

Steinhausen, Hans-Christoph und Göbel, Dietmar

**Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen  
Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 7, S. 231-236*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28697

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer) .....	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years) .....	265

### Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?) .....	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH) .....	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style) .....	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm) .....	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children) .....	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy) .....	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI)) ....	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics) .....	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children) .....	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders) .....	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children) .....	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects) .....	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD)) .....	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects) .....	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork) .....	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus) .....	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome) .....	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence) .....	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy) .....	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis) .....	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept) .....	266

### Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children) .....	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children) .....	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children) .....	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems) .....	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) .....	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment) .....	95	<b>Tagungsberichte</b>	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour) .....	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981) .....	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped) .....	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980) .....	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders) .....	298	<b>Kurzmitteilung</b>	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior) .....	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession) .....	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children) .....	182	<b>Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)</b>	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten) .....	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten .....	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education) .....	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis .....	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire) .....	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit .....	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation) .....	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt .....	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken .....	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn .....	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder .....	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch .....	227
		<b>Mitteilungen (Announcements)</b> 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie, Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

30. Jahrgang

Göttingen, Oktober 1981

Heft 7

## Aus Praxis und Forschung

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

### Die Symptomatik in einer kinder- und jugend- psychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten

Von Hans-Christoph Steinhausen und Dietmar Göbel

#### Zusammenfassung

Nach einer Darstellung der Notwendigkeit und Struktur eines mehrdimensionalen Dokumentationssystems für kinder- und jugendpsychiatrische Patienten werden Prävalenzraten für Symptome dargestellt, die bei 928 Patienten erhoben wurden. Diese beziehen sich auf körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten, Störungen des Sprechens und der Sprache, auffällige Gewohnheiten, Auffälligkeiten in den Bereichen des sexuellen und sozialen Verhaltens, Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten sowie Auffälligkeiten im emotionalen Bereich.

#### Einleitung

Die Notwendigkeit von Befunddokumentationen in der Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen wird zunehmend anerkannt, wie aus vielfältigen Ansätzen abgeleitet werden kann. Dabei werden je nach institutionellen Fragestellungen und personellen Möglichkeiten Dokumentationssysteme von unterschiedlichem Umfang und mit zum Teil divergierenden Intentionen eingesetzt. In der Regel beginnt jedes derartige System mit einer Aufnahme von Personaldaten, die sich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erziehungsberatung naturgemäß auf familiäre und soziale Hintergrundfaktoren erstrecken. Weiter werden in verschiedenen Institutionen auch die diagnostischen Zuordnungen sowie die realisierten bzw. empfohlenen Maßnahmen erfaßt. Ein derartiges dreiteiliges Dokumentationssystem gestattet differenzierte Aussagen über die Inanspruchnahmepopulation einer Institution und ermöglicht zugleich auch einen Leistungsnachweis der entsprechenden Einrichtung.

Die mangelnde Einheitlichkeit diagnostischer Klassifikationssysteme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die

Möglichkeit von Vergleichen und die Erstellung zuverlässiger Prävalenzraten für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen über lange Zeit außerordentlich behindert. Die zunehmende Orientierung an dem multiaxialen Klassifikationssystem von Rutter u.a. in der Bearbeitung von Remschmidt und Schmidt (1977) mit seiner Orientierung an ICD-Diagnosen hat diesen unbefriedigenden Zustand beträchtlich gebessert. Nach dem Erscheinen einer deutschen Bearbeitung dieses Klassifikationssystems ist ein gemeinsamer Rahmen erstellt worden, der Vergleichsuntersuchungen möglich macht. Gleichwohl ist diese Form der Diagnosedokumentation praktisch und theoretisch noch nicht frei von Problemen. So lassen sich beispielsweise eine Reihe von Symptomen und Syndromen nur ungenügend einordnen und entgegen damit einer angemessenen Klassifikation mit der Folge, weitere Datenanalysen zu erschweren bzw. unmöglich zu machen. Zugleich bildet das multiaxiale System den typischen Prozeß der kinderpsychiatrischen Diagnostik nur ungenügend ab, indem der Weg von der Symptomatik bzw. vom gestörten Verhalten zum Syndrom bzw. zur Diagnose nicht transparent bleibt.

Ausgehend von diesen Überlegungen haben wir 1978 ein erweitertes Dokumentationssystem eingeführt, das eine Ergänzung vorhandener Schemata um Daten der Symptomatik vornimmt. Über die Struktur dieses Instrumentes sowie die auf diese Weise ermittelten Prävalenzraten in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population soll in diesem Beitrag berichtet werden. Eine zweite Arbeit befaßt sich mit einer Zusammenhangs- und Bedingungsanalyse.

#### Methodik

Die hier referierten Daten zur Symptomatik stammen aus einer umfangreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Dokumentation, mit der jeder ambulante und stationäre

Patient der Institution erfaßt wird. Sie basierte zunächst auf dem statistischen Erhebungsbogen für Erziehungsberatungsstellen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung aus dem Jahre 1975, wobei ein ergänzender Diagnosebogen mit multiaxialer Klassifikation und ein Maßnahmenbogen erweiternde Bestandteile waren. Die Unzulänglichkeit der Symptombdokumentation in diesem ersten Erhebungsbogen führte gleichzeitig zu voneinander unabhängigen Bemühungen, eine differenziertere Erfassung von relevanten Symptomen zu ermöglichen. Ein eigener Entwurf konnte schließlich mit einer Neufassung des Erhebungsbogens der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (4. Auflage) verglichen werden, wobei Anregungen aus diesem Bogen in die eigene Fassung eingingen.

In analoger Weise wurde auch mit Daten zur Anamnese verfahren, zumal eine Aufnahme von Informationen zur Entwicklung des Kindes und der Familienanamnese wünschenswert erschien. Das gesamte Dokumentationssystem enthält somit in einem ersten Abschnitt persönliche und familiäre Daten zum Patienten, ferner eine Anamnesen- und Symptombdokumentation in zwei weiteren Abschnitten, eine Beurteilung des aktuellen psychischen Befundes im vierten Abschnitt und die Diagnose gemäß dem multiaxialen System in einem fünften sowie die Dokumentation der realisierten bzw. empfohlenen Behandlung in einem letzten sechsten Abschnitt. Dieses seit Frühjahr 1978 eingesetzte Dokumentationssystem hat 1980 eine erneute Revision erfahren, wobei lediglich geringfügige Modifikationen an einigen Merkmalen, nicht jedoch an der Struktur vorgenommen wurden. Die Durchführung eines derartig aufwendigen Dokumentationssystems ist nur aufgrund günstiger personeller und apparativer Voraussetzungen möglich. Hierzu gehören die Personal- und Arbeitsstruktur einer wissenschaftlichen Universitätseinrichtung sowie die elektronische Datenverarbeitung<sup>1</sup>.

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmsystem SPSS (Nie u. a. 1975) an dem Rechner CYBER 175 des Wissenschaftlichen Rechenzentrums Berlin (WRB) durchgeführt.

Eine ausführliche Darstellung der Struktur der Symptombdokumentation kann an dieser Stelle unterbleiben, zumal sie aus der Ergebnisdarstellung ersichtlich wird.

### Stichprobe

Den hier referierten Ergebnissen liegen die im Zeitraum von April 1978 bis 31.12.1979 bei sämtlichen erstvorgestellten Patienten erhobenen Daten zugrunde. Der Einzugsbereich ist wegen der besonderen politischen und geographischen Lage auf die Bevölkerung von 2 Millionen Einwohnern des großstädtischen Bereiches von Berlin(West) beschränkt.

Von den insgesamt 928 erfaßten Patienten waren 576 (= 61,1%) männlich und 352 (= 37,9%) weiblich. Sie stammten zu 73,2% aus den sozialen Unterschichten und 26,8% aus den Mittelschichten, wobei die jeweiligen Schichten nach den Kriterien von *Kleining* und *Moore* (1968) erhoben wurden. Eine Aufgliederung der Altersstruktur ergab folgende Verteilung: Zu 9,9% waren die Patienten bis zu 5 Jahre alt, weitere 37,2% lagen zwischen 6 und 10 Jahren, 33,1% zwischen 11 und 14 Jahren sowie 19,8% zwischen 15 und 18 Jahren.

### Ergebnisse

Gemäß der Gliederung der Symptombdokumentation stellen wir im folgenden die Häufigkeiten von Behinderungen und Auffälligkeiten, Sprech- und Sprachstörungen, auffällige Gewohnheiten, Auffälligkeiten im Sozialverhalten, Störungen im Leistungs- und Spielverhalten sowie Auffälligkeiten im emotionalen Bereich tabellarisch dar. Lediglich die ebenfalls erfaßten sexuellen Auffälligkeiten werden wegen geringerer Merkmalszahl und extrem niedriger Prävalenzraten nicht tabellarisch erfaßt. In der Darstellung wird die bei der Dokumentation von Symptomen nahezu durchgängig vorgenommene Gewichtung hinsichtlich Schweregrad bzw. Häufigkeit deutlich. Auf die Wiedergabe der negativen Befunde wurde dabei verzichtet. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden wir vereinzelt auch bereits kommentierend auf die tabellarischen Daten eingehen und dem Leser zugleich eine Beschreibung sämtlicher Detailergebnisse ersparen.

Die in Tabelle 1 dargestellten Prävalenzraten für körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten beziehen sich auf ein breites Spektrum von Symptomen, die teilweise bereits Diagnosecharakter haben. Die dazu gehörende Enuresis führt die Häufigkeitsliste an und liegt mit Kopfschmerzen deutlich über den übrigen Prävalenzen. Mit Ausnahme des Merkmals „häufige Krankheiten“ liegen alle übrigen Häufigkeiten deutlich unter 10% und erreichen sogar nur selten Prävalenzraten von 5%. Viele der in diesem Merkmalsbereich zusammengefaßten Symptome lassen sich auch im Rahmen des multiaxialen Schema im Sinne von ICD-Diagnosen dokumentieren. Damit könnte sich die Frage stellen, ob eine derartige zusätzliche Symptom-Dokumentation erforderlich ist. Für ein derartiges Vorgehen sprechen vornehmlich zwei Gründe. Einerseits läßt die Diagnosedokumentation keinen Schweregrad zu und es wäre zu befürchten, daß leichter ausgeprägte oder seltener auftretende Symptome auf diesem Wege nicht mehr erfaßt würden. Andererseits scheint mit der differenzierten Symptomerfassung auch ein didaktischer Vorteil im Rahmen der Weiterbildung verknüpft sein: Der Untersucher erhält mit dem Dokumentationssystem zugleich auch eine Strukturierungshilfe für die Exploration, wobei Nebenfunde weniger leicht seiner Aufmerksamkeit entgehen sollten.

Aus den in Tabelle 2 aufgeführten Störungen des Sprechens und der Sprache kann entnommen werden, daß die verzögerte Sprachentwicklung mit Abstand das häufigste Symptom in diesem Merkmalsbereich in unserer Popula-

<sup>1</sup> Die Auswertung der referierten Daten basiert auf der kontinuierlichen Mitarbeit und Dokumentation aller Fälle durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Abteilung. An der Erstellung der Symptomliste wirkte zeitweilig Dr. Jungmann mit. Allen Mitarbeitern möchten wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen. – Ein Exemplar der Dokumentation kann gegen Entgelt der Druckkosten von den Autoren bezogen werden.

Tabelle 1: Körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 Körperbehinderungen, Entstellungen				
– Lähmungen			11	1,2
– Mißbildungen (nicht im Gesicht)			14	1,5
– Gesichtsentstellungen			14	1,5
2 Cerebrale Anfallsereignisse	28	3,0	22	2,4
3 Sinnesschwäche	60	6,6	13	1,4
4 Motorische Funktionsstörungen	157	16,9	15	1,6
5 Psychomotorische Unruhe/Hyperaktivität	209	22,4	55	5,9
6 Tics, Grimassen, Verlegenheitsmotorik	99	10,7	23	2,5
7 Stereotypien, Kopfwerfen, Wiegen, Schaukeln	66	7,2	41	4,5
8 Schlafstörungen (nicht pavor)	221	24,0	54	5,9
9 Häufige Krankheiten			85	9,3
10 Eßstörungen (Unlust, Gier)	158	17,2	58	6,3
11 Erbrechen, Würgen	42	4,6	16	1,7
12 Darmfunktionsstörungen (Verstopfung, Durchfall)	36	3,9	7	0,8
13 Bauchbeschwerden (Nabelkoliken)	99	10,8	10	1,1
14 Enuresis nocturna	51	5,5	110	12,0
15 Enuresis diurna	27	2,9	57	6,2
16 Einkoten, Kotschmierer	31	3,3	37	4,0
17 Vasomotorische Störungen (Erröten, Schwitzen, Ohnmachten)	45	4,9	18	2,0
18 Kopfschmerzen				
– migräneartig			37	4,0
– nicht migräneartig			138	14,8
19 Herzbeschwerden	14	1,5	4	0,4
20 Atmungsstörungen				
– Rhythmusstörungen, Beklemmungen u. a.			11	1,2
– Asthma bronchiale			12	1,3
21 Hautaffektionen	40	4,3	13	1,4
22 Allergische Reaktionen	33	3,6	11	1,2
23 Chronische organische Krankheit	23	2,5	17	1,8

tion war. Es folgen die Symptome Stammeln und Agrammatismus mit jeweils ca. 5% Prävalenz. Aus der Tabelle werden die Vorteile einer derartigen Symptombdokumentation insofern ersichtlich, als Mutismus, Stummheit, Poltern, Agrammatismus und Aphasie nur unzulänglich bzw. zu undifferenziert im ICD-Schema der Diagnosen berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Störungen des Sprechens und der Sprache

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 Mutismus				
– elektiv			24	2,5
– total			2	0,2
2 Stummheit			5	0,5
3 Stottern	50	5,3	6	0,6
4 Poltern	24	2,5	4	0,4
5 Stammeln, Artikulationsmängel	149	15,6	49	5,1
6 Agrammatismus/Dysgrammatismus	80	8,4	42	4,4
7 Aphasie	3	0,3	3	0,3
8 Verzögerte Sprachentwicklung	93	9,7	93	9,7
9 sonstige Sprachstörungen	24	2,5	13	1,4

Unter den in Tabelle 3 dargestellten auffälligen Gewohnheiten sind Symptome sehr unterschiedlichen Ranges zusammengestellt, die als relativ harmlose Kinderfehler, als Symptome neurotischer Störung, als Teilphänomene im Rahmen einer geistigen Behinderung und als Abhängigkeitsprobleme auftreten können. Insofern mag die Zusammenstellung lediglich im Sinne eines sprachlichen Oberbegriffes gerechtfertigt erscheinen. Hinsichtlich der dargestellten Prävalenzen fallen die bekannten hohen Häufigkeitsraten für Lutschen

Tabelle 3: Auffällige Gewohnheiten

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 Lutschen (Finger, Gegenstand)	47	5,0	69	7,3
2 Knabbern (Nägel, Gegenstand)	95	9,9	115	12,0
3 Zähneknirschen, Lippenbeißen	19	2,0	9	1,0
4 Haarreißen, Kratzen, Reiben	16	1,7	16	1,7
5 Drogenmißbrauch	4	0,4	13	1,4
6 Alkoholmißbrauch	22	2,3	2	0,2

und Knabbern auf, während die niedrigen Raten für Drogen- und Alkoholmißbrauch ebenso bemerkenswert sind. Letztere dürften mit dem einzigen Selektionskriterium der Abteilung zusammenhängen, die sich seit ihrer Gründung im Jahre 1975 für diesen Problembereich als nicht zuständig erklärt hat, zumal die Erfahrung gezeigt hat, daß Drogen- und Alkoholmißbrauch auch bei Kindern und Jugendlichen nur in spezialisierten Einrichtungen erfolgreich behandelt werden können. Hinsichtlich der hier tabellarisch nicht

dargestellten sexuellen Auffälligkeiten sei angemerkt, daß homosexuelle Betätigung bei 0,5%, eine Opfer- oder Täterrolle bei sexuellen Delikten bei 0,8% und andere sexuelle Auffälligkeiten bei 3,3% der Population vorkamen. Einen deutlichen Schwerpunkt der festgestellten Symptomatik bilden Auffälligkeiten im Sozialverhalten, wie Tabelle 4 ausweist. Dabei liegen die Gewichte einerseits bei den dissozialen Verhaltensweisen mit vornehmlich aggressivem Ausdruck, andererseits jedoch auch bei sozialem Rückzugs-

Tabelle 4: Auffälligkeiten im Sozialverhalten

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 Schwindeln, Lügen, Betrügen	161	17,5	75	8,2
2 Wegnehmen, Stehlen	123	13,4	50	5,4
3 Weglaufen, Streunen	72	7,9	42	4,6
4 Schul-, Arbeitsschwänzen	88	9,6	71	7,8
5 Zündeln, Brandstiften	19	2,1	3	0,3
6 Aggressivität				
1 Zerstörung/Brandschädigung von Sachen	156	16,9	86	9,3
2 Selbstaggression/Automutilation	44	4,8	35	3,8
3 Wut, Ärger, Trotz	166	18,2	254	27,8
4 versteckte Aggressionen	101	11,1	99	10,9
5 verbale Aggressionen	130	14,3	172	18,9
6 körperliche Aggressionen	102	11,2	157	17,2
7 Kontaktstörung				
1 soziale Isolation, Abkapselung	151	16,3	209	22,6
2 Scheu, Kontaktangst	150	16,3	196	21,4
3 überangepaßtes Verhalten	67	7,4	59	6,5
4 Distanzlosigkeit	91	9,9	50	5,4

Tabelle 5: Störungen im Leistungs- und Spielverhalten

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 übersteigerte Leistungsmotivation	59	6,5	47	5,2
2 mangelnde Leistungsmotivation	137	15,0	149	16,3
3 Mißerfolgsempfindlichkeit	217	23,5	204	22,1
4 Gleichgültigkeit bei Mißerfolg	54	6,0	24	2,4
5 Perfektionismus	62	6,8	34	3,7
6 Langsamkeit	182	19,8	105	11,5
7 Konzentrationsstörungen/Ablenkbarkeit	236	25,0	289	30,6
8 Unselbstständigkeit, Zuwendungsabhängigkeit	215	23,2	202	21,8
9 Verspieltheit	147	15,9	85	9,2
10 Arbeitsblockierung, Ersatzhandlung	99	10,9	61	6,7
11 Leistungsschwankungen	155	16,9	93	10,2
12 spezifisches Leistungsver-sagen	67	7,3	133	14,4
13 allgemeines Leistungsver-sagen	124	13,5	153	16,7

Tabelle 6: Auffälligkeiten im emotionalen Bereich

	leicht/selten		ausgeprägt/häufig	
	f	%	f	%
1 emotional ungenügend schwingungsfähig	76	8,2	43	4,7
2 Stimmungslabilität	207	22,0	161	17,1
3 Neigung zu Verstimmungen	237	25,3	173	18,4
4 Suicidgedanken	85	9,3	24	2,6
5 Suicidversuch	37	4,0	14	1,5
6 albern, läppisch	75	8,1	22	2,4
7 Minderwertigkeitsgefühle	182	19,6	132	14,2
8 Überwertigkeitsgefühle	35	3,8	8	0,9
9 Allgemein übertrieben Ängstlichkeit	158	17,0	109	11,7
10 Angst vor bestimmten Situationen (z. B. Leistung)	113	12,2	126	13,6
11 Angst vor Räumen, Straßen	18	2,0	19	2,1
12 Angst vor Alleinsein	91	9,8	63	6,8
13 Angst vor Nacht, Dunkelheit/pavor nocturnus	81	8,8	59	6,4
14 Angst vor bestimmten Menschen	66	7,2	41	4,5
15 Angst vor bestimmten Objekten	17	1,8	13	1,4
16 Angst vor tieren	17	1,8	5	0,5
17 sonst. Ängste (z. B. Krankheitsängste)	29	3,1	24	2,6
18 Zwangssymptome	50	5,4	19	2,1

verhalten mit Isolation und Kontaktangst. Diese in ihrer Wertigkeit ganz unterschiedlichen Aspekte des Sozialverhaltens sind für weitere Analysen getrennt worden, die im zweiten Teil dieser Arbeit referiert werden sollen. Andere dem Verwahrlosungssyndrom zugehörigen Symptome, die im oberen Teil der Tabelle aufgeführt sind, weisen im Vergleich zu den zuerst genannten beiden Bereichen deutlich niedrigere Häufigkeitsraten auf.

Die in Tabelle 5 zusammengestellten Störungen im Leistungs- und Spielverhalten können angesichts hoher Prävalenzraten für eine Vielzahl von Symptomen den Wert einer Dokumentation in diesem Bereich besonders nachdrücklich belegen. Die aufgeführten Störungen sind weder im ICD-Schema der Diagnosen noch in anderen Klassifikationssystemen angemessen berücksichtigt. Andererseits bedürfen sie angesichts der häufig vorgestellten Schul- und Leistungsprobleme einer angemessenen Berücksichtigung auch im Rahmen eines Dokumentationssystems. Unter den in unserer Symptomliste erfaßten diesbezüglichen Merkmalen führen Konzentrationsstörungen bei einer Rate von fast 31% mit großem Abstand, werden dann von Mißerfolgsempfindlichkeit und Unselbständigkeit mit jeweils ca. 22% gefolgt und reichen bis zu beträchtlichen, d.h. oberhalb von 10% der Population liegenden Raten für allgemeines und spezifisches Leistungsversagen, mangelnde Leistungsmotivation, Langsamkeit sowie Leistungsschwankungen.

Schließlich läßt sich ein letzter Schwerpunkt der dokumentierten Symptomatik bei Auffälligkeiten im emotionalen Bereich ausmachen. Dabei führen Neigung zu Verstimmung und Stimmungslabilität mit Werten zwischen 17 und 18% vor Minderwertigkeitsgefühl und Angst vor bestimmten Situationen – jeweils um 14% – sowie allgemeine Ängstlichkeit bei 12%. Alle übrigen Symptome weisen Häufigkeitsraten auf, die deutlich unter 10% liegen. Die Angaben zur Suizidalität stellen dabei ganz sicher eine deutliche Unterschätzung dar, zumal die im Rahmen einer konsiliarischen Betreuung untersuchten Patienten nach Suizidversuch in dieser Population nicht vollständig enthalten sind.

## Diskussion

Auf den Wert einer über die Diagnosendokumentation hinausgehenden zusätzliche Symptomerfassung ist bei der Darstellung der Ergebnisse bereits hingewiesen worden. Diese besteht in der Möglichkeit, auch Symptome erfassen zu können, die angesichts der Ausprägung noch nicht diagnosepflichtig sind. Ferner können charakteristische Probleme erfaßt werden, die in der international üblichen Klassifikation von Diagnosen noch keine angemessene Berücksichtigung finden. Schließlich können Symptombildungen Beiträge zur Nosologie leisten, indem der induktive Weg der Syndromdefinition einer zumindest partiellen Überprüfung durch ein deduktives Verfahren ausgesetzt wird, wenn die Zusammenhänge von Symptom und Diagnose empirisch überprüft werden. Dazu wird der zweite Abschnitt dieser Arbeit einen Beitrag zu leisten versuchen.

Mit den für einzelne Symptome wiedergegebenen Häufigkeitsraten verbindet sich zugleich die Frage, ob diese Zahlen Allgemeingültigkeit beanspruchen können oder lediglich für

die untersuchte Population bedeutsam sind und damit in ihrer Relevanz weitgehend auf die untersuchende Institution beschränkt bleiben müssen. Diese Frage läßt sich erst durch einen Vergleich mit ähnlichen Studien beantworten. Damit beginnen jedoch beträchtliche Schwierigkeiten, zumal direkt vergleichbare Studien nicht vorliegen. Da die vorliegenden Daten von einer Inanspruchnahmepopulation stammen, sind Vergleiche mit epidemiologischen Feldstudien nur sehr bedingt möglich, zumal diese sich auf Grundgesamtheiten der Allgemeinbevölkerung beziehen. Insofern kann an dieser Stelle kein Vergleich mit den für die Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders bedeutsamen internationalen epidemiologischen Studien von Rutter u.a. (1977, 1970), Schultz u.a. (1974), Shepherd u.a. (1973), Werry und Quay (1971), Lapouse und Monk (1964, 1959), Cullen u.a. (1966) sowie den deutschen Studien von Frederking (1975), Steuber (1973) und Thalmann (1971) durchgeführt werden.

Die wenigen vorliegenden Analysen ähnlicher Themenbereiche an Inanspruchnahmepopulation entziehen sich z.B. durch ihre stärker an der Diagnose orientierten Vorgehensweise (z.B. Bettschart 1979, Aba u.a. 1978) einem Vergleich oder sind hinsichtlich der Stichprobe und der Methodik (z.B. Beitchman u.a. 1978) bzw. der unterschiedlich strukturierten Symptomliste (Jungmann u.a. 1978, Remschmidt u.a. 1974) nicht direkt mit den hier vorgelegten Daten vergleichbar. Die zuletzt genannte Studie zeigt zumindest insofern Ähnlichkeiten, als die Rangreihe der Symptome bei einer sehr viel kleineren Stichprobe stationär behandelter Patienten ebenfalls von Problemen in den Bereichen von Leistung, Sozialverhalten und Emotionalität angeführt wird. Ein weitergehender Vergleich der Häufigkeiten erscheint allerdings nicht angebracht. Gleiches gilt für die Studie von Petri (1979), in der Kontakt- und Leistungsstörungen die ersten Ränge einer Häufigkeitsverteilung bei einer poliklinischen Inanspruchnahmepopulation einnahmen.

Dieser dargestellte Sachverhalt läßt es geboten erscheinen, die in dieser Arbeit dargestellten Befunde einer Zusammenhangs- und Bedingungsanalyse zuzuführen, um die Bedeutsamkeit der hier dargestellten Befunde differenzierter beurteilen zu können. Anderen Untersuchern wird es vorbehalten sein, zu überprüfen, inwieweit die hier vorgelegten Häufigkeitsangaben Entsprechungen in anderen Populationen finden. Dabei wäre auch die Überprüfung der Frage von Interesse, ob die ausschließlich großstädtische Zusammensetzung und der begrenzte Einzugsbereich der von uns untersuchten Population die Prävalenzraten für die beschriebenen Symptome beeinflusst.

## Summary

### *Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population* 1. Methodology and Prevalence

After some introductory remarks on the necessity and structure of a multidimensional system of documentation in child psychiatry prevalence figures of symptoms coming from 928 patients are reported. These relate to physical handicaps and symptoms, disorders of speech and language,



abnormal habits, abnormal sexual and antisocial behaviors, disturbances in the area of play and achievement, and emotional disorders.

### Literatur

Aba, O., Pfeifer, W.K., Rey, E.-R.: Häufigkeit und Verteilung von Diagnosen. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 6, 27–39, 1978. – Beitchman, J., Bell, K., Simeon, S.: Types of disorders and demographic variables in a Canadian child psychiatry population. Can. Psychiatr. Assoc. J. 23, 91–96, 1978. – Bettschart, W.: Vergleich der Inanspruchnahme eines schweizerischen Kinderpsychiatrischen Dienstes aus den Jahren 1970–1975. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 7, 55–70, 1979. – Cullen, K.J., Boundy, C.A.P.: The prevalence of behavior disorders in children of 1000 Western Australian families. Med. J. Aust. 2, 805–808, 1966. – Federking, U.: Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder. Teil I. Praxis 24, 204–213, 1975. – Ders.: Emotionale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder. Teil II. Praxis 24, 258–265, 1975. – Jungmann, J., Göbel, D., Remschmidt, H.: Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 6, 56–75, 1978. – Kleining, G., Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung. Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 20, 502–552, 1968. – Lapouse, R., Monk, M.: Fears and worries in a representative sample of children. Amer. J. Orthopsychiat. 29, 803–818, 1959. – Dies.: 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., Steinbren-

ner, K., Bent, D.H.: SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. 2nd edition, McCraw-Hill, New York 1975. – Petri, H.: Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen 1979. – Remschmidt, H., Schmidt, M. unter Mitarbeit von C. Klicpera: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern 1977, Huber. – Remschmidt, H., Dauner, I., Schulz, U.: Zur Strukturanalyse des Krankengutes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Kinder und Jugendliche. Praxis 23, 42–46, 1974. – 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. – Schultz, E.W., Salvia, J.A., Feinn, J.: Prevalence of behavioral symptoms in rural elementary school children. J. Abnorm. Child. Psychol. 2, 17–24, 1974. – Steuber, H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Praxis 22, 246–250, 1973. – Thalmann, H.C.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Klett, Stuttgart 1971. – Werry, J.S., Quay, H.C.: The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children. Amer. J. Orthopsychiat. 41, 136–143, 1971.

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