

Mildenberger, Kathrin / Noterdaeme, Michele / Sitter, Stefan und  
Amorosa, Hedwig

**Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und  
tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem  
psychopathologischen Befundbogen (AMDP)**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 8, S. 649-663*

urn:nbn:de:bsz-psydok-43285

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

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention) . . . . .	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit) . . . . .	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“)) . . . . .	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit) . . . . .	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families) . . . . .	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”) . . . . .	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services) . . . .	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families) . . . . .	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients) . . . . .	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines) . . . . .	580

### Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents) . . . . .	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping) . . . . .	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?) . . . . .	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children) . . . .	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children) . . . . .	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness) . . . .	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) . . . . .	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients) . . . . .	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP)) . . . . .	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determanation of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison) . . . . .	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study) . . . . .	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence) . . . . .	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation) . . . . .	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents) . . . . .	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents) . . . . .	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry) . . . . .	325

## Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis) . . . . .	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy) . . . . .	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry) . . . . .	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field) . . . . .	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view) . . . . .	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children) . . . . .	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce) . . . . .	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate) . . . . .	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”) . . . . .	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks) . . . . .	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world) . . . . .	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany) . . . . .	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War) . . . . .	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view) . . . . .	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization) . . . . .	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Wooßen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

## Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (W. Schweizer)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (L. Goldbeck)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (E. Butzmann)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (D. Irblich)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (M. Hartmann)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (J. Wiese)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (D. Gröschke)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (G. Fuchs)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (M. Hirsch)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (D. Gröschke)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (D. Gröschke)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (D. Gröschke)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (D. Irblich)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (W. Schweizer)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (I. Seiffge-Krenke)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (H. Liebenow)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (D. Gröschke)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (J. Koch)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (D. Irblich)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (K.-H. Arnold)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (C. Irblich)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (W. Schweizer)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis ( <i>H. Heil</i> )	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV ( <i>P. Dettmering</i> )	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin ( <i>O. Bilke</i> )	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien ( <i>D. Gröschke</i> )	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie ( <i>K. Sarimski</i> )	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung ( <i>D. Irblich</i> )	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen ( <i>B. Gusson</i> )	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche ( <i>K.-H. Arnold</i> )	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> )	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft ( <i>G. Nummer</i> )	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom ( <i>M. Mickley</i> )	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch ( <i>D. Irblich</i> )	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung ( <i>K. Sarimski</i> )	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland ( <i>D. Gröschke</i> )	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen ( <i>M. Mickley</i> )	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine ( <i>W. Schweizer</i> )	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld ( <i>D. Gröschke</i> )	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche ( <i>K. Sarimski</i> )	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern ( <i>H. Mackenberg</i> )	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht ( <i>E. Bretz</i> )	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen ( <i>D. Gröschke</i> )	680

#### Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel ( <i>K. Waligora</i> )	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) ( <i>K. Waligora</i> )	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) ( <i>K. Waligora</i> )	390

Editorial / Editorial .....	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors .....	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion .....	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events .....	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements .....	75, 151, 246, 396, 605, 795

# Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (AMDP)<sup>1</sup>

Kathrin Mildenberger\*, Michele Noterdaeme\*\*, Stefan Sitter\* und Hedwig Amorosa\*\*

## Summary

Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMDP)

Children with specific developmental disorders of speech and language have an increased rate of psychiatric disorder compared to children developing normally. Children with early infantile autism show psychopathological symptoms in addition to those that are required for the diagnosis. These are often important in daily dealings with the children. As part of a larger study 4 groups of school age children (21 with normal development, 18 with an expressive language disorder, 21 with a receptive language disorder and 11 children with early infantile autism) were rated according to the psychopathological documentation for children (AMDP) within the assessment situation and according to reports of the behaviour outside. Several items were added to include symptoms that are not rated in the present documentation. Significant differences in the means were found between the group of children with autism and the control group. The children with language disorder showed a high variance which was interpreted as a sign for a heterogeneous group. Several of the added items improve the documentation of psychopathological findings in young school children.

## Zusammenfassung

Bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung werden erhöhte Raten an psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zu sprachlich unauffälligen Kindern beschrieben. Kinder mit frühkindlichem Autismus zeigen neben den Symptomen, die als Kriterium für die Diagnose gelten psychopathologische Auffälligkeiten, die im Umgang mit den Kindern im Alltag wichtig sind. Im Rahmen einer größeren Untersuchung an 4 Gruppen von Grundschulkindern (21 Kinder mit unauffälliger Entwicklung, 18 Kinder mit einer expressiven Sprachstörung, 21 Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung und 11 Kin-

<sup>1</sup> Die Untersuchung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft AM/63/4-2 unterstützt.

\* Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München.

\*\* Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.



der mit frühkindlichem Autismus) wurden relevante Merkmalsbereiche des psychopathologischen Befundbogens (AMDP) innerhalb und außerhalb der Untersuchungssituation beurteilt. Es wurden zusätzliche Items eingefügt, die Symptome betreffen, die das Verhalten junger entwicklungsgestörter Schulkinder erfassen sollen. Signifikante Mittelwertunterschiede ergaben sich für die Kinder mit frühkindlichem Autismus gegenüber der Kontrollgruppe. Innerhalb der Gruppe der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bestand eine hohe Standardabweichung, was auf eine Heterogenität der Gruppen schließen läßt. Einige der zusätzlich kodierten Items sind als sinnvolle Ergänzung des Bogens für Grundschul Kinder anzusehen.

## 1 Einleitung

Bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen werden psychiatrische Auffälligkeiten häufiger beobachtet als bei gleichaltrigen Kindern mit unauffälliger Sprachentwicklung (Amorosa et al. 1986; Beitchman et al. 1986; Cantwell u. Baker 1987; Berger et al. 1990; Noterdaeme u. Amorosa 1998). In der ICD 10 wird betont, daß Verhaltensauffälligkeiten besonders bei Kindern mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen beobachtet werden (WHO 1991). Kinder mit der Diagnose „frühkindlicher Autismus“ (F 84.0 nach ICD 10) zeigen neben den für die Diagnose entscheidenden Symptomen im Bereich der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der stereotypen Verhaltensweisen (WHO 1991) zusätzliche psychopathologische Auffälligkeiten, die für den Umgang mit den Kindern im Alltag wichtig sind (Noterdaeme et al. 1999).

Die diagnostische Zuordnung nach einem der Klassifikationsschemata ICD 10 oder DSM IV stellt nur eine Möglichkeit dar, die psychiatrischen Störungen der Kinder zu erfassen. Neben dieser – die Information stark reduzierenden – kategorialen Einteilung lassen sich mehr Informationen über das Verhalten der Kinder im dimensional Erfassen ihrer Auffälligkeiten sammeln (Döpfner et al. 1994; Döpfner u. Lehmkuhl 1997).

Eine Möglichkeit dafür bietet sich mit der klinischen Beurteilung des psychopathologischen Befundes, wie sie im psychopathologischen Befundbogen für Kinder und Jugendliche (CASCAP, Döpfner et al. 1999) erhoben wird. Der Bogen wurde aus dem psychopathologischen Befund für Erwachsene (AMDP) entwickelt, welcher besonders differenziert das psychotische Verhalten Erwachsener erfaßt. Er enthält ein ausführliches Glossar als Leitlinie. Von Döpfner et al. (1993) wurden zusätzliche Kategorien für Jugendliche und Kinder neu erstellt, die im von uns verwendeten Bogen die Skalen 1–6, 9 und 10 (s. Tab. 2) umfassen. Die Autoren weisen darauf hin, daß in einigen Gruppen, abhängig vom Alter, vom intellektuellen Niveau und der Symptomatik, bestimmte Merkmalsgruppen von vornherein mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen sind. In einer etwas vereinfachten Form ist der psychopathologische Befundbogen inzwischen Teil der von den kinderpsychiatrischen Fachverbänden empfohlenen Basisdokumentation (Englert et al. 1998).

Im psychopathologischen Befund wird das Verhalten innerhalb der Untersuchungssituation (Verhaltensbeobachtung und Exploration) und außerhalb der Untersuchungssituation (nach den Angaben der Bezugspersonen) beurteilt. Die Einschätzung

im psychopathologischen Bogen beruht bei einem großen Teil der Merkmale auf Selbstbeurteilungen der Patienten. Dies hängt sicher mit der Entstehung des Bogens aus einem für Erwachsene konzipierten Beurteilungsinstrument zusammen. Je jünger aber die zu untersuchenden Kinder sind, desto schwieriger sind solche Selbstbeurteilungen zu bewerten. Diese Schwierigkeit tritt verstärkt bei Kindern mit Entwicklungsstörungen auf. Je jünger das Kind ist und je eingeschränkter seine sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten sind, desto mehr muß die Einschätzung der Psychopathologie von der Verhaltensbeobachtung, d.h. der Fremdbeurteilung bestimmt werden. Es ist daher nicht klar, inwieweit der bisherige Bogen für diese Population ausreichend die auffällige Symptomatik erfassen kann.

Im Rahmen einer größeren Untersuchung zu neuropsychologischen und neuropsychologischen Auffälligkeiten bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wurde der psychopathologische Befund mittels einer Befragung der Eltern und der Beobachtung der Kinder während einer etwa einstündigen Untersuchung eingeschätzt. Dabei wurden zusätzlich zum AMDP-Bogen weitere Items (s. Anhang), die gerade das Verhalten der jüngeren Kinder erfassen sollen, beurteilt.

Ziel der Untersuchung ist es, mit Hilfe des psychopathologischen Befundbogens die psychiatrische Symptomatik von Kindern im jungen Schulalter mit expressiven und rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen im Vergleich zu Kindern mit frühkindlichem Autismus und einer unauffälligen Kontrollgruppe differenzierter zu erfassen als es mit psychiatrischen Diagnosen möglich ist. Zusätzlich soll überprüft werden, ob der psychopathologische Befundbogen die Symptomatik bei diesen Gruppen ausreichend erfaßt, oder ob ergänzende Items eine bessere Beschreibung der Auffälligkeiten bei jüngeren Kindern mit Entwicklungsstörungen erlauben.

## 2 Methodik

### 2.1 Stichprobe

Es wurden Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, frühkindlichem Autismus und unauffällige Kinder, die älter als 6 Jahre alt waren und einen nonverbalen IQ in der Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC) gleich oder größer als 80 erzielten, untersucht.

Die Kinder kamen aus Sprachheilschulen, Diagnose-Förderklassen, der Ambulanz der Heckscher Klinik, Abteilung Solln, der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität und vier nahegelegenen Grundschulen. Einige der Kinder mit frühkindlichem Autismus kamen über den Elternverband „Hilfe für das autistische Kind“.

Als expressiv sprachgestört galten Kinder mit einer klinisch auffälligen Sprache, wenn sie im Untertest „Mittieren von Sätzen“ des Heidelberger Sprachentwicklungstests (IS des HSET) einen T-Wert von  $\leq 30$  hatten und eine Diskrepanz von einer Standardabweichung zum nonverbalen IQ bestand. Der Wert im Untertest „Verstehen grammatischer Strukturen“ des Heidelberger Sprachentwicklungstests (VS des HSET) musste über einem T-Wert von 30 liegen. Als rezeptiv sprachgestört galten Kinder, die im Untertest „Verstehen grammatischer Strukturformen“ des HSET einen T-Wert von 30 oder niedriger aufwiesen, klinisch im Sprachverständnis auffällig erschienen und bei denen zwischen IQ-Wert und „VS“ des „HSET“ ein Unterschied von 1 SD bestand.

In die Kontrollgruppe wurden Kinder aufgenommen, deren Entwicklung laut Anamnese altersgerecht verlief und die in den Untertests „IS“ und „VS“ des HSET einen T-Wert von mindestens 40 erreichten.

Die Zuordnung zu der Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus erfolgte nach den Forschungskriterien der ICD 10 und wurde von 2 erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen (MN, HA) vorgenommen. In Tabelle 1 sind die Charakteristika der vier Gruppen zusammengefaßt.

Tab. 1: Anzahl der Kinder, Geschlechtsverhältnis, Sozialschicht, nonverbaler IQ, T-Wert im Untertest VS und IS des HSET für 4 Gruppen (U=Unterschicht; M=Mittelschicht, O=Oberschicht)

Gruppe	N			Soz. Schicht			Alter MW (SD)	Nonverb IQ MW (SD)	HSET,VS MW (SD)	HSET, IS MW; (SD)
	M	J		U	M	O				
Kontrollgruppe	21	12	9	2	13	5	103.52 (14.58)	107.38 (11.16)	52.05 (7.37)	51.86 (7.08)
Expressive	18	3	15	5	11	2	95.83* <sup>1</sup>	104.67	42.17	21.33* <sup>4</sup>
Sprachst.							(12.58)	(10.37)	(7.79)	(6.68)
Rezeptive	21	10	11	11	9	1	100.65	95.40* <sup>2</sup>	26.80* <sup>3</sup>	19.80
Sprachst.							(16.26)	(9.46)	(4.87)	(5.94)
Frühkindl.	11	3	8	4	3	4	117.55	102.64	39.36	38.45
Autismus							(27.59)	(14.18)	(17.82)	(15.42)

Anmerkungen:

\*<sup>1</sup> Die Gruppe der Kinder mit expressiven Störungen unterscheidet sich auf dem 0.05% Niveau signifikant von der Gruppe mit frühkindlichem Autismus.

\*<sup>2</sup> Die Gruppe der Kinder mit expressiven Störungen unterscheidet sich signifikant von der Kontrollgruppe und den Kindern mit frühkindlichem Autismus, nicht aber von der Gruppe der Kinder mit rezeptiven Störungen, dies ist ein Einschlusskriterium nur für die Aufnahme in die Gruppe.

\*<sup>3</sup> Die Gruppe der Kinder mit rezeptiven Störungen unterscheidet sich auf dem 0.05% Niveau von der Kontrollgruppe

\*<sup>4</sup> Die Gruppe der Kinder mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen unterscheiden sich signifikant von den anderen 3 Gruppen; dies ist ein Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Gruppe.

Die von uns untersuchten Gruppen unterscheiden sich im Geschlechtsverhältnis, im Intelligenzquotient, im Alter, in der sozialen Schicht und in den Sprachtests. Das Verhältnis Jungen zu Mädchen ist für die Kontrollkinder und die Gruppe mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen fast ausgeglichen. Für die Gruppe mit expressiven bzw. autistischen Störungen ist ein deutliches Überwiegen der Jungen zu erkennen. Diese Verteilung wird für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen häufig beobachtet. Ebenso ist bekannt, daß der Anteil der Jungen unter den Probanden mit einem frühkindlichen Autismus deutlich höher ist als der der Mädchen.

Das Alter der Gruppe mit frühkindlichem Autismus liegt höher als das der übrigen Gruppen. Dies liegt daran, daß Kinder mit einem frühkindlichen Autismus und einem durchschnittlichen IQ selten sind und eine genügend große Gruppe nur über eine große Altersspanne zu erreichen war.

2.2 Untersuchungsinstrumente

Der psychopathologische Befund für Kinder und Jugendliche in der Version 4.01 der Arbeitsgruppe „Psychopathologischer Befund“ aus Köln (1991) wurde von einer Ärztin (KM) erhoben. Für die Beurteilung innerhalb der Untersuchung wurden alle Beobachtungen herangezogen, die während

einer etwa einstündigen Untersuchung (Spiel, Gespräch, entwicklungsneurologische Untersuchung) gemacht wurden. Um das Verhalten außerhalb der Untersuchung beurteilen zu können, wurde mit allen Eltern ein Anamnesege­spräch geführt. Jedoch wurden nur die für die Untersuchung relevanten Items des Befundbogens beurteilt. Einige Merkmalsbereiche (8 Zwangsstörungen, 13 inhaltliche Denkstörungen, 14 Ich-Störungen und 15 Sinnestäuschungen) wurden ganz aus der Beurteilung herausgenommen, da entweder zu erwarten war, daß eine Selbstbeurteilung nicht möglich war (8) oder ein Vorkommen in der von uns untersuchten Population extrem selten sein würde (13, 14, 15). Andere Merkmalsbereiche (1 Interaktion außerhalb der Untersuchungssituation, 5.01 -5.07 Störungen des Sprechens und der Sprache) wurden auf einzelne Teile reduziert, da einige Merkmalsbereiche mit anderen Verfahren erfaßt wurden. Das Autism Diagnostic Interview in der revidierten Form (ADI-R) wurde zur Erfassung der autistischen Verhaltensweisen nur bei der Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus oder einer rezeptiven Sprachentwicklungsstörung durchgeführt. Damit lag im Bereich der Interaktion und Kommunikation für diese Kinder sehr viel detailliertere Information vor als für die anderen beiden Gruppen, was eine Einschätzung sicher verändert hätte. In Tabelle 2 sind die von uns verwendeten Items angegeben. Es handelt sich um 55 Items innerhalb der Untersuchungssituation und 52 außerhalb.

Tab.2: Merkmalsbereiche des psychopathologischen Befundes in der Version 4.01 von Döpfner et al. (1993)

Merkmalsbereiche	Innerhalb der Untersuchung (I)	Außerhalb der Untersuchung (A)
1 Störungen der Interaktion	1.01-1.10	–
2 Störungen des Sozialverhaltens	*1.11, 1.12, 1.14 2.01-2.04 *2.07	*1.13 2.01-2.07 *2.07
3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	3.01-3.04 *3.05	3.01-3.04
4 Störungen der Psychomotorik	4.01-4.05	4.01-4.05
5 Störungen des Sprechens und der Sprache	5.05-5.07 *5.08-5.10	–
6 Angststörungen	6.01-6.07 *6.08, 6.09	6.01-6.07 *6.08, 6.09
7 Störungen von Stimmung und Affekt	7.01-7.13 *7.14, 7.15	7.01-7.13 *7.14, 7.15
8 Zwangsstörungen	– *8.04	– *8.04
9 Eßstörungen	–	9.01-9.08 *9.09
10 Funktionelle und somatoforme Störungen	–	10.01-10.03
11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen	11.01-11.04	–
12 Formale Denkstörungen	12.01-12.04	–
13 Inhaltliche Denkstörungen	–	–
14 Ich-Störungen	–	–
15 Sinnestäuschungen	–	–
16 Andere Störungen	16.04	16.01-16.04

*Anmerkungen:*

Angegeben sind die in dieser Untersuchung verwendeten Items.

Mit einem \* versehen, wurden die von uns zusätzlich erhobenen Items.

Bei den von uns untersuchten Kindern war zu erwarten, daß sie in ihren verbalen Fähigkeiten sehr eingeschränkt sind und nur sehr begrenzt Auskunft über ihre Befindlichkeit in den letzten Wochen und Monaten geben können. Um dieser Problematik gerecht zu werden, wurden eine Reihe von Merkmalen dem Bogen hinzugefügt (s. Tab. 2, mit \* markierte Merkmale und ein Glossar im Anhang). Die Notwendigkeit dieser Erweiterung soll an der Merkmalsgruppe 8 „Zwangsstörungen“ verdeutlicht werden. Im psychopathologischen Befund sind für diesen Bereich 3 Symptome aufgeführt: das Zwangsdenken (8.01), Zwangsimpulse (8.02) und Zwangshandlungen (8.03). Bei der Beurteilung aller 3 Symptome steht die Selbstbeurteilung des Patienten ganz im Vordergrund oder wird ausschließlich herangezogen. Bei jüngeren Kindern mit Entwicklungsstörungen finden sich jedoch oftmals Symptome wie ritualisiertes, zwanghaftes Verhalten, die nicht der Definition von Zwangshandlungen im Glossar entsprechen. Zur Differenzierung wurde von uns ein zusätzliches Merkmal „stark ritualisiertes, zwanghaftes Verhalten“ eingefügt. Eine weitere Änderung trifft den Bereich „Störungen der Interaktion (1)“, in dem ein Merkmal „autistische Störung der Interaktion (1.10)“ beurteilt wird. Hierbei handelt es sich um eine Reihe auffälliger Verhaltensweisen bezüglich, Mimik, Gestik, Interaktion, die in dieser Kombination nur für den frühkindlichen Autismus typisch sind. Einzelne dieser Symptome werden aber sehr wohl auch bei anderen Kindern beobachtet. Wir haben dies Item daher in mehrere Merkmale aufgeteilt. Die weiteren Zusätze betreffen die Merkmalsbereiche Störungen des Sozialverhaltens, Störungen von Antrieb und Aufmerksamkeit, Störungen des Sprechens und der Sprache, Angststörungen, Störungen von Stimmung und Affekt und Eßstörungen. Die zusätzlichen Items wurden in einer Pilotstudie innerhalb der Ambulanz der Heckscher Klinik Solln auf ihre Praktikabilität erprobt.

Eine Einschätzung der sozialen Schicht erfolgte nach einem Index, der den für Bildungsverhalten relevanten Sozialstatus (BRSS) ermittelt (Bauer 1972).

Für die statistische Auswertung wurden drei Wege beschritten:

1. Die Häufigkeit mit der bei einem Kind mindestens ein Merkmal mit 2 (deutlich) oder 3 (stark ausgeprägt) bewertet wird, wurde für jede Gruppe errechnet.
2. Der Mittelwert aus allen Werten für die Merkmale innerhalb eines Merkmalsbereichs wurde errechnet. Diese Werte waren die Ausgangsbasis für eine multivariate Analyse nach dem allgemeinen linearen Modell (GLM in SPSS) mit den Kovariaten Alter, non-verbaler IQ und soziale Schicht und dem Faktor Gruppe. Die Gruppenunterschiede wurden mit univariaten linearen Analysen und Post-Hoc-Tests nach Scheffé bestimmt.
3. Die Häufigkeiten der Kodierung 2 (deutlich) oder 3 (stark ausgeprägt) wurde für jeden Merkmalsbereich erhoben und über die Gruppen verglichen. Zusätzlich wurde erfaßt. Wie häufig die Kodierung 2 und 3 bei den von uns zusätzlich beurteilten Items erfolgte.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Anzahl der Kinder mit mindestens einer Kodierung 2 oder 3

In Anlehnung an Döpfner et al. (1999) wurde errechnet, wie viele Kinder mindestens in einem Merkmal eine Kodierung 2 oder 3 erhielten. Dabei wurden die die Diagnose definierenden Kodierungen 1.10 „autistische Störung der Interaktion“ und 5 „Störungen des Sprechens und der Sprache“ nicht einbezogen. Innerhalb (außerhalb) der Untersuchungssituation sind es in der Kontrollgruppe 5% (5%), bei den Kindern mit expressiver Sprachstörung 39% (72%), bei den Kindern mit rezeptiver Sprachstörung 20% (55%) und bei den Kindern mit frühkindlichem Autismus 55% (81%).

### 3.2 Mittelwertsvergleiche

Für die Merkmalsbereiche des psychopathologischen Befundes wurden multivariate Analysen nach dem linearen Modell für die Beurteilung innerhalb und außerhalb der Untersuchungssituation mit IQ, Alter und sozialer Schicht als Kovariaten und Gruppe als Faktor berechnet. Auch hier wurden die die Diagnose definierenden Symptome (1.10 autistische Störung der Interaktion und 5 Störungen des Sprechens und der Sprache) nicht in die Auswertung einbezogen. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant innerhalb (Pillai-Spur,  $F=2.737$ ; Hypothesen df 27; Fehler df 165;  $p=0.000$ ) und außerhalb (Pillai-Spur,  $F=2.675$ ; Hypothesen df 24; Fehler df 156;  $p=0.000$ ) der Untersuchungssituation. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Bereiche, die signifikant zwischen den Gruppen unterscheiden, sind in Tabelle 3 dargestellt. Das Signifikanzniveau ist für das korrigierte Modell angegeben. Zusätzlich wurde markiert, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden.

Tab. 3: Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse für Merkmalsbereiche *innerhalb (I)* und *außerhalb (A)* der Untersuchungssituation, die sich signifikant für die Gruppen unterscheiden

Merkmalsbereiche	Kontrollgruppe		Expressive Sprachst.		Rezeptive Sprachst.		Frühkindl. Autismus		Signifik.-Niveau
	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)	
I 1 Störungen der Interaktion	0.05 (0.09)		0.1 (0.1)		0.15 (0.14)		0.37*** <sup>1</sup> (0.17)		0.000
I 3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle	0.02 (0.11)		0.22 (0.40)		0.19 (0.36)		0.30 (0.33)		0.011
I 4 Störungen der Psychomotorik	0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.24*** <sup>1</sup> (0.20)		0.000
I 5 Störungen des Sprechens und der Sprache	0.02 (0.07)		0.04 (0.11)		0.05 (0.22)		0.52*** <sup>1</sup> (0.48)		0.000
I 7 Störungen von Stimmung und Affekt	0.00 (0.02)		0.01 (0.04)		0.00 (0.02)		0.06** <sup>1</sup> (0.07)		0.002
I 16 Andere Störungen	0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.73** <sup>1</sup> (1.10)		0.000
A 3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle	0.01 (0.06)		0.30 (0.42)		0.30 (0.47)		0.52* (0.44)		0.010
A 4 Störungen der Psychomotorik	0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.02 (0.09)		0.06*** <sup>1</sup> (0.17)		0.000
A 6 Angststörungen	0.03 (0.06)		0.21 (0.29)		0.21 (0.29)		0.32* (0.36)		0.015
A 7 Störungen von Stimmung und Affekt	0.02 (0.04)		0.21 (0.25)		0.16 (0.23)		0.31** (0.30)		0.030
A 16 Andere Störungen	0.00 (0.00)		0.00 (0.00)		0.01 (0.04)		0.22*** <sup>1</sup> (0.28)		0.000

#### Anmerkungen:

- \* signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe  $p=0.05$
- \*\* signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe  $p=0.01$
- \*<sup>1</sup> signifikanter Unterschied zu allen Gruppen  $p=0.05$
- \*\*<sup>1</sup> signifikanter Unterschied zu allen Gruppen  $p=0.01$
- \*\*\*<sup>1</sup> signifikanter Unterschied zu allen Gruppen  $p=0.001$

Nur die Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus unterscheidet sich signifikant von der Kontrollgruppe oder von allen Gruppen. Die Mittelwerte der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sind teilweise deutlich höher als die der Kontrollgruppe. Die hohe Standardabweichung bei diesen beiden Gruppen spricht für eine große Variabilität des Verhaltens und damit dafür, daß diese beiden Gruppen sehr heterogen bezüglich des Verhaltens sind.

3.3 Anzahl der Kodierungen 2 und 3

Tabelle 4 zeigt die Häufigkeit der Kodierung 2 und 3, d.h. „deutlich“ oder „stark ausgeprägt“ für alle Gruppen.

Tab. 4: Anzahl der Kodierungen 2 und 3 in den Merkmalsbereichen für 4 Gruppen, getrennt nach der Beurteilung innerhalb (I) und außerhalb (A) der Untersuchungssituation.

Gruppen	Ohne Diagnose N=21			Expressive Sprachstörung N=18			Rezeptive Sprachstörung N=21			Frühkindl. Autismus N=11		
	1		A	1		A	1		A	1		A
	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
Merkmalsbereiche												
1 Störungen der Interaktion	1	0	–	4	1	–	6	1	–	11	2	–
	*	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	5
2 Störungen des Sozialverhaltens	0	0	1	0	1	0	7	0	0	1	9	2
	*	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1
3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	0	0	0	0	1	2	8	2	0	1	7	1
	*	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4 Störungen der Psychomotorik	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
5 Störungen des Sprechens und der Sprache	0	0	–	0	0	–	1	1	–	8	5	–
	*	0	0		0	0		1	0		6	3
6 Angststörungen	0	0	0	0	1	0	5	2	1	0	5	4
	*	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	1
7 Störungen von Stimmung und Affekt	0	0	0	0	0	0	10	2	0	0	7	4
	*	0	0	0	3	1	1	6	3	0	4	4
8 Zwangsstörungen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	*	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
9 Eßstörungen	–	0	0	–	1	0	–	1	0	–	0	0
	*	0	0		0	0		0	0		0	0
10 Funktionelle und somatoforme Störungen	–	0	0	–	0	2	–	2	1	–	2	0
11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen	0	0	–	0	0	–	0	0	–	0	0	–
12 Formale Denkstörungen	0	0	–	0	0	–	1	0	–	0	0	–
16 Andere Störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
												1
Gesamt	1	0	0	0	7	3	31	8	8	4	32	12
	*	0	0	0	6	1	3	6	4	0	13	8
												15
												6
												8
												8

Anmerkung:  
Die erste Zeile enthält die Merkmale des AMDP-Bogens, die zweite Zeile (\*) enthält die zusätzlich von uns kodierten Items.

In der Kontrollgruppe kommt die Kodierung 2 zweimal vor (I 1.03 scheu/unsicher; A2.03 aggressiv), die Kodierung 3 gar nicht. Am auffälligsten sind die Kinder mit frühkindlichem Autismus, die mit 11 Kindern die kleinste Gruppe bilden.

Es ist deutlich, daß die Kodierungen für die Beurteilung außerhalb der Untersuchungssituation höher sind als bei der direkten Beobachtung in der Untersuchungssituation.

Das häufigste Merkmal in der Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus innerhalb der Untersuchungssituation ist erwartungsgemäß die Interaktionsstörung (I 1.10). Bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen fallen eher Scheu und Unsicherheit (I 1.03) auf.

Bei der Beurteilung durch die Eltern stehen bei den Kindern mit frühkindlichem Autismus Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (A 3.02 Antriebssteigerung/motorische Unruhe; A 3.04 Aufmerksamkeitsstörungen), soziale Angst (A 6.01), Auffälligkeiten im Affekt (A7.06; 7.07) und die abnormen Interessen (A16.04) im Vordergrund. Für die Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen werden Störungen des Sozialverhaltens (A2.01 dominant), Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (A3.02 Antriebssteigerung/motorische Unruhe; A 3.04 Aufmerksamkeitsstörung), Insuffizienzgefühle (A 7.04), Leistungsangst (A6.03) und eine Affektlabilität (A7.07) häufig genannt.

Die Zusatzbeurteilungen sind ebenfalls in Tabelle 4 aufgeführt und mit einem Stern gekennzeichnet. In der Untersuchungssituation erscheint die für den Autismus typische Interaktions- und Kommunikationsstörung, enthalten in zwei Merkmalsbereichen (\*I 1.11-1.14 und \*I 5.08), bei den Kindern mit frühkindlichem Autismus am häufigsten, während bei den Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen das Störungsbewußtsein (\*I 7.15) am ehesten auffällt. Ähnlich ist die Verteilung der Auffälligkeiten außerhalb der Untersuchungssituation. Hier spielt das ritualisierte Verhalten (\*A 8.04) bei den Kindern mit frühkindlichem Autismus eine Rolle. Für die Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen werden das Störungsbewußtsein (\*A 7.15) und „quengelig, weinerlich“ (\*A 7.14) am häufigsten genannt. Bei den Kindern mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen spielt die Angst vor neuen Situationen (\*A 6.08) eine Rolle.

## 4 Diskussion

### 4.1 Gruppenunterschiede in der Symptomatik

Insgesamt werden innerhalb der Untersuchungssituation weniger Auffälligkeiten beobachtet, als von den Eltern berichtet werden. Dies entspricht den Beobachtungen von Döpfner und Mitarbeitern (1994) in ihrer Studie an drei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Auch dort wurden weniger Auffälligkeiten innerhalb der Untersuchungssituation als außerhalb erfaßt.

Die Anzahl der auffälligen Beurteilungen bzw. die Mittelwerte liegen niedriger als in der Stichprobe, welche aus drei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in der



Arbeit von Döpfner et al. (1994) beschrieben werden (61% innerhalb und 92% außerhalb). Dies gilt besonders für die Störungen des Sozialverhaltens. Begründet liegt dies in der Art unserer Stichprobe: Es handelt sich überwiegend um Kinder, die zwar Spezialschulen besuchen, die aber zum Untersuchungszeitpunkt nicht primär wegen ihrer Verhaltensprobleme in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt wurden. Trotzdem ist deutlich, daß häufiger als bei den Kindern der Kontrollgruppe klinisch relevante Auffälligkeiten beschrieben werden.

Die Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus ist am auffälligsten, wie an den Mittelwerten zu erkennen ist. Auch in der Beurteilung durch die Eltern lagen in einer Untersuchung mit dem CBCL die Kinder mit frühkindlichem Autismus im Vergleich zu der Gruppe der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen signifikant höher (Noterdaeme et al. 1999). Die Auffälligkeiten liegen in der Interaktion und Kommunikation, wie nicht anders zu erwarten. Es werden aber auch deutliche Störungen im Bereich „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“, „Stimmung und Affekt“ und bei den „Angststörungen“ beschrieben. Die Art der Störungen ist in der Gruppe der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen ganz ähnlich. Neben dem dominanten Verhalten (A 2.01), motorischer Unruhe (A3.02) und Aufmerksamkeitsstörung (A3.04) sind es auch die emotionalen Störungen, die häufig beschrieben werden.

Es zeigt sich, daß mit der Beurteilung des psychopathologischen Befundes psychiatrische Auffälligkeiten bei den Kindern mit Entwicklungsstörungen gut erfaßt werden können. Manche Auffälligkeiten lassen sich eher mit den für die jüngeren Kinder zusätzlich erhobenen Items erfassen.

#### 4.2 Sind zusätzliche Items im Befundbogen für Grundschulkinder sinnvoll?

Der psychopathologische Befund soll im klinischen Alltag eingesetzt werden, d.h. er darf nicht zu umfangreich sein, damit er in der Routine zuverlässig ausgefüllt werden kann. In dem neuen Bogen CASCAP-D (Döpfner et al. 1999) wurde die Anzahl der Items auf 98 reduziert und es wurden einige Items hinzugefügt, die besonders für die Beurteilung jüngerer Kinder relevant sind. Der Bogen ist weiterhin stark beeinflusst von den psychotischen Störungen, die in dem AMDP-Bogen für Erwachsene eine wesentliche Rolle spielen. Relevante Störungen gerade bei jüngeren Kindern im Vorschul- und jungen Schulalter und bei Kindern mit Entwicklungsstörungen sind weniger gut zu kodieren. Es ist daher wichtig zu fragen, ob es sinnvoll ist, für diese Gruppe einzelne Items zusätzlich aufzunehmen.

Das Item 1.10 „Autistische Störung der Interaktion“ kommt fast einer Diagnose gleich. Es wird daher bei auffälliger Interaktion nur dann angekreuzt, wenn die Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auch gestellt wurde. In dem neuen Bogen CASCAP-D wurde das Wort „autistisch“ gestrichen. An der Definition wurde nichts geändert. Die Aufgliederung in 4 Items (1.11-1.14) führt dazu, daß Auffälligkeiten im Blickkontakt, in der Mimik und Gestik z.B. außerhalb der Untersuchungssituation auch bei den Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen beobachtet werden. Eine „Beziehungsstörung zu Gleichaltrigen“ (\*A 1.13), die meist nur außerhalb der Untersuchungssituation zu beurteilen ist, wird auch bei den Kindern mit Sprachentwick-

lungsstörungen relativ häufig angegeben (7mal mit 2 oder 3 bewertet) und ist in dem bisherigen Bogen nicht erfaßt.

Unter den Symptomen, die zur Störung des Sozialverhaltens zusammengefasst sind, fehlt für die jüngeren Kinder ein Symptom, daß die „Aggressivität gegenüber Gegenständen, das Zerstören von eigenem oder fremdem Eigentum“ (\* 2.07) erfaßt. Dieses Symptom wird bei den Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen 4mal mit 2 oder 3 kodiert. Es ist nach unserer Erfahrung ein häufiges Symptom bei jüngeren Kindern mit Störungen im sozialen Bereich. Es wurde bereits unter 2.8 in den neuen Bogen CAS-CAP-D aufgenommen, bezieht allerdings nur das Zerstören fremden Eigentums ein.

Die „herabgesetzte Frustrationstoleranz“ (\* 3.05) ist ein typisches Merkmal vieler jüngerer Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten. Es ist weder unter der „Impulsivität“ einzuordnen noch unter den „Insuffizienzgefühlen“. Es ist in unserer Population nur 1mal mit 2 bewertet worden.

Bei den „Angststörungen“ wird im Glossar deutlich vermerkt, daß auf Angst nicht aus dem Ausdruck und Verhalten der Kinder geschlossen werden darf, sondern exploriert werden muß. Die einzelnen angegebenen Formen von Angst sind bei jüngeren Kindern und insbesondere den entwicklungsgestörten Kindern eher selten, während Angstzustände, die entweder mit einer neuen Situation (\*6.08) zusammenhängen oder für die es keinen nachvollziehbaren Anlaß (\*6.09) gibt, relativ häufig sind. Sie können meist nicht exploriert werden, sondern werden aufgrund des Ausdrucks und Verhaltens der Kinder angenommen. In neuen Situationen wurden sie sowohl für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen 7mal und in der Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus 4mal mit 2 oder 3 kodiert.

Das Item „quengelig, weinerlich“ (\* 7.14) entspricht in seiner Definition nicht dem Item „gereizt/dysphorisch“. Es fehlt die aggressiv getönte Komponente. Es trifft auch nicht zu unter der Definition von depressiv/traurig verstimmt. Es ist die Frage, ob es eines eigenen Items bedarf, oder ob durch Änderung des Glossars diese Verhaltensweisen, die typisch für jüngere Kinder sind, mit erfaßt werden könnten.

In der Merkmalsgruppe „Störungen von Stimmung und Affekt“ fehlt ein Item, das bei Kindern mit Behinderungen wichtig ist, das Störungsbewußtsein. Es handelt sich dabei nicht um ein allgemeines Insuffizienzgefühl, sondern um das Bewußtsein, eine Behinderung in einem Bereich zu haben, und durch dieses Bewußtsein daran gehindert zu sein, an altersentsprechenden Aktivitäten teilzunehmen. Man kann dieses Symptom aber auch weiter fassen und einschätzen, ob der Patient sein Verhalten oder seine Leistungsfähigkeit als abnorm empfindet, bzw. Störungs- oder Krankheitseinsicht zeigt.

Stark ritualisierte Verhaltensweisen, die zwanghaften Charakter haben, lassen sich unter den Zwangsstörungen (8) in der jetzigen Definition, die stark die Selbsteinschätzung betont, nicht kodieren, sie treten aber bei jüngeren Kindern, nicht nur bei denen mit frühkindlichem Autismus auf. Entweder ist es nötig, die Definition zu erweitern oder ein zusätzliches Item einzuführen.

Bei den Eßstörungen fehlt ein Symptom, das sich auf die Art der Nahrungsmittel bezieht, welche die Kinder essen. Es gibt Kinder, insbesondere solche mit frühkindlichem Autismus, die nur ganz bestimmte Nahrungsmittel zu sich nehmen, ohne daß

eine Gewichtsabnahme dabei eine Rolle spielt. Teilweise essen die Kinder nur breiige Kost oder ähnliches. Es handelt sich wieder um ein Symptom, das eher für jüngere Kinder zutrifft und kodiert werden sollte. Unter 9.2 des neuen Bogens CASCAP-D läßt sich zumindest die Einschränkung der Nahrungsmittel kodieren.

Die zusätzlich von uns beurteilten Items bringen weitere Information, die für die Einschätzung der Psychopathologie jüngerer Kinder von Bedeutung ist. Einige dieser Items sind inzwischen in den neuen europäischen Bogen aufgenommen worden. Trotzdem erscheint es nötig, den Bogen für jüngere Kinder weiter zu ergänzen oder Definitionen zu erweitern, um für diese Altersgruppe wesentliche Merkmale erheben zu können.

## Literatur

- Amorosa, H.; von Benda, U., Wagner, E. (1986): Die Häufigkeit psychiatrischer Auffälligkeiten bei 4 bis 8jährigen mit unverständlicher Spontansprache. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 14: 289-295.
- Bauer, A. (1972): Ein Verfahren zur Messung des für Bildungsverhalten relevanten sozialen Status (BRSS). Deutsches Institut für internationale Pädagogische Förderung. Frankfurt.
- Beitchman, J.; Nair, R.; Clegg, M.; Ferguson, B.; Patel, P. (1986): Prevalence of Psychiatric Disorders in Children with Speech and Language Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 25: 528-535.
- Berger, F.; Amorosa, H.; Scheimann, G. (1990): Psychiatrische Auffälligkeiten bei sprachauffälligen Kindern mit und ohne minimale zerebrale Dysfunktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18: 71-78.
- Cantwell, D.; Baker, L. (1987): Prevalence and Type of Psychiatric Disorder and Developmental Disorder in Three Speech and Language Groups. *Journal of Communication Disorders* 20: 151-160.
- Döpfner, M.; Berner, W.; Schwitzgebel, P.; Lehmkuhl, G. (1994): Dimensionen psychischer Störungen bei psychiatrisch auffälligen Kindern und Jugendlichen auf der Basis klinischer Beurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22: 299-317.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1997): Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46: 519-547.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Berner, W.; Flechtner, H.; Schwitzgebel, P.; von Aster, M.; Steinhausen, H.C. (1993): Die psychopathologische Befunddokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21: 90-100.
- Döpfner, M.; Berner, W.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H. (1999): Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Göttingen: Hogrefe.
- Englert, E.; Jungmann, J.; Lam, L. Poustka, F. (1998): Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum* 5: 129-146.
- Noterdaeme, M.; Minow, F.; Amorosa, H. (1999): Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27: 183-188.
- Noterdaeme, M.; Amorosa, H. (1998): Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 146: 931-937.
- World Health Organization (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen -ICD 10, Kapitel V (F). herausgegeben von Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. (Bern: Huber).

Anschrift der Verfasser/-innen: Prof. Dr. Hedwig Amorosa, Heckscher-Klinik München, Abteilung Solln, Wolfratshauser Str. 350, 81479 München.

## Anhang

### Zusätzliche Beurteilungen zum AMDP

#### 01 Störung der Interaktion

##### 1.11 Störung des Blickkontaktes, der Mimik, Gestik (F)

###### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient nimmt selten Blickkontakt auf, wenn er es tut, dann nur sehr flüchtig. Der P. sieht durch einen hindurch oder starrt einen an. Mimik, Körperhaltung und Gestik werden nicht zur Regulation sozialer Interaktion verwendet.

*Exploration:* Schaut der Patient Sie richtig an? Wie ist es mit anderen Menschen, die er kennt? Zeigt er Ihnen durch Mimik, Körperhaltung oder Gestik, daß er in Ruhe gelassen werden möchte, oder eine Situation angenehm findet?

##### 1.12 Situationsinadäquates Verhalten (F)

###### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der P. verhält sich sehr auffällig in vielen Situationen. Er stellt z.B. stereotyp immer die gleichen Fragen, wie „Wie heißt Du? Hast Du ein Auto?“ u.ä., ohne daß der Kontext und das Gegenüber einen Einfluß haben.

*Exploration:* Inwieweit verändert sich das Verhalten von P. in Abhängigkeit von der Situation oder den Menschen, die da sind? Verhält er sich häufiger sehr unpassend, ohne daß er provozieren will?

##### 1.13 Beziehungsstörung zu Gleichaltrigen (F)

###### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der P. zeigt kaum Interesse an anderen Kindern, manchmal reagiert er aggressiv, wenn sie zu laut sind oder seine eigene Tätigkeit stören. Kommt ein Spiel zustande, so handelt es sich um ein eingeübtes Regelspiel oder das andere Kind übernimmt die Führung entsprechend der Rolle eines Erwachsenen, der das Spiel leitet.

*Exploration:* Zeigt das Kind Interesse an anderen Kindern? Kommt ein Spiel mit anderen Kindern zustande?

Nur außerhalb der Untersuchungssituation

##### 1.14 Altersinadequate Interaktion (F)

###### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient verhält sich wie ein deutlich jüngeres Kind in der Form seiner Interaktion mit Erwachsenen. Bei Vorschulkindern tritt stark babyhaftes Verhalten auf. Bei Schulkindern ab der 2./3. Klasse steht oft eine auffallende Offenheit und Vertrauensseligkeit im Vordergrund, die nicht mit einer Distanzlosigkeit verwechselt werden darf. Meist sind die Kinder auch für ihr Alter viel zu unselbständig.

*Exploration:* Haben Sie den Eindruck, daß Ihr Kind im Vergleich mit Gleichaltrigen häufig zu vertrauensvoll mit anderen spricht, sich eher wie ein jüngeres Kind verhält?

#### 02 Störung des Sozialverhaltens

##### 2.07 Zerstören eigenen und/oder fremden Eigentums (F)

###### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Das Kind zerstört häufig seine eigenen Spielsachen, Bilder, Möbelstücke oder Eigentum anderer Familienmitglieder oder anderer Kinder.

*Exploration:* Macht das Kind häufig eigene Spielsachen, eigene Bilder oder Gegenstände, die es gebastelt hat, kaputt?

### 03 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle

#### 3.05 Herabgesetzte Frustrationstoleranz (F)

*Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der P. gibt bei Schwierigkeiten sofort auf. Schon kleine Mißerfolge führen zu Gereiztheit, Aggressivität oder Rückzug und Selbstherabsetzung. Bedürfnisse müssen sofort erfüllt werden.

*Exploration:* Gibt Ihr Kind bei Schwierigkeiten schnell auf. Muß es alles sofort haben?

### 05 Störungen des Sprechens und der Sprache

#### 5.08 Störungen der Kommunikation (F)

*Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient setzt vorhandene Sprache, Gesten, Mimik nicht zur Kommunikation ein, nur unmittelbare Bedürfnisse werden mitgeteilt. Der Patient weist nicht auf etwas Gesehenes hin, berichtet nicht über Erlebnisse.

*Exploration:* Wie macht Ihr Kind Ihnen verständlich, was es will? Was teilt es Ihnen mit? Erzählt es Ihnen von Erlebnissen?

#### 5.09 Echolalie oder ideosynkratischer Wortgebrauch (F)

*Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der P. wiederholt häufig Äußerungen, die er von anderen direkt vorher oder auch früher gehört hat. Seine Sprache besteht fast ausschließlich aus solchen Wiederholungen. Der Patient hat eigene Wortschöpfungen für spezifische Begriffe oder er verwendet ein Wort systematisch für einen anderen Begriff, obgleich er die richtige Bedeutung kennt.

*Exploration:* Wiederholt Ihr Kind häufig Äußerungen, die es von Ihnen hört? Gebraucht es Wörter, die es selbst erfunden hat?

#### 5.10 Andere qualitative Abweichungen des Sprechens (F)

*Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient spricht auffallend hoch oder tief, die Sprechmelodie und die Betonung wirken auffällig, gestelzt oder maniert, das Sprechtempo ist auffallend langsam oder schnell oder wechselt stark.

*Exploration:* Ist Ihnen an der Art wie P. spricht etwas aufgefallen? Ist die Sprechmelodie anders als bei anderen Kindern?

### 06 Angststörungen

#### 6.08 Angst vor neuen Situationen (F)

*Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient zeigt extreme panikartige Angst in neuen Situationen, weigert sich z.B. fremde Räume zu betreten und läßt sich auch nicht durch vertraute Personen beruhigen. Die Erregung geht deutlich über die Ängstlichkeit und Schüchternheit jüngerer Kinder in neuen Situationen hinaus. Sie hat einen panischen Charakter.

*Exploration:* Wie reagiert der Patient in neuen, ungewohnten Situationen?

### 6.09 Nicht nachvollziehbare Ängste (F)

#### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Es treten massive Ängste vor alltäglichen Situationen auf, die keinen erkennbaren Auslöser haben, und die Tage oder Wochen anhalten können. Soweit erkennbar, besteht keine Einsicht dafür, daß die Angst unbegründet ist.

*Exploration:* Zeigt der Patient ausgeprägte Ängste vor bestimmten Situationen, ohne daß für Sie ein Auslöser erkennbar ist?

## 07 Störungen von Stimmung und Affekt

### 7.14 Quengelig, weinerlich (F)

#### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Der Patient ist meist quengelig und weinerlich, ohne daß er unbedingt gereizt oder aggressiv sein muß. Dieses Verhalten bestimmt weite Teile der Untersuchung bzw. des Tagesablaufs. Diese Kategorie ist für Kinder ohne oder mit wenig Sprache wichtig, da „klagsam“ Sprache voraussetzt.

*Exploration:* Ist Ihr Kind häufig weinerlich oder quengelig?

### 7.15 Störungsbewußtsein (F)

#### *Stark ausgeprägte Symptomatik:*

Das Kind zeigt sehr deutlich, daß es sich seiner Störung bewusst ist (z.B. Sprachstörung, motorische Ungeschicklichkeit, etc.). Es will nicht über die Störung reden. Streitet die Schwierigkeiten ab. Vermeidet gezielt Situationen, in denen seine Störung, Behinderung deutlich würde.

## 08 Zwangsstörungen

### 8.04 Stark ritualisiertes, zwanghaftes Verhalten (F)

#### *Stark ausgeprägtes Verhalten:*

Viele Verrichtungen des Tages sind ritualisiert. Können diese Rituale nicht durchgeführt werden, gerät der Patient in Erregung. Ebenso müssen z.B. Gegenstände in ganz bestimmter Weise angeordnet sein.

*Exploration:* Müssen tägliche Verrichtungen wie Waschen oder Ins-Bett-gehen immer in gleicher Weise erfolgen? Was passiert, wenn Sie die Reihenfolge verändern? Müssen Gegenstände im Zimmer des Kindes immer an der gleichen Stelle liegen?

## 09 Eßstörungen

### 9.09 Patient ißt nur bestimmte Speisen (F)

Patient ißt nur bestimmte Speisen oder Getränke, kaut nicht, beißt nicht ab, ohne erkennbare Ursache.

*Stark ausgeprägte Symptomatik:* Der Patient isst nur ganz bestimmte Speisen, z.B. nur Gemüsegeläse von Hipp oder Pudding einer bestimmten Firma. Manche Patienten essen nur feinpürierte Kost, ohne daß eine erkennbarer Grund dafür vorliegt.

*Exploration:* Ist der Patient weitgehend altersgemäß oder ist er sehr heikel mit dem Essen?