gesichtspunkte hat man versucht, in der psychiatrischen Epidemiologie mehrere Methoden der Falldefinition zu entwickeln (Remschmidt & Walter, 1990). Innerhalb dieses Ansatzes werden Auftreten und Häufigkeit ein-

zelner Symptome in einem bestimmten Zeitraum untersucht. Daraus lassen sich sowohl Aussagen über die Verbreitung einzelner Symptome bzw. klinisch relevanter Verhaltensweisen als auch über den Grad der Symptombelastung ableiten. Kritisch ist jedoch anzumerken, daß der Schluß von Symptomen auf zugrundeliegende psychische Störungen nicht ohne weiteres zulässig ist (Rutter et al., 1970; 1981). Die über Symptome ermittelte Prävalenz ist ferner abhängig von der Anzahl der erfragten Symptome und ihrer Formulierung. Die Raten, die mit Hilfe dieser Methode gefunden werden, sind daher nicht gleichzusetzen mit psychiatrischen Morbiditätsraten, die auf psychiatrischen Einzeluntersuchungen und Diagnosen basieren.

1.2.1 Der klinisch-diagnostische Ansatz

Diese Methode entspricht dem traditionellen Vorgehen in der klinischen Alltagspraxis und wird daher von den meisten Autoren als die optimale angesehen. Sie beruht darauf, daß ein Fachmann (Kinder- und Jugendpsychiater oder klinischer Psychologe) aufgrund von Informationen über ein Kind zu einem klinischen Urteil kommt, das nun nicht mehr nur eine Zuordnung nach den Kategorien „psychiatrisch auffällig“ oder „unauffällig“ erlaubt, sondern darüber hinaus eine Diagnose des Krankheitsbildes ermöglicht. Mit der Einführung diagnostischer Klassifikationssysteme war es möglich, eine verbindliche Nomenklatur herzustellen, die eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen verschiedener Autoren und Länder zuläßt.

Der klinisch-diagnostische Ansatz unterliegt hinsichtlich der Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität den gleichen Problemen wie andere Methoden. Untersuchungen diesbezüglich haben gezeigt, daß die Reliabilität eines diagnostischen Urteils eher niedrig ist, sofern die Experten nicht auf die Anwendung des diagnostischen Klassifikationsschemas trainiert werden (Remschmidt et al., 1983).

Die unbestreitbaren Vorteile dieser Methode müssen mit dem Nachteil eines ungewein hohen Aufwandes bei der Anwendung an großen Stichproben erkauft werden. Daher ist es verständlich, daß mit dieser Methode relativ wenig Untersuchungen durchgeführt wurden.

1.2.2 Die Fragebogenmethode

Ähnlich wie bei der Methode der Symptomprävalenz werden über einen Fragebogen oder im Rahmen eines Interviews eine Anzahl von Symptomen oder Verhaltensweisen abgefragt und die Antworten zu einem Gesamt-Score aufsummiert. Hierbei können die Antworten entweder ungewichtet (es zählen nur die Ja-Antworten) oder gewichtet (entsprechend vorgegebene Häufigkeitskategorien) verarbeitet werden. Man erhält auf diese Weise ein quantitatives Maß, ähnlich wie bei einem Intelligenztest, wobei sich das Problem ergibt, wie man zu einem

kategorialen Urteil (z. B. gesund vs. krank oder psychiatrisch auffällig) kommt. Es ist in jedem Fall notwendig, einen kritischen Wert zu definieren, dessen Überschreitung das Vorliegen einer Erkrankung anzeigt. Dieses Verfahren hat jedoch den Nachteil, daß Personen fehllklassifiziert werden: entweder werden Kinder zu Unrecht als psychisch auffällig klassifiziert (falsch positiv) oder zu Unrecht als unauffällig (falsch negativ). Die Fehllklassifikationsrate läßt sich jedoch ermitteln, indem man eine Stichprobe sowohl mit der Fragebogenmethode als auch individuell psychiatrisch untersucht oder unbehandelte Personen mit Patienten vergleicht.

Bei einer optimalen Diskrimination wird der Cut-Off-Wert so liegen, daß alle Patienten bzw. Personen mit Diagnosen einen höheren Wert aufweisen und somit richtig als Fälle identifiziert werden und umgekehrt alle unauffälligen Personen richtig unterhalb des kritischen Wertes klassifiziert werden.

Ein weiterer Nachteil der Fragebogenmethode besteht darin, daß ihre Anwendung nicht zu psychiatrischen Diagnosen führt. Man erhält allenfalls ein generelles Maß für die psychische Gestörtheit, das in der Literatur treffend als „Clinical maladjustment“ (Gould et al., 1981) bezeichnet wird. Selbst daran ist aber zu kritisieren, daß die Schwere der psychischen Auffälligkeit mit der Anzahl der Symptome gleichgesetzt wird und ein Fall erst dann als solcher definiert ist, wenn er eine bestimmte Anzahl von Symptomen aufweist. Auf diese Weise werden monosymptomatische Krankheitsbilder schlechter erfaßt. Es konnte allerdings nachgewiesen werden, daß sehr wohl ein Zusammenhang zwischen klinischer Auffälligkeit und Symptombelastung, wie sie mit Fragebögen erfaßt wird, besteht (Achenbach & Edelbrock, 1983; Verhulst et al., 1985a, b).

Die Fragebogenmethode ist das am häufigsten angewandte Verfahren zur Bestimmung von Prävalenzraten. Am bekanntesten sind die Child-Behavior-Checklist (CBCL) von Achenbach & Edelbrock (1981, 1983), der Youth-Self-Report (YSR) von den gleichen Autoren (1987) und die Conners-Fragebögen (1970, 1973). Weitere Instrumente sind in den umfassenden Übersichten von Poustka (1988) und Remschmidt (1988c) angeführt.

1.2.3 Der faktorenanalytische Ansatz

Auf der Grundlage von Fragebögen werden mittels der Faktorenanalyse Krankheitskategorien definiert. Die Symptome und Verhaltensweisen werden hierbei einzelnen Dimensionen oder Faktoren zugeordnet, die somit übergeordnete Kategorien repräsentieren. Entsprechend der Anzahl der extrahierten Faktoren erhält jede Person auf jedem Faktor einen Wert. Dieser setzt sich aus den Aussagen zusammen, die auf dem jeweiligen Faktor hoch laden. Eine Person gilt als Fall, wenn sie auf irgendeinem der Faktoren einen Wert aufweist, der statistisch von der Norm abweicht. Somit ist es denkbar, daß ein Kind nur auf einer Dimension das Kriterium eines Falles erfüllt (z.B. hyperkinetisches Syndrom), auf allen übrigen hingegen nicht. Der Gesamtwert des Fragebogens spielt bei dieser Art der Falldefinition keine Rolle.

Der faktorenanalytische Ansatz gilt als die eleganteste der bisher beschriebenen Methoden und erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Umfangreiche Untersuchungen liegen aus neuerer Zeit vor allem aus den USA (Achenbach & Edelbrock, 1981; Achenbach et al., 1987) und Holland vor (Verhulst et al., 1985a,b). Allerdings ist neben der bekannten Kritik an der Methode der Faktorenanalyse (Stichprobenabhängigkeit, Anzahl und Verrechnung der Aussagen, Wahl des Analyseverfahrens usw.) als Nachteil zu erwähnen, daß große repräsentative Stichproben von behandelten und unbehandelten Kindern erforderlich sind, um zu brauchbaren Ergebnissen zu gelangen. Es ist nicht zulässig, die Ergebnisse ausländischer Faktorenanalysen ohne weiteres zu verwenden, da Untersuchungen an einheimischen Stichproben theoretisch zu anderen Faktorenstrukturen führen können. Ferner sind die Gütekriterien des verwendeten Fragebogens (Reliabilität, Validität, Objektivität) nach erfolgter Übersetzung erneut zu überprüfen.

1.2.4 Kombination verschiedener Methoden

Die bislang genannten Methoden der Falldefinition sind in verschiedenen Untersuchungen miteinander kombiniert worden. Der Sinn eines solchen Vorgehens besteht darin, die Nachteile der einen mit den Vorteilen der anderen Methode zu kompensieren. Dies führt aber zwangsläufig zu dem Problem, die verschiedenen Informationen für die Definition eines Falles zu gewichten. Bewährt hat sich ein **zweistufiges Vorgehen** in folgenden Schritten: In der **ersten** Stufe wird in einer großen Repräsentativstichprobe ein Screening-Verfahren (Lehrer- oder Elternfragebogen) angewandt, in der **zweiten** Stufe werden nur noch die als auffällig definierten Kinder genauer untersucht, in der Regel mittels eines klinischen Interviews der Eltern und der Kinder. Der Schwellenwert beim Screening-Verfahren wird so angesetzt, daß mehr Fälle als erwartet selektiert werden - die Selektionsrate ist höher als die Prävalenzrate - und keine wirklichen Fälle unerkannt bleiben. Es werden also falsch-positive Fälle in Kauf genommen, um falsch-negative zu vermeiden. Demnach dürften sich in einer Stichprobe der durch das Screening als unauffällig definierten Kinder wenige oder gar keine Fälle mehr befinden, wenn man diese klinisch untersucht. Tatsächlich ist dies aber nicht völlig zu verhindern. Es wird daher in der zweiten Stufe zusätzlich eine Stichprobe von im Screening unauffälligen Kindern untersucht, um die vorläufig ermittelte Prävalenzrate zu korrigieren. Der Vorteil dieses zweistufigen Verfahrens ist unbestreitbar: Nur ein Bruchteil der ursprünglichen Stichprobe braucht klinisch-diagnostisch untersucht zu werden, und gleichzeitig werden die Nachteile der Fragebogenmethode eliminiert. Voraussetzung ist allerdings, daß das Screening-Instrument eine ausreichend hohe Validität und Reliabilität besitzt.

1.3 Prävalenzraten in auslesefreien Stichproben

Die Prävalenzraten für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in deutschsprachigen Untersuchungen an nicht-klinischen Populationen schwanken

zwischen 13 und 49%, der Mittelwert liegt bei etwa 22%. Diese Angaben beziehen sich aber nicht auf psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne, sondern schließen auch Verhaltensauffälligkeiten, Leistungsstörungen und emotionale Störungen ein. Es ist nicht zulässig, die gefundenen Auffälligkeitsraten im Sinne psychiatrischer Erkrankungen zu interpretieren. Denn in den meisten Studien wurde eine psychiatrische Diagnostik gar nicht durchgeführt. Als besonders sorgfältige Studie kann die Erhebung von Castell et al. (1980a,b; 1981) hervorgehoben werden. Diese Autoren untersuchten eine repräsentative unausgelesene Stichprobe von 375 Kindern in Oberbayern und ermittelten einen Anteil von 18 % mit einem positiven Befund; 5% wurden im engeren Sinne als psychisch krank definiert (nach Maßgabe klassischer psychiatrischer Diagnosen), und 13 % wiesen Verhaltensauffälligkeiten auf. Die Prävalenzraten bezogen sich jeweils auf den Zeitraum eines Vierteljahres. Bezogen auf ein Jahr, betrug die Gesamt-Prävalenzrate sogar 20,7 % (Weyerer et al., 1988). Remschmidt & Walter (1990) ermittelten in einer repräsentativen Schülerstichprobe von 1.969 Schülern und Schülerinnen im Alter von 6-17 Jahren eine Prävalenzrate für psychische Störungen von 12,7%. Diese Rate basiert auf den Informationen der Eltern, die mit Hilfe der Child-Behavior-Checklist befragt worden waren. Die Falldefinition wurde aufgrund eines Experten-Ratings behandlungsbedürftiger Symptome festgelegt. Wurden zusätzlich die Selbsteurteile der Schüler herangezogen mit Hilfe des Youth-Self-Report, so erhöhte sich der Anteil für die Altersgruppe der 10-17jährigen von 10,7 auf 20,6%. Alle Angaben beziehen sich auf den Zeitraum eines halben Jahres. Nur 3,3% aller Schüler (64 von 1.969) befanden sich wegen einer psychiatrischen Symptomatik oder eines Entwicklungsrückstandes in Behandlung.

Gould et al. (1980, 1981) analysierten 25 amerikanische und 10 britische Studien, die zwischen 1928 und 1975 durchgeführt wurden und schlüsselten die Ergebnisse entsprechend der angewandten Methodik auf. Für die amerikanischen Untersuchungen ermittelten die Autoren einen Median von 11,8 % (Gould et al., 1981), für die britischen einen Median von 13,2%, woraus sie den Schluß zogen, daß in den USA die Rate der „clinical maladjusted“ Kinder nicht unterhalb dieser Grenze liegt. Die von Rutter et al. (1970) erhobenen Befunde in der Isle-of-Wight-Studie bei 10- und 11jährigen Kindern lagen bei 6,8 %. Diese Prävalenzrate wird neuerdings als sehr konservative Schätzung der wahren Verhältnisse angesehen.

Zu den hier referierten Untersuchungen lassen sich verschiedene kritische Anmerkungen machen, die die bekannten Schwierigkeiten in der psychiatrischen Epidemiologie widerspiegeln. Sie beziehen sich auf die Stichprobenrekrutierung, Falldefinition, Auswertungsprobleme, Bezug zu soziobiographischen Variablen usw. Aber auch eingedenk derartiger Probleme kann davon ausgegangen werden, daß die Auffälligkeitsrate für psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zwischen 7 und 15 % liegt.

1.4 Häufigkeitsraten in klinischen Stichproben

Untersuchungen zur administrativen Prävalenz, die sich auf die Häufigkeit psychischer Störungen und Auffälligkeiten in Einrichtungen beziehen, haben den Nachteil, daß nur ein Teil der psychisch Kranken fachspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch nimmt und daß diese Stichprobe aufgrund selektiv wirksamer Faktoren zudem nicht repräsentativ ist. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß die „Nutzerstruktur“ vom jeweiligen Einrichtungstyp abhängt. So weisen zum Beispiel Klienten von Erziehungsberatungsstellen oder Frühberatungen zwangsläufig eine andere Zusammensetzung auf als Patienten von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken oder therapeutischen Ambulanzen. Zusätzlich sind noch die jeweiligen Versorgungsstrukturen als Einflußfaktoren in Rechnung zu stellen. Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungstypen werden zudem noch dadurch erschwert, daß die erhobenen Merkmale nicht nach gleichen Kriterien definiert werden. Dies trifft insbesondere auf Diagnosen zu. Neuerdings werden jedoch am häufigsten das ICD-Klassifikations-

Alter und Geschlecht

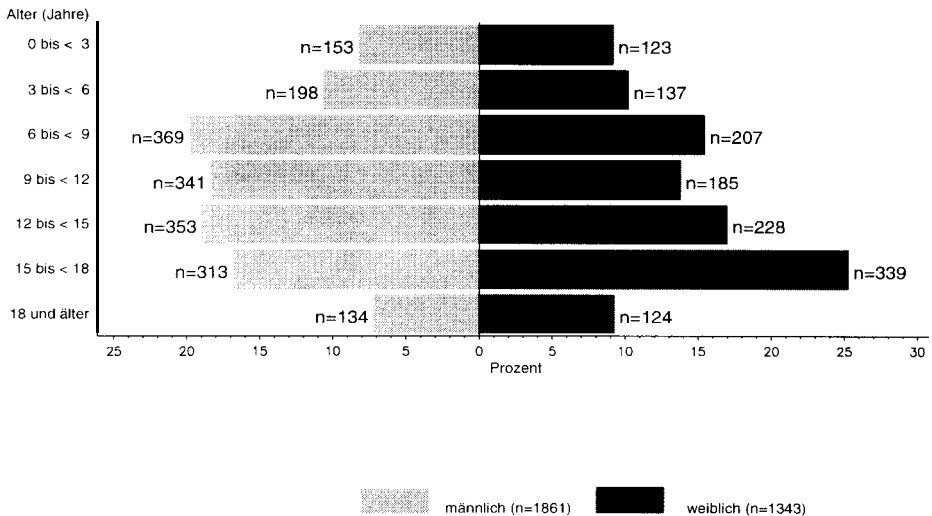


Abbildung 1:

Alter und Geschlecht einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation von Kindern und Jugendlichen ($n = 3.280$), die im Zeitraum eines Jahres (Juli 1983 - Juli 1984) in den in einer Modellregion (Marburg-Biedenkopf und umliegende Landkreise) vorhandenen Versorgungseinrichtungen vorgestellt wurden.

schema benutzt (ICD-9 bzw. ICD-10) und das amerikanische Klassifikationssystem DSM-III-R. Diese Systeme haben zu einer Vereinheitlichung der Diagnostik und damit zu einer besseren Vergleichbarkeit von Inanspruchnahmepopulationen unterschiedlicher Einrichtungen beigetragen.

Im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung konnten in der damaligen Modellregion Marburg umfangreiche Erhebungen zur Inanspruchnahme von Einrichtungen durch Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern durchgeführt werden. Für den Zeitraum eines Jahres konnten dabei die Störungen aller Kinder und Jugendlichen, welche eine Vielzahl von Einrichtungen (Frühberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, psychologische Praxen, kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen und Kliniken etc.) aufsuchten, nahezu lückenlos dokumentiert werden. Abbildung 1 gibt die Alters- und Geschlechterverteilung einer vollständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation in der Modellregion Marburg und den umliegenden Landkreisen wieder.

Die Abbildung zeigt ein deutliches Überwiegen der Jungen vor der Pubertät und der Mädchen nach der Pubertät, ein Ergebnis, das in verschiedenen epidemiolo-

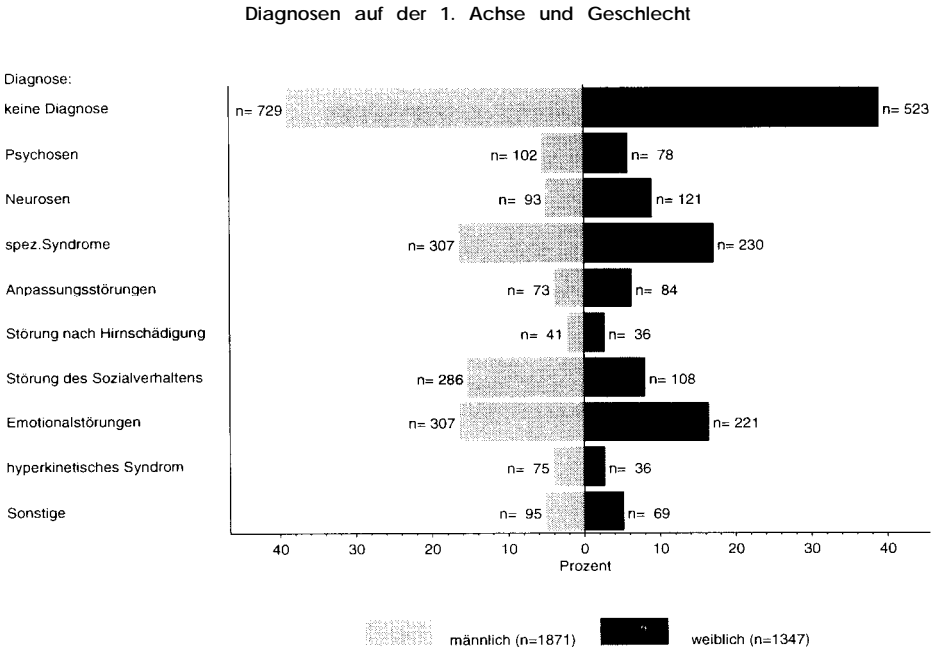


Abbildung 2:

Klinisch-psychiatrisches Syndrom (1. Achse des MAS) und Geschlecht in einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher (n = 3.280).

gischen Untersuchungen zutage gefördert wurde. Die Abbildung zeigt ferner, daß auch über 18jährige die genannten Einrichtungen noch aufsuchen.

Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die **psychiatrischen Diagnosen** (1. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas) für die gleiche vollständige Inanspruchnahmepopulation der Modellregion Marburg und umliegende Kreise, wiederum aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht. Die hohe Zahl der Kinder und Jugendlichen in der Rubrik „Keine Diagnose“ erklärt sich daraus, daß unter ihnen zahlreiche Kinder mit Entwicklungsstörungen sind, die auf der zweiten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas („Umschriebene Entwicklungsruckstände“) klassifiziert werden, und auch aus der Tatsache, daß Patienten mit neurologischen Erkrankungen nicht auf der ersten Achse auftauchen. Aus der Abbildung wird deutlich, daß emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und spezielle Syndrome (monosymptomatische Störungen) am häufigsten vorkommen. Störungen nach Hirnschädigungen spielen eine relativ untergeordnete Rolle.

Abbildung 3 zeigt die Häufigkeit von **Entwicklungsstörungen** (umschriebene Entwicklungsruckstände, 2. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas) für

Diagnosen auf der 2. Achse und Geschlecht

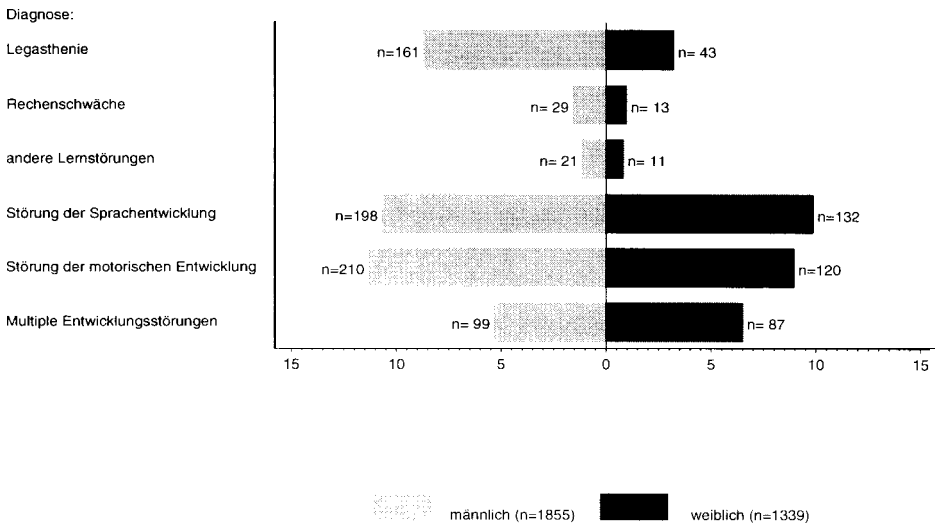


Abbildung 3:

Umschriebene Entwicklungsruckstände (2. Achse des MAS) und Geschlecht in einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher (n = 3.280).

Jungen und Mädchen der gleichen Stichprobe. Sie verdeutlicht die große Bedeutung der Entwicklungsdimension in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. Sie zeigt aber auch, daß ein Teil dieser Entwicklungsstörungen, zum Beispiel die Legasthenie, bei Jungen rund viermal so häufig ist wie bei Mädchen.

1.4.1 Merkmale ambulanter Patienten

Über 95 % aller hilfeschuchenden Patienten bzw. Eltern suchen ambulante Einrichtungen auf. Stationär untersucht und behandelt werden weniger als 5 %. Nahezu alle Untersuchungen an Inanspruchnahmepopulationen stellen bis zur Pubertät ein Überwiegen der Jungen in ihrem Klientel fest. Die Prozentangaben für männliche Patienten schwanken zwischen 58 und 69%. Mit zunehmendem Alter verschiebt sich das Geschlechterverhältnis zu Lasten der Mädchen. Dies gilt vor allem für Jugendliche nach der Pubertät.

Kinder unter sechs Jahren, aber auch Jugendliche ab 15, sind in den meisten Inanspruchnahmestudien unterrepräsentiert. Nach der Einschulung steigt die Vorstellungsrate deutlich an, die Altersgruppe der 6-14jährigen ist mit etwa zwei Drittel am stärksten vertreten. Sowohl in Poliklinikspopulationen als auch in der Klientel von Erziehungsberatungsstellen ist seit den letzten 15 Jahren ein verstärkter Trend zu höheren Altersgruppen erkennbar, der mit dem Geburtenrückgang sowie mit der vermehrten Einrichtung von Frühberatungsstellen im Zusammenhang stehen dürfte.

Was die soziale Schicht betrifft, so waren in der umfangreichen Erhebung des Modellprogramms Kinder aus der oberen Mittelschicht und Oberschicht überrepräsentiert, Kinder der unteren und mittleren Mittelschicht jedoch unterrepräsentiert (Remschmidt & Walter, 1989). Für Kinder aus den unteren sozialen Schichten ließ sich keine Unterrepräsentanz nachweisen. Schlüsselt man das Klientel der Einrichtungen nach der sozialen Schicht auf, so ergeben sich jedoch zwischen den einzelnen Einrichtungen teilweise erhebliche Unterschiede. Die soziale Schicht wurde dabei nach dem Schichtmodell von Kleining & Moore (1968) festgestellt.

Was die psychiatrischen Diagnosen betrifft, so überwiegen in ambulanten Einrichtungen neurotische Störungen (35 %), gefolgt von speziellen Syndromen (25 %), Störungen des Sozialverhaltens (13 %), Anpassungs- und Belastungsreaktionen (7 %). Die übrigen 20 % der Diagnosen verteilen sich auf hyperkinetische Syndrome, psychische Störungen nach Hirnschädigungen, Psychosen und eine Reihe seltenerer Erkrankungen (Remschmidt & Walter, 1990).

1.4.2 Merkmale stationärer Patienten

Auch im stationären Bereich sind Jungen überrepräsentiert. Die Geschlechterdifferenz ist jedoch nicht so ausgeprägt wie bei ambulanten Patienten, was im

wesentlichen auf die zunehmende Vorstellungsrate der Mädchen ab der Pubertät zurückzuführen ist. In den meisten stationären Einrichtungen hat in den letzten Jahren die Zahl der Jugendlichen zugenommen. Parallel zu dieser Entwicklung hat die Zahl der Vorschulkinder abgenommen. Diese Altersverschiebung hat mehrere Ursachen: Geburtenrückgang, Ausbau ambulanter Versorgung, vor allem Frühberatungsstellen und neuropädiatrische Abteilungen, möglicherweise auch eine Zunahme psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen.

Was den sozioökonomischen Status betrifft, so zeigen neuerdings stationäre Einrichtungen keine Abweichungen mehr zur Normalbevölkerung, während früher Kinder aus den unteren sozialen Schichten dominierten (Remschmidt et al., 1974; Schmidt et al., 1978). Was das Diagnosespektrum betrifft, so ist die Zahl der Patienten mit einem psychiatrischen Befund (1. Achse des Multiaxialen Schemas) häufiger als in ambulanten Stichproben und liegt deutlich über 90% (Remschmidt & Walter, 1989). Stationäre Patienten sind ferner außer im Hinblick auf das klinisch-psychiatrische Syndrom (1. Achse des MAS) auch noch hinsichtlich ihrer Intelligenz (3. Achse des MAS) und hinsichtlich abnormer psychosozialer Umstände (5. Achse des MAS) auffälliger als Patienten in ambulanten Einrichtungen.

Im Hinblick auf das **Diagnosespektrum** stellen Störungen des Sozialverhaltens mit 26% die größte Diagnosengruppe dar (Remschmidt & Walter, 1989), gefolgt von emotionalen Störungen und Neurosen (21%) und speziellen Symptomen und Syndromen (16%). Aber auch Psychosen kommen im stationären Bereich deutlich häufiger vor als im ambulanten.

1.5 Übergeordnete biopsychosoziale Zusammenhänge

1.5.1 Alter, Geschlecht und psychische Störung

Art und Häufigkeit psychischer Störungen sind sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig. Bei **jüngeren** Kindern überwiegen naturgemäß entwicklungsabhängige Störungen (z. B. Störungen der Ausscheidungsfunktionen, Störungen der motorischen Entwicklung und der Sprachentwicklung), umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung), autistische Störungen, hyperkinetisches Verhalten, Tics und manche Störungen des Sozialverhaltens. Im **Jugendalter** nähern sich die Krankheitsbilder in ihrer Symptomatik vermehrt dem Erwachsenenalter an. Dementsprechend werden verschiedene Formen der Angststörungen häufiger (z. B. Panikattacken, Agoraphobie), ferner Zwangssyndrome, dissoziale Verhaltensweisen (die allerdings eine hohe Persistenz zeigen und oft im Kindesalter beginnen) und Psychosen aus dem schizophrenen und dem affektiven Formenkreis.

Betrachtet man den Zeitraum vom frühen Kindesalter bis zur Adoleszenz und ins frühe Erwachsenenalter, so lassen sich im Hinblick auf psychische Störungen drei Verlaufstypen herausstellen (Rutter et al., 1970; Remschmidt, 1975a,b):

- (1) Ein **kontinuierlicher bzw. zweigipfliger** Verlauf (Typ A), der sich auf psychische Störungen bezieht, die bereits in der frühen Kindheit auftraten und sich entweder kontinuierlich in der Adoleszenz fortsetzen oder aber nach einer mehr oder weniger ausgedehnten stummen Phase in der Adoleszenz wieder aktualisiert werden (z. B. Schulphobie, dissoziale Störungen). Störungen mit diesem Verlauf werden als **persistierende** Störungen bezeichnet.
- (2) Ein zweiter Verlaufstyp (Typ B) ist gekennzeichnet durch einen deutlichen **Häufigkeitsabfall** der Störungsmuster, die in der Kindheit als behandlungsbedürftig angesehen wurden, sich aber in der Adoleszenz zurückbilden. Hierzu gehören viele in der Kindheit geläufige Verhaltensauffälligkeiten (Enuresis, Enkopresis, Hyperaktivität, manche aggressiven Verhaltensweisen) sowie einige neurotische Reaktionen, insbesondere manche Angstzustände und Tierphobien. Bei diesem Störungsmuster handelt es sich also um **nicht-persistierende** Störungen.
- (3) Der dritte Verlaufstyp (Typ C) ist durch einen deutlichen **Häufigkeitsanstieg** in der Adoleszenz gekennzeichnet nach weitgehender psychischer Unauffälligkeit im Kindesalter. Hierzu zu rechnen sind Störungen, deren Erstmanifestation in der Adoleszenz liegt, entweder weil in dieser Phase erstmalig die typischen Ausdrucksmittel zur Verfügung stehen oder weil zu diesem Zeitpunkt, begünstigt durch exogene Einflüsse, genetische Dispositionen sich manifestieren. Dies ist der Fall bei depressiven Syndromen verschiedener Genese, bei Zwangssyndromen, bei der Anorexia nervosa sowie bei schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen. Die unter dem Verlauf des Typ C zusammengefaßten Störungen bezeichnen wir auch als **neuauf tretende** Erkrankungen.

Im Hinblick auf die **Geschlechterrelation** ist ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechtes bei folgenden Störungen mehrfach beschrieben worden (vgl. Steinhausen, 1992): Bei verschiedenen Formen der geistigen Behinderung (Geschlechterverhältnis zugunsten der Jungen etwa 1,6:1), bei autistischen Störungen (Relation: 2,5:1 bis 5,7:1), beim hyperkinetischen Syndrom (3: 1 bis 9: 1), bei dissozialem Verhalten (6: 1 bis 9: 1).

Für diese Geschlechterunterschiede werden vorwiegend biologische Faktoren verantwortlich gemacht, die einerseits im genetischen Status der Jungen und zum anderen in hormonellen Einflüssen (Testosteron) gesehen werden. Es ist allerdings fraglich, ob eine derartige konstitutionelle Vulnerabilität der Jungen tatsächlich existiert.

Umgekehrt konnte festgestellt werden, daß zumindest nach der Pubertät emotionale Störungen (unter ihnen Angstzustände, Suizidversuche und Depressionen) bei Mädchen deutlich häufiger werden als bei Jungen. Für Suizidversuche in der Adoleszenz wurden z. B. Geschlechterrelationen zugunsten der Mädchen von 3 : 1 bis 9: 1 beschrieben. Ein noch stärkeres Überwiegen findet sich bei den Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa). Diese Erkrankungen betreffen in 90-95% aller Fälle Mädchen. Im Hinblick auf die Adipositas trifft dies jedoch nicht zu. Sie ist bei Jungen und Mädchen etwa gleich häufig (Dietz, 1986).

1.5.2 Hirnschädigung und psychische Störung

Hirnfunktionsstörungen sind bedeutsame Risikofaktoren für die Manifestation zahlreicher psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Wenn man von lokalisierten Hirnschädigungen absieht, so ist der Zusammenhang jedoch weniger direkt als indirekt. Die Zusammenhänge zwischen Hirnfunktionsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen lassen sich für das Kindes- und Jugendalter wie folgt zusammenfassen (Remschmidt, 1984, 1992a):

- (1) Kinder und Jugendliche mit Hirnschädigungen bzw. Hirnfunktionsstörungen sind gehäuft psychiatrisch auffällig. Dabei ist die Quote der psychiatrischen Auffälligkeiten um so höher, je schwerwiegender die zerebrale Schädigung ist. So kommen psychopathologische Auffälligkeiten in einer unausgelesenen Stichprobe von Kindern nur in 7% der Fälle vor, bei Kindern mit körperlichen Erkrankungen ohne Beteiligung des Gehirns in 12 %, bei Kindern mit gesicherten lokalisierten Hirnverletzungen in 62 % und bei Kindern mit lokalisierten Hirnverletzungen und einer Spätepilepsie sogar in 83% der Fälle (Rutter, 1977b).
- (2) Umgekehrt finden sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen häufiger als in unselektierten Stichproben Hirnfunktionsstörungen. Allerdings variiert deren Quote sehr stark mit der Art der Erkrankung. So findet man zum Beispiel bei autistischen Störungen Raten zwischen 50 und 60%, während die Prozentsätze bei der kindlichen Schizophrenie und bei neurotischen Störungen wesentlich geringer sind.
- (3) Umschriebene Hirnschädigungen können zu recht eindeutigen psychischen Funktionsausfällen führen, die wir als neuropsychologische Störungen bezeichnen (z. B. Aphasien oder Apraxien). Bei diffusen Hirnfunktionsstörungen gibt es eine solche Zuordnung nicht. Vielmehr scheinen diese (z.B. Sauerstoffmangel während der Geburt) ein Kind vulnerabler für schädigende Umwelteinflüsse zu machen.
- (4) Wenn man von den neuropsychologischen Störungen absieht, so spricht unser derzeitiges Wissen dafür, daß der Zusammenhang zwischen diffuser Hirnschädigung und psychiatrischer Auffälligkeit eher indirekt ist. Indirekt heißt in diesem Zusammenhang, daß die Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung ein Individuum vulnerabler macht für belastende Umwelteinflüsse jedweder Art.
- (5) Der Zusammenhang zwischen Hirnfunktionsstörung und intellektueller Beeinträchtigung ist vielfach nachgewiesen.
- (6) Vorschädigungen des Gehirns sind nicht selten wesentliche Voraussetzungen für die gravierenderen Auswirkungen einer zweiten Schädigung. So kann man bei Kindern und Jugendlichen, die ein Schädel-Hirn-Trauma erleiden, damit rechnen, daß bis zum einem Drittel bereits vor dem Trauma eine zerebrale Schädigung aufweisen, die vielfach wiederum eine Schrittmacherfunktion im Hinblick auf das zweite Schädel-Hirn-Trauma hat (Remschmidt & Stutte, 1980). Mit den neuen bildgebenden Verfahren (Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie) er-

geben sich weitreichende Möglichkeiten, den Zusammenhang zwischen Hirnschädigung und psychischer Störung auch im Kindes- und Jugendalter genauer abzuklären (vgl. Neuhäuser in diesem Buch).

1.5.3 Familie und psychische Störung

Der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und Familieneinflüssen kann in zweifacher Weise betrachtet werden: einerseits unter dem Aspekt genetischer Faktoren, zum anderen unter dem Gesichtspunkt der direkten psychosozialen Auswirkungen, die über Lerneinflüsse manifest werden. Beide Einflußgrößen müssen natürlich auch in gegenseitiger Wechselwirkung gesehen werden. Ausgangspunkt für beide Wege der Erkenntnis ist die Tatsache, daß eine Reihe kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen familiär gehäuft vorkommen. Dies trifft auf eine Vielzahl von Störungen zu: auf autistische Störungen, die Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter, Angstsyndrome, Ticserkrankungen und Gilles de la Tourette-Syndrom, auf depressive Syndrome und auch auf dissoziales Verhalten und Delinquenz. Mit dieser familiären Häufung ist natürlich noch nichts darüber ausgesagt, ob der Vermittlungszusammenhang ein überwiegend genetischer oder überwiegend psychosozialer ist. Dies ist auch bei den verschiedenen Störungen unterschiedlich. Für die klinische Praxis stellt sich immer wieder die Frage, ob eine psychische Störung eines Kindes durch familiäre Einflüsse verursacht, ausgelöst oder aufrechterhalten wird. Nach Maggabe aller verfügbaren Untersuchungsmethoden versucht man im Hinblick auf diese Frage eine Hypothese zu bilden, nach der man dann in der Behandlung vorgeht.

Im Hinblick auf die Auswirkungen familiärer Faktoren auf Art und Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern kann folgendes herausgestellt werden:

- (1) Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten von Kindern wächst proportional zum Desorganisationsgrad der Familie. Dies zeigen mehrere Untersuchungen, die mit einem einfachen Maß, dem Family Adversity Index (Rutter & Quinton, 1977), durchgeführt wurden. Dieses Maß besteht lediglich aus der Summierung folgender Familienmerkmale: Vater ist ungelernter oder angelernter Arbeiter, beengte Wohnverhältnisse, Depression oder andere psychische Störungen der Mutter, ständiger Streit zwischen den Eheleuten, Kriminalität des Vaters. Ab zwei Merkmalen wird die Familie als benachteiligt angesehen. Mit zunehmender Häufigkeit der genannten Merkmale in der Familie wächst die Häufigkeit psychischer Störungen und Erkrankungen bei den Kindern, die in diesen Familien aufwachsen. Dabei trennt der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung der Mutter am besten zwischen behandelten und unbehandelten Kindern (Esser et al., 1986). Auch für das Auftreten kriminellen Verhaltens, von Alkoholismus und einer Reihe anderer Störungen ist dieser familiäre Zusammenhang nachgewiesen, wobei anzunehmen ist, daß genetische und psychosoziale Faktoren sich entweder addieren oder in gegenseitiger Wechselwirkung stehen.

- (2) Die Belastung mit psychosozial wirksamen Familieneinflüssen ist bei den einzelnen psychiatrischen Störungen und Erkrankungen der Kinder unterschiedlich ausgeprägt. So zeigen Kinder, die auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas keine Diagnose haben, lediglich in 25% der Fälle eine Diagnose auf der fünften Achse (Familienachse), während dies für emotionale Störungen in über 70 % und für Störungen des Sozialverhaltens in über 80% der Fälle zutrifft (Remschmidt, 1992c). Bei Störungen nach einer organischen Hirnschädigung beträgt die Rate rund 45 %.

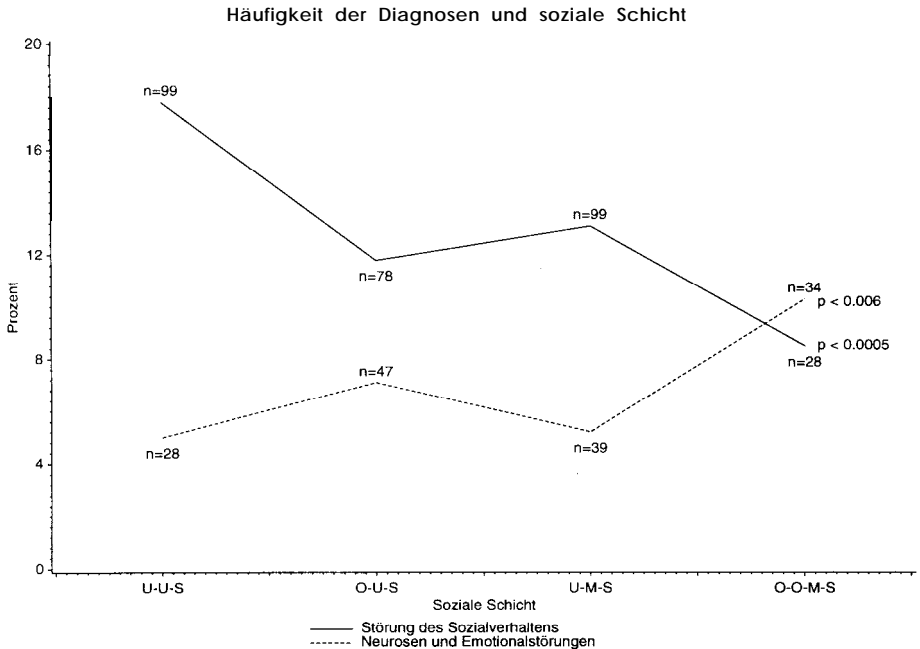


Abbildung 4:

Soziale Schichtzugehörigkeit und psychiatrische Diagnose am Beispiel zweier Störungen: Störung des Sozialverhaltens sowie Neurosen und emotionale Störungen in einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher ($n = 3.280$). Die Schichtbestimmung erfolgte nach dem Schichtmodell von Kleinig und Moore (1966): U-U-S: untere Unterschicht; O-U-S: obere Unterschicht; U-M-S: untere Mittelschicht; O-O-M-S: Oberschicht und obere Mittelschicht.

- (3) Auch zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und der psychiatrischen Erkrankung von Kindern besteht ein Zusammenhang. Die soziale Schicht wird ja in der Regel durch Familienmerkmale definiert (z. B. den Beruf des Haupternährers der Familie). Dieser Zusammenhang ist aber ebenfalls differentiell zu sehen. Er ist nicht bei allen Störungen gleichermaßen ausgeprägt, sondern

variiert zwischen den Störungsmustern. Dies ist in Abbildung 4 dargestellt. Sie zeigt den Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Störung des Sozialverhaltens einerseits und Neurosen und emotionalen Störungen andererseits in einer vollständigen Inanspruchnahmepopulation, die alle Patienten im Zeitraum eines Jahres in einer umschriebenen Modellregion umfaßt. Es zeigt sich ein sehr klarer und inverser Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und den beiden Störungsmustern in dem Sinne, daß Störungen des Sozialverhaltens deutlich häufiger mit den unteren sozialen Schichten und neurotische und emotionale Störungen deutlich häufiger mit den oberen sozialen Schichten assoziiert sind (Remschmidt, 1992c).

- (4) Schließlich beeinflussen psychiatrische Erkrankungen der Eltern auch das Identifikationsverhalten der Kinder. Dies konnte in einer Untersuchung an Kindern schizophrener Eltern, die mit Kindern endogen-depressiver Eltern verglichen wurden, gezeigt werden. Die Kinder schizophrener Eltern konnten sich deutlich schlechter mit ihren Eltern identifizieren. Dabei spielte die Mutter eine Schlüsselrolle. Kinder, die sich mit der Mutter nicht identifizieren konnten, hatten auch große Schwierigkeiten, sich mit dem Vater zu identifizieren (Remschmidt & Mattejat, 1994). Die Fähigkeit zur Identifikation mit einer erwachsenen Bezugsperson ist aber von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung eines Kindes.

1.6 Inanspruchnahmeverhalten

Der überwiegende Teil der psychisch Kranken nimmt die bestehenden Einrichtungen und Hilfsangebote nicht in Anspruch. Dies gilt auch für psychisch kranke und auffällige Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern. Die Erhebungen im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie (Remschmidt & Walter, 1989) ergaben, daß in der kinder- und jugendpsychiatrischen Modellregion Marburg und Umgebung eine Inanspruchnahme von nur 2,9% für die Altersgruppe der 0- 17jährigen im Zeitraum eines Jahres festzustellen war. Die Inanspruchnahmeraten, die sich in verschiedenen Studien im Hinblick auf psychiatrische bzw. psychotherapeutische Institutionen ergaben, liegen ausnahmslos erheblich unter den gefundenen Erkrankungshäufigkeiten. Wenige Untersuchungen haben sich jedoch mit der Frage befaßt, welche Faktoren für die geringe Nutzung von Einrichtungen generell bestimmend sind. Da psychisch auffällige Kinder zum überwiegenden Teil unbehandelt bleiben, wurde vermutet, daß die behandelten Kinder bestimmte Merkmale aufweisen, die die Behandlungswahrscheinlichkeit erhöhen. Daneben wurde aber auch die Bedeutung von institutionellen Merkmalen (Versorgungsdichte, Entfernung, Überweisungsverhalten) gesehen. Psychisch auffällige Kinder, die sich nicht in Behandlung begeben und trotzdem gesund werden, entwickeln offensichtlich Strategien der Problembewältigung oder haben ein entsprechendes protektives soziales Umfeld, das Fremdhilfe nicht notwendig macht. Ob ein Kind zum Patienten wird, hängt nicht nur vom „nucleus of pathology“ (Lavik, 1976) ab, sondern auch von dem Zusammenbruch von Problembewältigungsstrategien des Individuums, der Familie und des sozialen

Netzes. Es ist daher wichtig, die Ressourcen von Familien aus sozialen Randgruppen und Risikopopulationen durch präventive Maßnahmen im schulischen und im Freizeitbereich zu stärken.

2. Klassifikation

Psychiatrische Klassifikations- und Dokumentationssysteme haben seit den 70er Jahren ganz wesentlich zum Fortschritt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Psychologie des Kindes- und Jugendalters beigetragen. Sie haben nicht nur zu einer Vereinheitlichung der Nomenklatur geführt und damit zu einer besseren Verständigung über die Grenzen der Fachdisziplinen, der Länder und Kulturen, sondern sie haben sich auch als wichtiges Schulungsinstrument in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychiatern und Psychologen erwiesen. Darüber hinaus hat die empirische Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme auch epidemiologische Studien und multizentrische klinische Studien angeregt, die wichtige Erkenntnisse zur Ätiologie, zur Therapie und zum Verlauf psychischer Erkrankungen beigetragen haben.

2.1 Klassifikation und Dokumentation

Unter *Klassifikation* verstehen wir die Einteilung von Gegenständen, Begriffen und Merkmalen, die einige Eigenschaften gemeinsam haben, sich jedoch in anderen unterscheiden. Die Klassifikation im Bereich psychischer Störungen und Erkrankungen verfolgt das Ziel, einzelne Störungsmuster voneinander abzugrenzen und nach übergeordneten Gesichtspunkten der Ähnlichkeit zu gruppieren.

Die im psychiatrischen Bereich angewandten Klassifikationssysteme gehen letztlich auf Kraepelin zurück, haben aber in der Zwischenzeit wesentliche Weiterentwicklungen erfahren. Parallel zur Klassifikation psychischer Störungen und Erkrankungen haben sich auch **Dokumentationssysteme** entwickelt, die eine standardisierte Niederlegung von Daten und ihre computergestützte Auswertung erlauben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich folgende Arten von Dokumentationen bewährt:

- (1) Die Anamnesendokumentation; sie bezieht sich auf die standardisierte Erfassung anamnestischer Daten, die in der Regel von den Eltern und Angehörigen erhoben werden.
- (2) Die Befunddokumentation; sie hat eine standardisierte Erfassung des aktuellen psychischen, neurologischen und internen Befundes zum Ziel. Sie beruht also stets auf einer aktuellen Untersuchung des Patienten.
- (3) Die Diagnosedokumentation; sie erstreckt sich auf die standardisierte Erfassung diagnostischer Kategorien, die in der Regel einem Klassifikationssystem entstammen.
- (4) Die Therapiedokumentation; sie beschäftigt sich mit der standardisierten Niederlegung der Therapieindikationen, durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und ihrer Folgen.

- (5) Die Verlaufsdokumentation; sie erfaßt Merkmale der jeweiligen Störung über die Zeit. Sie muß in besonderem Maße mit der Veränderung der erfaßten Merkmale rechnen und ist daher besonders schwierig.

Klassifikation und Dokumentation sind wesentliche Bestandteile der klinisch-psychiatrischen und klinisch-psychologischen Arbeit und stellen Grundvoraussetzungen für die interdisziplinäre Verständigung im klinischen Bereich dar.

2.2 Grundprobleme bei der Klassifikation von Diagnosen

Die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Abgrenzung verschiedener psychiatrischer Störungen ergibt sich aus einer Vielzahl von Gründen. Schon aus Gründen der Logik und der Individualität des einzelnen Patienten muß seine Störung genau beschrieben und von derjenigen anderer Patienten abgegrenzt werden. Darüber hinaus ermöglicht die Klassifikation eine Verständigung zwischen Wissenschaftlern und Klinikern, die Erfahrungen über ihre Patienten austauschen wollen. Viele Diagnosen geben auch Hinweise auf die jeweils angemessenste Behandlungsform. Es ist ein wichtiges Ziel der Forschung, zu diagnostischen Klassifikationen zu kommen, die zugleich „therapielevant“ sind. Schließlich ergeben viele Diagnosen auch Hinweise zur Prognose und zur Einleitung längerfristiger Maßnahmen, die geeignet sind, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Einwände gegen klassifikatorische Bemühungen lassen sich nach Schmidtke (1981) differenzieren in solche, die grundsätzlicher Art sind und die Klassifikation an sich betreffen, und solche, die spezifische gebräuchliche Klassifikationssysteme kritisieren. Insgesamt hat sich jedoch international die Meinung durchgesetzt, daß eine verantwortliche klinische und wissenschaftliche Arbeit ohne das Bemühen um eine sorgfältige Klassifikation und Dokumentation psychischer Störungen und Erkrankungen nicht möglich ist.

Klassifikatorische Bemühungen erfordern zahlreiche **methodische Überlegungen**. Hierzu gehören die Stichprobenprobleme, die Auswahl von Markier-Variablen zur zuverlässigen Kennzeichnung der Krankheitsbilder, die Schwierigkeit der Klassifikation in Abhängigkeit vom Komplexitätsgrad der Störung, die Einbeziehung ätiologischer Kategorien sowie die Art der Ableitung derartiger Schemata (zum Beispiel auf der Grundlage von klinisch oder statistisch erhobenen Daten).

Nach Rutter (1977b) muß man an ein Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter folgende Anforderungen stellen:

- (1) Die Klassifikation soll nicht auf Konzepten, sondern auf Fakten beruhen. Die verwendeten Begriffe müssen **operational definiert** sein. Ein Glossar muß vorliegen, in welchem diese eindeutig definiert sind.
- (2) Es werden lediglich **Störungen bzw. Probleme** klassifiziert, nicht Menschen oder Patienten als solche. Die Klassifikation der Störungen und nicht der Kinder selbst ist schon deshalb sinnvoll, weil sich Störungen im Verlaufe der Entwicklung erheblich verändern können. Dies fuhr zwangsläufig auch zu einer Veränderung der diagnostischen Klassifikation.

- (3) Klassifikationen psychiatrischer Störungen und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen müssen einerseits die Entwicklungsperspektive berücksichtigen, dürfen aber zum anderen nicht auf verschiedenen Altersstufen zu sehr unterschiedlichen Aussagen kommen. Die Einbeziehung des Entwicklungsaspektes erfolgt in manchen Klassifikationsschemata (z. B. dem Multiaxialen Klassifikationsschema) über eine eigene „Entwicklungsachse“.
- (4) Die Klassifikation muß **reliabel** sein, d.h., sie muß von verschiedenen Klinikern mit dem gleichen Ergebnis nachvollzogen werden können. Hierfür ist ein Glossar unerlässlich.
- (5) Die Klassifikation muß eine angemessene Differenzierung der Störungen ermöglichen.
- (6) Sie muß dabei das gesamte Feld der Störungen abdecken und dadurch ausschließen, daß wichtige Störungen oder Krankheitsbilder nicht erfaßt werden. Im Idealfall umfaßt das System alle in Frage kommenden Störungsmuster und definiert die Kategorien so, daß sie sich nicht gegenseitig ausschließen.
- (7) Klassifikationen und Abgrenzungen sollten valide sein. Diese Forderung setzt voraus, daß sich die Kategorien voneinander unterscheiden und das erfassen, was sie zu erfassen vorgeben.

Die Lösung des Validitätsproblems gehört zu den schwierigsten Aufgaben bei der Entwicklung von Klassifikationssystemen. Man unterscheidet diesbezüglich verschiedene Arten von Validität. Die Augenscheinvalidität ist oft der erste Schritt zur Abgrenzung diagnostischer Kategorien. Die **deskriptive** Validität ist der nächste Schritt. Von großer Bedeutung ist die Ableitung von Kriterien, welche der prädiktiven Validität entsprechen, d.h. auch Aussagekraft im Hinblick auf den weiteren Verlauf von Erkrankungen besitzen.

- (8) Das Klassifikationssystem soll logisch konsistent sein und auf Prinzipien und Regeln beruhen, die eindeutig definiert und erlernbar sind.
- (9) Die Klassifikation sollte Informationen enthalten, die für die klinische Situation bedeutungsvoll sind und eine Hilfestellung für klinische Entscheidungen (möglichst auch in therapeutischer Hinsicht) ermöglichen.

Eine Entscheidungshilfe kann ein Klassifikationssystem umso eher sein, je mehr es der mehrdimensionalen Ätiologie psychischer Störungen und Erkrankungen Rechnung trägt. Dies wird vor allem in den multiaxialen Klassifikationssystemen versucht, die eher zu einer „therapielevanten Diagnostik“ beitragen können.

- (10) Das Klassifikationssystem muß in der Alltagssituation praktikabel sein und darf nicht auf Informationen beruhen, die in der üblichen klinischen Routineuntersuchung nicht erhoben werden können. Die **Praktikabilität** ist ein sehr wichtiger Gesichtspunkt, weil diagnostische Systeme nur dann durchsetzbar sind, wenn sie vom Kliniker bei seiner alltäglichen Arbeit nicht als zu kompliziert oder unbrauchbar empfunden werden.

2.3 Eindimensionale, multikategoriale Klassifikationssysteme

Ein Prototyp für ein solches System ist die „International Classification of Diseases“ (ICD) der WHO, die derzeit in der 10. Revision vorliegt. In vielen klinischen Einrichtungen wird noch die 9. Revision verwendet, die 1978 von der WHO herausgegeben wurde. Deshalb wird in kurzer Form auch auf diese eingegangen.

2.3.1 ICD-9

Die ICD-9 hat gegenüber ihrer Vorläuferversion, der 8. Revision (WHO, 1965), einige entscheidende Verbesserungen erbracht (Remschmidt, 1992b): So wurde die Klassifikation depressiver Zustandsbilder deutlich verbessert, für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter wurde eine größere Zahl von Kategorien vorgesehen, die psychogenen Reaktionen als akute Belastungsreaktion und als Anpassungsstörung wurden neu definiert und differenziert, die Verschlüsselung psychosomatischer (psychophysiologischer) Erkrankungen wurde verbessert, die Klassifikation organisch bedingter Psychosen wurde vereinfacht, eine Doppelklassifikation wurde zugelassen, und schließlich wurde die Möglichkeit eingeführt, *Zusatzklassifikationen* zu benutzen, um für das Krankheitsbild bedeutsame, nicht-medizinische Faktoren erkennbar zu machen.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht kann an der ICD-9 jedoch bemängelt werden, daß die Entwicklungsdimension als eigene Kategorie fehlt, daß das intellektuelle Funktionsniveau nicht regelhaft und getrennt von der psychiatrischen Störung erfaßt wird und daß die psychosozialen Umstände, die ja auch von ätiologischer Bedeutung sein können, zu wenig berücksichtigt sind. Diese Aspekte sind allerdings im Multiaxialen Klassifikationsschema auf der Basis der ICD-9 enthalten (Remschmidt & Schmidt, 1986).

2.3.2 ICD-10

Die 10. Revision der International Classification of Diseases (WHO, 1991) unterscheidet sich in ihrem psychiatrischen Teil von der ICD-9 bei in etwa gleichgebliebener Grundstruktur durch folgende Merkmale (Cooper, 1989; Schmidt, 1987):

- Es wurde ein neues Kodierungssystem eingeführt, das den psychiatrischen Bereich mit den Buchstaben der Sektion F kennzeichnet.
- Die Zahl der Kategorien wurde wesentlich erhöht, damit ist das System differenzierter als das der ICD-9.
- Die Differenzierung zwischen Psychosen und Neurosen als grundlegendes Einteilungsprinzip wurde fallengelassen. Darüber kann man sich streiten. Diesbezüglich stand der Gedanke Pate, daß man zu stark ätiologisch vorbelastete Begriffe nicht weiter mitschleppen wollte. Die Begriffe „Psychose“ und „Neurose“ wurden durch den Begriff der „Störung“ ersetzt.

- Symptomatologisch verwandte Störungen wurden gemeinsam gruppiert. Dies trifft zum Beispiel für depressive Syndrome zu, die nicht mehr als psychotische und neurotische Depression in unterschiedlichen Rubriken klassifiziert werden, sondern unter der Sammelbezeichnung der „affektiven Störungen“ zusammengefaßt werden. Gleiches gilt zum Beispiel auch für die Eßstörungen.
- Die klinischen Beschreibungen und die diagnostischen Richtlinien sind genauer und differenzierter gefaßt worden als in der ICD-9.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Hauptkategorien der ICD-10. Diese Hauptkategorien sind in den einzelnen Abschnitten teilweise stark differenziert worden. Die Übereinstimmungsraten verschiedener Untersucher liegen jedoch nicht höher als bei der ICD-9 (Blanz & Schmidt, 1990; Remschmidt et al., 1983). Eine multiaxiale Version des ICD-10-Systems ist in Vorbereitung (Remschmidt & Schmidt, 1994).

Tabelle 1:
Kategorien der ICD-10.

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	.....
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	.....
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	.....
F3	Affektive Störungen	.....
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	.....
F5	Verhaltensauffähigkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	.....
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	.....
F7	Intelligenzminderung	.....
F8	Entwicklungsstörungen	.....
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	.....
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	. . . . .

2.4 Multiaxiale Klassifikationssysteme klinischen Ursprungs

Psychiatrische Diagnosen enthalten teilweise recht unterschiedliche Elemente. Daher ist ihre Reduktion auf einen Symptom- oder Syndrombereich, auf eine Achse oder Dimension, wie diese auch immer lauten mag, eine starke Vereinfachung, die über das zugrundeliegende Störungsmuster wenig aussagt. Mit Hilfe multiaxialer Klassifikationssysteme versucht man diesen und anderen Mängeln beizukommen.

Diese Systeme haben manches gemeinsam: Alle enthalten eine Achse, die das klinisch-psychiatrische Syndrom erfaßt; die älteren Systeme enthalten darüber hinaus auch eine Achse, die sich auf die Ätiologie bezieht. Daneben ziehen die meisten multiaxialen Klassifikationssysteme noch andere Gesichtspunkte zur Klassifikation heran wie die Schwere der Störung, körperliche Symptomatik, Anpassungsverhalten, Aspekte des Verlaufs usw. Neuere Systeme verzichten bewußt auf eine ätiologische Achse, offenbar deshalb, weil man nicht voreilig zu ätiologischen Schlußfolgerungen kommen will, die unzureichend abgesichert sind.

Zwei multiaxiale Klassifikationssysteme sind für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Klinische Psychologie relevant: das in Europa entwickelte multiaxiale Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, dessen 9. Version seit 1975 in Gebrauch ist und dessen 10. Version gerade vorbereitet wird, und das in den USA entwickelte multiaxiale Klassifikationssystem DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), das jetzt in der revidierten Form DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) vorliegt und an dessen vierter Version bereits intensiv gearbeitet wird.

2.4.1 Multiaxiales Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS)

Dieses Klassifikationsschema wurde ursprünglich als triaxiales System entwickelt (Rutter et al., 1969), dann auf vier Achsen erweitert (Rutter et al., 1975a) und schließlich in eine Version mit fünf Achsen übergeführt (Rutter et al., 1975b). Diese Version wurde von Remschmidt & Schmidt (1977, 1986) für den deutschen Sprachraum bearbeitet. Das MAS (9. Revision der ICD) wird in der Version mit fünf Achsen in zahlreichen kinder- und jugendpsychiatrischen und klinisch-psychologischen Einrichtungen in Europa angewandt.

Es liegen umfangreiche empirische Erprobungs- und Reliabilitätsstudien zum MAS vor (Rutter et al., 1975; Remschmidt et al., 1983), die als zufriedenstellend angesehen werden können. Das Klassifikationsschema ist in der klinischen Praxis gut anwendbar, und nach einiger Übung kann eine hinreichende Übereinstimmung unter verschiedenen Beurteilungen erreicht werden. Darüber hinaus hat der tägliche Umgang mit dem Klassifikationsschema einen hohen didaktischen Wert. Unabhängig von diesen Gesichtspunkten ist die Einbeziehung der Entwicklungsdimension, des Intelligenzniveaus, der körperlichen Symptomatik und der psychosozialen Umstände von allergrößter Bedeutung für das Verständnis psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Inzwischen ist, nach Erscheinen der ICD-10, eine Bearbeitung des Multiaxialen Klassifikationsschemas auf der Basis der ICD-10 in Vorbereitung (Remschmidt & Schmidt, 1994). Dieses Klassifikationsschema, welches in einigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bereits eingeführt wurde, umfaßt sechs Achsen, die aus der rechten Spalte von Tabelle 2 ersichtlich sind. In Tabelle 2 ist eine Gegenüberstellung der wichtigsten Kategorien des MAS auf der Basis der 9. und der 10. ICD-Version wiedergegeben.

Tabelle 2:

Gegenüberstellung der wichtigsten Kategorien des MAS auf der Basis der ICD-9 und der ICD-10-Version.

Multiaxiales Klassifikationsschema

(MAS) auf der Basis von ICD-9 (Rutter et al., 1975; Remschmidt & Schmidt, 1977, 1986)

ICD-10 (WHO, 1991; Remschmidt & Schmidt, 1994)

I. Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Kategorien der ICD-9 unter Einbeziehung spezifischer kinderpsychiatrischer Kategorien: 299 typische Psychosen des Kindesalters; 300 neurotische Störungen; 307 spezielle Symptome; 309 Anpassungsstörung; 312 Störungen des Sozialverhaltens; 313 spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters; 314 hyperkinetische Syndrome

II. Umschriebene Entwicklungsrückstände

0 kein Rückstand; 1 umschriebene Lese-Rechtsschreibschwäche; 2 umschriebene Rechenschwäche; 3 andere umschriebene Lernstörungen; 4 umschriebene Störungen der Sprech- und Sprachentwicklung; 5 umschriebene Rückstände der motorischen Entwicklung; 6 multiple Entwicklungsrückstände

III. Intelligenzniveau

Maßstab ist der IQ, gemessen oder geschätzt; 9 Kategorien, die auch die überdurchschnittlichen Intelligenzgrade berücksichtigen

IV. Körperliche Symptomatik

Entspr. Kategorien der ICD-9 mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik

V. Abnorme psychosoziale Umstände

18 inhaltlich heterogene, jedoch für die psychosoziale Situation bedeutsame Kategorien wie z.B. 01 psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern; 02 Disharmonie in der Familie; 03 Mangel an emotionaler Wärme; 07 unzureichende Lebensbedingungen

I. Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Kategorien der ICD-10 unter Einbeziehung spezieller kinderpsychiatr. Kategorien, die überwiegend in Abschnitt F9 zusammengefaßt sind: F90 hyperkinetische Störungen; F91 Störungen des Sozialverhaltens; F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen; F93 emotionale Störungen; F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend; F95 Ticstörungen; F98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

II. Umschriebene Entwicklungsstörungen

F80 umschriebene E.-Störungen des Sprechens und der Sprache; F81 umschriebene E.-störung schulischer Fertigkeiten; F82 umschriebene E.-störung d. motorischen Funktionen; F83 kombinierte motorische E.-Störung

III. Intelligenzniveau

Maßstab ist der IQ, gemessen oder geschätzt; 9 Kategorien, die auch die überdurchschnittlichen Intelligenzgrade berücksichtigen

IV. Körperliche Symptomatik

Entspr. Kategorien der ICD-10 mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik

V. Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Neun inhaltlich unterschiedliche Bereiche zur Erfassung bedeutsamer psychosozialer Belastungen, z.B. 1 abnorme intrafamiliäre Beziehungen; 2 psychische Störungen/abweichendes Verhalten (Elternteil); 3 inadäquate oder verzerrte intrafamil. Kommunikation; 9 belastende Lebensereignisse des Kindes

VI. Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Neunstufige Skala zur Einschätzung des individuellen psychosozialen Adaptionsniveaus

2.4.2 DSM-III-R und DSM-IV

Die verschiedenen Versionen des Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM) wurden primär für psychiatrische Erkrankungen des Erwachsenenalters konzipiert, haben jedoch in zunehmendem Maße kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder einbezogen. Im DSM-III-R wird darüber hinaus erstmals ein multiaxialer Zugangsweg gewählt, sowohl für psychiatrische Erkrankungen des Erwachsenenalters als auch für solche des Kindes- und Jugendalters. Vom Aufbau her und hinsichtlich einer großen Zahl von Kategorien hat das DSM-III-R viel Ähnlichkeit mit dem multiaxialen Klassifikationsschema auf der Basis von ICD-9.

Seine **erste** Achse umfaßt das klinisch-psychiatrische Syndrom, die **zweite** Achse konzentriert sich im Kindes- und Jugendalter auf Entwicklungsstörungen und im Erwachsenenalter auf Persönlichkeitsstörungen. Die **dritte** Achse erfaßt körperliche Störungen und Zustände, die **vierte** den Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren, und die **fünfte** beinhaltet eine Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Im DSM-III-R wurden gegenüber dem DSM-III eine Reihe von Veränderungen vorgenommen, die nicht alle als Verbesserung angesehen werden können. Die für das Kindes- und Jugendalter wichtigsten Veränderungen sind:

- Die Erweiterung der zweiten Achse (Entwicklungsstörungen), die nun neben der geistigen Behinderung auch tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus), umschriebene Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen umfaßt;
- die Veränderung der fünften Achse, die anstelle des höchsten Funktionsniveaus der Adaptation nun eine neunstufige Skala zur Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus enthält;
- die Differenzierung, mitunter auch Vereinfachung, verschiedener Einzelkategorien. So wurde die Unterteilung der „Aufmerksamkeitsdefizitstörungen“ aufgehoben zugunsten der Kategorie „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“. Es wurde der Begriff der „expansiven Verhaltensstörungen“ eingeführt, die Einteilung der „Störung des Sozialverhaltens“ wurde vereinfacht. Die Ticstörungen sind als eigene Kategorie enthalten und werden nicht mehr den stereotypen Bewegungsstörungen zugeordnet.
- Als unglücklich angesehen werden müssen Klassifikationskriterien, die auf zeitlichen oder zahlenmäßigen Festlegungen basieren. So gilt für die Anorexia nervosa ein Gewichtsverlust von 15% als obligat. Kriterienlisten zu anderen Störungen verlangen eine bestimmte Anzahl von Merkmalen aus einem umfangreicheren Merkmalskatalog. Derartige Festlegungen lassen vergessen, daß eine psychiatrische Diagnose etwas Strukturelles darstellt, was nicht durch derartige „Grenzmarken“ oder Einzelmerkmale hinreichend definiert werden kann.
- Ein weiterer Nachteil des DSM-III-R ist das Fehlen einer eigenen Achse für das Intelligenzniveau.

Insgesamt kann das DSM-III-R jedoch als Fortschritt in der Entwicklung der Klassifikation kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder angesehen werden.

Seit einigen Jahren beschäftigen sich verschiedene Arbeitsgruppen der American Psychiatric Association mit der Entwicklung der nächsten Version des Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV. Es wird, ebenso wie das DSM-III-R, wiederum fünf Achsen umfassen, die in ihrer Bezeichnung mit jenen des DSM-III-R weitgehend übereinstimmen werden.

Die American Psychiatric Association sieht in dem multiaxialen Zugangsweg eine besonders gute Möglichkeit der Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Variablen und stellt ausdrücklich heraus, daß das DSM-IV einem **biopsychosozialen Modell** folgt.

Die ersten drei Achsen werden als **diagnostische Achsen** bezeichnet, die letzten beiden als **zusätzliche Achsen** zur Erfassung psychosozialer Probleme und der Anpassung des Patienten in seinem alltäglichen Lebensraum. Im Hinblick auf die einzelnen Kategorien ergeben sich verschiedene Veränderungen im Vergleich zum DSM-III-R. Nach bisherigem Stand (Januar 1994), der sich vermutlich nicht mehr wesentlich ändern wird, umfaßt die erste Achse des DSM-IV die in Tabelle 3 angeführten klinischen Syndrome.

Tabelle 3:

Klinische Syndrome und andere Störungen von klinischer Bedeutung nach DSM-IV.

Störungen, die gewöhnlich im Säuglingsalter, im Kindesalter und in der Adoleszenz diagnostiziert werden

Delirium, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen

Psychische Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen

Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen

Schizophrenie und andere psychotische Störungen

Affektive Störungen

Angststörungen

Somatoforme Störungen

Demonstrative Störungen

Dissoziative Störungen

Störungen des Sexualverhaltens und der Geschlechtsidentität

Eßstörungen

Schlafstörungen

Störungen der Impulskontrolle

Anpassungsstörungen

Andere Störungen von klinischer Bedeutung

Auf Einzelheiten, die das DSM-IV betreffen, soll hier nicht weiter eingegangen werden, da noch Änderungen möglich sind.

2.5 Statistisch abgeleitete mehrdimensionale Klassifikationssysteme

Diese Klassifikationssysteme stützen sich in der Regel auf Interview- oder Fragebogendaten, die mit Hilfe multivariater Verfahren analysiert werden und die auf statistischem Wege zu abgeleiteten „Verhaltensdimensionen“ führen. Eine Übersicht über derartige Darstellungen findet sich bei Quay (1979, 1986) und Achenbach (1980). Die meisten dieser Untersuchungen stützen sich auf Symptomerhebungen, Ergebnisse von Einschätzungsskalen oder anamnestiche Daten und unterwerfen diese multivariaten statistischen Verfahren.

Die **Merkmalsbereiche oder Dimensionen**, die in diesen Untersuchungen gefunden wurden, stimmen teilweise recht gut überein (Quay, 1979, 1986):

- Störungen des Sozialverhaltens; Quay (1979) hat zu diesem Merkmalsbereich nicht weniger als 37 empirische Arbeiten gesichtet und tabellarisch zusammengestellt;
- Angst- und Rückzugssymptomatiken;
- Syndrome der Unreife;
- sozialisiertes aggressives Verhalten;
- psychotische Störungen und Autismus;
- Hyperaktivitätssyndrome.

Diese Verhaltensdimensionen haben sich auch im **transkulturellen Vergleich** als zutreffend erwiesen. Dies gilt insbesondere für die Störungen des Sozialverhaltens, die Angst- und Rückzugssymptomatik, in geringerem Maße auch für Syndrome der Unreife und weniger für das sozialisierte aggressive Verhalten, das meist ein Kennzeichen der Subkultur großer Städte ist.

Ein interessanter taxonomischer Klassifikationsansatz stammt von Achenbach und Edelbrock (1978, 1979; Achenbach, 1980). Die Autoren kamen aufgrund der faktoren- und clusteranalytischen Auswertung einer umfangreichen Verhaltenscheckliste, deren Daten von den Eltern erhoben wurden, zu acht Verhaltensdimensionen (ängstlich-zwanghaft, körperliche Klagen, schizoid, Depression und Rückzug, Unreife und Hyperaktivität, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten, Grausamkeit), die sich wiederum aufgrund einer Faktorenanalyse drei übergeordneten Syndromen zuordnen ließen: internalisiertes Verhalten, gemischtes Verhalten und externalisiertes Verhalten.

Tabelle 4 zeigt eine Zuordnung dieser drei Syndrome zu verschiedenen Altersgruppen sowie zum Geschlecht, wobei die Rangfolge für die einzelnen Gruppen bei den internalisierten und externalisierten Syndromen sich nach der Höhe der Faktorenladungen richtet. Damit ist zugleich etwas über die Bedeutsamkeit des jeweiligen Syndroms für die entsprechende Altersstufe ausgesagt.

Für manche dieser statistisch abgeleiteten Störungsmuster wie Unreife, Störungen des Sexualverhaltens, Schlafstörungen oder depressive Symptomatik sind in den gängigen Klassifikationsschemata (ICD-9, ICD-10, DSM-III-R und DSM-

Tabelle 4:

Durch Faktorenanalyse gefundene Syndrome der „Child Behavior Checklist“ in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter (nach Achenbach, 1982).

	Gruppe Internalisierungssyndrome*	Gemischte Syndrome	Externalisierungssyndrome
Jungen Alter 4-5 J.	1. sozialer Rückzug 2. somatische Beschwerden 3. Unreife/Entwicklungsrückstand 4. depressiv/niedergeschlagen	1. sexuelle Probleme	1. delinquent 2. aggressiv 3. schizoid
Jungen Alter 6-11 J.	1. schizoid 2. depressiv/niedergeschlagen 3. unkommunikativ/verschlossen 4. Zwangssymptome 5. somatische Beschwerden	1. sozialer Rückzug	1. delinquent 2. aggressiv 3. hyperaktiv
Jungen Alter 12-16 J.	1. somatische Beschwerden 2. schizoid 3. unkommunikativ/verschlossen 4. Unreife 5. Zwangssymptome	1. feindseliger Rückzug	1. hyperaktiv 2. aggressiv 3. delinquent
Mädchen Alter 4-5 J.	1. depressiv/niedergeschlagen 2. somatische Beschwerden 3. schizoid 4. sozialer Rückzug	1. sexuelle Probleme	1. Übergewicht 2. aggressiv 3. hyperaktiv
Mädchen Alter 6-11 J.	1. depressiv/niedergeschlagen 2. sozialer Rückzug 3. somatische Beschwerden 4. schizoid/zwanghaft		1. grausam 2. aggressiv 3. delinquent 4. sexuelle Probleme 5. hyperaktiv
Mädchen Alter 12-16 J.	1. ängstlich/zwanghaft 2. somatische Beschwerden 3. schizoid 4. depressiver Rückzug	1. unreif und hyperaktiv	1. grausam 2. aggressiv 3. delinquent

* Syndrome in absteigender Folge ihrer Ladungen auf Internalisierungs- und Externalisierungsfaktoren zweiter Ordnung.

IV) keine angemessenen Kategorien vorgesehen. Die auf empirisch-statistischem Wege ermittelten Kategorien sollten für die künftige Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme jedoch nutzbar gemacht werden.

2.6 Klassifikation von Behinderungen

Die in den letzten Jahren weiterentwickelten Klassifikationsschemata für psychiatrische Erkrankungen gehen in der Regel von Querschnittsdiagnosen aus und erstrecken sich zum überwiegenden Teil auf akute psychiatrische Syndrome. Nur ein Teil der Kategorien umfaßt auch chronifizierte und dauerhafte Störungen (z. B. Oligophrenien, chronifizierte Schizophrenien). Für den Bereich der Behinderungen stehen jedoch die **dauerhaften Folgen von Krankheiten** einschließlich der Folgewirkungen, die sich aus der psychischen Verarbeitung der jeweiligen Erkrankung und der gesellschaftlichen Reaktion darauf ergeben, im Vordergrund. Die WHO hat eine **Internationale Klassifikation der Behinderungen** vorgelegt (WHO, 1980), die von der Sequenz Krankheit → Behinderung → Einschränkung von Fähigkeiten → Beeinträchtigung ausgeht.

Auf die wichtigsten dieser Begriffe soll kurz eingegangen werden:

- (1) **Behinderung** bezieht sich auf Abnormitäten im körperlichen Bereich und Auffälligkeiten in der äußeren Erscheinung, einschließlich der Störungen von Organfunktionen. Leitendes Prinzip ist, die Störungen auf der Organ- bzw. Funktionsebene zu definieren.
- (2) **Einschränkungen von Fähigkeiten** (funktionelle Einschränkungen) beziehen sich auf die Konsequenzen der Behinderungen, wie sie sich im funktionellen Bereich und in den Aktivitäten des Individuums äußern. Eingeschränkte Fähigkeiten repräsentieren also Störungen auf der **Ebene der Person**.
- (3) **Soziale Beeinträchtigungen** (Handicaps) erstrecken sich auf Benachteiligungen, die ein Mensch aufgrund seiner Behinderungen und Unfähigkeiten erlebt. Soziale Beeinträchtigungen repräsentieren also Adaptationen und Interaktionen eines Individuums mit seiner Umgebung.

Tabelle 5 gibt die wichtigsten Kategorien dieser drei Dimensionen wieder. Eine genaue Aufschlüsselung sowie die entsprechenden Definitionen finden sich im Handbuch der WHO (1980). Das Klassifikationsschema der WHO geht nicht von ausschließlich krankheitsbezogenen Kategorien aus, sondern betrachtet das Individuum im Kontext seiner alltäglichen Umgebung und bezieht somit Aktivitäten des täglichen Lebens und deren Einschränkung sowie das berufliche und soziale Feld ein. Auf diese Weise lassen sich die individuellen Behinderungen sehr genau beschreiben und, was noch wichtiger ist, Maßnahmen für die Rehabilitation und Integration ableiten. In diesem Schema konnte die häufig gestellte Forderung nach einer therapie- und interventionsrelevanten Klassifikation annähernd erfüllt werden.

Tabelle 5:
Internationale Klassifikation der Behinderungen (WHO 1980).

Behinderungen, Schädigungen (impairments)

1. Intellektuelle Behinderungen
2. Andere psychische Behinderungen
3. Sprachbehinderungen
4. Hörbehinderungen (Hörschäden)
5. Sehbehinderungen (Sehschäden)
6. Behinderungen im Bereich der inneren Organe
7. Behinderungen des Skelettsystems und Bewegungsapparates
8. Behinderungen durch körperliche Entstellungen
9. Generalisierte, sensorische und andere Behinderungen

Funktionelle Einschränkungen (disabilities)

1. Funktionelle Einschränkungen im Verhaltensbereich
2. Funktionelle Einschränkungen im Bereich der Kommunikation
3. Funktionelle Einschränkungen in der Fähigkeit, sich selbst zu versorgen
4. Funktionelle Einschränkungen im Bewegungsbereich
5. Funktionelle Einschränkungen verschiedener Art im körperlichen Bereich
6. Funktionelle Einschränkungen der manuellen Geschicklichkeit
7. Funktionelle Einschränkungen des situativen Verhaltens
8. Funktionelle Einschränkungen im Bereich der Geschicklichkeit
9. Andere funktionelle Einschränkungen

Soziale Beeinträchtigungen (handicaps)

1. Beeinträchtigungen der Orientierung
 2. Beeinträchtigungen durch Abhängigkeit
 3. Beeinträchtigungen im Bewegungsbereich
 4. Beeinträchtigungen im Bereich der Beschäftigung
 5. Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Integration
 6. Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung und der persönlichen Unabhängigkeit
 7. Andere soziale Beeinträchtigungen
-

2.7 Klassifikation von Beziehungen

Bislang ging es fast ausschließlich um die Klassifikation von Störungen, meist in Form von Diagnosen. So wichtig dieser Gesichtspunkt ist, so greift er doch dort zu kurz, wo die individuelle Psychopathologie nicht ausreicht, um das Störungsmuster umfassend zu beschreiben. Was zu kurz kommt, ist dabei der Beziehungsaspekt. Viele psychische Störungen und Erkrankungen von Kindern sind ohne eine genaue Beschreibung ihrer Beziehungen zu den nächsten Bezugspersonen kaum zu erfassen. Nun ist auch der Beziehungsaspekt differentiell zu betrachten.

Bei manchen Störungen ist er weniger bedeutsam, andere hingegen sind mehr oder weniger durch den Beziehungsaspekt definiert. Dies trifft zum Beispiel auf Trennungsangst und Schulphobie und auch auf das Mißhandlungssyndrom zu. Trennungsangst und Schulphobie sind geradezu durch die pathologische Mutter-Kind-Beziehung definiert, zum intrafamiliären Mißhandlungssyndrom tragen sowohl kindliche als auch elterliche Faktoren bei. Es sind mehrere Versuche unternommen worden, derartige Beziehungsaspekte zu erfassen und für Diagnostik und Therapie nutzbar zu machen. Ausgehend von einer modernen Familienpsychologie hat Schneewind (1991) ein familiendiagnostisches Systemworfen, welches die intrafamiliären Wechselbeziehungen anhand von Familienprofilen, die über eine Befragung gewonnen werden, einzuschätzen erlaubt. Für den klinischen Bereich haben Remschmidt und Mattejat (1993) in Form der Marburger Familiendiagnostischen Skalen eine Methode entwickelt, die es ermöglicht, gerichtete intrafamiliäre Wechselbeziehungen einzuschätzen. Grundlage ist dabei das gemeinsame Familieninterview, das über Video aufgezeichnet und nach Maßgabe der Skalen eingeschätzt wird. Bereits 1979 haben Tseng und McDermott eine triaxiale Klassifikation von Familienproblemen vorgeschlagen, deren drei Achsen sich an folgenden Bereichen orientieren:

- Dysfunktion der familiären Entwicklung (Achse 1),
- Dysfunktion familiärer Subsysteme (Achse 2) und
- Dysfunktion der Familie als Gruppe (Achse 3).

Die Klassifikation von Beziehungen steckt noch in den Anfängen. Sie stellt jedoch einen wichtigen Ansatz dar, der weitergeführt werden muß und der mit Sicherheit zu einem besseren Verständnis des psychisch kranken Kindes und seiner Familie führen wird.

3. Psychodiagnostik

Es kann nicht Sinn dieses Abschnitts sein, eine umfassende Übersicht über alle relevanten Fragen der Psychodiagnostik zu geben. Statt dessen soll eine problemorientierte und konzentrierte Darstellung erfolgen, die nur die wesentlichsten Gesichtspunkte hervorhebt.

3.1 Anamnese und Exploration

Anamnese und Exploration sind die wichtigsten Methoden zur Erfassung der psychiatrischen Symptomatik bzw. Problematik. Sie sind weitaus wichtiger als die Vielzahl von Zusatzmethoden, die zur Ergänzung herangezogen werden, jedoch Anamnese und Exploration nie ersetzen können. Rund 70% aller Diagnosen können bereits aufgrund der Anamnese und Exploration gestellt werden.

3.1.1 Anamnese

Die Anamnese umfaßt die Vorgeschichte des Patienten und seiner Familie. Unterschieden werden die **Familienanamnese** von der **Eigenanamnese**, die **aktuelle Anamnese** (jetzige Anamnese) und die **biographische Anamnese**. Werden die Angaben vom Patienten selbst erhoben, so spricht man von einer **subjektiven Anamnese**, stammen sie von Angehörigen oder Außenstehenden, die den Patienten gut kennen, so spricht man von einer **objektiven Anamnese**. Diese Bezeichnungen sind eigentlich unangemessen, denn auch Angehörige können sehr subjektive Angaben über die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen und mögliche Erkrankungen machen. Angaben Dritter sind zwar in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Psychologie des Kindes- und Jugendalters unverzichtbar. Sie müssen aber entsprechend in ihrer Wertigkeit eingeschätzt werden.

Tabelle 6 gibt ein einfaches Anamneseschema wieder, das Familienanamnese, Eigenanamnese und wichtige Sicherungsfragen hinsichtlich körperlicher Erkrankungen enthält.

Bei der Erhebung von Anamnesen im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen sollte man sich stets folgende Probleme vor Augen halten:

- Angaben über psychiatrische Krankheiten in einer Familie oder über Familienkonflikte werden sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von deren Angehörigen gern verschwiegen, da diese Krankheiten im Bewußtsein der Gesellschaft immer noch mit dem Makel der Schande behaftet sind.
- Falls man dennoch Angaben erhält, so sind diese oft diagnostisch schwer zu verwerten, da sie teilweise ungenau und infolge der Unkenntnis der Materie häufig auf unwichtige Details ausgerichtet sind. Es bleibt daher dem Geschick des Untersuchers überlassen, durch gezielte Fragen zu verlässlicheren und präziseren Angaben zu kommen.
- Angaben über zurückliegende Ereignisse sind naturgemäß ungenau. Deshalb sollten die anamnestischen Angaben stets durch dokumentierte Angaben ergänzt werden (z. B. Geburtsberichte, Vorsorgeuntersuchungen, Zeugnisse, Tagebuchaufzeichnungen; vgl. Petermann, 1996).
- Eine besondere Schwierigkeit stellt die anamnestische Erfassung von Konfliktkonstellationen dar. Solche erfährt man oft erst im zweiten oder dritten Gespräch, häufig erst im Laufe einer fortgeschrittenen Therapie. Nähere Ausführungen zur Anamneseerhebung finden sich bei Remschmidt (1992a).

3.1.2 Exploration

Während die Anamnese zur Aufgabe hat, die für die Diagnose wichtige „Vergangenheit“ des Patienten in seiner Familie zu ermitteln, befaßt sich die Exploration gezielt mit den **derzeitigen Krankheitserscheinungen**. Sie vermittelt dem Untersucher ein Bild von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken, Aktivität, also von der Art und Weise der psychischen Abläufe.

Tabelle 6:

Einfaches Anamneseschema für die klinische Praxis (aus Remschmidt, 1992a).

I. Aufnahmeprotokoll

Tag, Zeit, Begleitung, einweisender Arzt, Einweisungsgrund, Unterbringungsmodus (evtl. Hinweis auf das Unterbringungsgesetz), evtl. Verhaltensbeobachtungen in der Aufnahmesituation

II. Anamnese

A. Familienanamnese

1. Standardangaben zu den Verwandten (Großeltern, Eltern, Geschwister des Patienten): Alter, Krankheiten (Mißbildungen, chronische Krankheiten, psychiatrische Krankheiten, Klinikaufenthalte), aktueller Beruf
2. Persönlichkeit und Entwicklung der Eltern und Geschwister, Geschwisterkonstellation
3. Sozioökonomische Lage der Familie
4. Gesprächseindruck von den Eltern bzw. Referenten

B. Eigenanamnese

1. Frühe Entwicklung: Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Neugeborenenperiode, Säuglings- und Kleinkindentwicklung, Entwicklung im Vorschulalter, Primordialsymptomatik
2. Schule und Beruf: Einschulung, Schulstand, Leistungen, Schularbeitssituation, Berufspläne, Ausbildung in Lehre und Beruf
3. Sexualität: Sexueller Entwicklungsstand, Einstellung zur Sexualität, sexuelle Aktivitäten
4. Frühere Krankheiten: Beginn, Maßnahmen, Verlauf
5. Soziale Situation: Freundschaftsbeziehungen, soziale Stellung in der Gleichaltrigen-Gruppe, Interaktionen und Aktivitäten außerhalb der Familie, soziale Auffälligkeiten, Freizeitunternehmungen
6. Primärpersönlichkeit, Hobbys und Interessen
7. Genußmittel, Drogen und Medikamente: Koffein, Nikotin, Alkohol, Rauschmittel und Arzneimittel; jeweils gekennzeichnet hinsichtlich Art, Dosis, Frequenz und Dauer der Einnahme
8. Familiendynamik: Beziehungen des Patienten zu den übrigen Familienmitgliedern, Interaktionen und Aktivitäten innerhalb der Familie
9. Aktuelle Symptomatik: Beginn, situativer Kontext, Intensität, Maßnahmen, Verlauf

C. Sicherungsfragen

1. Kardiale Dekompensation: Dyspnoe, Ödeme
 2. Appetit: Widerwille gegen bestimmte Speisen, Unverträglichkeiten
 3. Erbrechen, Brechreiz
 4. Durst
 5. Wasserlassen
 6. Stuhlgang
 7. Gewichtsverlauf
 8. Schlaf
 9. Regelmäßig eingenommene Medikamente: Verträglichkeit, Mißbrauch
-

Die Exploration ist die häufigste psychiatrische und klinisch-psychologische Erhebungstechnik und verlangt vom Untersucher Erfahrung und Taktgefühl. Sie darf nicht nach einem starren Schema ablaufen, sondern muß sich der Situation und Eigenart des Patienten und seiner Familie so anpassen, daß ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Untersucher und den Ratsuchenden entsteht. Schon aus der Vorgeschichte und der Beobachtung des Patienten muß sich die Reihenfolge und die Richtung ergeben, in die die Exploration geht, aber auch Untersuchungen, die man tunlichst unterläßt. Die Exploration soll ein geschickt geführtes Gespräch sein, in das Fragen nach den psychischen Einzelfunktionen mehr oder weniger unauffällig eingeflochten werden. Für die psychopathologische Exploration ist wesentlich, daß Normalfunktion und psychopathologische Abweichung jeweils gemeinsam betrachtet werden. Diese Vorgehensweise trägt auch dem dimensionalen Ansatz in der Psychopathologie Rechnung, wonach zwischen krankhaftem Verhalten und Normalverhalten eher ein gradueller quantitativer statt ein qualitativer Unterschied besteht. Dies gilt zwar nicht für alle kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen, jedoch für viele von ihnen.

3.2 Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung bei Kindern und Jugendlichen erstreckt sich auf folgende Bereiche; und zwar auf die Beobachtung:

- während der Untersuchungssituation (zum Beispiel Exploration)
- der Interaktion mit den Eltern
- in Leistungs- und Anforderungssituationen (zum Beispiel bei der Durchführung psychologischer Tests)
- des Verhaltens gegenüber Mitpatienten und dem Personal und
- des schulischen Verhaltens bzw. des Verhaltens in anderen Situationen.

Die beiden zuletzt genannten Beobachtungsmöglichkeiten hat man in der Regel nur in der Klinik bzw. der Kliniksschule.

Was die **Beobachtungstechnik** betrifft, so kann man die Gelegenheitsbeobachtung von der systematischen Beobachtung unterscheiden. Die **Gelegenheitsbeobachtung** erfolgt mehr oder weniger zufällig und ist daher nicht repräsentativ. Gleichwohl kann sie wichtige Informationen vermitteln. So kann die Beobachtung eines versteckten Zwangsrituals, das der Patient von sich aus nicht berichtet, einen wichtigen Einblick in seine Erkrankung (z. B. Zwangsstörung, Schizophrenie) geben.

Bei der **systematischen Beobachtung** versucht man, bestimmte Verhaltensweisen ausführlich und oft unter Zuhilfenahme von vorher entworfenen Hilfsinstrumenten (z. B. Beobachtungsskalen, Merkmalskatalogen) zu beschreiben. Eine Sonderform der systematischen Beobachtung ist die **teilnehmende Beobachtung**. Diese hat sich vor allem beim Studium von Gruppenprozessen bewährt. **Sonderformen** der Beobachtung, die man im Gegensatz zu den bisher geschilderten unmittelbaren Formen als mittelbare bezeichnet, sind die Auswertung von Tagebüchern, Biographien und Krankengeschichten.

Der Stellenwert der Verhaltensbeobachtung ist je nach Störungsmuster bzw. Problematik und Auftretenshäufigkeit unterschiedlich. Während motorische Störungen wie Tics und Stereotypien unmittelbar sichtbar sind, auch manchmal recht häufig auftreten und demzufolge in der Untersuchungssituation gut beobachtet werden können, trifft dies auf **intrapsychische Vorgänge** (wie bestimmte Konflikte, Entfremdungserlebnisse oder Störungen des Sexualverhaltens) nicht zu. Sie können daher nur vom Patienten selbst oder seinen Eltern erfragt werden, wobei deren Kooperationsbereitschaft relevant ist. Von daher ergeben sich naturgemäß Einschränkungen in der Verhaltensbeobachtung.

Abgesehen von diesen mit der Störung zusammenhängenden Schwierigkeiten gibt es zahlreiche Probleme, die beim **Untersucher und seiner Methodik** liegen. Verhaltensbeobachtungen, bei denen eine Vielzahl von Kategorien gleichzeitig zu erfassen sind, sind relativ unzuverlässig, weil der Untersucher schon bei acht bis zehn Beobachtungskategorien überfordert ist. Dementsprechend sind die Reliabilitätskoeffizienten derartiger Beobachtungen gering. Allerdings läßt sich die Reliabilität durch eine sorgfältige Beobachterschulung deutlich anheben. Diese Schwierigkeiten haben dazu geführt, daß man mit verschiedenen Hilfsmitteln die Beobachtung sowohl valider als auch zuverlässiger zu gestalten versucht.

Das wichtigste Hilfsmittel dieser Art ist die **Videotechnik**. Sie hat sich sowohl in der Auswertung von Einzelexplorationen von Patienten als auch in der Familien- und Interaktionsdiagnostik bewährt. Ihr Vorteil liegt darin, daß man die Szenen beliebig häufig abspielen und sie dadurch recht detailliert, auch unter Mitwirkung mehrerer Beobachter (Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität), auswerten kann. Der Einwand, wonach die Durchführung einer Videoaufnahme das Verhalten des Patienten oder die Familieninteraktion entscheidend verändert, kann als mittlerweile widerlegt gelten. Insbesondere auf bestimmte aktuelle Situationen (z. B. stationäre Aufnahme des Patienten, Diskussion über aktuelle Problemlagen) trifft dies nicht zu.

3.3 Strukturierte Interviews

Strukturierte Interviews, die im Kindes- und Jugendalter angewandt werden können, sind relativ neue Untersuchungsinstrumente. Entsprechend sind sie durchweg noch nicht sehr ausgereift. Dies zeigt sich auch in den bislang vorliegenden psychometrischen Kennwerten dieser Verfahren. Dennoch ist die Entwicklung strukturierter Interviews eine wichtige Aufgabe in dem langfristig zu verfolgenden Prozeß, psychiatrische Diagnosen im Kindes- und Jugendalter valider und reliabler zu machen und auf diese Weise von stark subjektiven Einschätzungen wegzukommen.

Das Prinzip der strukturierten Interviews besteht darin, daß die für einen Merkmalsbereich relevanten Aussagen im Rahmen einer mehr oder weniger strukturierten Verfahrensweise vom Patienten oder von seinen Eltern im persönlichen Gespräch erhoben werden. Der **Strukturierungsgrad** kann dabei sehr unterschiedlich sein. Hochstrukturierte Interviews schreiben genau die Art der Frage vor.

Tabelle 7:

Einige strukturierte Interviews für das Kindes- und Jugendalter (aus Remschmidt, 1992a).

Bezeichnung	Altersbereich	Informant	Erfasster Merkmalsbereich	Psychometrische Kennwerte	Strukturierungsgrad
Child Screening-Inventory (CSI) (Langner et al., 1976)	6-18	Eltern	emotionales Verhalten Verhaltensauffälligkeiten	Reliabilität: k.A. Validität: $r=0,33$ mit Psychiaterurteil	halbstrukturiert
Kiddie-SADS (Puig-Antich & Chambers, 1978)	6-16	Eltern u. Kind/ Jugendlicher	Schwerpunkt: Affektive Erkrankungen	Reliabilität: Retest 0,55 Validität: hoch bezüglich depressiver Erkrankungen	halbstrukturiert
Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Herjanic & Reich, 1982)	ab 6 J.	Eltern oder Kind bzw. Jugendlicher	ganzer psychopathologischer Merkmalsbereich	Reliabilität: Inter-Rater-Übereinstimmung: 85-89 % Validität: gute Trennung zwischen psychiatrischen u. pädiatrischen Fällen	hochstrukturiert
Interview Schedule for Children (ISC) (Kovacs, 1985)	8-17	Eltern und Kind/ Jugendlicher	Schwerpunkt: Depression, Angstzustände	Reliabilität: $r=0,89$ für Symptom-Übereinstimmung zweier Rater Validität: hoch für Depression	halbstrukturiert
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello et al., 1982)	6-18	Eltern oder Kind bzw. Jugendlicher	breiter psychopathol. Merkmalsbereich	Retest-Reliabilität: 0,43-0,76 Validität: gute Trennung zwischen psychiatrischen u. pädiatrischen Fällen	hochstrukturiert

Halbstrukturierte Interviews lassen dem Untersucher Raum, den jeweiligen Merkmalsbereich durch ad hoc-Fragen abzuklären. Die meisten strukturierten Interviews wurden im anglo-amerikanischen Raum entwickelt. In Tabelle 7 sind einige in klinischen Einrichtungen und in Forschungsprojekten verwendete Interviews wiedergegeben.

Übersichten zu strukturierten Interviews geben Edelbrock und Costello (1988) und Poustka (1988).

3.4 Fragebogenmethoden und Skalen

Im Vergleich zu den strukturierten Interviews sind Fragebogenmethoden und Skalen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Kinderpsychologie bereits gut eingeführt. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über einige gebräuchliche Fragebogenmethoden und Skalen zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Die angeführten Methoden sind ausdrücklich für das Kindes- und Jugendalter entwickelt worden. Ihr Altersbereich reicht über das 18. Lebensjahr nicht hinaus. Am bekanntesten geworden sind die Conners-Skalen und die von Achenbach und Edelbrock entwickelten Instrumente Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) und der Youth Self Report (Y SR; Achenbach & Edelbrock, 1987). Die zuletzt genannten Instrumente haben sich bei Screening-Untersuchungen im Hinblick auf psychopathologische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sehr bewährt (Remschmidt & Walter, 1990) und ermöglichen sowohl die Einbeziehung verschiedener Informanten (Eltern, Lehrer, Kinder und Jugendliche) als auch Auswertungen nach bestimmten Verhaltensdimensionen (z. B. introversive vs. extraversive Störungen). Für beide Instrumente existieren mittlerweile auch deutsche Normen (Remschmidt & Walter, 1990; Walter et al., 1994).

Die Fragebogenmethodik hat den Nachteil, daß die Interaktionen zwischen Patienten und Untersucher am geringsten ausgeprägt sind; sie sind am deutlichsten bei der psychopathologischen Exploration und bei der Anamnesenerhebung. Die Methoden ergänzen sich jedoch wechselseitig. Entscheidend für den Einfluß der verschiedenen Methoden ist die jeweilige Fragestellung. Während man im klinischen Alltag auf den psychopathologischen Befund den größten Wert legt und Screening- bzw. Fragebogenmethoden lediglich der Ergänzung dienen, wird bei vielen wissenschaftlichen Fragestellungen infolge der Quantifizierungsmöglichkeit den standardisierten Untersuchungsmethoden der Vorzug gegeben.

3.5 Testverfahren und experimentelle Methoden

Einen **Test** können wir definieren als standardisierte Verhaltensstichprobe oder (in Anlehnung an Lienert, 1969) als wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer nach Möglichkeit quantitativen Aussage über den Grad

Tabelle 8:

Einige gebräuchliche Fragebogenmethoden und Skalen zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen (aus Remschmidt, 1992a).

Bezeichnung	Items	Altersbereich	Informant	Erfasster Merkmalsbereich	Psychometrische Kennwerte
Conners Parent Rating Scale (CPRS) (Conners 1970)	93	6-14	Eltern/Lehrer	verschiedene Verhaltensauffälligkeiten Furchtsamkeit/Ängstlichkeit Unruhe/Desorganisiertheit Hyperaktivität. externalisiertes Verhalten	Reliabilität: Retest-Rel. 0,85 Validität: zufriedenstellend bezüglich Trennung von klinischen und nichtklinischen Gruppen
Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R) (Goyette u. Mitarb. 1978)	48	3-17	Eltern/Lehrer	Hyperaktivität/Impulsivität Lernprobleme, Verhaltensauffälligkeiten	Reliabilität: Retest-Rel. 0 Interrater-Rel.: Eltern: 0,46-0,57 Validität: zufriedenstellend bezüglich Trennung von klinischen und nichtklinischen Gruppen
Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ) (Goyette u. Mitarb. 1978)	10	3-17	Eltern/Lehrer	Hyperaktivität, allgemeine Psychopathologie	Reliabilität: Retest-Rel. 0 Interrater-Ret.: Eltern: 0,55-0,71 Eltern-Lehrer: 0,49
Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach u. Edelbrock 1983; deutsche Version: Remschmidt u. Walter 1990)	138	4-16	Eltern	soziale Kompetenz verschiedene psychopathologische Auffälligkeiten: Aggressivität, Hyperaktivität, Angst, Depression faktorenanalytische Dimensionen: internalisierte und externalisierte Störungen sowie Narrow-band-Faktoren (Hyperaktivität, Depressivität, Delinquenz usw.)	Reliabilität: Retest-Rel. (1 Wo.): 0,95 Retest-Rel. (3 Mon.): 0,84 0,97 Validität: zufriedenstellend (Diskrimination zwischen Patienten u. Nicht-Patienten)
Youth Self Report (YSR) (Achenbach u. Edelbrock 1987; deutsche Version: Remschmidt u. Walter 1990)	118	11-18	Jugendliche	soziale Kompetenz psychopathologische Auffälligkeit	Reliabilität: Retest-Rel.: (5 Wo.): 0,89 Validität: zufriedenstellend (Diskrimination zwischen Patienten u. Nicht-Patienten)
Louisville Behavior Checklist (LBCL) (Miller 1984)	164	4-17	Eltern	verschiedene psychopathologische Auffälligkeiten: Aggressivität, Hemmung, Hyperaktivität. sozialer Rückzug, Ängstlichkeit	Reliabilität: Retest-Rel.: (3 Mon.): 0,60 0,92 Validität: gute Trennung zwischen klinischen u. nichtklinischen Gruppen

der individuellen Ausprägung des untersuchten Merkmals. Definitionsgemäß müssen an Tests neben der Standardisierung hohe Anforderungen an Validität, Reliabilität und Objektivität gestellt werden (vgl. Jäger & Petermann, 1992).

Unter **experimentellen Methoden** versteht man die Überprüfung psychischer Funktionen mit Hilfe einer eigens für die geplante Prüfung hergestellten Versuchsanordnung (z. B. Reaktionszeitmessung in einem Wahl-Reaktions-Experiment). Das Experiment stellt einen Sonderfall der Beobachtung unter kontrollierten Bedingungen dar. Bei manchen experimentellen Anordnungen ist eine Standardisierung möglich und durchführbar. In diesem Falle liegen Daten vor, die wie beim Test einen Vergleich ermöglichen. In vielen Fällen trifft dies jedoch nicht zu, insbesondere bei Experimenten, die ad hoc für eine umschriebene und spezielle Fragestellung entwickelt wurden. In diesem Falle sind eine Kontrollgruppe bzw. eine Untersuchung von Kontrollpersonen erforderlich.

Im Rahmen dieses Kapitels können wir nicht auf einzelne Testverfahren, ihren Einsatzbereich und ihre Gütekriterien eingehen. Verwiesen sei hier auf unsere anderweitigen Darstellungen (Remschmidt, 1988c; Remschmidt & Niebergall, 1994). Es sollen vielmehr die wichtigsten Bereiche benannt werden, deren Erfassung bei psychiatrischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wesentlich ist. Es sind dies:

- **Motorik und Lateralität.** Bei letzterer müssen zwei unterschiedliche Funktionen, die Präferenz- und die Leistungsdominanz, unterschieden werden. Erstere zeigt sich im überwiegenden Spontangebrauch einer Hand oder eines Beines bei Verrichtungen des täglichen Lebens, letztere bezieht sich auf Tätigkeiten, bei denen Genauigkeit, Schnelligkeit und Kraft eine Rolle spielen.
- **Wahrnehmung und Informationsverarbeitung.** Die bekanntesten Verfahren konzentrieren sich auf die visuelle Wahrnehmung und die Visuomotorik (Benton-Test, Bender-Gestalttest, Göttinger Formreproduktionstest, Diagnosticum für Cerebralschädigung), aber auch die Prüfung der akustischen und taktil-kinästhetischen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sind insbesondere bei Entwicklungsstörungen und Hirnfunktionsstörungen außerordentlich wichtig.
- **Überprüfung des Körperschemas.** Unter Körperschema versteht man eine zusammenfassende Bezeichnung für Vorstellungen, Wissen und Orientierung in bezug auf den eigenen Körper. Es wird durch taktile, kinästhetische und optische Reize der Körperperipherie als Anschauung oder „Konzept“ gebildet und in der Hirnrinde repräsentiert. Eine klinische Bedeutung des Körperschemas besteht nicht nur bei hirnanatomischen Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen, sondern auch bei der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration.** Die bekanntesten Testverfahren hierzu sind die sogenannten Durchstreichtests; es existieren aber auch apparative Methoden, neuerdings mit Hilfe der Videotechnik.
- **Lernen und Gedächtnis.** Die Prüfung dieser Funktionen ist insbesondere bei hirnanatomischen Beeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzmininderungen und Teilleistungsschwächen von Bedeutung.

- Tests zur Erfassung des **Sprechens und der Sprache**. Verfahren zur Überprüfung dieser Funktionen sind unter zwei führenden Gesichtspunkten relevant: unter dem Aspekt der **Entwicklung** (Vorschulalter: Sprachentwicklungsstörungen) und unter dem Aspekt der **Hirnfunktionsstörung bzw. Hirnpathologie** (Ausfälle sprachlicher Funktionen durch primäre oder sekundäre Schädigungen des Gehirns, z. B. Aphasien, Apraxien). Störungen des **Sprechens** (Stottern, Poltern) können im Rahmen der direkten Beobachtung am besten erfaßt und im Zusammenhang mit anamnestischen Angaben ätiologisch einigermaßen sicher eingeordnet werden (vgl. Remschmidt & Niebergall, 1981, 1985).
- Untersuchungen der **Intelligenz und kognitiver Teilfunktionen**. Neben den gängigen Verfahren zur Intelligenzmessung richtet sich das Augenmerk neuerer Untersuchungen auf die Diagnostik von **Teilleistungsstörungen** (z. B. Legasthenie, Rechenstörungen, umschriebene Ausfälle sprachlicher und motorischer Funktionen), auf die Erfassung des **kognitiven Stils** und die Objektivierung **kreativer Fähigkeiten** (vgl. Schmidt & Voll, 1985).
- Testpsychologische Untersuchungen **affektiver Funktionen**. Diese sind einer direkten Testung nur schwer zugänglich. Sie lassen sich auf drei Ebenen betrachten (Birbaumer, 1975): der verbal-subjektiven Ebene, der Verhaltens-ebene und der physiologischen Ebene. Dementsprechend beziehen sich Methoden zur Erfassung affektiver Vorgänge auf die drei Bereiche, wobei auf der physiologischen Ebene meist ein experimenteller Zugang gewählt wird.
- Testpsychologische Untersuchungen der **Persönlichkeit**. Man unterscheidet hier objektive Persönlichkeitstests von projektiven Persönlichkeitstests. Derartige Verfahren sind sowohl für das Kindes- als auch für das Jugendalter vorhanden (vgl. Remschmidt, 1992a; Remschmidt & Niebergall, 1994). Projektive Testverfahren dienen allerdings vorwiegend der Hypothesenbildung und müssen jeweils durch objektive Testverfahren sowie durch Anamnese und Exploration ergänzt werden.

3.6 Familiendiagnostik

Im Gegensatz zu den bislang genannten Verfahren, die sich auf den jeweiligen Patienten und ggf. noch auf seine Interaktion mit dem Untersucher bezogen, kommt es der Familiendiagnostik darauf an, die Interaktionen des Patienten mit seinen nächsten Bezugspersonen zu objektivieren. Mit ihrer Hilfe versucht man abzuklären, ob und in welcher Weise die präsentierte Symptomatik mit familiären Interaktions- und Beziehungsformen zusammenhängt. Diese Aufgabe kann, je nach theoretischem Hintergrund, auf sehr unterschiedliche Weise angegangen werden (Mattejat & Remschmidt, 1985).

Familiendiagnostische Verfahren können nach den Gesichtspunkten **Durchführungssetting, diagnostische Prozedur**, untersuchter **Merkmalsbereich** und **Auswertungsverfahren** geordnet werden. In Tabelle 9 sind die ersten drei Aspekte angeführt.

Tabelle 9:
Ordnungsschema für familiendiagnostische Verfahren (aus Remschmidt, 1992a).

Durchführungssetting	Diagnostische Prozedur			Betrachteter Merkmalsbereich	
Einzeldiagnostik mit einem oder mehreren Familienmitgliedern	Fragebogen	Tests	Interview	Andere Methoden	Kognitive Funktionen Affektive Funktionen Persönlichkeit Gemeinsame oder unterschiedliche Problembereiche der Familienmitglieder
Gemeinsame Familiendiagnostik mit dem Ehepaar, mit Familiendyaden, -triaden oder der ganzen Familie (Zweigenerationen-Familie, Dreigenerationen-Familie)	Gemeinsame Familien-Interviews		Interaktionsaufgaben (Familienaufgaben)		Affektive Beziehungen Aspekt der Kontrolle Kommunikation Systembesonderheiten

Was die **Vorgehensweise** betrifft, so können wir **Befragungsmethoden** und **Beobachtungsmethoden** unterscheiden. Als dritte Kategorie führten Weiss und Margolin (1986) den Begriff „**Quasi-Beobachtungsmethoden**“ ein. Diese nehmen insofern eine Zwischenstellung zwischen Befragungs- und Beobachtungsmethoden ein, als mit ihrer Hilfe ein spezieller Aspekt der Familieninteraktion erfaßt wird, der in hohem Maße von dessen Beobachtung (z. B. Eltern-Kind-Interaktion) abhängt. Auch das strukturierte Interview hat eine Zwischenstellung zwischen Befragungs- und Beobachtungsmethoden. Die Beobachtung kann in natürlichen oder in Laborsituationen stattfinden. Für beide Bereiche existieren jeweils spezielle Methoden.

Sowohl für das strukturierte Interview als auch für die Beobachtungsmethoden hat sich die **Videoaufzeichnung** als wichtige Technik bewährt, die eine beliebige Reproduktion und Einschätzung anhand von Skalen oder anderen Beurteilungsinstrumenten ermöglicht.

3.6.1 Familiendiagnostik mit einzelnen Familienmitgliedern

Das **Einzelinterview** gewinnt seine familiendiagnostische Qualität durch die Fokussierung auf den Bereich der intrafamiliären Interaktion und Beziehungen. Diesem Ziel können auch Fragebogenverfahren dienen, die sich auf folgende Bereiche beziehen (vgl. eine Übersicht über verschiedene Verfahren in Remschmidt, 1992a) :

- auf die eigene Person (Selbstdarstellung),
- auf andere Familienmitglieder (Fremddarstellung) oder

- auf die wahrgenommenen Interaktionen der familiären Beziehungen (eigenes Interaktionsverhalten, Interaktionsverhalten der anderen Familienmitglieder, Beschreibung des Familienlebens insgesamt).

In diesem Bereich sind an erster Stelle Fragebögen zum Erziehungsverhalten zu nennen, die sich auf die eigene Person (selbstperzipierter Erziehungsstil) oder auf andere Personen (fremdperzipierter Erziehungsstil) richten können.

Zur Erfassung der ehelichen Beziehungen oder auch der Beziehung zwischen den Kindern und ihren Eltern werden häufig beziehungsorientierte Fragebögen verwendet wie zum Beispiel der im deutschsprachigen Raum bekannte Gießen-Test (Beckmann & Richter, 1975), der als Persönlichkeitsfragebogen ebenso verwendet werden kann wie zur Beziehungsdiagnostik. Im Fragebogen zur Erfassung der familiären Adaptivität und Kohäsion (FACES; Olson et al., 1979, 1982) werden nicht einzelne Interaktionen oder Beziehungsmuster erfragt, sondern Beschreibungen des Familienlebens, um zu einer systemtheoretischen Charakterisierung der Familie insgesamt zu gelangen.

Eine originelle familiendiagnostische Methode hat Mattejat (1993) mit dem „subjektiven Familienbild“ entwickelt. Dabei schätzt jedes Familienmitglied anhand eines Polaritätenprofils (wie verhält sich A gegenüber B) die gerichteten Beziehungen in der Familie ein. In der Standardanordnung wird die Familientriade Vater-Mutter-Kind auf diese Weise eingeschätzt. Dabei werden die intrafamiliären Beziehungen nach den zwei Aspekten der emotionalen Verbundenheit und der individuellen Autonomie beschrieben. Das Ergebnis kann graphisch dargestellt werden.

3.6.2 Gemeinsame Familiendiagnostik

Die klinisch bedeutsamste familiendiagnostische Methode in dieser Hinsicht ist das **gemeinsame Familiengespräch**, in dem, ausgehend von der präsentierten Problematik, die familiären Beziehungen und Interaktionen einerseits erfragt, andererseits beobachtet werden können. Neben der diagnostischen Aufgabe werden im Erstinterview mit der Familie die Weichen für die Therapie gestellt: die zentrale Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Kooperationsbereitschaft und Motivation der Familie aufzugreifen und zu fördern (Therapiebündnis; zum Erstinterview s. Mattejat, 1981; vgl. hierzu auch Overbeck, 1980).

Das gemeinsame Familieninterview kann durch Interaktionsverfahren oder „Familienaufgaben“ ergänzt werden. Dabei werden der Familie Aufgaben gestellt, die es dem Diagnostiker ermöglichen, die Familieninteraktion unter diesen spezifischen Bedingungen zu beobachten. Wir können zwischen problem- und familienpezifischen und problem- und familienunspezifischen (standardisierten) Familienaufgaben unterscheiden. Zu den ersteren gehören solche Aufgaben oder Instruktionen, in denen typische Familieninteraktionen reproduziert werden sollen. Die gemeinsame Eßsituation mit Familien anorektischer Kinder und Jugendlicher (Minuchin et al., 1975, 1978) gehört in diesen Bereich, ebenso wie die

Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion beim Erledigen der Hausaufgaben (Innerhofer, 1977).

Problemunspezifische Aufgaben werden bei allen Familien in gleicher Weise durchgeführt. Damit werden die Familien vergleichbar; Erfahrungen mit anderen Familien können genutzt werden. Eine der bekanntesten standardisierten Familienaufgaben dieser Art ist der gemeinsame Rarschach-Versuch (Willi, 1973) und der gemeinsame TAT-Versuch, wie er von Singer und Wynne (1966) entwickelt wurde. Zu den Verfahren, die der gemeinsamen Familiendiagnostik zuzuordnen sind, gehören auch die Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS), die eine Einschätzung der Familieninteraktion nach verschiedenen Gesichtspunkten erlauben und recht brauchbare Gütekriterien aufweisen (Remschmidt & Mattejat, 1993).

4. Schlußfolgerungen

Die Klassifikation und Psychodiagnostik psychischer Störungen wurde in den letzten Jahren bedeutsam weiterentwickelt. Dazu beigetragen haben folgende Entwicklungen:

- die Vereinheitlichung der diagnostischen Kategoriensysteme auf empirischer Grundlage
- die Durchführung multizentrischer Studien über Länder- und kulturelle Grenzen hinweg
- die Aufgabe von Konzepten und diagnostischen Instrumenten, die stark subjektiv orientiert waren und empirisch nicht verifiziert werden konnten.

Gleichwohl bleiben Klassifikation und Diagnostik gleichermaßen am **Verhalten** und **Erleben** orientiert und können auf die **subjektive** Dimension nicht verzichten.

Viele Befragungsinstrumente stützen sich auf diese subjektiven Angaben von Patienten - freilich in mehr oder weniger standardisierter Form.

Derzeit stellen sich für die künftige Weiterentwicklung von Klassifikation und Psychodiagnostik folgende wichtige Fragen:

- stärkere Einbeziehung der Entwicklungsperspektive; sie ist für das Verständnis psychischer Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter von allergrößter Bedeutung. Dieser Fragestellung widmet sich in besonderer Weise die Entwicklungspsychopathologie (vgl. Remschmidt, 1992d).
- stärkere Berücksichtigung des Beziehungsaspektes in der Diagnostik und Klassifikation. Manche Störungen (wie zum Beispiel die Schulphobie) sind ohne diesen Beziehungsaspekt nicht verstehbar.
- Weiterentwicklung der mehr statischen Psychodiagnostik in Richtung eines dynamischen Testens (zum Beispiel im Rahmen einer Computerdiagnostik), welche aufgrund von Rückkopplungsprozessen erlaubt, die getesteten Personen an ihr Leistungsoptimum heranzuführen (Warnke, 1990). Diese Art des Testens ist natürlich nur im Rahmen von Leistungstests möglich.

- Was die Klassifikationssysteme betrifft, so sollte darauf geachtet werden, daß der Wechsel von einer Version zur nächsten nicht zu rasch erfolgt und mehr durch sorgfältig erhobene Daten als durch übergeordnete Konzepte gestützt wird.

Weiterführende Literatur

- Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.) (1992). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2. völlig veränd. Aufl.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.) (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10*. Bern: Huber.
- World Health Organization (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1980). DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 395-412.
- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley, 2. Aufl.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology. A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1979). The Child Behavior Profile. II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223-233.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4-16. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, Serial no. 188.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Verhulst, F.C., Baron, G.D. & Althaus, M. (1987). A comparison of Syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 437-453.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Association (dt. Bearbeitung von Koehler, K. & Saß, H. (1984). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen [DSM-III]*, Weinheim: Beltz).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition, revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association (dt. Bearbeitung von Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen [DSM-III-R]*. Weinheim: Beltz).
- American Psychiatric Association (1993). *DSM-IV*. Draft criteria. Task force on DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association.
- Beckmann, D. & Richter, H.-E. (1975). *Gießen-Test (GT)*. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. Bern: Huber, 2. Aufl.
- Bender, L. (1938). *A visual motor gestalt test and its clinical use*. American Orthopsychiatric Association Research Monographs No. 3, New York.

- Benton, A.L. (1968). *Der Benton-Test*. Bern: Huber.
- Birbaumer, N. (1975). *Physiologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Blanz, B. & Schmidt, M.H. (1990). Reliabilität kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen in der ICD-10. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 18, 78-86.
- Castell, R., Biener, A. & Artner, K. (1980a). Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 122, 591-592.
- Castell, R., Biener, A., Artner, K. & Kleeberger, E. (1980b). Die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 128, 602-605.
- Castell, R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H. (1981). Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und ihre psychiatrische Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung 3- bis 14jähriger. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 115-125.
- Conners, C.K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development*, 41, 667-682.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, special issue, 24-84.
- Cooper, J.E. (1989). An overview of the prospective ICD-10 classification of mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 154, Suppl. no. 4, 21-23.
- Costello, A.J., Edelbrock, C., Kalas, R., Kessler, M.D. & Klaric, S.H. (1982). *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Dietz, W.H. (1986). Prevention of childhood obesity. *The Pediatric Clinics of North America*, 33, 823-824.
- Edelbrock, C.S. & Costello, A.J. (1988). *Structured psychiatric interviews for children*. In M. Rutter, A.H. Tuma, & I.S. Lann (Eds.). *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (87-112). New York: Guilford.
- Esser, G., Lahnert, B. & Schmidt, M.H. (1986). Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrisch-/psychologischer Behandlung und ihr Erfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 14, 228-244.
- Gould, M.S., Wunsch-Hitzig, R. & Dohrenwend, B.P. (1980). Formulation of hypotheses about the prevalence, treatment and prognostic significance of psychiatric disorders in children in the United States. In B.P. Dohrenwend, M.S. Gould, B. Link, R. Neugebauer & R. Wunsch-Hitzig (Eds.). *Mental illness in the United States* (9-44). New York: Praeger.
- Gould, M.S., Wunsch-Hitzig, R. & Dohrenwend, B.P. (1981). Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 462-476.
- Goyette, C.H., Conners, C.K. & Ulrich, R.F. (1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Graham, P. & Skuse, D. (1992). The developmental perspective in classification. In Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (Eds.). *Developmental psychopathology* (1-6). Lewiston: Hogrefe & Huber Publishers.
- Häfner, H. (1983). Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 54, 231-238.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children. Agreement between child and parent on individual Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.

- Innerhofer, P. (1977). *Das Münchner Trainingsmodell*. Berlin: Springer.
- Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.) (1992). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2., völlig veränd. Aufl.
- Kleining, G. & Moore, H. (1968). Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 20, 505-552.
- Kovacs, M. (1985). The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 991-994.
- Langner, T.S., Gersten, J.C., McCarthy, E.D., Eisenberg, J.G., Greene, E.L., Herson, J.H. & Jameson, J.D. (1976). A screening inventory for assessing psychiatric impairment in children aged 6 to 18. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 286-296.
- Lavik, N.J. (1976). Adolescents in the community and Service contacts. In F. Poustka & W. Spiel (Hrsg.), *Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. II*, 5. Kongreß der Union Europäischer Pädopsychiater (1135-1145). Wien: Egermann.
- Lienert, G.A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz. 3. Aufl.
- Mattejat, F. (1981). Familienpathologische Merkmale in einem Mutter-Kind-Erstinterview. Ansatzpunkte zu einer praxisnahen Familiendiagnostik. In H. Bommert & H. Hockel (Hrsg.), *Therapie-orientierte Diagnostik (171-193)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mattejat, F. (1993). *Subjektive Familienstrukturen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1985). Interaktionsstörungen in Familien. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. III (377-406)*. Stuttgart: Thieme.
- Miller, L.C. (1984). *Louisville Behavior Checklist Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family Systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1982). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. St. Paul: Family Social Science.
- Overbeck, A. (1980). *Beziehungsstrukturen und Interaktion bei familientherapeutischen Interviews*. Gießen: Phil. Diss.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Aufl.
- Poustka, F. (1988). Kinderpsychiatrische Untersuchungen. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. I (478-511)*. Stuttgart: Thieme.
- Puig-Antich, J. & Chambers, W. (1978). *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children (6-16 years)*. Kiddie-SADS (K-SADS). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Quay, H.C. (1979). Classification. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood*. New York: Wiley, 2. Aufl.

- Quay, H.C. & Werry, J.S. (Eds.) (1986). *Psychopathological disorders of childhood*. New York: Wiley, 3. Aufl.
- Remschmidt, H. (1975a). Neuere Ergebnisse zur Psychologie und Psychiatrie der Adoleszenz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 3, 67-101.
- Remschmidt, H. (1975b). Psychologie und Psychopathologie der Adoleszenz. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 123, 316-323.
- Remschmidt, H. (1984). Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Risikofaktoren und protektive Faktoren. In G.A.E. Rudolf & R. Tölle (Hrsg.), *Prävention in der Psychiatrie* (16-29). Berlin: Springer.
- Remschmidt, H. (1988a). Klassifikation und Dokumentation. In H. Remschmidt, & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. I (588-606). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1988b). Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. I (142-151). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1988c). Psychiatrie und Psychopathologie. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. I (74-86). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1992a). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1992b). Klassifikation und Dokumentation. In H. Remschmidt, *Psychiatrie der Adoleszenz* (133-145). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1992c). The interaction of biological and psychosocial influences in developmental psychopathology. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Eds.), *Developmental psychopathology* (17-25). Lewiston: Hogrefe & Huber Publishers.
- Remschmidt, H. (1992d). Die Bedeutung der Entwicklungspsychopathologie für das Verständnis psychischer Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40, 1-19.
- Remschmidt, H. & Stutte, H. (1980). *Neuropsychiatrische Folgen nach Schädel-Hirn-Traumen bei Kindern und Jugendlichen*. Ergebnisse klinischer, neuropsychologischer und katamnestischer Untersuchungen. Bern: Huber.
- Remschmidt, H. & Niebergall, G. (1981). Störungen des Sprechens und der Sprache. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Neuropsychologie des Kindesalters* (248-279). Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H. & Niebergall, G. (1985). Störungen des Sprechens und der Sprache. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. III (20-37). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.) (1977). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge*. Bern: Huber (2. Aufl. 1986).
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1989). *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung*. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit ICD-9 und DSM-III-R*. Bern: Huber 3., revid. Aufl.

- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1993). Interaktion in Familien mit psychisch gestörten Jugendlichen. Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität der Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 170-191.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. & Niebergall, G. (1994). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In R.G. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (245-261). Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Goebel, D. (1983). Erprobungs- und Reliabilitätsstudie zum multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In H. Remschmidt, H. & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (43-75). Bern: Huber.
- Remschmidt, H., Reimann, P., Mewe, F. & Merschmann, W. (1974). Zur sozialen Schichtung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengutes. In G. Nissen & P. Strunk (Hrsg.), *Seelische Fehlentwicklung im Kindesalter und Gesellschaftsstruktur* (61-70). Neuwied: Luchterhand.
- Rutter, M. (1977a). Classification. In M. Rutter, M. & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry. Modern approaches*. (359-384). Oxford: Blackwell.
- Rutter, M. (1977b). Brain damage Syndromes in childhood. Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 1-21.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder - ecological factors and concepts of causation. In M. McGurk (Ed.), *Ecological factors in human development*. Amsterdam: Elsevier.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longmans. (Reprint 1981. Huntington: Krieger).
- Rutter, M., Shaffer, D. & Shepherd, M. (1975a). *A multiaxial classification of child psychiatric disorders*. Geneva: WHO.
- Rutter, M., Shaffer, D. & Sturge, C. (1975b). *A guide to a multiaxial classification scheme for psychiatric disorders in childhood and adolescence*. London: Institute of Psychiatry.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O.F.D. & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.
- Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznjevskij, A.V., Sadoun, R., Brooke, E. & Lin, T.-Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61.
- Schlange, H., Stein, B., v. Boetticher, I. & Taneli, S. (1972). *Göttinger Formreproduktionsstest (GFT)*. Zur Diagnose von Hirnschädigungen im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M.H. (1987). Klassifikation kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder in der ICD-10. Zum Stand der Diskussion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 15, 208-223.
- Schmidt, M.H. & Voll, R. (1985). Intelligenzminderungen und andere Varianten der Intelligenz. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. II* (29-140). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, M.H., Armbruster, F., Günzler, G. & Stober, B. (1978). Veränderungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation durch die Eröffnung stationärer Behandlungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 6, 76-86.

- Schmidtke, A. (1981). Klassifikation psychischer Störungen. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie, Bd. III*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Schneewind, K.A. (1991). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Singer, M.T.L. & Wynne, C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics. Rorschach and TAT scoring manuals. *Psychiatry*, 29, 260-288.
- Steinhausen, H.C. (1992). Sex differences in developmental psychopathology. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Eds.), *Developmental psychopathology* (7-16). Lewiston: Hogrefe & Huber Publishers.
- Tramer, M. (1949). *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*. Basel: Schwabe (3. Aufl.)
- Tseng, W.S. & McDermott, J.F. (1979). Triaxial family classification. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 22-43.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W. & Althaus, M. (1985a). Mental health in Dutch children. I. A Cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, Suppl. no. 323.
- Verhulst, F.C., Berden, G.F.M.G. & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985b). Mental health in Dutch children. II. The prevalence of psychiatric disorders and the relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, Suppl. no. 324.
- Walter, R., Remschmidt, H. & Deimel, W. (1994). Gütekriterien und Normierung einer deutschen Version des Youth Self-Report. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 23-38.
- Warnke, A. (1990). *Legasthenie und Hirnfunktion*. Bern: Huber.
- Weidlich, S. & Lamberti, G. (1980). DCS. Diagnosticum für Cerebralschädigung nach F. Hillers. Handbuch. Bern: Huber, 2. Aufl.
- Weiss, R.L. & Margolin, G. (1986). Assessment of conflict and accord. A second look. In A. Ciminero (Ed.), *Handbook of Behavioral Assessment, Vol. II*. New York: Wiley.
- Weyerer, S., Castell, R., Biener, A., Armer, K. & Dilling, H. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3 to 14-year-old children. Results of a representative field study in the small town rural region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 290-296.
- Willi, J. (1973). *Der gemeinsame Rorschach-Versuch*. Diagnostik von Paar- und Gruppenbeziehungen. Bern: Huber.
- World Health Organization (Ed.) (1965). *International Classification of Diseases*. 8th edition (ICD-8). Geneva: WHO.
- World Health Organization (Ed.) (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. A manual of classification relating to the consequences of diseases. Geneva: WHO.
- World Health Organization (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, deutsche Bearbeitung v. H. Dilling, W. Mombour und M.H. Schmidt. Bern: Huber.