

Steinhausen, Hans-Christoph und Göbel, Dietmar

## **Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population - II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 1, S. 3-9*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28856

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

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

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) .	
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		<b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b>	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . .	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . .	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . .	110

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei früh-kindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
-------------------------------------------------------------------	--

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie  
des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin  
(Komm. Leiter: Prof. Dr. Dr. H.-Chr. Steinhausen)

## Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen

Von Hans-Christoph Steinhausen und Dietmar Göbel

### Zusammenfassung

Eine an 928 Patienten erhobene Symptomliste wurde in 9 Symptomgruppen zusammengefaßt. Diese wurden sodann hinsichtlich der Determinanten Geschlecht, Alter, Sozialschicht und Intelligenz analysiert. Jungen hatten häufiger Störungen in den Bereichen der Psychomotorik, der Sprache sowie im Spiel- und Leistungsverhalten, während Mädchen häufiger emotionale Störungen aufwiesen. Bei körperlichen Defekt-Symptomen, Sprachstörungen und dissozialen Auffälligkeiten dominierten Unterschicht-Patienten. Körperliche Defekt-Symptome, psychomotorische Symptome und Sprachauffälligkeiten nahmen mit zunehmendem Alter ab, während dissoziale und emotionale Störungen entsprechend zunahmen. Leistungs- und Spielstörungen stiegen zunächst bis zur Adoleszenz an und fielen dann wieder ab. Mit zunehmender Intelligenz waren körperliche Defekte, psychosomatische Symptome, Sprachstörungen sowie Spiel- und Leistungsfunktionen seltener zu beobachten. Hingegen waren emotionale Störungen jeweils bei niedriger und hoher Intelligenz deutlich häufiger als bei normaler Intelligenz. Schließlich konnten über die Beziehung von Symptom und Diagnose sowohl eine Vielzahl inhaltlicher Entsprechungen wie auch Differenzierungen festgestellt werden.

### Einleitung

Im ersten, dieser Arbeit vorausgegangenen Teil (Steinhausen und Göbel, 1981) haben wir den Aufbau einer Symptomliste im Rahmen eines umfangreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Dokumentationssystems beschrieben und die mit dieser Methodik erhobenen Häufigkeiten für Symptome einer klinischen Inanspruchnahme-Population mitgeteilt. Dieser zweite Teil gilt der Darstellung von Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen der Symptome in der gleichen bereits beschriebenen Stichprobe von 928 konsekutiven Fällen, die im Zeitraum vom 1.4.1978 bis 31.12.1979 die Poliklinik der Abteilung erstmalig aufsuchten.

### Methodik

Die in der Datenanalyse interessierenden Zusammenhänge erstreckten sich vornehmlich auf die Bedingungsfaktoren Geschlecht, Sozialstatus, Alter und Intelligenz. Dabei wurde der Sozialstatus nach dem Schichtenschema von *Kleining* und *Moore* (1968) ermittelt, wobei wir uns an dem Berufsstatus des Familienvaters orientierten. Die resultierende Verteilung ergab eine zu erwartende Dominanz von Unterschicht- und Mittelschichtpatienten, so daß wir für die weiteren Analysen lediglich von einer Zweiteilung der Stichprobe ausgingen.

Die Klassifikation des Intelligenzniveaus wurde jeweils auf der 3. Achse des multiaxialen Diagnoseschemas (*Rutter* u.a., 1977) vorgenommen, wobei folgende vier Gruppen erfaßt wurden: IQ < 70, IQ 70–85, IQ 86–115 und IQ > 115. Die Bestimmung des Intelligenzniveaus basierte zum Teil auf formalen, standardisierten Intelligenztests und in der Mehrheit auf dem Urteil der jeweiligen Untersucher.

Über diese Bedingungsfaktoren hinaus interessierte der Zusammenhang von Symptom und Diagnose. Daher wurden Analysen durchgeführt, welche die auf der 1. Achse des multiaxialen Schemas erfaßten ICD-Diagnose-Gruppen berücksichtigten. Als eine in unserer Population häufige Diagnose wurde auch die auf der 4. Achse erfaßte minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) in die Analysen aufgenommen. Grundsätzlich konnten auf der 1. Achse bis zu 2 psychiatrische Diagnosen codiert werden.

Um die Vielzahl von Symptomen zu organisieren und zu reduzieren, nahmen wir versuchsweise eine Faktorenanalyse vor. Diese Datenreduktion blieb unter Verwendung verschiedener Kriterien für die Faktorenextraktion jedoch unbefriedigend, zumal sowohl eine zu große Anzahl von Faktoren wie auch zusätzlich schwer zu interpretierende Dimensionen resultierten, die sich nicht mit den aufgrund der Literatur zu erwartenden Strukturen deckten (vgl. die Übersicht von *Quay*, 1979).

Wir sahen daher in einer nosologischen, d.h. nicht mathematisch-empirisch, sondern theoretisch begründeten Gruppierung der Einzelsymptome zu Symptomgruppen eine Alternative. In diesem Sinne faßten wir aus den im Teil 1

dieser Arbeit aufgeführten körperlichen Symptomen jeweils Merkmale eines *Defektes*, *psychomotorische* sowie *psychosomatische Symptome* zu einer Gruppe zusammen. Unter die Auffälligkeiten der *Sprache* zählten wir mit Ausnahme des psychogenen Symptoms des Mutismus alle in Tabelle 2 des 1. Teils dieser Arbeit aufgeführten Symptome. Als *auffällige Gewohnheiten* wurden die in Tabelle 3 des ersten Teils dieser Arbeit aufgeführten Stereotypien, nicht jedoch der Mißbrauch von Drogen und Alkohol bezeichnet. Bei den sozialen Auffälligkeiten war die Trennung *dissozialer Verhaltensweisen* von *Kontaktstörungen* erforderlich. Schließlich wurden die Störungen im *Leistungs- und Spielverhalten* sowie die *emotionalen Störungen* als jeweils eigenständige Symptomgruppen erfaßt.

Die somit insgesamt neun Symptomgruppen wurden nach den o. a. Bedingungsfaktoren aufgespalten, wobei die resultierenden Häufigkeiten über die Chi<sup>2</sup>-Methode auf dem Signifikanzniveau von  $p = 0.05$  inferenz-statistisch geprüft wurden. Wegen der multiplen Vergleiche wurde bei allen statistischen Tests das Signifikanzniveau adjustiert. Analog zu der Beurteilung des Schweregrades bei den Einzelsymptomen wurde dabei auch der Wert für die Symptomgruppe dreistufig erfaßt. Dabei galt die Festlegung, daß ein Symptomgruppenwert dann als schwere Störung angesehen wurde, wenn zumindest ein Einzelsymptom als schwere Störung eingestuft worden war. Als leicht gestört wurde ein Symptomgruppenwert dann klassifiziert, wenn mindestens ein Einzelsymptom einen leichten, keines jedoch einen schweren Intensitätsgrad aufwies. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmsystem SPSS (Nie et al. 1975) an dem Rechner Cyber 175 des wissenschaftlichen Rechenzentrums Berlin durchgeführt.

## Ergebnisse

Statt einer umfangreichen tabellarischen Darstellung illustrieren wir im folgenden die Ergebnisse an Hand von Graphiken, die jeweils die prozentualen Anteile der Symptomgruppen an der Gesamtstichprobe wiedergeben. Dabei ist die leichte von der schweren Merkmalsausprägung graphisch abgegrenzt, um die jeweiligen Anteile an den Verteilungen zu verdeutlichen. Statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der jeweils erfaßten Bedingungsfaktoren sind durch einen Stern symbolisiert. Bedingt durch Mehrfachnennungen weichen die hier wiedergegebenen Graphiken hinsichtlich der Häufigkeiten der Symptomgruppen von einer einfachen Addition der im 1. Teil dieser Arbeit vorgestellten Häufigkeiten der Einzelsymptome ab.

In Abbildung 1 ist die Bedeutung der Faktoren Geschlecht und Sozialstatus abzulesen. Demnach weisen Jungen in drei Symptombereichen mehr Störungen als Mädchen auf: In denen der Psychomotorik und der Sprache sowie im Bereich von Spiel und Leistungsverhalten. Mädchen sind hingegen häufiger emotional gestört. Keine Unterschiede fanden sich bei den Symptomgruppen körperlicher Defekte, psychosomatischer Symptome, auffälliger Gewohnheiten sowie bei den dissozialen Störungen und Kontaktstörungen.

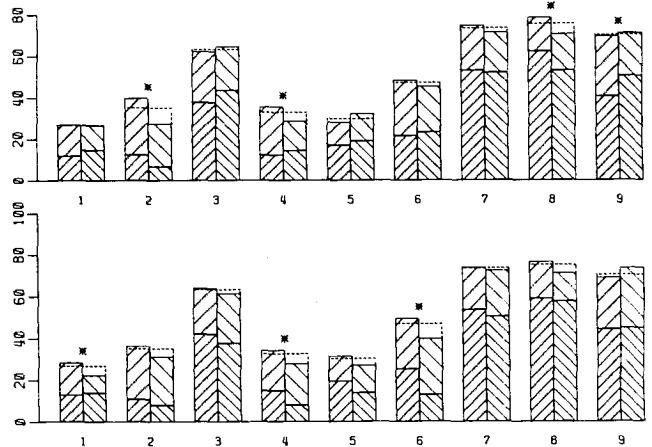


Abbildung 1: Relative Häufigkeiten der Symptomgruppen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (obere Abbildung; linke Säule = Jungen / rechte Säule = Mädchen) und sozioökonomischem Status (untere Abbildung; linke Säule = Unterschicht, rechte Säule = Mittelschicht).

Unterer Teil der Säulen = schwere Ausprägung.

Oberer Teil der Säulen = leichte Ausprägung.

- 1 Defektsymptome
- 2 Psychomotorische Symptome
- 3 Psychosomatische Symptome
- 4 Störungen des Sprechens und der Sprache
- 5 Auffällige Gewohnheiten
- 6 Dissoziale Verhaltensstörungen
- 7 Kontaktstörungen
- 8 Leistungs- und Spielstörungen
- 9 Emotionale Störungen

Die in der gleichen Abbildung wiedergegebenen Verteilungen für die beiden Sozialschichten ergaben für die Bereiche Defektsymptome, Sprachstörungen und dissoziale Auffälligkeiten jeweils statistisch bedeutsame Unterschiede: In allen Fällen dominierten Unterschichtpatienten.

Eine analoge Darstellung der Symptommhäufigkeiten in Abhängigkeit von Alter und Intelligenz ist in Abbildung 2 vorgenommen worden. Zunächst zeigt diese Darstellung, daß in 6 von 9 Symptomgruppen bedeutsame Alterseffekte zu beobachten sind. So nehmen Defektsymptome, psychomotorische Symptome und Sprachauffälligkeiten kontinuierlich mit zunehmenden Alter ab, während für dissoziale und emotionale Auffälligkeiten eine stetige Zunahme mit steigendem Alter zu verzeichnen ist. Lediglich für den Bereich der Spiel- und Leistungsstörungen ist zunächst eine kontinuierliche Zunahme bis in die Pubertät und frühen Adoleszenz und dann ein leichter Abfall in der späten Adoleszenz zu beobachten. Keine statistisch bedeutsamen Alterseffekte konnten in den Bereichen psychosomatischer Symptome, auffälliger Gewohnheiten und Kontaktstörungen nachgewiesen werden.

Auch für das Merkmal der Intelligenz konnten Zusammenhänge mit bestimmten Symptomgruppen nachgewiesen werden. Dabei zeigte sich, daß Defekte, psychosomatische Auffälligkeiten sowie Sprech- und Sprachstörungen mit zunehmender Intelligenz seltener auftreten. Eine derartige

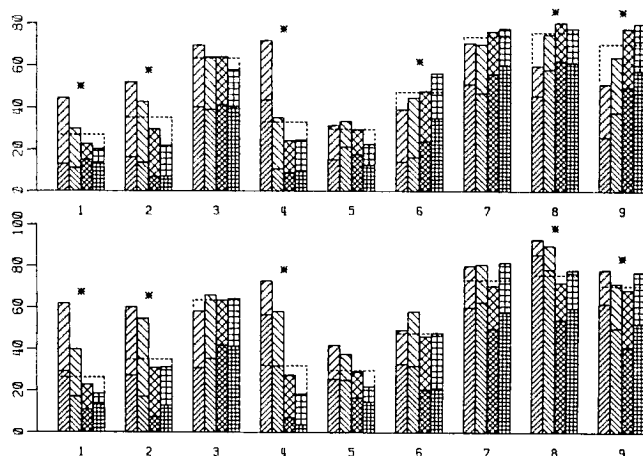


Abbildung 2: Relative Häufigkeiten der Symptomgruppen, aufgeschlüsselt nach Alter (obere Abbildung) und Intelligenz (untere Abbildung).

Unterer Teil der Säulen = schwere Ausprägung.

Oberer Teil der Säulen = leichte Ausprägung.

Von links nach rechts: jeweils die Altersgruppen  $\leq 5$  J, 6–10 J, 11–14 J,  $\geq 15$  J bzw. IQ < 70, 70–85, 86–115, > 115; 1–9: s. Legende Abb. 1.

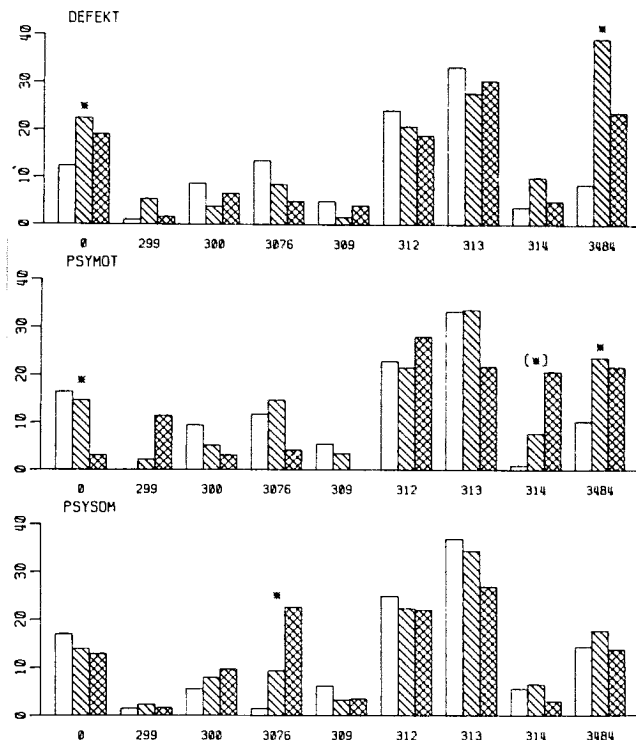


Abbildung 3: Relative Häufigkeiten der Diagnosen, aufgeschlüsselt nach dem Schweregrad der Symptomatik: Defektsymptome, psychomotorische Symptome und psychosomatische Symptome

□ keine Symptomatik

▨ leichte Symptomatik

▩ schwere Symptomatik

0 keine psychiatrische Diagnose

299 Typische Neurosen des Kindesalters

300 Neurotische Störungen

307.6 Enuresis

309 Anpassungsreaktion

312 Störungen des Sozialverhaltens

313 Emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters

314 Hyperkinetische Syndrome

348.4 Minimale cerebrale Dysfunktion

Feststellung würde für die Leistungs- und Spielstörungen nur dann gelten, wenn man die Bereiche IQ 85 bis 130, also den Bereich durchschnittlicher und überdurchschnittlicher Intelligenz zusammenfaßt. Die Auffälligkeiten in diesem Bereich sind bei Patienten mit IQ 115 bis 130 am niedrigsten. Schließlich zeigt die Verteilung der emotionalen Störungen das Bild einer U-Funktion mit Extremausprägungen bei niedriger und hoher Intelligenz und niedrigen Werten im Bereich der durchschnittlichen Intelligenz. Für die psychosomatischen Symptome, auffälligen Gewohnheiten sowie dissozialen Verhaltensauffälligkeiten ließen sich keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zur Intelligenz nachweisen.

Die Beziehung der einzelnen Symptomgruppen und der psychiatrischen Diagnose gemäß ICD-Klassifikation ist in den Abbildungen 3 bis 6 wiedergegeben. Dabei wird jeweils dargestellt, wieviel Prozent der nicht, leicht oder schwer ausgeprägten Symptomgruppen sich auf eine psychiatrische Diagnose verteilen. Die statistische Prüfung bezog sich hier also auf die Verteilung der Schweregrade einer Symptomgruppe über eine Diagnose.

In den Darstellungen sind die in unserem Krankengut häufigsten Diagnosen aufgenommen. Von den unter ICD 307 nosologisch unbefriedigend zusammengefaßten speziellen Syndromen oder Symptomen berücksichtigen wir im folgenden lediglich die Enuresis (ICD 307.6) wegen angemessener Prävalenzraten in unserem Krankengut.

Die körperlichen Symptomgruppen in ihrer Beziehung zu Diagnosen sind in Abbildung 3 erfaßt. Dabei wird hinsichtlich der körperlichen Defekt-Symptome dreierlei deutlich. Erstens kommen leichte Defekte häufiger bei fehlender psychiatrischer Diagnose vor als schwere oder gar fehlende Defekt-Symptome. (Schwere derartige Symptome müssen gesondert auf der dem körperlichen Befund vorbehaltenen 4. Achse des multiaxialen Schemas klassifiziert werden.)

Ferner finden sich bei dem körperlich begründeten Psychosyndrom der minimalen cerebralen Dysfunktion (ICD 348.4) am häufigsten leichte Defekt-Symptome; seltener sind schwere Defekt-Symptome und noch seltener keine Symptome dieser Gruppe.

Für die Beziehung von psychomotorischen Störungen und psychiatrischen Diagnosen ergaben sich folgende bedeutende Zusammenhänge: nur leichte, nicht hingegen schwere Ausprägungen sind mit fehlender psychiatrischer Diagnose vereinbar. Für die Diagnose einer minimalen cerebralen Dysfunktion gilt analog zu den bereits dargestellten Defekt-Symptomen, daß auch leichte psychomotorische Symptome am ehesten bei dieser Diagnose anzutreffen sind. Ferner besteht eine Beziehung zu den in einer Gruppe zusammengefaßten leichten und schweren psychosomatischen Symptomen – in der Graphik durch eine Klammer um den Stern symbolisiert –, die bei den hyperkinetischen Syndromen gehäuft auftreten.

Inhaltlich plausibel stellt sich auch die mit steigendem Schweregrad statistisch gesicherte Zunahme *psychosomatischer Symptome* bei der Enuresis (ICD 307.6) dar. Bei den in Abb. 4 wiedergegebenen *Störungen des Sprechens und der Sprache* zeigt sich, daß schwere Symptomausprägungen bei der Diagnose einer Neurose (ICD 300) kaum vorliegen und bedeutsam seltener vorkommen als Symptomlosigkeit in diesem Bereich. Hingegen finden sich bei den hyperkinetischen Syndromen (ICD 314) und bei der minimalen cerebralen Dysfunktion (ICD 348.4) am ehesten leichte, aber auch schwere Sprachstörungen, während ein negativer Befund bei diesen Diagnosen sehr viel seltener vorkommt. Schwere Sprachstörungen sind schließlich bei den Psychosen des Kindesalters gehäuft zu beobachten. (Dabei mußte die 6-Felder-Tafel wegen fehlender statistischer Voraussetzungen in eine 4-Felder-Tafel überführt werden. Diesem Sachverhalt trägt die Klammer um den Stern in der Abbildung Rechnung.)

Die in der gleichen Abbildung wiedergegebenen Zusammenhänge des Schweregrades von *auffälligen Gewohnheiten* und Diagnose lassen zu keiner psychiatrischen Diagnose eine statistisch bedeutsame Beziehung erkennen.

In Abbildung 5 sind zunächst die Beziehungen *dissozialer Störungen* zur Diagnose wiedergegeben. Auch hier zeigt sich erneut, daß eine schwere Symptomatik dieser Art mit fehlender psychiatrischer Diagnose nicht vereinbar ist. Schweregrad dissozialer Symptome und Diagnose einer dissozialen Störung zeigen eine inhaltlich zu erwartende Beziehung, indem die schwere Symptommanifestation deutlich führend ist und eine im Rahmen der erfaßten Merkmale fehlende Symptomatik kaum vorkommt. Auch emotionale Störungen auf der Diagnoseachse (ICD 313) sind mit leichten dissozialen Störungen vereinbar.

Soziale *Kontaktstörungen* sind bei schweren Ausprägungen kaum mit fehlender psychiatrischer Diagnose assoziiert. Bei den dissozialen Störungen (ICD 312) ebenso wie bei den

emotionalen Störungen (ICD 313) läßt sich eine Zunahme der Häufigkeiten mit dem Schweregrad der Symptomatik feststellen, d.h. die Wahrscheinlichkeit für eine schwere Kontaktstörung ist bei diesen Diagnosen deutlich höher.

Schließlich werden aus Abbildung 6 zunächst die Zusammenhänge von *Leistungs- und Spielstörungen* mit psychiatrischen Diagnosen deutlich. Erneut gilt, daß schwere Störungen in dieser Symptomgruppe bei fehlender psychiatrischer Diagnose seltener vorkommen als die leichte oder fehlende Symptomausprägung. Analoge Verhältnisse liegen auch bei

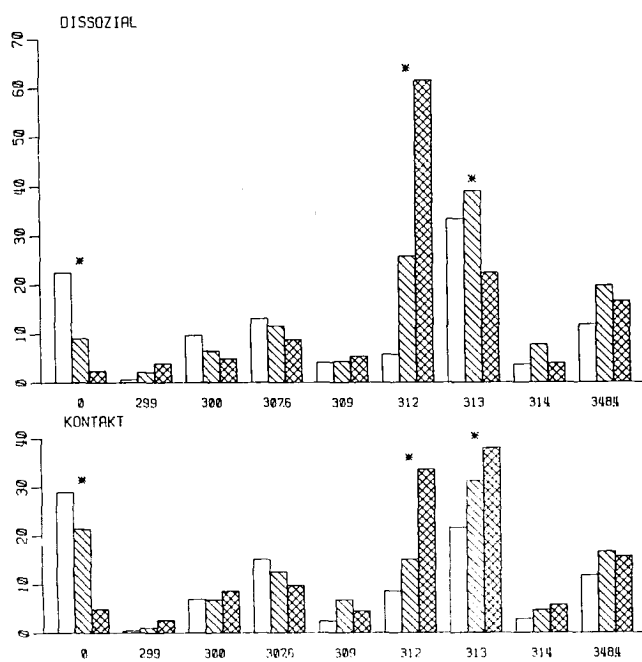


Abbildung 5: Relative Häufigkeiten der Diagnosen, aufgeschlüsselt nach dem Schweregrad der Symptomatik: Dissoziales Verhalten und Kontaktstörungen  
Legende s. Abb. 3

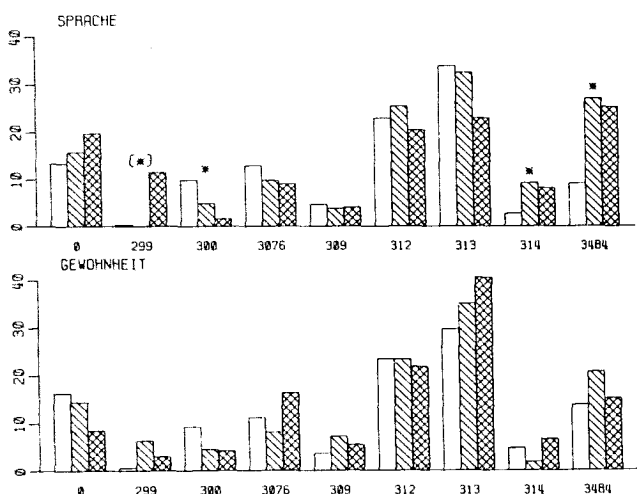


Abbildung 4: Relative Häufigkeiten der Diagnosen, aufgeschlüsselt nach dem Schweregrad der Symptomatik: Störungen des Sprechens und der Sprache sowie auffällige Gewohnheiten  
Legende s. Abb. 3

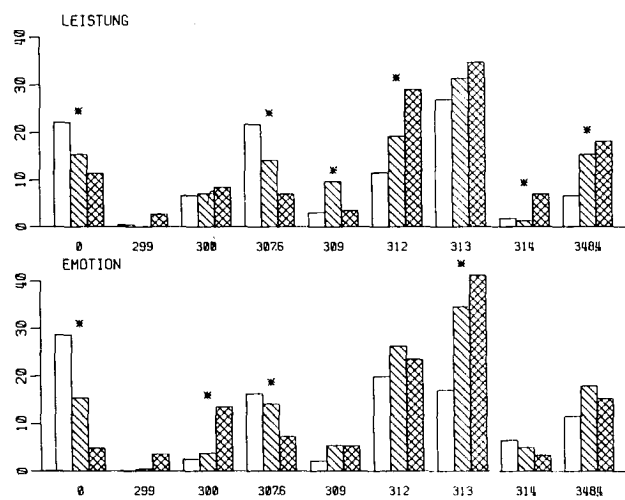


Abbildung 6: Relative Häufigkeiten der Diagnosen, aufgeschlüsselt nach dem Schweregrad der Symptomatik: Leistungs- und Spielstörungen sowie emotionale Störungen  
Legende s. Abb. 3

der Enuresis (ICD 307.6) vor. Leichte Symptomausprägungen dominieren gegenüber schweren oder fehlenden Symptomen dieser Gruppe bei den Anpassungsreaktionen (ICD 309). Schwere Symptommanifestationen dominieren jeweils über leichte bzw. fehlende Symptome bei den hyperkinetischen Syndromen (ICD 314) und der minimalen cerebralen Dysfunktion (ICD 348.4).

Die im unteren Teil der Abbildung 6 wiedergegebene Symptomgruppe der *emotionalen Störungen* läßt neben dem seltenen Auftreten schwerer Symptome bei fehlender psychiatrischer Diagnose eine deutliche Dominanz schwerer emotionaler Störungen als Symptom bei den Diagnosen Neurose (ICD 300) und spezifischer emotionaler Störungen (ICD 313) erkennen. Hingegen sind schwere emotionale Symptome bei Enuresis (ICD 307.6) bedeutend seltener als leichte oder gar fehlende Symptome.

### Diskussion

In diesem zweiten Teil unserer Datenanalysen sind wir Bedingungsfaktoren und Zusammenhängen nachgegangen. Dabei konnte zunächst die unterschiedliche Geschlechtsverteilung von Symptomgruppen mit einer Dominanz von psychomotorischen und sprachlichen Störungen sowie Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten bei Jungen und emotionaler Störungen bei Mädchen festgestellt werden. Diese an einer großstädtischen klinischen Inanspruchnahme-Population festgestellten Effekte decken sich z.T. mit den Erkenntnissen der kinderpsychiatrischen Epidemiologie, die wiederholt ebenfalls ein Überwiegen emotionaler Störungen bei Mädchen festgestellt haben (*Chazan und Jackson 1974, 1971, Wolff 1967, Rutter u.a. 1970, Lapouse und Monk 1964*). Im Unterschied zu diesen Studien wird in unserer Stichprobe jedoch nicht die zu erwartende erhöhte Ausprägung dissozialer Störungen bei Jungen bestätigt. Diese Betonung manifestiert sich vielmehr lediglich bei Störungen der Psychomotorik sowie der Sprache. Entsprechende Befunde finden sich ebenfalls in der Literatur. So ist beispielsweise für die unter psychomotorischen Störungen erfaßten Symptome der Hyperaktivität (vgl. *Steinhausen 1976, 1980*) und der Tics (vgl. *Corbett 1977, Remschmidt und Remschmidt 1974*) ein entsprechender Geschlechtseffekt ebenso wie bei bestimmten Sprachstörungen bekannt. Interessanterweise stellen sich die erhöhten Morbiditätsziffern für Jungen in dieser Studie insbesondere bei psychoorganisch strukturierten Symptomgruppen dar.

Die in der vorliegenden Studie nachgewiesenen Sozialschichteffekte müssen auf eine in ihren Feststellungen sehr heterogene Forschungsliteratur bezogen werden. Für kinderpsychiatrische Populationen sind aufgrund von Feldstudien mehrheitlich entsprechende Zusammenhänge verneint worden. Die von uns festgestellten erhöhten Raten von Sprachstörungen und dissozialen Auffälligkeiten bei Unterschichtpatienten können allerdings eine gewisse Entsprechung in den Befunden von *Rutter und Mitarbeitern (1977, 1975)* finden, welche für einen Innenstadtbezirk von London mit einer disproportionalen Rate von sozioökonomisch benachteiligten Familien bedeutsam höhere Raten psychischer

Störungen als in der Vergleichsstudie auf der Isle of Wight nachwiesen. Weitere entsprechende Zusammenhänge sind auch in einer Reihe kleinerer Studien (vgl. *Petri 1979*) aufgezeigt worden. Unsere eigenen Daten stellen insofern eine Spezifizierung dar, als Sozialschichteffekte nur für bestimmte Symptomgruppen nachweisbar waren. Dabei dürften die Sprachstörungen neben der psychoorganischen Bedingung auch sehr wesentlich durch die charakteristischen Sozialisationsbedingungen in den Unterschichten gefärbt sein, die neben den erhöhten allgemeinen Morbiditätsziffern aufgrund schlechterer Gesundheitsfürsorge als Determinanten anzusehen sind. Entsprechende Beziehungen von Dissozialität bei Kindern und Jugendlichen und der Unterschicht gehören zum gesicherten Wissensbestand (vgl. *Wolff 1977*).

Für die hier festgestellten Alterseffekte lassen sich mehrheitlich schlüssige Erklärungen finden. So dürfte die mit dem Alter abnehmende Prävalenz von Defektsymptomen, psychomotorischen Symptomen und Sprachauffälligkeiten wesentlich mit Faktoren einer Frühidentifizierung von Defekten sowie Entwicklungs- und Reifungskomponenten bei psychomotorischen Symptomen und Sprachauffälligkeiten zusammenhängen. Interessanterweise zeigt sich bei den dissozialen und emotionalen Störungen in unserer Studie eine lineare Zunahme mit dem Alter statt der epidemiologisch wiederholt beobachteten Zweigipfeligkeit der Verteilung mit Maxima im frühen Grundschulalter und der frühen Adoleszenz. Dieser Erwartung entspricht teilweise die Häufigkeitsverteilung der Leistungs- und Spielstörungen, die in der späten Adoleszenz abzufallen beginnen. Bemerkenswert erscheint auch die über alle Altersgruppen gleiche Verteilung vor allem der psychosomatischen Symptome. Vergleiche mit der Literatur sind insofern schwierig, als eine spezifische Berücksichtigung dieser Symptomgruppen in der Analyse von Alterseffekten entweder nicht vorgenommen wurde oder aber nur Einzelsymptome (vgl. z.B. *Shepard u.a. 1973*), nicht jedoch ein ähnlich zusammengefaßter Wert für mehrere Symptome berücksichtigt wurden, so daß allgemeine Aussagen nicht möglich sind.

Über die Zusammenhangsanalyse von Symptomgruppen und Diagnose haben wir nicht nur inhaltliche Übereinstimmungen im Sinne von Plausibilitätsprüfungen feststellen können. Vielmehr ist hier auch ein erster Schritt unternommen worden, die Wertigkeit umschriebener Symptomgruppen für die Zuschreibung von breiter gefaßten diagnostischen Kategorien zu bestimmen. Dabei war jeweils dann eine bedeutsame Beziehung von Symptom und Diagnose empirisch gesichert, wenn die Häufigkeiten der graduellen Symptomausprägung sich voneinander unterschieden. Entsprechend mußten die Beziehungen statistisch überprüft werden. Erst bei einer Abweichung von der Gleichverteilung der drei Schweregrade konnten bedeutsame Beziehungen von Diagnose und Symptom angenommen werden.

Für die Beziehung von leichter Ausprägung von Defektsymptomen und minimaler cerebraler Dysfunktion (MCD) fanden sich in den hier vorgelegten Analysen Entsprechungen zu den Befunden der Forschung, die sogenannte Minor-Anomalien im Sinne geringfügiger körperlicher Stigmata gehäuft bei MCD-Kindern festgestellt hat (vgl. *Steinhausen 1980*). Wenngleich die erfaßten Merkmale jeweils nicht



identisch sind, stellt die Symptombdokumentation damit jedoch auch für diesen Aspekt ihre relative Leistungsfähigkeit unter Beweis. Andererseits wird aber auch deutlich, daß sowohl die quantitativ führenden leichten Defektsymptome wie auch schwere derartige Merkmalsausprägungen nicht obligatorisch mit einer psychiatrischen Diagnose verknüpft sein müssen.

Da die Diagnosen für psychomotorische Störungen (z.B. Tics) in die Analysen wegen zu geringer Fallzahlen nicht aufgenommen wurden, lassen sich zwischen den Symptomen und den berücksichtigten Diagnosen nur wenig Beziehungen feststellen. Dabei zeigt sich einerseits, daß schwere psychomotorische Störungen mit einer fehlenden psychiatrischen Störung praktisch nicht vereinbar sind. Andererseits sind derartige Phänomene sowohl in leichter als auch in schwerer Ausprägung typischerweise auch mit der Diagnose einer MCD (ICD 348.4) assoziiert. Eine inhaltliche valide Entsprechung ergab sich auch zwischen schweren psychomotorischen Symptomen und der Diagnose eines HKS (ICD 314).

Zwischen den psychosomatischen Symptomen und Diagnosen ließ sich aufgrund der vorhandenen Fallzahlen nur für die Enuresis der inhaltlich valide Zusammenhang sichern. Dabei wurde zugleich aber auch noch einmal deutlich, daß die im ICD-Schema erfaßten psychosomatischen Diagnosen den gesamten Bereich der in unserer Symptomliste erfaßten psychosomatischen Symptome nur sehr ungenügend erfassen.

Für die Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache ließen sich zu den Diagnosen der MCD und des hyperkinetischen Syndroms Beziehungen nachweisen. Dabei waren sowohl leichte wie auch schwere Symptomausprägungen zu beobachten, die im wesentlichen auf die in der Symptomgruppe erfaßten Sprachentwicklungsverzögerungen zurückgehen. Bemerkenswert erscheint auch der Umstand, daß bei einer Neurose allenfalls leichte Symptomausprägungen aus diesem Merkmalsbereich anzutreffen sind. Die Beziehung von schweren Sprachstörungen und Psychosen ist aufgrund der spezifischen Psychopathologie beim frühkindlichen Autismus zu erwarten, der unter den von uns erfaßten Psychosen des Kindesalters dominierte.

Für die mangelnde Differenzierung auffälliger Gewohnheiten zwischen den verschiedenen Diagnosen dürfte wesentlich die fehlende Spezifität dieser Merkmalsgruppen verantwortlich sein. Unter den erfaßten Symptomen lassen sich nämlich gleichermaßen entwicklungsbedingte bzw. phasenabhängige sogenannte Kinderfehler wie aber auch Manirismen bei geistig behinderten bzw. psychotischen Kindern erfassen. Gerade die zuletzt genannte Möglichkeit wird jedoch in dem hier dargestellten Datenmaterial nur sehr ungenügend berücksichtigt.

Die theoretisch zu fordernde Beziehung *schwerer* dissozialer Verhaltensauffälligkeiten mit der entsprechenden Diagnose (ICD 312) konnte mit den durchgeführten Analysen empirisch bestätigt werden. Zugleich wurde aber auch deutlich, daß *leichte* entsprechende Auffälligkeiten bei emotionalen Störungen ebenfalls überzufällig häufig gefunden werden. Hier läßt schon die Spezifizierung der Diagnose emotionale Störungen mit Beziehungsschwierigkeiten (ICD 313.3) – z.B. in der Form von Geschwisterrivalität – ent-

sprechende Zusammenhänge deutlich werden. Die Datenanalyse unterstreicht erneut, daß in der klinischen Praxis nicht immer prototypisch zwischen emotionalen und dissozialen Störungen unterschieden werden kann, sondern Mischformen häufig sind. Andererseits sind schwere Symptome dissozialen Verhaltens mit fehlender psychiatrischer Diagnose nicht vereinbar.

Die zuletzt getroffene Feststellung gilt analog auch für die Kontaktstörungen. Diese sind charakteristischerweise mit Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312) und emotionalen Störungen (ICD 313) assoziiert. Erneut wird damit die Möglichkeit deutlich, daß sich die Diagnosen dissoziale und emotionale Störung aufgrund von Überlappungen der sie konstituierenden Merkmale bzw. Symptome nicht regelmäßig vollständig voneinander trennen lassen.

Die in Befund- und Symptombdokumentationen nur selten erfaßten Leistungs- und Spielstörungen lassen in den hier berichteten Analysen ebenfalls einige charakteristische Zusammenhänge erkennen. Schwere Auffälligkeiten in diesem Bereich sind vornehmlich bei Kindern mit den Diagnosen einer *dissozialen Störung*, eines *HKS* und einer *MCD* anzutreffen. Dabei macht die relativ breite Anlage von Einzelsymptomen sowohl die Beziehung von gestörten Leistungsvoraussetzungen und Funktionsschwächen zu den stärker organisch begründeten Diagnosen des HKS und der MCD wie auch eine entsprechende Beziehung motivationaler Aspekte von Leistungsstörungen zur Diagnose einer dissozialen Störung möglich. Inhaltlich sinnvoll erscheint auch die leichte Beeinträchtigung von Spiel und Leistung bei den Anpassungsreaktionen (ICD 309), die vornehmlich depressive Reaktionen in möglicher Kombination mit anderen Begleitauffälligkeiten erfassen. Auch für diese Symptomgruppen gilt, daß schwere Merkmalsausprägungen in diesem Bereich mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer der charakteristischen ICD-Diagnosen mit erfaßt werden.

Schließlich ergab sich auf Symptom- und Diagnoseebene die zu erwartende Entsprechung emotionaler Störungen, die auch für die quantitativ seltener beobachteten Neurosen gilt. Bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß ähnlich wie bei den Leistungs- und Spielstörungen eine entsprechende Beziehung zur Enuresis (ICD 307.6) nicht deutlich wurde. Beide Befunde können als Hinweis dafür genommen werden, daß die Psychopathologie der Enuresis entgegen mancher tradierten Vorstellung relativ unauffällig ist.

Abschließend können wir feststellen, daß die vorgelegten Daten einer systematischen Dokumentation die theoretisch sinnvollen Bezüge zu den in der Kinderpsychiatrie und Entwicklungspsychologie als bedeutsam erkannten Faktoren des Geschlechtes, Alters und sozioökonomischen Status sowie der Intelligenz erneut belegt haben. Ferner konnten inhaltlich die Beziehungen von Symptom und Diagnose unter Berücksichtigung der international verbindlichen Klassifikation nach dem ICD-Schema analysiert werden.

Die hier berichteten Befunde zur Prävalenz und Bedingung psychischer Störungen können vorerst nur einen begrenzten Eindruck von den Möglichkeiten entsprechender Dokumentationen vermitteln. Weitere Analysen haben sich unter informationstheoretischem Aspekt mit dem Ausmaß der Aufklärung einer Diagnose durch die Symptomatik befaßt

(Steinhausen und Göbel 1981a). Schließlich ist denkbar, daß mit dem berichteten Dokumentationssystem spezifische bereits bekannte Klientele auf ihre Merkmalsstruktur ebenso untersucht werden können wie neu abzugrenzende Untergruppen aus den zum Teil noch sehr breit gefaßten und nosologisch weiter zu differenzierenden Diagnosegruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## Summary

### *Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population*

#### *II. Analysis of Determinants and Correlations*

A list of symptoms obtained by a systematic check-up of 928 patients were grouped into 9 categories. The latter were analyzed with regard to the determinants of age, sex, socioeconomic status and intelligence. Boys had higher rates of psychomotor disturbances, speech and language disorders and disturbances in the area of play and achievement. In comparison the girls suffered from emotional disorders to a higher extent. Lower class patients prevailed as far as physical handicaps, speech and language disorders and antisocial behavior were concerned. There was a marked decline with increasing age as to physical handicaps, psychomotor symptoms and speech and language disorders, while antisocial and emotional disturbances became more prevalent. An increase up to early adolescence followed by a decrease was characteristic for disturbances in the area of play and achievement. With increasing intelligence there were fewer physical handicaps, psychosomatic symptoms, speech and language disorders and disturbances in the areas of play and achievement. The highest rates of emotional disorders were correlated with low as well as with high intelligence. Finally there was a large range of correlations between symptoms and diagnosis proving the principles of validation as well as of differentiation.

## Literatur

Chazan, M., Jackson, S.: Behavior problems in the infant school. *J. Child Psychol. Psychiat.* 12, 191–210, 1971. – Dies.: Behaviour

problems in the infant school: Changes over two years. *J. Child Psychol. Psychiat.* 15, 33–46, 1974. – Kleining, G., Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung. *Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol.* 20, 502–552, 1968. – Lapouse, R., Monk, M.: Behavior deviations in a representative sample of children – variation by sex, age, race, social class and family size. *Amer. J. Orthopsychiat.* 34, 436–446, 1964. – Nie, N. H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K., Bent, D. H.: SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. 2nd edition, McGraw-Hill. New York 1975. – Petri, H.: Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen 1979. – Quay, H. C., Classification. In: H. C. Quay, J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood*. New York 1979, Wiley. – Renschmidt, H., Renschmidt, U.: Symptomatologie, Verlauf und Prognose von Ticerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Klin. Pädiat.* 186, 185–193, 1974. – Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., Yule, W.: Attainment and Adjustment in two geographical areas. I. The prevalence of psychiatric disorders. *Brit. J. Psychiat.* 126, 433–509, 1975. – Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., Whitmore, K.: Epidemiologie in der Kinderpsychiatrie – die Isle-of-Wight-Studie 1964–1974. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 5, 238–279, 1977. – Rutter, M., Tizard, J., Whitmore, K.: Education, Health and Behaviour. Longman, London 1970. – Shepherd, M., Oppenheim, B., Mitchell, S.: Auffälliges Verhalten bei Kindern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973. – Steinhausen, H.-C.: Das hyperkinetische Syndrom. *Klin. Pädiatrie* 188, 396–407, 1976. – Dies.: Das hyperkinetische Syndrom – Mehrdimensionale Diagnostik, Therapiebewertung und Verlauf in der klinischen Praxis. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 8, 269–287, 1980. – Steinhausen, H.-C., Göbel, D.: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population. I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten. *Praxis* 30 (1981). – Dies.: Anamnese-Symptom-Diagnose. Strukturanalysen in einem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengut, in: H. Renschmidt, M. Schmidt (Hrsg.), *Multiaxiale Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Beiheft zur Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Druck. – Wolff, S.: Nondelinquent disturbances of conduct. In: M. Rutter, L. Hersov (Eds.), *Child Psychiatry – Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1977. – Dies.: Behavioural characteristics of primary school children referred to a psychiatric department. *Brit. J. Psychiat.* 113, 885, 1967.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Dr. phil. H.-C. Steinhausen, Dipl.-Math. Dr. D. Göbel, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.