

Döpfner, Manfred / Wolff Metternich, Tanja / Berner, Walter / Englert, Ekkehard / Lenz, Klaus / Lehmkuhl, Ulrike / Lehmkuhl, Gerd / Poustka, Fritz und Steinhausen, Hans Christoph

Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben- eine multizentrische Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 8, S. 548-565

urn:nbn:de:bsz-psydok-40040

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
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life). . 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) . . 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention). . . .	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy)	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMAN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln¹ (Direktor: Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl), der Abteilung für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums der Humboldt Universität, Berlin³ (Leiterin: Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl), der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M.² (Leiter: Prof. Dr. Fritz Poustka) und der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Zürich⁴ (Direktor: Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen)

Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugend-psychiatrischen Inanspruchnahmestichproben-eine multizentrische Studie

Manfred Döpfner¹, Tanja Wolff Metternich¹, Walter Berner¹, Ekkehard Englert², Klaus Lenz³, Ulrike Lehmkuhl³, Gerd Lehmkuhl¹, Fritz Poustka² und Hans-Christoph Steinhausen⁴

Summary

The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study

Goal of the multicenter study with the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) in a sample of N=5027 patients from the inpatient and outpatient clinics of psychiatry and psychotherapy of childhood and adolescence of the universities of Berlin (Virchow Clinic), Frankfurt, Cologne and Zurich is the comparison of the clinical populations of these institutions with respect to single symptoms, to symptom scales and to the supreme level of aggregation, the clinical diagnoses according to ICD10. On the level of diagnoses similar distributions can be found in the centers, but there are also significant differences between the centers. This differences can be found again also on the level of symptomscales and single symptoms, though the deviations are comparatively low.

Zusammenfassung

Ziel der multizentrischen Studie mit dem Psychopathologischen Befund-System an N= 5027 Patienten der Kliniken und Polikliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters der Universitäten Köln, Berlin (Virchow), Frankfurt, und Zürich

ist der Vergleich der Inanspruchnahmepopulationen dieser Kliniken auf der Ebene der Einzelsymptome, auf der Ebene der in Symptomskalen aggregierten Einzelsymptome und auf der höchsten Aggregationsebene, der klinischen Diagnosen nach ICD-10. Auf der Diagnose-Ebene lassen sich zwischen den beteiligten Zentren ähnliche Diagnoseverteilungen nachweisen, wobei in einzelnen Diagnosegruppen auch deutliche Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit in den beteiligten Zentren festzustellen sind. Die Verteilungsunterschiede zwischen den beteiligten Zentren auf Diagnose-Ebene lassen sich auch auf der Ebene der Symptomskalen und der Einzelsymptome wiederfinden, wenngleich die Abweichungen überwiegend vergleichsweise gering sind.

1 Stand der Forschung

Die Entwicklung des Psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) (DÖPFNER et al. 1997) wurde an den Lehrstühlen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitäten Köln und Zürich im Jahr 1989 begonnen. Die ersten Versionen wurden ab 1990 in der Routine getestet und in den folgenden Jahren im Rahmen einer Arbeitsgruppe der AMDP mehreren Revisionen unterworfen (vgl. Döpfner et al. 1991, 1994a, 1996). Im deutschsprachigen Raum ist das Instrument auf große Resonanz gestoßen. Mittlerweile wird es in den meisten Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in zunehmendem Maße auch in Landeskliniken und in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen routinemäßig eingesetzt.

Das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) wurde als ein klinisches Beurteilungsinstrument für die Routinediagnostik entwickelt. Dabei dienten das in der Psychiatrie verbreitete AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 1981, 1995) und die Diagnosekriterien nach ICD-10 (DILLING et al. 1991, 1994) und nach DSM III-R (WITTCHEN et al. 1989) als Orientierungsrahmen. Mit der Konstruktion des Psychopathologischen Befund-Systems wurden mehrere Ziele verfolgt (vgl. DÖPFNER et al. 1995b, 1996):

- Erstens sollten die wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter erfaßt werden. Das Befundsystem mußte daher breiter angelegt werden als das AMDP-System für Erwachsene, das vor allem psychotische Störungen besonders differenziert erhebt.
- Zweitens sollte das Befundsystem in der klinischen Praxis einsetzbar sein. Deshalb wurde der Durchführungsökonomie eine besondere Beachtung geschenkt, indem, analog zum AMDP-System, die zu beurteilenden Merkmale zu Merkmalsgruppen zusammengefaßt wurden.
- Drittens sollte das Befundsystem für Ausbildungs- und Trainingszwecke genutzt werden und die Kommunikation zwischen den Fachleuten durch eine einheitliche Begriffsbildung erleichtern. Deshalb wurden die Merkmale in einem Glossar definiert.
- Viertens sollte der Situationsspezifität psychopathologischer Merkmale dadurch Rechnung getragen werden, daß sowohl die während der Exploration feststellbare aktuelle Symptomatik als auch die Symptomatik, die in anderen Kontexten (in der Familie, der Schule usw.) auftritt und vom Untersucher exploriert wird, getrennt beurteilt werden.

In der Endfassung umfaßt das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) 98 psychopathologische Merkmale, die in 13 Merkmalsbereichen zusammengefaßt sind. Diese Endfassung wurde mit Unterstützung des BIOMED-Programmes der Europäischen Union im Rahmen des European Network on Diagnostic Instruments for Children and Adolescents (ENDICAP) entwickelt, einer Arbeitsgruppe der Fachleute aus 14 europäischen Nationen angehören. Die englische Fassung trägt die Bezeichnung Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) (DÖPFNER et al. 1995a). Gegenwärtig wird das Instrument in neun weitere europäische Sprachen übersetzt.

Die hier untersuchte Vorversion des Psychopathologischen Befund-Systems, die Psychopathologische Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche, setzt sich aus 16 Merkmalsbereichen mit insgesamt 113 Einzelmerkmalen zusammen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Merkmalsbereiche dieser Fassung. Die Merkmalsbereiche können global entweder als unauffällig (0=nicht vorhanden) oder als nicht beurteilbar (9=nicht bekannt) eingeschätzt werden, wobei dann die Beurteilung der Einzelmerkmale entfällt.

Tab. 1: Übersicht zu den Merkmalsbereichen der Psychopathologischen Befund-Dokumentation (Version 3)

Merkmalsbereiche	Anzahl der Merkmale
1 Störungen der Interaktion	10
2 Störungen des Sozialverhaltens	7
3 Störungen von Antrieb und Aufmerksamkeit	4
4 Störungen der Psychomotorik	5
5 Störungen des Sprechens und der Sprache	8
6 Angststörungen	7
7 Störungen von Stimmung und Affekt	12
8 Zwangsstörungen	3
9 Eßstörungen	8
10 Funktionelle und somatoforme Störungen	8
11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen	4
12 Formale Denkstörungen	13
13 Wahn	7
14 Ich-Störungen	6
15 Sinnestäuschungen	5
16 Andere Störungen	6
Gesamt	113

Abbildung 1 zeigt die erste Seite des Beurteilungsbogens der untersuchten Vorversion. Die in Untersuchungssituationen aktuell explorierbare und beobachtbare Symptomatik (aktuelle Befindlichkeit, aktuelles Verhalten des Patienten) wird getrennt von der Symptomatik in anderen Kontexten beurteilt. Für den ersten Merkmalsbereich (Störungen der Interaktion) wird das in der Untersuchungssituation beobachtbare Verhalten gegenüber dem

Untersucher und gegenüber der Begleitperson getrennt erfaßt. Für einige Merkmale, die nicht oder nur extrem selten in der Untersuchungssituation auftreten können, ist lediglich eine Beurteilung der Symptomatik in anderen Kontexten möglich (z.B. Stehlen).

PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

VERSION 4.01

PATIENT:		Fall-Nr								EPISODE	
BEHANDLUNG: ambulant	stationär	ALTER(J)				männl.:		weibl.			
Beurteilungsraum (außerhalb der Untersuchung: Standard: 6 Monate)											

Kodierung: 3 = stark ausgeprägt 0 = unauffällig 2 = deutlich ausgeprägt 9 = nicht beurteilbar 1 = leicht ausgeprägt	in der Untersuchung zu		außerhalb der	
	Untersucher	Begleitperson	Untersuchung	
1 STÖRUNGEN DER INTERAKTION	0 9	0 9	0 9	
1.01 Unkooperativ_____F	3 2 1 0 9			
1.02 Überangepaßt_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.03 Scheu/unsichers_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.04 Kaspernd/albern_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.05 Sozial zurückgezogen_____SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.06 Mißtrauisch_____SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.07 Demonstrativ_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.08 Distanzgemindert_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.09 Empathiestörung_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	
1.10 Autistische Störung der Interaktion_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	

	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
2 STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS	0 9	0 9
2.01 Dominant_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2.02 Oppositionell-verweigernd_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2.03 Aggressiv_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2.04 Lügen/Betrügen_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2.05 Stehlen_____sF		3 2 1 0 9
2.06 Weglaufen/Schuleschwänzen_____sF		3 2 1 0 9
2.07 Andere Regelübertretungen_____sF		3 2 1 0 9
3 STÖRUNGEN VON ANTRIEB, AUFMERKSAMKEIT, IMPULSKONTROLLE	0 9	0 9
3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3.02 Antriebssteigerung / motorische Unruhe_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3.03 Impulsivität _____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3.04 Aufmerksamkeitsstörungen_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 STÖRUNGEN DER PSYCHOMOTORIK	0 9	0 9
4.01 Motorische Tics_____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4.02 Vokale Tics _____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4.03 Stereotypien _____sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4.04 Maniert / bizarr_____F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4.05 Andere Störungen der Psychomotorik_____	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

Abb. 1: Psychopathologische Befund-Dokumentation, Seite 1

Die Beurteilung der Merkmale, die außerhalb der Untersuchungssituation in anderen Kontexten auftreten, stützt sich auf Informationen des Patienten und der Begleitperson(en). Die Beurteilung der aktuellen Symptomatik während der Exploration basiert auf Informationen des Patienten (beispielsweise hinsichtlich seiner aktuellen Befindlichkeit) und auf der Beobachtung seines Verhaltens. Der Schweregrad der einzelnen Symptome wird anhand einer vierstufigen Skala (3=stark, 2=deutlich, 1=leicht ausgeprägt, 0=unauffällig) beurteilt. Außerdem können die Merkmale als nicht beurteilbar (9) eingeschätzt werden. Neben dem Beurteilungsbogen liegen ein Glossar und ein Explorationsleitfaden vor (DÖPFNER et al. 1991). In dem Glossar werden die Merkmale definiert und die maximalen Merkmalsausprägungen (3=stark ausgeprägt) operationalisiert. Die Operationalisierung der maximalen Ausprägungen jedes einzelnen Merkmals soll als Urteilsanker dienen und damit zu einer Erhöhung der Reliabilität der Beurteilungen beitragen.

Nach mehreren Vorstudien, die zu Revisionen des Befund-Systems führten, wurden in einer ersten Hauptstudie 597 Patienten einer konsekutiven Inanspruchnahmestichprobe der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln bei Behandlungsbeginn beurteilt (DÖPFNER et al. 1993). In anderen Kontexten traten am häufigsten Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle auf. In 47% der Fälle wurde mindestens ein Merkmal dieses Merkmalsbereiches zumindest als auffällig (Ausprägung 2) beurteilt. Störungen des Sozialverhaltens traten in 46% der Fälle und Störungen der Interaktion in 40% der Fälle auf. In der aktuellen Untersuchungssituation wurden am häufigsten Störungen der Interaktion mit dem Untersucher (in 37% der Fälle) festgestellt. Generell lagen die Häufigkeiten der von Bezugspersonen und Patienten berichteten Störungen in anderen Kontexten deutlich über jenen, die in der Untersuchungssituation unmittelbar beobachtet wurden. Das überrascht nicht und spricht für die getrennte Erfassung der in der Untersuchungssituation unmittelbar beobachteten und explorierten Symptome einerseits von den außerhalb der Untersuchungssituation in anderen Kontexten auftretenden Auffälligkeiten andererseits. Insgesamt wurden während der Explorationssituation 61% aller Patienten und in anderen Kontexten 91,5% aller Patienten auf mindestens einem Merkmal als auffällig beurteilt.

Zur Überprüfung der *dimensionalen Struktur* des Instrumentes wurden Faktorenanalysen durchgeführt (vgl. DÖPFNER et al. 1994b). Für die in der Explorationssituation und die für andere Kontexte beurteilten Merkmalsausprägungen wurden jeweils Hauptachsenanalysen (mit iterativer Schätzung der Kommunalitäten) und anschließender orthogonaler Faktorenrotation nach dem Varimax-Kriterium und variierender Faktorenzahl durchgeführt. Von den Analysen wurden extrem schief verteilte Merkmale, die in der Stichprobe in weniger als 5% der Fälle als auffällig (Ausprägungen 2 oder 3) beurteilt wurden, ausgeschlossen. Dadurch reduzierte sich die Zahl der analysierten Merkmale von 117 auf 36 (für die Faktorenanalysen der Merkmalsbeurteilungen für die Explorationssituation) bzw. von 113 auf 41 (für die Faktorenanalysen der Merkmalsbeurteilungen in anderen Kontexten). Vor allem Merkmale, die Zwangsstörungen, Eßstörungen, funktionelle und somatoforme Störungen, Merkfähigkeits- Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörun-

gen, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen erfassen, mußten aus den Analysen weitgehend ausgeschlossen werden.

In der Faktorenanalyse der *Merkmalsbeurteilungen in anderen Kontexten* konnten vier Faktoren extrahiert werden, die (1) oppositionelles, aggressives und dissoziales Verhalten, (2) Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Artikulationsstörungen und expressive Sprachstörungen, (3) depressive Störungen und (4) Angstsymptome beschreiben. Keine substantiellen Ladungen ließen sich bezeichnenderweise bei jenen Merkmalen feststellen, die sich auf eng umschriebene Symptome beziehen und von denen keine spezifische Kovariation mit anderen Merkmalen angenommen wird. In der Faktorenanalyse der Merkmalsausprägungen *in der Explorationssituation* ließ sich die bei der Analyse der Merkmalsbeurteilungen in anderen Kontexten gefundene vierfaktorielle Lösung weitgehend replizieren, wobei eine dreifaktorielle Lösung angemessener erschien, weil lediglich zwei Merkmale die höchste Ladung auf dem vierten Faktor aufwiesen und die Ladungen insgesamt vergleichsweise niedrig waren. Der dritte und der vierte Faktor der vierfaktoriellen Lösung bildeten in der dreifaktoriellen Lösung einen gemeinsamen Faktor, der Angstsymptome und depressive Symptome umfaßt. In getrennt für die Teilstichprobe der Jugendlichen durchgeführten Analysen ließen sich die in der Gesamtstichprobe gefundenen Faktorenstrukturen im wesentlichen replizieren.

Für die in der Stichprobe relativ häufig auftretenden Merkmale wurden auf der Basis der Faktorenanalysen *Symptomskalen* gebildet. Dabei wurden auch klassifikatorische und theoretische Gesichtspunkte berücksichtigt (vgl. DÖPFNER et al. 1994a,b). Für die Merkmale während der Exploration und die Merkmale in anderen Kontexten wurden getrennte Symptomskalen gebildet.

- Die Items der Faktoren, die aggressiv-dissoziales Verhalten beschreiben, wurden in die Symptomskalen *Aggressive Symptome* und *Dissoziale Symptome* aufgespalten, um zwischen beiden Formen besser differenzieren zu können.
- Die Items des Faktors „Hyperkinese/Sprachstörung“ wurden in zwei Symptomskalen aufgeteilt, welche die *Hyperkinetischen Symptome* bzw. die *Sprachauffälligkeiten* umfaßten.
- Items, die in den Faktorenanalysen in der Gesamtstichprobe auf mindestens zwei der ersten drei Faktoren annähernd gleichhohe Ladungen aufwiesen, wurden zu einer Skala zusammengefaßt, die Sozial-emotionale Impulsivität beschreibt.
- Items des Faktors „Angstsymptome“ wurden zur Skala *Sozial- und Leistungsangst* aggregiert.
- Items des Faktors „Depressive Symptome“ bildeten die Skala *Depressive Symptome*.
- Merkmale, die Eßstörungen beschreiben und in der Faktorenanalyse bei den Jugendlichen gemeinsam mit den Depressionsmerkmalen einen Faktor bildeten, wurden in einer Skala *Eßstörungen* zusammengefaßt.

Diese vorläufige Symptomskalenbildung wurde anschließend aufgrund von Konsistenz- und Korrelationsanalysen überprüft und revidiert. Die Symptomskalen *Aggressive Symptome*, *Dissoziale Symptome*, *Hyperkinetische Symptome* und *Sozial-emotionale Impulsivität* wurden zur übergeordneten Symptomskala *Externale Symptomatik* zusammengefaßt.

Die Symptomskalen *Sozial- und Leistungsangst* und *Depressive Symptome* bilden zusammen die übergeordnete Symptomskala *Internale Symptomatik*. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Symptomskalen auf der unteren Aggregationsebene lagen in der Gesamtstichprobe überwiegend zwischen $\alpha=0.70$ und $\alpha=0.85$ und sind damit als zufriedenstellend bis gut zu bezeichnen. Für die Individualdiagnostik nicht hinreichende Konsistenzen ($\alpha<0.70$) sind hauptsächlich bei den kleinsten Skalen (*Depressive Symptome*, *Sprachauffälligkeiten*) festzustellen. Für die Beurteilungen der Merkmalsausprägungen in anderen Kontexten ergab sich die höchste Korrelation zwischen den Skalen *Aggressive Symptome* und *Dissoziale Symptome* ($r=0.50$); alle anderen Korrelationen lagen deutlich darunter. Die Symptomskalen zweiter Ordnung (*Externale Symptomatik* und *Internale Symptomatik*) korrelierten nicht miteinander. Eine ähnliche Interkorrelationsstruktur ließ sich bei den Beurteilungen der Merkmale während der Exploration finden (vgl. DÖPFNER et al. 1994b).

An der hier vorliegenden multizentrischen Studie zum Psychopathologischen Befund-System beteiligten sich die kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken und Polikliniken Köln, Berlin (Virchow-Klinikum), Frankfurt und Zürich (WOLFF METTERNICH 1995). Die Hauptziele dieser multizentrischen Studie waren:

1. Vergleich der Auftretenshäufigkeit psychopathologischer Merkmale in den Inanspruchnahmestichproben der beteiligten Kliniken.
2. Analyse der faktoriellen Struktur der klinischen Beurteilungen.
3. Entwicklung von Symptomskalen, die eine Aggregation von Merkmalsbeurteilungen ermöglichen.
4. Vergleich der Ausprägungen auf der Ebene der Symptomskalen in den beteiligten Zentren und in verschiedenen Diagnosegruppen.

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse zum Vergleich der Auftretenshäufigkeit psychopathologischer Einzelmerkmale (entsprechend Punkt 1) und auf der Ebene der Symptomskalen in den Inanspruchnahmestichproben der beteiligten Zentren (entsprechend Punkt 4) vor. Das Psychopathologische Befund-System wurde in mehreren Versionen in den beteiligten Kliniken und Polikliniken angewandt. Die hier vorliegende Auswertung basiert ausschließlich auf Version 3, die in den Kliniken in Köln, Berlin (Virchow-Klinikum), Frankfurt und Zürich eingesetzt wurde.

2 Methodik und Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der genannten multizentrischen Studie, die sich auf eine Stichprobe von $N=5027$ Patienten aus Inanspruchnahmepopulationen der vier kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken und Polikliniken bezieht. Die Stichprobe umfaßt jene Patienten, die im Zeitraum von 1992 bis 1994 an den Kliniken vorgestellt wurden und die anhand des Psychopathologischen Befundsystems beurteilt worden waren. Die Beurteilung erfolgte routinemäßig nach den ersten Kontakten.

Da die hier ausgewertete Version nicht zum gleichen Zeitpunkt in den beteiligten Kliniken und Polikliniken in die Routine eingeführt wurde, sind die Zeiträume, in denen die vorgestellten Patienten nach dem Befund-System beurteilt wurden, nicht deckungsgleich. Dies trägt zu den unterschiedlichen Stichprobengrößen bei, die Tabelle 2 zu entnehmen sind. Die Fälle aus den Stichproben Berlin (Virchow-Klinikum) und Zürich stammen jeweils aus den Jahrgängen 1992 und 1993. Für Berlin flossen 670 Fälle von 1992 und 626 Fälle des Jahres 1993 in die Analyse ein. Für Zürich waren es für beide Jahrgänge jeweils 989 Fälle. In Frankfurt wurde die hier analysierte Version später als in den anderen Kliniken eingeführt. Daraus erklärt sich die geringere Anzahl von Fällen, die in die Stichprobe eingehen; die Mehrzahl stammt aus den Jahren 1992 und 1993, einige auch noch aus dem Jahr 1994. In Köln wurde die analysierte Version erstmals ab Ende 1989 eingesetzt; der Großteil der Fälle geht aber auf die Jahrgänge 1991 bis 1994 zurück.

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, liegen die Altersmittelwerte zwischen 10,0 und 11,4 Jahren und sind damit signifikant unterschiedlich verteilt (einfaktorielle Varianzanalyse: $F=218$, $df=4$, $p<0.001$) Nachfolgende Kontraste (Scheffé-Test) zeigen, daß die Mittelwerte in den Kliniken in Frankfurt und Köln signifikant höher liegen als in Berlin und in Zürich. Die Jungen-Mädchen Verteilung unterscheidet sich in den vier Kliniken nicht signifikant (Chi-Quadrat: Pearson=7,53; $df=3$, $p=0.06$), während beim Anteil der ambulant gegenüber stationär oder teilstationär behandelten Patienten signifikante Unterschiede feststellbar sind (Chi-Quadrat: Pearson=89,1; $df=3$, $p<0.001$) Dabei ist die größte Differenz zwischen Frankfurt mit einem Anteil von 85,8% und Berlin mit einem Anteil von 95,8% ambulant Behandelter festzustellen.

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung

Merkmal	Berlin ¹	Frankfurt	Köln	Zürich
N (%)	1296 (26%)	409 (8%)	1346 (27%)	1976 (39%)
Alter (Mittelwert)	10,2	11,4	11,1	10,0
Anteil Jungen	60,7%	61,4%	65,4%	61,5%
Anteil ambulant	95,8%	85,8%	89,9%	95,5%

¹ Virchow-Klinikum.

3 Ergebnisse

3.1 Diagnosen-Verteilung

Die bei Behandlungsende für den gesamten Behandlungszeitraum gestellten Diagnosen nach ICD-10 wurden zu Diagnosegruppen zusammengefaßt. Die Zusammenfassung erfolgte nicht stringent nach den Kapiteln des ICD-10 sondern nach Ähnlichkeit

der Symptomatik (so wurden beispielsweise depressive Störungen organischen Ursprungs und depressive Anpassungsreaktionen der Gruppe der depressiven Störungen zugeordnet). Tabelle 3 gibt die Verteilung der Diagnosegruppen auf der ersten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas wieder (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994). Auf der ersten Achse werden mit Ausnahme der Intelligenzminderung (F7) und der umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80 bis F83) alle psychischen Störungen nach ICD-10 kodiert. Zwischen 17,6% und 25% der vorgestellten Kinder und Jugendlichen werden auf der ersten Achse als unauffällig eingeschätzt. Bei einem erheblichen Anteil dieser Kinder und Jugendlichen liegen jedoch Intelligenzminderungen oder Entwicklungsstörungen vor, die bislang noch nicht analysiert wurden.

Insgesamt zeigt sich die in kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen typische Häufung externaler Verhaltensstörungen (hyperkinetischer Störungen und Störungen des Sozialverhaltens), deren Anteil in den einzelnen Zentren (inklusive der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen) zwischen 25,3% (in Zürich) und 39,1% (in Köln) liegt. Zwischen den Kliniken in Köln und Frankfurt kann für die meisten Diagnosegruppen eine relativ gute Übereinstimmung festgestellt werden, während in Berlin vor allem ein gegenüber den anderen Kliniken deutlich höherer Anteil von sonstigen emotionalen Störungen im Kindesalter und von kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen auffällt. In Zürich ist ein gegenüber den anderen Kliniken erhöhter Anteil von Depressionen zu beobachten, der hauptsächlich auf einen höheren Anteil an depressiven Anpassungsstörungen (F43.2) zurückzuführen ist.

3.2 Verteilung der häufigsten psychopathologischen Symptome

Abbildung 2 zeigt die in den vier beteiligten Zentren in der Untersuchungssituation am häufigsten aufgetretenen Einzelsymptome, geordnet nach der Auftretenshäufigkeit in der Kölner Klinik. In der Kölner Klinik wurde das Symptom scheu/unsicher am häufigsten entweder als deutlich ausgeprägt oder als stark ausgeprägt beurteilt, insgesamt in 16,2% der Fälle. Auch in Frankfurt wurde dieses Symptom am häufigsten als auffällig beurteilt. In Berlin wurden die Symptome Insuffizienzgefühle und depressiv/traurig häufiger als auffällig eingeschätzt. In Zürich war dies für das Symptom Insuffizienzgefühle ebenso der Fall. In den drei Kliniken in Frankfurt, Berlin und Zürich gehörten Insuffizienzgefühle und depressiv/traurig zu den drei während der Untersuchungssituation am häufigsten als auffällig beurteilten Symptomen. Lediglich in Köln wurden diese beiden Symptome etwas seltener als auffällig eingeschätzt. In dieser Klinik wurden häufiger externe Symptome (motorische Unruhe, Impulsivität und unkooperatives Verhalten) in der Untersuchungssituation beobachtet. Die Häufigkeitsraten dieser Symptome liegen in den drei Einrichtungen in Köln, Frankfurt und Berlin relativ eng beieinander. Lediglich in Zürich sind geringere Auffälligkeitsraten zu beobachten. Dies gilt jedoch für nahezu jedes der untersuchten Merkmale, wie Abbildung 2 zeigt. Zwischen den drei Kliniken in Köln, Frankfurt und Berlin sind insgesamt vergleichsweise geringfügige Unterschiede zu beobachten.

Tab. 3: Relative Häufigkeit von Achse-I-Diagnosen, in den einzelnen Zentren (nach ICD-10)

	Köln	Frankfurt	Berlin	Zürich
Auf Achse 1 unauffällig	20,7	17,6	18,9	25,0
Schizophrenieforme Störungen (F06, F10, F20-F24)	1,7	2,2	1,1	0,3
Depressive Störungen (F06, F10, F31.30-F31.50, F32, F33, F34.10, F38.10, F43.20, F43.21)	3,7	4,5	6,5	13,9
Manische Störungen (F06, F10, F30.10, F30.20, F31.0-F31.2)	0,0	1,0	0,0	0,1
Gemischte affektive Zustandsbilder (F06, F10, F25.20, F31.60-F31.80, F34.0, F34.80, F38.0)	0,4	0,5	0,9	0,8
Angststörungen und Phobien (F40.0-F41.10, F93.0, F93.20, F60.60)	5,6	9,5	7,2	5,7
Angst und Depression gemischt (F41.20, F43.22)	1,0	0,5	0,5	0,0
Zwangsstörungen (F42.0-F42.20, F60.50)	1,1	1,2	0,9	0,7
Dissoziative Störungen (F44.0-F44.88, F60.40)	1,1	2,0	1,0	0,1
Somatoforme Störungen (F45.0-F45.80)	1,7	1,2	0,6	1,2
Anorektische und bulimische Störungen (F50.0-F50.30)	4,7	4,6	1,4	1,6
Schlafstörungen (F51.0-F51.50)	0,5	0,2	0,2	1,1
Andere Persönlichkeitsstörungen (F60.30, F60.31, F60.70-F61.-10)	1,1	0,5	1,1	0,3
Störungen der Geschlechtsidentität, der Sexualpräferenz und der Sexualentwicklung (F64-F66)	0,1	0,5	0,2	0,2
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	1,0	2,0	2,8	1,1
Hyperkinetische Störung der Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0)	8,0	7,6	3,8	3,6
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	9,1	5,4	3,9	2,9
Störung des Sozialverhaltens (F91.0-F91.30, F60.20)	15,9	14,9	8,0	12,4
Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.0, F92.80, F43.25)	6,1	5,6	11,7	6,4
Sonstige emotionale Störungen im Kindesalter (F93.30-F93.80, F94.0-F94.80)	5,5	9,5	23,6	11,1
Ticstörungen (F95.0-F95.20)	2,0	0,7	0,7	0,6
Sauberkeitsstörungen (F98.0, F98.10)	4,6	5,9	2,7	4,6
Essstörungen im Kindesalter (F98.20, F98.30)	0,7	0,5	0,3	0,5
Sprechstörungen (F98.50, F98.60)	0,3	0,6	0,0	1,3
Andere Störungen	3,2	2,2	1,1	4,7

Abbildung 3 vergleicht die Beurteilungen der häufigsten Symptome in bezug auf andere Kontexte. In allen vier Einrichtungen werden oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten in anderen Kontexten außerhalb der Untersuchungssituation am häufigsten als deutlich oder stark ausgeprägt beurteilt. Allerdings liegen die Häufigkeitsraten mit 43% in Köln mehr als doppelt so hoch wie in Zürich mit 17,4%. Insgesamt liegen die Häufigkeitsraten auch für die in anderen Kontexten auftretenden Auffälligkeiten in

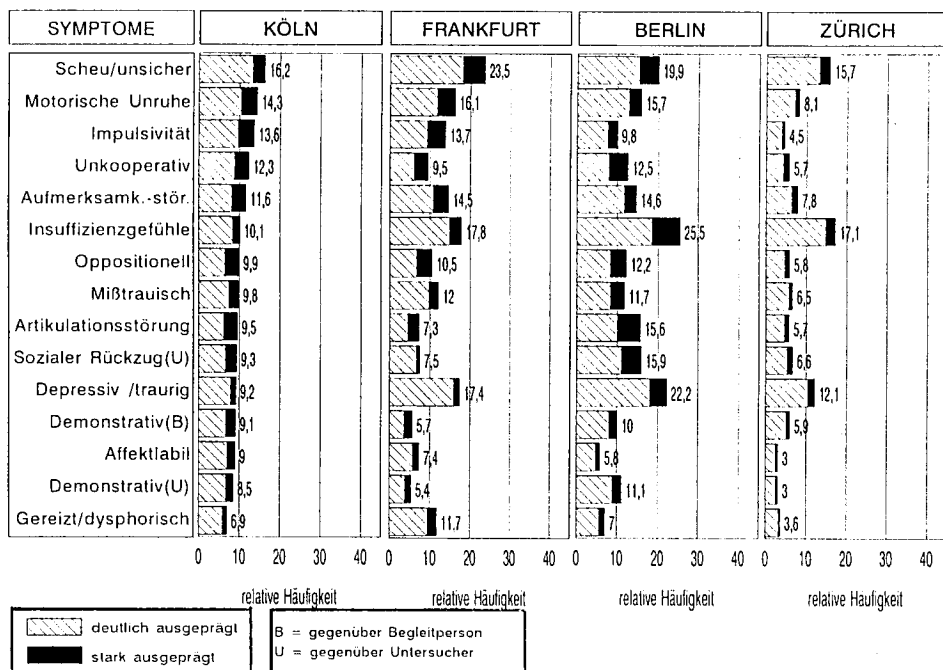


Abb. 2: Anteil der ambulant behandelten Patienten mit als „deutlich ausgeprägt“ oder „stark ausgeprägt“ eingeschätzten Symptomen in den einzelnen Kliniken

Zürich deutlich unter den entsprechenden Kennzahlen in den anderen Kliniken. In Köln, Frankfurt und Berlin werden übereinstimmend die externalen Verhaltensauffälligkeiten *oppositionell*, *Impulsivität*, *aggressiv*, *motorische Unruhe* und *Aufmerksamkeitsstörungen* in mehr als 20% der Fälle als auffällig beurteilt.

3.3 Ausprägungen auf psychopathologischen Symptomskalen

Analog zu dem Vorgehen von DÖPFNER und Mitarbeitern (1994b) wurden zur Überprüfung der dimensional Struktur Faktorenanalysen in der multizentrischen Gesamtstichprobe und in den Stichproben der einzelnen Zentren durchgeführt. Die Analysen wurden für die in der Explorationssituation und die für andere Kontexte beurteilten Merkmalsausprägungen getrennt berechnet. Die vierfaktoriellen Lösungen erbrachten in den einzelnen Zentren ähnliche Faktorenstrukturen (vgl. WOLFF METTERNICH 1995). Auf der Basis dieser Analysen wurde die von DÖPFNER und Mitarbeitern (1994b) vorgenommene Skalenbildung einer allerdings relativ geringfügigen Revision unterzogen, wobei die Struktur der Skalenbildung erhalten blieb. Die internen Konsistenzen der Symptomskalen liegen in der multizentrischen Gesamtstichprobe für die Beurteilungen in der Untersuchungssituation zwischen ($\alpha=0.72$ und $\alpha=.88$ und sind damit als zufriedenstellend bis gut zu bezeichnen. Für die Beurteilungen der Merkmalsausprägungen in anderen Kontexten wurden mit Ausnahme der Konsistenz für die Skala Sozial-emotionale Impulsivität ($\alpha=0.64$) ebenfalls zufriedenstellende bis gute Werte ($0.70 < \alpha < 0.85$) ermittelt.

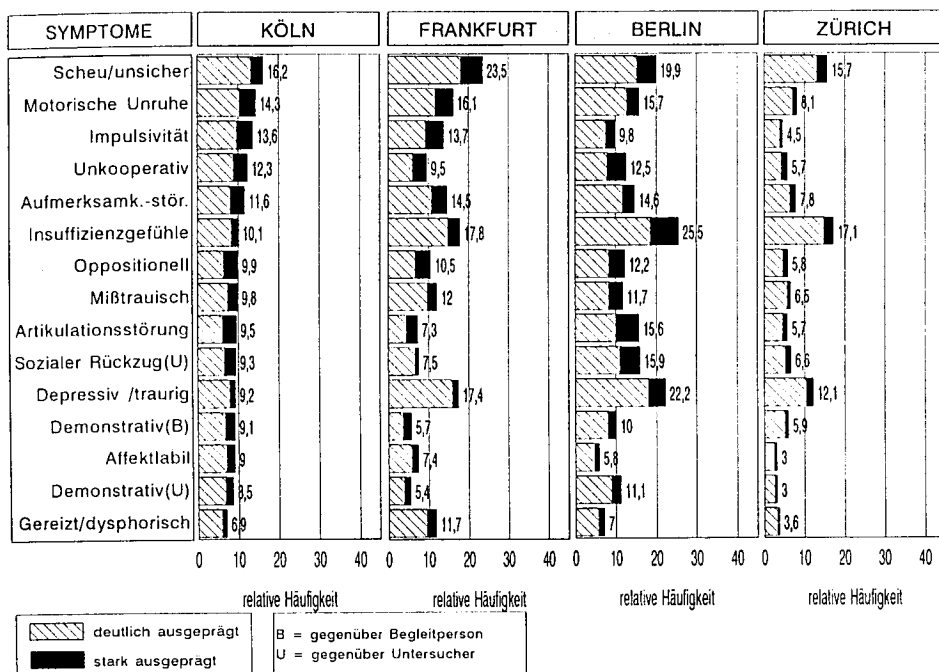
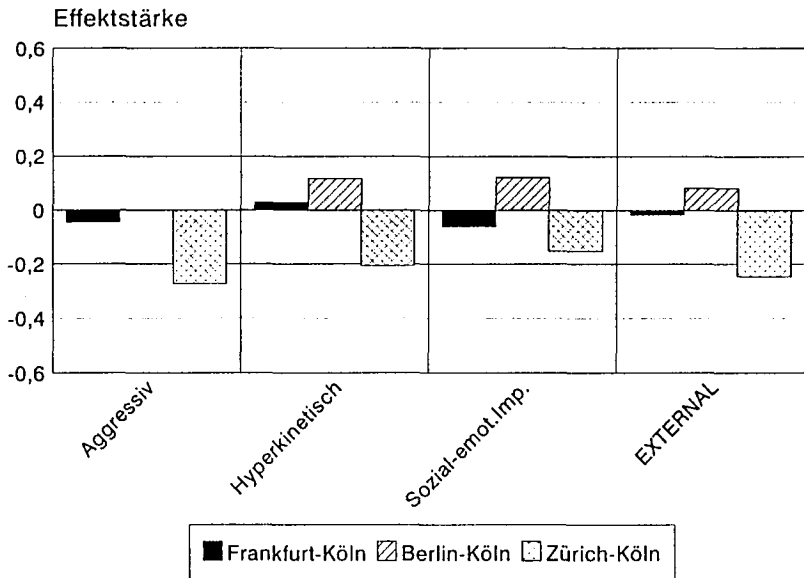


Abb. 3: Anteil der (teil)stationär behandelten Patienten mit als „deutlich ausgeprägt“ oder „stark ausgeprägt“ eingeschätzten Symptomen in den einzelnen Kliniken

Abbildung 4 zeigt die Abweichungen der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin (Virchow) und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerten für Skalen zur Erfassung *externaler Symptome in der Untersuchungssituation*, berechnet in Effektstärken. Die Effektstärken wurden ermittelt, indem die Differenz der mittleren Skalenrohwerter zwischen zwei Kliniken (beispielsweise Frankfurt und Köln) durch die Standardabweichung der Gesamtstichprobe dividiert wurde. Eine Effektstärke von $ES=0,5$ zeigt also an, daß sich die entsprechenden mittleren Skalenrohwerter um eine halben Standardabweichung voneinander unterscheiden. Nach COHEN (1988) werden Effektstärken zwischen $ES=0,2$ und $ES=0,5$ als Hinweis auf geringe Effekte; Effektstärken zwischen $ES=0,5$ und $ES=0,8$ als mittlere Effekte und Effektstärken über $ES=0,8$ als Hinweise auf starke Effekte interpretiert.

Wie Abbildung 4 zeigt, sind kaum bedeutsame Unterschiede in den Beurteilungen in den einzelnen Zentren auf den Symptomskalen zur Erfassung externaler Symptomatik (*Aggressives Verhalten*, *Hyperkinetische Symptome* und *Sozial-emotionale Impulsivität*) und auch nicht auf der übergeordneten Skala *Externale Symptomatik in der Untersuchungssituation* festzustellen. Lediglich zwischen den Zentren Zürich und Köln gibt es auf einzelnen Skalen bedeutsame Effektstärken von $ES>0,2$. Das negative Vorzeichen zeigt an, daß in Köln auf diesen Skalen höhere Werte zu finden sind. Allerdings handelt es sich dabei nach den Kriterien von COHEN (1988) um geringe Effekte. Anhand von einfaktoriellen Varianzanalysen mit nachfolgenden Kontrasten (Scheffé-Tests) lassen sich auf $p<0,001$ signifikante Unterschiede für die Skalen *Aggressives*



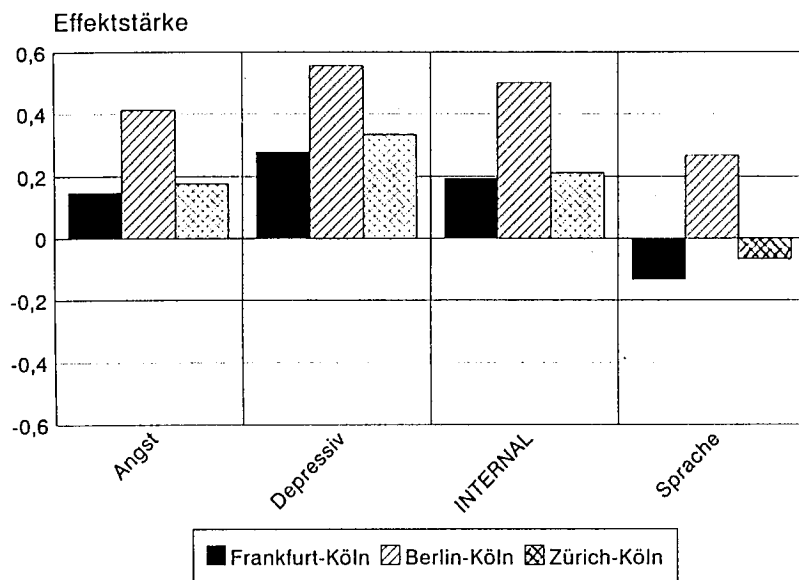
Effektstärken: Mittelwertsdifferenzen in Standardabweichungseinheiten der Gesamtstichprobe

Abb. 4: Abweichungen (Effektstärken) der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin (Virchow) und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung externaler Symptome in der Untersuchungssituation

Verhalten und *Hyperkinetische Symptome* zwischen Zürich einerseits und Köln, Berlin und Frankfurt andererseits nachweisen. Für die Skala *Sozial-emotionale Impulsivität* können keine bedeutsame Unterschiede gefunden werden. Auf der übergeordneten Skala *Externale Symptomatik* zeigt sich nur in Berlin ein gegenüber Zürich erhöhter Wert.

Abbildung 5 zeigt die Abweichungen der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung *interner Symptome und Sprachdefizite in der Untersuchungssituation*. Auf den beiden Symptomskalen zur Erfassung interner Symptome (*Sozial- und Leistungsangst, Depressivität*) und auf der übergeordneten Skala *Internale Symptomatik* sind ausschließlich positive Effekte festzustellen, d.h. in den Kliniken in Berlin, Frankfurt und Zürich sind im Vergleich zu Köln durchweg höhere Skalenwerte nachweisbar. Die Differenzen zwischen Berlin und Köln erreichen Effektstärken von 0,4 bis 0,5 und sind nach den Kriterien von COHEN als geringe Effekte zu klassifizieren. Anhand von einfaktoriellen Varianzanalysen mit nachfolgenden Kontrasten (Scheffe-Tests) lassen sich für die Skala *Sozial- und Leistungsangst* auf $p < 0.001$ signifikante Unterschiede zwischen Berlin und Köln nachweisen, während alle anderen Vergleiche nicht signifikant sind. Auf der Skala *Depressivität* erweisen sich die Beurteilungen in Berlin und Zürich im Vergleich zu Köln als signifikant höher und auch zwischen Berlin und Frankfurt sind statistisch bedeutsame Unterschiede nachweisbar. Auf der übergeordneten Skala *Internale Symptomatik* lassen sich für Köln und Frankfurt signifikant geringere

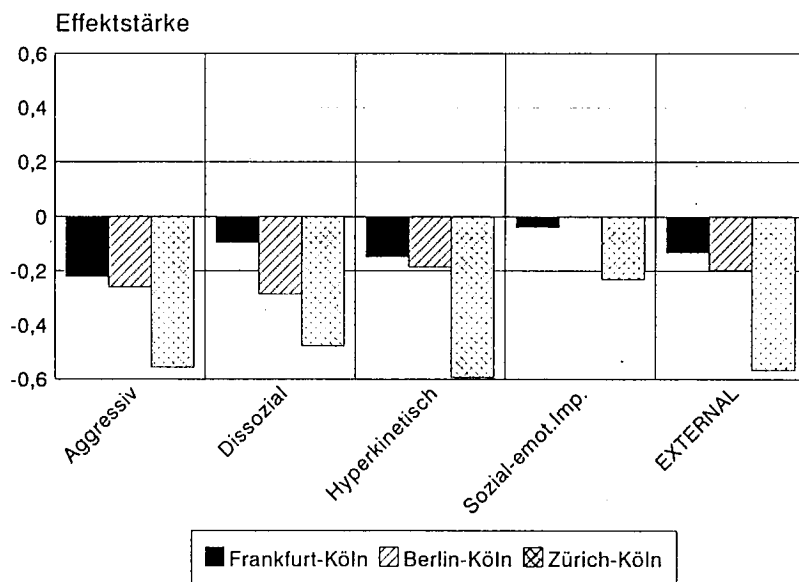
Beurteilungen im Vergleich zu Berlin nachweisen. Auf der Skala *Sprachdefizite* werden in Berlin signifikant höhere Beurteilungen abgegeben als in den anderen drei Kliniken.



Effektstärken: Mittelwertsdifferenzen in Standardabweichungseinheiten der Gesamtstichprobe

Abb. 5: Abweichungen (Effektstärken) der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin (Virchow) und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung internaler Symptome und Sprachdefizite in der Untersuchungssituation

Abbildung 6 zeigt die Abweichungen der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung *externaler Symptome in anderen Kontexten* außerhalb der Untersuchungssituation. Dabei fällt zunächst auf, daß ausschließlich negative Effektstärken ermittelt wurden, d.h. auf allen Skalen zur Erfassung externaler Symptomatik in anderen Kontexten liegen die Beurteilungen in Köln über jenen der anderen Kliniken. Am deutlichsten sind die Unterschiede zwischen Köln und Zürich, die mit Ausnahme der Skala *Sozial-emotionale Impulsivität* Effektstärken von 0,4 und 0,6 erreichen, was nach den Kriterien von COHEN geringen bis mittleren Effekten entspricht. Die einfaktoriellen Varianzanalysen mit nachfolgenden Kontrasten (Scheffé-Tests) weisen auf signifikante Unterschiede für die Skalen *Aggressives Verhalten* und *Hyperkinetische Symptome* und auch für die übergeordnete Skala *Externale Symptomatik* zwischen Zürich einerseits und Köln, Berlin und Frankfurt andererseits nach. Damit werden die Ergebnisse der Beurteilungen der Symptomatik in der Untersuchungssituation (siehe Abbildung 4) weitgehend bestätigt, wenngleich die Unterschiede für die Beurteilungen der Symptomatik in anderen Kontexten gravierender ausfallen. Auf der nur für die Symptomatik in anderen Kontexten gebildeten Skala *Dissoziales Verhalten* läßt sich in Köln und Frankfurt ein gegenüber Zürich signifikant erhöhter Wert nachweisen.



Effektstärken: Mittelwertsdifferenzen in Standardabweichungseinheiten der Gesamtstichprobe

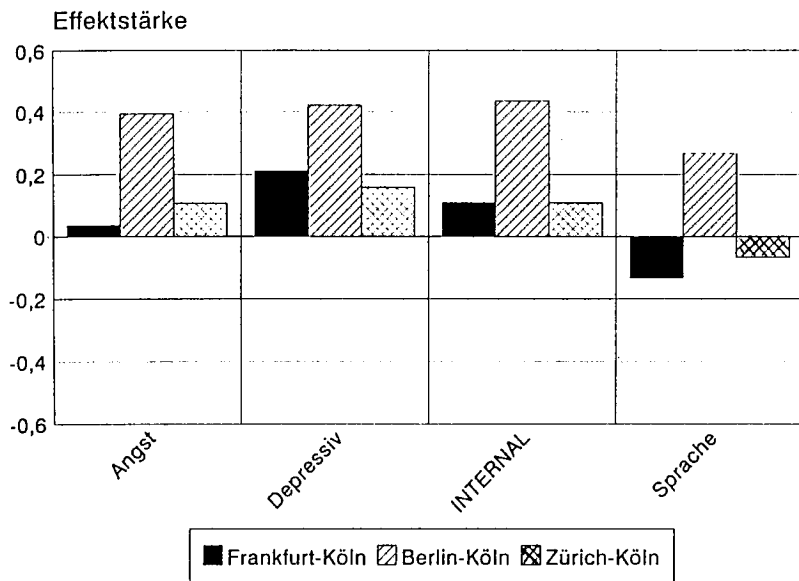
Abb. 6: Abweichungen (Effektstärken) der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin (Virchow) und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung externaler Symptome in anderen Kontexten

Abbildung 7 zeigt die Abweichungen der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerter für Skalen zur Erfassung *interner Symptome und Sprachdefizite in anderen Kontexten*. Auf den beiden Symptomskalen zur Erfassung internaler Symptome (*Sozial- und Leistungsangst, Depressivität*), auf der übergeordneten Skala *Internale Symptomatik* und auf der Skala *Sprachdefizite* werden in Berlin eher höhere Beurteilungen abgegeben als in den anderen Kliniken, wobei die Effekte bestenfalls als gering einzuschätzen sind. Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich für die Skala *Sozial- und Leistungsangst* zwischen Berlin einerseits und Frankfurt und Köln andererseits nachweisen. Auf der Skala *Depressivität* erweisen sich die Beurteilungen in Berlin nur im Vergleich zu Köln als signifikant höher. Auf der übergeordneten Skala *Internale Symptomatik* lassen sich für Köln, Frankfurt und Zürich signifikant geringere Beurteilungen im Vergleich zu Berlin nachweisen. Auf der Skala *Sprachdefizite* werden in Berlin signifikant höhere Beurteilungen abgegeben als in Frankfurt und Zürich.

4 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(a) In den Inanspruchnahmepopulationen der an der Studie beteiligten vier Zentren lassen sich ähnliche Diagnoseverteilungen nachweisen, wobei in einzelnen Diagnose-



Effektstärken: Mittelwertsdifferenzen in Standardabweichungseinheiten der Gesamtstichprobe

Abb. 7: Abweichungen (Effektstärken) der in den Kliniken in Frankfurt, Berlin (Virchow) und Zürich ermittelten Skalenrohwerter von den in Köln ermittelten Rohwerten für Skalen zur Erfassung internaler Symptome und Sprachdefizite in anderen Kontexten

gruppen auch deutliche Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit in den beteiligten Zentren festzustellen sind. Am deutlichsten sind die Häufungen von einzelnen Diagnosekategorien aus dem Formenkreis der emotionalen Störungen in Berlin sonstige emotionale Störungen; kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen) und in Zürich (depressive Störungen). Zwischen den Kliniken in Köln und Frankfurt sind sehr hohe Übereinstimmungen in den Diagnoseverteilungen festzustellen. Die Divergenzen in den Verteilungen der Diagnosen können auf Unterschiede in den Inanspruchnahmepopulationen oder auf Unterschiede in der diagnostischen Urteilsbildung oder auf den Einfluß beider Faktoren zurückgeführt werden. Die Häufung der diagnostischen Restkategorie der „Sonstigen emotionalen Störungen“ in Berlin läßt den Einfluß unterschiedlicher diagnostischer Vorgehensweisen vermuten. Wenn aus prinzipiellen Erwägungen heraus diagnostische Restkategorien möglichst vermieden werden sollen und in Zweifelsfällen besser eine andere Diagnose vergeben wird, dann führt dies zu einer Minimierung der entsprechenden Kategorien. Die Häufung der Diagnose einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen in Berlin kann sowohl durch Unterschiede in den Inanspruchnahmepopulationen als auch durch eine stärkere Beachtung emotionaler Auffälligkeiten bei diesem Störungsbild verursacht worden sein. Das gleiche gilt für die Häufung depressiver Störungen, hauptsächlich bedingt durch einen hohen Anteil an depressiven Anpassungsstörungen, in Zürich. Vermutlich spielen hierbei Unterschiede in der Inanspruchnahmepopulation eine bedeutendere Rolle, da die Klinik und Poliklinik in Zürich sich in ihrer Organisationsstruktur deutlich von den

anderen Zentren unterscheidet. Die Einrichtung in Zürich weist eine dezentrale Struktur auf und zeichnet sich im Vergleich zu den anderen Zentren durch einen breiteren Versorgungsauftrag aus, wodurch ein höherer Anteil an weniger massiv auffälligen Kindern und Jugendlichen in dieser Einrichtung vorgestellt wird.

(b) Auf der Ebene der Einzelsymptome lassen sich einerseits deutliche Übereinstimmungen, vor allem zwischen den Zentren in Berlin, Frankfurt und Köln nachweisen; allerdings spiegeln sich auch die auf der Diagnoseebene festgestellten Unterschiede teilweise wieder. Insgesamt werden Einzelmerkmale in Zürich sowohl in der Untersuchungssituation als auch in anderen Kontexten seltener als auffällig beurteilt, was vermutlich mit den bereits angesprochenen Besonderheiten der Inanspruchnahmepopulation zusammenhängt. In der Untersuchungssituation treten vor allem emotionale Auffälligkeiten (scheu/unsicher, Insuffizienzgefühle, depressiv/traurig) auf, wobei in Berlin diese Häufung am deutlichsten festzustellen ist. In anderen Kontexten außerhalb der Untersuchungssituation ist in allen Zentren eine Häufung von Auffälligkeiten aus dem externalen Formenkreis (oppositionell, impulsiv, aggressiv, hyperaktiv) zu finden, wobei mit Ausnahme von Köln auch einige internale Auffälligkeiten fast genauso häufig auftreten.

(c) Die Vergleiche auf der Ebene der Symptomskalen weisen insgesamt auf einige signifikante Unterschiede zwischen den Zentren hin, die Effekte sind jedoch überwiegend schwach ausgeprägt. Der größte Unterschied ist mit einer Effektstärke von $ES=0,6$ zwischen den Kliniken in Köln und Zürich bei der Skala *Hyperkinetische Symptome*, beurteilt für die Ausprägungen in anderen Kontexten, festzustellen.

Insgesamt zeigt die Studie, daß sich die Verteilungsunterschiede zwischen den Zentren auf Diagnose-Ebene auch auf der Ebene der Symptomskalen und der Einzelsymptome wiederfinden lassen, wenngleich die Abweichungen, zumindest was die Einrichtungen in Berlin, Frankfurt und Köln betrifft, relativ gering sind. Die Studie läßt die Frage offen, in welchen Ausmaß die nachgewiesenen Differenzen durch eine unterschiedliche Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulationen oder durch divergierende klinische Beurteilungskriterien verursacht werden. Dieser Frage soll in den weitergehenden Analysen nachgegangen werden, in denen einzelne Diagnosegruppen miteinander verglichen werden. Das Psychopathologische Befund-System hat sich in der Klinik-Routine bewährt. Es ergänzt die kategoriale Diagnostik nach ICD und erlaubt eine Einschätzung auf Symptomebene sowie eine dimensionale Beschreibung der psychischen Auffälligkeiten im klinischen Urteil.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.)(1981): Das AMDP-System. Berlin: Springer.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.)(1995): Das AMDP-System. Göttingen: Hogrefe.
- COHEN, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd. ed). New York: Academic Press
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.)(1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H./SCHULTE-MARKWORT, E. (Hrsg.)(1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Forschungskriterien. Bern: Huber.
- DÖPFNER, M./BERNER, W./FLECHTNER, H./SCHWITZGEBEL, P./LEHMKUHL, G. (1994a): Handbuch: Forschungsergebnisse zur Psychopathologischen Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche (PB-KJ). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- DÖPFNER, M./BERNER, W./SCHWITZGEBEL, P./LEHMKUHL, G. (1994b): Dimensionen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf der Basis klinischer Beurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 299-317.
- DÖPFNER, M./FLECHTNER, H./BERNER, W./LEHMKUHL, G./STEINHAUSEN, H.-C. (1997): Psychopathologisches Befund-System (CASCAP-D). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M./GOODYEAR, L./LEHMKUHL, G./STEINHAUSEN, H.-C./VERHULST, F. (1995a): The Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./BERNER, W./FLECHTNER, H./SCHWITZGEBEL, P./VON ASTER, M./STEINHAUSEN, H.C. (1993): Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21, 90-100.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./BERNER, W./FLECHTNER, H./SCHWITZGEBEL, P./VON ASTER, M./STEINHAUSEN, H.C. (1995b): Die Beurteilung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen anhand der Psychopathologischen Befund-Dokumentation. *Kindheit und Entwicklung* 4, 51-60.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./BERNER, W./FLECHTNER, H./STEINHAUSEN, H.C./VON ASTER, M. (1991): Psychopathologische Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche: Dokumentationsbogen, Glossar und Expositionsleitfaden. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./FLECHTNER, H./BERNER, W./VON ASTER, M./STEINHAUSEN H.C. (1996): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Klinische Beurteilungsskala Psychopathologischer Merkmale bei Kindern und Jugendlichen (CASCAP-D). In: Haug, H.-J./Stieglitz, R.-D. (Hrsg.): Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. rev. Auflage. Bern: Huber.
- WITTCHEN, H.-U./SASS H./ZAUDIG M./KOEHLER, J. (1989), Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-III-R. Weinheim: Beltz.
- WOLFF METTERNICH, T. (1995): Zur Faktorenstruktur der Psychopathologischen Befund Dokumentation für Kinder und Jugendliche- Analysen im multizentrischen Vergleich; Diplomarbeit, Universität zu Köln.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln.