

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
Charité, Campus Virchow Klinikum – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Klassifikation psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter  
Ein Vergleich dimensionaler und kategorialer Systeme

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Verena Komanek

aus Duisburg

Gutachter: 1. Prof. Dr. U. Lehmkuhl  
2. Prof. Dr. B. Klapp  
3. Prof. Dr. K. von Klitzing

Datum der Promotion: 22. Februar 2008

## Zusammenfassung

Dimensionale und kategoriale Methoden ergänzen sich bei der Klassifikation von Säuglingen und Kleinkindern mit Verhaltensauffälligkeiten. In dieser Studie wird der prädiktive Wert der Syndromskalen der dimensional Child Behavior Checklist für Vorschulkinder (CBCL 1½-5) in Bezug auf kategoriale Diagnosen nach ICD-10 und DC:0-3R untersucht. Ein signifikanter Zusammenhang würde die Konstruktvalidität beider Methoden erhärten.

Die Daten von 134 Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten, die von September 2001 bis April 2006 in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité vorgestellt worden sind, wurden analysiert. Zwei Drittel der Kinder sind männlich, ein Drittel ist weiblich. Die Altersverteilung der Patienten liegt zwischen 18 und 59 Monaten. Für etwa 45 % der Kinder ist eine Klassifikation mit ICD-10 Kriterien nicht möglich. Nach den Kriterien der DC:0-3R gilt dies nur für einen geringen Anteil von zehn Prozent.

Regressionsanalysen zeigen hohe prädiktive Werte der CBCL-Skala *Sozialer Rückzug* in Bezug auf die Diagnose Autismus nach DC:0-3R- Kriterien. Die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* zeigt eine gute Vorhersagewahrscheinlichkeit in Bezug auf die Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv nach DC:0-3R (ADHS-ähnlicher Symptomkomplex). Gleiches gilt für die Skala *Ängstlich-Depressiv* in Bezug auf emotionale und affektive Störungen nach ICD-10. Eingeschränkten prädiktiven Wert besitzt die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* in Bezug auf Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10- Kriterien. Der Gesamtproblemscore der CBCL 1½-5 hat keinen prädiktiven Wert für eine der diagnostischen Entitäten.

---

*Schlüsselwörter: Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, Child Behavior Checklist, Diagnostische Klassifikation 0-3R, dimensionale Klassifikation, kategoriale Klassifikation*

## Abstract

Dimensional and categorical methods complement one another in the classification of toddlers and young children with behavioural and emotional disorders.

The syndrome scales of the Child Behavior Checklist for preschool children (CBCL 1½-5) were exerted to derive a predictor for categorical diagnoses using criteria of ICD-10 and Diagnostic Classification 0-3 Revised (DC:0-3R). A significant correlation would improve construct validity of both methods.

Data of 134 children referred to the infant mental health unit of the Charité university hospital has been analyzed. Parents completed the CBCL 1½-5 questionnaire at the initial appointment. Clinical diagnoses were assorted by associates of the clinic using ICD-10 and DC:0-3R criteria. Two third of the sample is male, one third is female. The age of the patients ranges from 18 to 59 months.

Results show high predictive values of the CBCL scale *withdrawn* regarding autism according to DC:0-3R criteria. So does the *attention problem* scale regarding the regulation disorder stimulationseeking/impulsive (ADHS-like-complex) according to DC:0-3R. The *anxious-depressive* scale shows significant predictive power for emotional and affective disorders according to ICD-10. Oppositional Defiant Disorder pursuant to ICD-10 could be predicted by the syndrome scales *externalizing problems*. The CBCL 1½-5 total problem score seems to be ineffective to detect children with disorders in a clinical population.

---

*Keywords: infant psychiatry, toddlers, Child Behavior Checklist, Diagnostic Classification 0-3R, dimensional classification, categorical classification*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>I</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>II</b>
<b>Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>1</b>
1 Klassifikation psychischer Störungen .....	1
1.1 Kategoriale Klassifikationssysteme.....	2
1.1.1 ICD-10 .....	3
1.1.2 DC:0-3R.....	5
1.2 Dimensionale Klassifikationssysteme .....	7
1.2.1 CBCL.....	8
1.3 Vor- und Nachteile kategorialer und dimensionaler Modelle .....	10
1.4 CBCL und kategoriale Diagnosen .....	11
2 Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie.....	14
2.1 Exkurs: Die „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ der Charité .....	18
3 Fragestellung und Ableitung der Hypothesen .....	19
<b>Methoden .....</b>	<b>22</b>
4.1 Procedere .....	22
4.2 Stichprobe .....	22
4.3 Instrumente .....	23
4.3.1 Dimensionale Diagnostik: CBCL 1½-5 und C-TRF .....	23
4.3.2 Kategoriale Diagnostik: ICD-10 und DC:0-3R.....	26
4.3.3 FAI.....	28
4.4 Auswertung der Daten/ statistische Verfahren .....	29
<b>Ergebnisse.....</b>	<b>31</b>
5.1 Deskriptive Ergebnisse .....	31
5.1.1 Diagnosen .....	31
5.1.2 FAI.....	33
5.1.3 CBCL 1½-5 und C-TRF .....	35

5.2 Hypothesenprüfende Statistik.....	38
5.2.1 CBCL 1½-5 und kategoriale Diagnosen.....	38
5.2.2 CBCL 1½-5 und C-TRF – Korrelation und Interrater-Reliabilität.....	43
<b>Diskussion.....</b>	<b>45</b>
6.1 Deskriptive Ergebnisse.....	45
6.2 Hypothesenprüfende Statistik.....	49
6.2.1 CBCL 1½-5 und kategoriale Diagnosen.....	49
6.2.1.1 Limitierungen.....	52
6.2.2 CBCL 1½-5 und C-TRF.....	53
6.3 Zusammenfassung.....	54
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>56</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>63</b>
Tabellenverzeichnis.....	63
Abbildungsverzeichnis.....	63
Fallbeispiel Ole, 36 Monate.....	64
Fallbeispiel Angelina, 20 Monate.....	66
<b>Danksagung.....</b>	<b>69</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>70</b>

# Theoretischer Hintergrund

## 1 Klassifikation psychischer Störungen

Die Klassifikation psychischer Störungen und Erkrankungen dient dazu, Störungsmuster voneinander abzugrenzen und nach übergeordneten Gesichtspunkten der Ähnlichkeit zu gruppieren (Remschmidt, 2004).

Die Einordnung von Störungsbildern in Kategorien im Sinne einer einheitlichen Nomenklatur erleichtert die Verständigung zwischen denjenigen, die mit psychisch kranken Menschen jedweden Alters arbeiten. Klassifikation dient ferner der Dokumentation und ermöglicht vergleichende Forschung. Dem ursprünglichen, medizinischen Verständnis der Klassifikation von Krankheiten liegen ätiopathogenetische Annahmen zu Grunde (Scharfetter, 2002), die ihre Sinnhaftigkeit dadurch erlangen, dass ihnen therapierelevante Überlegungen folgen. Die Zuordnung eines klinischen Erscheinungsbildes zu einer spezifischen Diagnose ist somit eine Voraussetzung für die richtige Behandlung. Demnach ist das Ziel der Klassifikation nicht die korrekte Diagnose selbst, sondern die bestmögliche Behandlung des Patienten, der ein Entscheidungsprozess vorangestellt ist, deren erster Schritt in der Diagnosefindung liegt (Bertelsen, 1999).

Zur Darstellung von Symptomen als „kleinste beschreibbare Untersuchungseinheit in der Psychiatrie“ (Scharfetter, 2002) existieren grundsätzlich zwei verschiedene Ansätze. Das kategorial-medizinische und das dimensional-psychometrische Modell (Döpfner und Lehmkuhl, 1997; Kasius et al., 1997; McGuire et al., 2000).

Dem kategorialen Ansatz liegt die Annahme zu Grunde, psychische Störungen verhielten sich wie Krankheitsentitäten in der Medizin allgemein und seien demnach klar voneinander abgegrenzte Einheiten. Die *Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)* (World-Health-Organisation, 1992) und das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)* (American-Psychiatric-Association, 1994) als die beiden wichtigsten gebräuchlichen Klassifikationssysteme medizinischer und damit auch psychischer Störungen beruhen auf kategorialen Annahmen.

Der dimensionale Ansatz basiert auf rein psychometrisch gewonnenen Daten und beschreibt Psychopathologie mehr als quantitative Abweichungen von der Norm denn als eigenständige Störungskategorien (Edelbrock und Costello, 1988). Beide Ansätze werden im

Folgenden näher dargestellt und mit Beispielen erläutert. Die Vor- und Nachteile beider Modelle werden anschließend diskutiert.

## 1.1 Kategoriale Klassifikationssysteme

Das griechische Wort κατηγορία bedeutet „Klage“, „Beschuldigung“ und „Grundaussage“, aber auch „Klasse“ und „Kategorie“. Mit Hilfe von Kategorien werden Dinge aufgrund bestimmter Merkmale mit dem Ziel der Abgrenzung zu Dingen mit anderen Merkmalen eingeordnet. Sie werden klassifiziert oder kategorisiert. Der Terminus *kategoriale Klassifikation* stellt somit streng genommen ein Oxymoron dar. Termini wie *kategoriale Psychopathologie* (Scharfetter, 2002) oder allgemeinere Formulierungen wie *kategoriale Modelle* oder *Ansätze* erscheinen daher sinnvoller.

Kategoriale Einteilung von psychischen Störungen setzt die Homogenität aller Mitglieder einer diagnostischen Kategorie voraus (Döpfner und Lehmkuhl, 1997). Der Patient wird mit Hilfe von klinischen Interviews sowie körperlichen, apparativen oder Laboruntersuchungsmethoden ausgehend von dem Vorhandensein einer ätiopathologischen Gemeinsamkeit in eine Kategorie eingeteilt, die ihn von Patienten mit anderen Krankheitssymptomen abgrenzt.

Die Einführung der ICD und des DSM bedeutete eine große Neuerung in der klinischen Psychiatrie (Bertelsen, 1999). Zuvor basierten Klassifikationen auf Beschreibungen von prototypischen Fallbeispielen mit Angaben über vermutete Ätiologien. Die Einführung von rein deskriptiven, klar voneinander abgegrenzten Kategorien mit erwiesenen Reliabilitäten, die in nationalen und internationalen Studien überprüft wurden, verbesserte nicht nur die klinische Nutzbarkeit, sondern ermöglichte auch erstmals vergleichende Forschung. Insofern stellt die Einführung der ICD-10 (1992) und des DSM-III beziehungsweise -IV 1994 einen Paradigmenwandel in der Klassifikation psychischer Störungen dar. Beide Systeme benutzen konkrete Kriterien wie Symptome, Angaben zum zeitlichen Verlauf und Schweregradeinteilungen und ermöglichen anhand von Ein- und Ausschlusskriterien einen Algorithmus zur Diagnosefindung. Die Diagnostik wird auf diese Weise operationalisiert. Der deskriptive Ansatz erleichtert die Orientierung an wissenschaftlichen Zielen und ermöglicht eine breite Anwendung der Systematik durch unterschiedliche Berufsgruppen zu klinischen, administrativen und wissenschaftlichen Zwecken. In den folgenden zwei Kapiteln werden die beiden für diese Arbeit wichtigen kategorialen Ansätze, die ICD-10 und die Diagnostische Klassifikation Zero to Three

Revised (DC:0-3R), vorgestellt. Die Nachteile der kategorialen Modelle werden in Kapitel 1.3 diskutiert.

### 1.1.1 ICD-10

Die ICD-10 (World-Health-Organisation, 1992) wird weltweit zur Klassifikation von Krankheiten benutzt und ist, neben dem DSM-IV, das gängigste Diagnoseschema. Psychische Störungen werden innerhalb von zehn Diagnosegruppen in Kapitel V (psychische und Verhaltensstörungen) kodiert.

**Tabelle 1:** Diagnosekategorien psychischer Störungen der ICD-10 nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2001)

ICD-10 Code	Diagnosegruppen
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Unter den in der Tabelle 1 genannten Gruppen befinden sich auch Störungsbilder, die schon im Kindes- und Jugendalter manifest werden. Zu nennen sind: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31), depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (F32, F33), anhaltende affektive Störungen (F34), Zwangsstörungen (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F44), somatoforme

Störungen (F45), Essstörungen (F50), nicht-organische Schlafstörungen (F51), Persönlichkeitsstörungen (F60, F61), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität (F64) sowie der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66).

In den Kategorien F 80 und F 90 sind kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder eingeordnet. Die dort subsumierten Störungsbilder weisen folgende Gemeinsamkeiten auf. Sie beginnen ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit, sie stellen eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen dar, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind und sie sind in ihrem Verlauf stetig und ohne Remissionen oder Rezidive. Die Symptomatik kann mit zunehmendem Alter schwächer werden, sie besteht meist vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt.

Die in Kapitel F90-98 genannten emotionalen und Verhaltensstörungen haben als Gemeinsamkeit den Beginn in Kindheit und Jugend. Dazu gehören Hyperkinetische Störungen (F 90), Störungen des Sozialverhaltens (F 91), Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92), Emotionale Störungen des Kindesalters (F 93), Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 94), Ticstörungen (F 95) und so genannte Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 98).

Zur Kodierung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen liegt außerdem eine Erweiterung in Form des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) der ICD-10 vor (Remschmidt et al., 2006). Die aktuell gültige vierte Auflage, die in der ersten Auflage 1977 erschien, wird in vielen Ländern zur wissenschaftlichen Verständigung genutzt.

Grundlage der multiaxialen Bewertung psychischer Störungen ist die Annahme, dass sich die für das Krankheitsbild relevanten Faktoren nicht in einer gemeinsamen Diagnose zusammenfassen lassen. Mehrfach-Klassifikationen, wie sie in der ICD vorgesehen sind, können zu Verwirrungen bezüglich der Relevanz der einzelnen Diagnosen und zu unterschiedlichen Interpretationen führen. Das Konzept der ICD sieht vor, die Anzahl der Kodierungen einheitlich zu halten, die Kodierungen stets auf die gleichen Elemente der Diagnose zu beziehen und die Reihenfolge der Achsen stets beizubehalten. Die Achsen sind so beschaffen, dass sie möglichst eindeutige und klinische relevante Informationen für eine größtmögliche Anzahl von Fällen aufweisen. Die streng kategoriale Zuordnung des ICD- Schemas wird in diesem Ansatz um die dimensionale Ebene (der Achsen) erweitert (Döpfner und Lehmkuhl, 1997). Auf den sechs Achsen ist es möglich, ätiologisch bedeutsame Faktoren und aktuelle psychosoziale Konditionen zu beschreiben und so den Patienten als Individuum innerhalb seiner ihm eigenen Umgebung zu betrachten.

Auf der ersten Achse wird das klinisch- psychiatrische Syndrom abgebildet. Auf der zweiten Achse können umschriebene Entwicklungsstörungen wie Sprach-, Lese- und Rechtschreibstörungen oder motorische Defizite kodiert werden. Kodierungen, die in allgemeineren Diagnosen wie z.B. geistigen Behinderungen aufgehen, werden hier nicht zusätzlich angegeben. Auf der dritten Achse wird das Intelligenzniveau, entweder nach psychometrischer Erfassung oder klinischer Einschätzung, in der üblichen Einteilung abgebildet. Auf der vierten Achse werden somatische Krankheitsbilder kodiert, unabhängig davon, ob ihnen ursächliche Faktoren für die Diagnose auf der ersten Achse zugesprochen werden oder nicht. Die Kodierung erfolgt ebenfalls nach der ICD-Systematik. Auf der fünften Achse werden assoziierte abnorme psychosoziale Umstände, wie zum Beispiel psychische Störungen von Angehörigen, elterliche Überfürsorge, abweichende Elternsituation, akut belastende Lebensereignisse wie Tod, Migration oder institutionelle Erziehung angegeben. Auf Achse sechs erfolgt die kompetenzbezogene Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, im Sinne einer global zusammenfassenden Bewertung der durch die psychische Störung entstandenen Konditionen. Hier wurde die Bewertung an die DSM-Systematik angelehnt und umfasst eine achtstufige Skala. Diese reicht von herausragender sozialer Funktion in allen Bereichen bis hin zur tiefen und durchgängigen Beeinträchtigung in allen Bereichen mit ständiger Betreuung und völligem Fehlen von Kommunikation.

### **1.1.2 DC:0-3R**

Die DC:0-3R wurde als multiaxiales Diagnosesystem zur Klassifikation psychischer Auffälligkeiten für das Altersspektrum von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr konzipiert (Zero-to-Three, 2005).

Die Schwierigkeiten bei der Einschätzung von kleinen Kindern mit den herkömmlichen Klassifikationssystemen wie ICD-10 und DSM-IV führte zur Entwicklung einer Taxonomie, die in einem höheren Maße entwicklungspsychologische Zusammenhänge und altersspezifische Besonderheiten von Säuglingen und Kleinkindern berücksichtigt. Sie basiert auf einem Expertenkonsensus, der *Task Force on Diagnostic Classification in Infancy*, deren Ziel es ist, eine gemeinsame Sprache für alle, die mit verhaltengestörten Kindern dieser Altersspanne arbeiten, zu entwickeln. Die im Jahr 1999 erschienene Erstfassung wurde überarbeitet und ist aktuell in der zweiten, revidierten, Fassung gültig. Ausgehend vom aktuellen Expertenkonsens enthalten die Kategorien Beschreibungen von Symptomen und Verhaltensmustern und beruhen sowohl auf pathophysiologischen Prozessen als auch auf ätiologischen Annahmen. Die Autoren

verstehen die Klassifikation als Grundkonzept, das auf empirischer Forschung basiert und durch nachfolgende Studien stetig weiterentwickelt und verfeinert werden soll.

Das fünfachsige, kategoriale System dient der systematischen Beschreibung und Kategorisierung psychischer Auffälligkeiten (siehe Tabelle 2). Auf der ersten Achse wird die primäre Diagnose unter Verwendung der üblichen Kategorien klassifiziert. Auf der zweiten Achse wird die Art der Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson innerhalb von sechs Unterkategorien beurteilt. Diese *Parent- Infant Relationship Global Assessment Scale* (PIR-GAS) wird auf einer Schweregradskala von 10 (misshandelnd) bis 100 (gut adaptiert, ausgewogen) bewertet. Auf der dritten Achse werden medizinische und entwicklungsbezogene Diagnosen kodiert. Die vierte Achse beschreibt psychosoziale Stressoren und die fünfte Achse dient der Einschätzung des funktionell-emotionalen Entwicklungsstandes.

**Tabelle 2:** Schematische Darstellung des multiaxialen Systems der DC:0-3R (Zero-to-Three, 2005) im Vergleich zu dem der ICD-10 (World-Health-Organisation, 1992)

<b>Achse I:</b> Primäre Diagnose	100 Posttraumatische Stresstörung Deprivation/ Misshandlung 200 Affektstörungen 300 Anpassungsstörung 400 Regulationsstörungen 500 Schlafverhaltensstörung 600 Essverhaltensstörung 700 (tiefgreifende) Entwicklungsstörungen
<b>Achse II:</b> Klassifikation der Beziehung	Überinvolvierte Beziehungsstörung Unterinvolvierte Beziehungsstörung Ängstlich- vermeidende Beziehungsstörung Zornig- feindselige Beziehungsstörung Körperlich- missbrauchende Beziehungsstörung Sexuell- missbrauchende Beziehungsstörung
<b>Achse III:</b> Medizinische Probleme	Beschrieben mit ICD-10 (4. Achse)
<b>Achse IV:</b> Psychosoziale Belastung	Analog 5. Achse ICD-10
<b>Achse V:</b> Funktionell-emotionale Entwicklung	Nicht vorhanden in ICD-10

Die DC:0-3R berücksichtigt die schnellen Veränderungen in der sozioemotionalen Entwicklung dieser Altersgruppe, die Relevanz und Qualität des Beziehungssystems des Kindes, individuelle Unterschiede in der motorischen, sprachlichen, emotionalen, kognitiven und interaktiven Entwicklung sowie den Einfluss der Betreuung und Fürsorge auf die seelische Gesundheit des Kindes und seine Entwicklung. Für die Diagnosevergabe werden also nicht nur die kindlichen Symptome und Verhaltensweisen, sondern alle für das Kind relevanten Bereiche

herangezogen. Diese umfassen die individuelle Entwicklungsgeschichte des Kindes, das Familienleben, Muster des Zusammenlebens in Kultur und Gemeinschaft, die Eltern als Individuen, die Beziehung zwischen primärer Pflegeperson und Kind, konstitutionell-reifebedingte Charakteristika des Kindes sowie Muster des Affekts, der Sprache, der Wahrnehmung, der Sensorik und der Motorik. Der Einfluss dieser Bereiche auf die zugrunde liegende Psychopathologie des Kindes wird betont. Es wird davon ausgegangen, dass der Fokus für interventionsorientiertes Arbeiten nicht nur auf vorhandene Symptome gelenkt werden muss, sondern auch auf Bedingungen, die zu diesen geführt haben (Emde et al., 1993). Mit der DC:0-3R soll ein diagnostisches Profil des Kindes erstellt werden, in dem zum einen Einflüsse sichtbar werden, die zum Entstehen oder der Aufrechterhaltung von Problemen des Kindes beitragen, zum anderen werden gleichzeitig die Bereiche herausgestellt, innerhalb derer Interventionen erforderlich sind. Die DC:0-3R soll andere gebräuchliche Diagnosesysteme ergänzen. Wenn eine Diagnosevergabe mit Hilfe von ICD-10 oder DSM-IV möglich ist, so soll die Störung dort vorrangig klassifiziert werden. Die DC:0-3R soll diese Diagnose um die oben genannten, in den herkömmlichen Systemen nicht abgebildeten Bereiche, vervollständigen. Die DC:0-3R soll neben der klinischen Klassifikation psychischer Störungen der diagnostischen Evaluation dienen und kommt damit in verschiedensten, interdisziplinären Kontexten zum Einsatz.

Sowohl Reliabilität als auch Validität des Klassifikationssystems sind bisher nur eingeschränkt überprüft worden (Weston et al., 2003). Kritik gilt der Begründung auf einen Expertenkonsens. Weiterhin wird die unzureichende empirische Forschung bemängelt (Rescorla, 2005). Trotz dieser Limitierungen bietet die DC:0-3R einen gelungenen Ansatz, um psychopathologisches Verhalten im Säuglings- und Kleinkindalter zu kodieren, und sollte daher in zukünftigen Studien zu weiterer Forschung eingesetzt werden (Zeanah et al., 1997).

## **1.2 Dimensionale Klassifikationssysteme**

Der Terminus *dimensionale Klassifikation* stellt unter philologischem Aspekt eigentlich ein Paradoxon dar. Dimensionale Modelle gehen davon aus, dass Verhalten nicht in klar voneinander abgrenzbare Kategorien eingeteilt werden kann, sondern dass es sich um kontinuierlich verteilte Erscheinungen ohne eindeutig bestimmbare Grenzen handelt, wie dies für psychopathologische Phänomene wie Angst, Aggression, Depression oder Hyperaktivität angenommen wird (Döpfner und Lehmkuhl, 1997).

Verhaltensdimensionen sind das Ergebnis empirischer Forschung. Informationen, zumeist durch die Auswertung psychometrischer Fragebögen gewonnen, werden durch statistische

Verfahren (vor allem Faktorenanalysen) zu spezifischen Dimensionen psychischer Störungen reduziert. Diese werden anschließend in Relation zu einer Normstichprobe gesetzt. Es wird von normal verteilten Merkmalen ausgegangen. Zwischen dem Wert „sehr auffällig“ und dem Wert „vollkommen unauffällig“ kann im Prinzip jeder beliebige Wert angenommen werden.

### 1.2.1 CBCL

Das international am weitesten verbreitete, dimensionale Verfahren zur Einschätzung kindlicher Auffälligkeiten ist die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (Achenbach, 1966; Achenbach, 1991; Achenbach et al., 1987; Achenbach und Rescorla, 2001; Achenbach und Rescorla, 2003; Achenbach und Rescorla, 2000). Diese wird in diesem Kapitel näher dargestellt. Weitere Informationen zu Aufbau und Anwendung der CBCL finden sich in Kapitel 4.2.1.

Die CBCL ist Teil des am ASEBA- Institut (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) in Burlington, USA entwickelten Systems von Fragebögen (Achenbach, 1991; Achenbach und Rescorla, 2001; Achenbach und Rescorla, 2003; Achenbach und Rescorla, 2000; Bérubé und Achenbach, 2006). Gründer dieses Institutes ist T. M. Achenbach, Psychologe und Psychiater, der seit 1980 an der Universität von Vermont in Burlington, USA tätig ist. Grundlage für dieses weltweit umfangreichste System zur Erfassung von psychopathologischem Verhalten ist ein dimensionales Verständnis von Psychopathologie. Generell werden mit der ASEBA-Methodik folgende Ziele verfolgt. Es soll eine umfassende Problembeschreibung des Verhaltens von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen innerhalb großer Stichproben ermöglicht werden. Mittels multivariater statistischer Korrelationsanalysen werden häufig auftretende Symptomkonstellationen identifiziert und auf so genannten Syndromskalen abgebildet. Mit Hilfe von Berichten über Fähigkeiten und die Einbindung in soziale Beziehungen, Schule und Arbeit soll die Einschätzung von Kompetenzen und Ressourcen möglich gemacht werden (Kompetenzskalen). Es werden Skalen konstruiert, mit denen die individuellen Profile jedes einzelnen mit Stichproben, genormt nach Alter und Geschlecht, verglichen werden können.

Für praktisch jedes Alter (von 18 Monaten bis über 90 Jahren) stehen Fragebögen zur Verfügung, mit denen auffälliges Verhalten in Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren abgebildet werden kann. Über 6000 internationale Publikationen, zu denen jährlich circa 450 hinzukommen, zeugen von der Bedeutsamkeit des Systems. Durch die Übersetzung der Fragebögen in mehr als 60 Sprachen werden interkulturelle Vergleiche möglich (Crijnen et al., 1997; Verhulst und Achenbach, 1995). Die weitgehende Übereinstimmung der durch

Faktorenanalyse erster und zweiter Ordnung generierten Syndromskalen innerhalb aller existierenden Fragebögen macht sowohl Querschnitts-, zum Beispiel als Vergleich zwischen verschiedenen Beurteilern (Interrater-Reliabilität), als auch Längsschnittuntersuchungen, also Betrachtung eines Individuum über einen längeren Zeit- beziehungsweise Lebensabschnitt, möglich.

Die *Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist* konnte für die Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18), Fragebogen für Jugendliche (YSR) und den Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen für deutsche Stichproben bestätigen. Deutsche Normierungen der weiteren Versionen (Fragebogen für junge Erwachsene und Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener) liegen noch nicht vor. Einen Überblick über die aktuell gültigen Fassungen in deutscher Übersetzung gibt Tabelle 3.

**Tabelle 3:** Aktuelle deutschsprachige Fassungen der CBCL (Döpfner, 1998a; Döpfner, 1998b; Döpfner, 2002a; Döpfner, 2002b; Döpfner und Melchers, 1993; Döpfner et al., 1998a; Döpfner et al., 1998b)

<b>CBCL- Fassung</b>	<b>Alter in Jahren</b>	<b>Informant</b>
<b>CBCL 1½-5</b>		
Elternfragebogen über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern	1,5 – 5	Eltern
<b>C- TRF</b>		
Erzieherfragebogen über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern	1,5 – 5	Erzieher, Kindergärtner
<b>CBCL 4-18</b>		
Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	4 - 18	Eltern
<b>TRF</b>		
Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	5 - 18	Lehrer
<b>YSR</b>		
Fragebogen für Jugendliche	11 - 18	Jugendliche
<b>YASR</b>		
Fragebogen für junge Erwachsene	18 - 30	Junge Erwachsene
<b>YABCL</b>		
Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener	18 - 30	Eltern junger Erwachsener

Die für diese Arbeit benutzte Fragebogenversionen für Klein- und Vorschulkinder, die CBCL 1½-5 und C-TRF, wurden im amerikanischen Original im Jahr 2000 veröffentlicht und ersetzen die vorherigen Versionen CBCL 2-3 (Achenbach und Rescorla, 2000). Unter entwicklungspsychologischen Aspekten schien es den Autoren sinnvoll, das Vorschulalter vom Schulalter abzugrenzen und daher die Altersgruppe der Eineinhalb- bis Fünfjährigen (18 bis 60

Monate) zusammenzufassen. Die Skalenbildung der CBCL 1½-5 erfolgte mittels faktorenanalytischer Untersuchungen, basierend auf Daten der *National Survey of Children, Youth and Adults*, einer amerikanischen Feldstichprobe von 1728 Kindern. Die amerikanische Normierung stützt sich auf eine nicht behandelte Stichprobe von 700 Kindern. Für die deutschen Versionen werden zurzeit noch die Normen der amerikanischen Stichprobe übernommen. Faktorenanalytische Untersuchungen und Kontrolle der internen Konsistenzen der Skalen sind Gegenstand laufender Studien.

### **1.3 Vor- und Nachteile kategorialer und dimensionaler Modelle**

Kategorien sind klinisch sinnvoll. Im klinischen Alltag sind sie auf den ersten Blick einfacher zu nutzen als Verhaltensdimensionen, da mittels einer Diagnose anschaulich und prägnant eine Fülle von Informationen geliefert wird. Die in der Diagnose als Endprodukt einer kategorialen Zuordnung enthaltenden Informationen sind konkrete Angaben über die Art der Symptome, ihren Beginn und Verlauf und auch Aussagen zu Ätiologie und Pathogenese der entsprechenden Diagnose. Diese zusätzlichen Informationen der kategorialen Diagnose sind ein Vorteil gegenüber empirischen Dimensionen. Dies trifft gerade bei psychopathologischen Symptomen zu, wo unterschiedliche Auslöser zu gleichem pathologischen Verhalten führen können. Bei vielen psychischen Störungen sind Ätiologie und Pathogenese jedoch nur unzureichend bekannt, so dass eine Einteilung aufgrund dieser Kriterien fragwürdig erscheint. Auch die hohe Anzahl komorbider Störungen psychiatrischer Diagnosen stellt die Vorstellung von einzelnen, diskreten Krankheitsentitäten in Frage (Widiger, 2005). So betrachten Döpfner und Lehmkuhl (1997) Komorbidität als ein zentrales Problem kategorialer Systeme. Der Nachteil besteht unter anderem darin, dass komorbide Symptome nicht hierarchisch klassifiziert werden können, sondern stattdessen multiple Diagnosen vergeben werden müssen. Mit Hilfe von dimensional Modellen werden psychopathologische Symptome als definierter Punkt des auf der entsprechenden Dimension dargestellten Verhaltens beschrieben. Die Abgrenzung erfolgt durch quantitative Unterscheidung entlang normal verteilter Verhaltensdimensionen. Die Übergänge zwischen „abweichendem“ und „normalem“ Verhalten sind fließend. Eine Beschreibung subklinischer Symptome ist daher möglich. Bei der Verwendung kategorialer Modelle existieren diese Grenzbereiche nicht. Patienten mit unter Umständen nur minimal voneinander abweichenden Symptomen können einmal als psychisch krank und einmal als gesund kategorisiert werden. Neu entstandene Nosologien, wie zum Beispiel die der Autismus-Spektrum- Erkrankungen, unterstützen das Modell einer dimensional Ausprägung von

Verhaltensweisen. Die Unschärfe im Bereich der Grenzwerte trägt ebenfalls zur Verminderung der Reliabilität kategorialer Diagnosen bei (Döpfner und Lehmkuhl, 1997).

Verteidiger des kategorialen Modells konstatieren hingegen, dass dimensionale Modelle das Konzept psychischer Störungen trivialisieren (Widiger, 2005). Wenn die Unterscheidung zwischen psychischer Störung und normaler psychischer Funktion willkürlich ist, dann gibt es unter Umständen keine Rechtfertigung für die Unterscheidung zwischen gesunden und psychisch kranken Menschen. Widiger (2005) gibt jedoch zu bedenken, dass auch kontinuierlich verteilte Phänomene wie zum Beispiel Intelligenz nichts von ihrer Glaubwürdigkeit einbüßen, obwohl der Punkt für die Unterscheidung zwischen normaler und unterdurchschnittlicher Begabung willkürlich festgelegt wurde. Vielmehr trägt das dimensionale Verständnis von Intelligenz dazu bei, die Glaubwürdigkeit zu erhöhen, indem es illusorische und fehlleitende Einteilungen vermeidet. An diesem Beispiel wird der Vorteil deutlich, der in der Kombination kategorialer und dimensionaler Ansätze liegt. Kategorien wie Lernbehinderung, geistige Behinderung und Hochbegabung machen die Kommunikation zwischen Fachleuten möglich, ohne die dimensionale Ausprägung der Intelligenz in Frage zu stellen (Döpfner und Lehmkuhl, 1997).

Um die Vor- und Nachteile des jeweiligen Modells auszugleichen, scheint es demnach sinnvoll, beide Ansätze miteinander zu verbinden (Döpfner und Lehmkuhl, 1997; Edelbrock und Costello, 1988; Ferdinand et al., 2004; Kasius et al., 1997; Zeanah et al., 1997).

#### **1.4 CBCL und kategoriale Diagnosen**

In diesem Kapitel werden einige Studien vorgestellt, in denen versucht wurde, einen Bezug der statistisch generierten Verhaltensdimensionen der CBCL zu kategorialen Diagnosen herzustellen. Mehrere Autoren haben darauf hingewiesen, dass sich bisher weder aus dem dimensional noch aus dem kategorialen Ansatz definitive Vorteile in der Klassifikation psychischen Verhaltens ergeben haben (Edelbrock und Costello, 1988; Kasius et al., 1997; Zeanah et al., 1997). Jensen et al. (1996) halten sogar die Debatte über die Vorteile des einen oder anderen Ansatzes an sich für artifiziell.

Schon 1988 deuteten Edelbrock und Costello darauf hin, dass sich bei einer signifikanten Korrelation die Konstruktvalidität beider Ansätze verbessern würde und damit auch ihr klinischer Nutzen profitiere. In ihrer Studie untersuchten sie die Konvergenz von CBCL-Skalen und DSM-Diagnosen (Edelbrock und Costello, 1988). Obwohl einige Syndromskalen signifikant mit einzelnen Diagnosen korrelierten, führten die meisten Skalen nicht eindeutig zu einer bestimmten Diagnose. Dies bedeutet, dass Kinder mit den Kriterien für eine bestimmte Diagnose

des DSM auf mehreren unterschiedlichen Profilskalen der CBCL hohe Werte erreichen können. Insgesamt fand sich ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen den beiden Systemen. Kinder mit der Diagnose X hatten höhere Werte auf der Syndromskala Y, aber auch Kinder mit hohen Werten auf Syndromskala Y hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit die Diagnose X. Gould et al. verglichen 1993 CBCL-Daten mit DSM-III Diagnosen (ermittelt mit dem Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC) von 44 Kindern in einer puertoricanischen Feldstichprobe. Um einen direkten Vergleich der beiden Systeme vornehmen zu können, teilten sie die T- Werte der CBCL in ein kategoriales System (Cut-off über oder unter 70) ein und konstruierten aus den Ergebnissen der DISC dimensionale Skalen. In nur 2 von 44 direkten Vergleichen ergab sich eine Überlegenheit der CBCL. Die kleine Stichprobengröße und der Gebrauch einer älteren DISC-Version (basierend auf DSM-III Kriterien) limitieren die Ergebnisse dieser Studie. Dennoch fand sich eine signifikante Korrelation der diagnostischen Gruppe Sozialstörungen zu der Syndromskala *Aggressives Verhalten*. In einer eigenen Studie replizierten Jensen et al. (1996) die oben genannte Methode. Sie konnten ebenfalls einen direkten Vergleich zwischen kategorialen und dimensionalen Instrumenten herstellen, indem sie die Ergebnisse des jeweiligen Systems in die Darstellungsweise des anderen Systems umwandelten. In diesem Fall wurden die Ergebnisse des DISC und die der CBCL mit externen Validatoren (Sozioökonomischer Status, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) verglichen. Obwohl auch diese Studie Limitierungen, wie zum Beispiel die Homogenität der Stichprobe (es wurden 482 Familien von Militärangehörigen rekrutiert) aufweist, konnten die Autoren zeigen, dass bei einem direkten Vergleich keines der beiden Systeme einen eindeutigen Vorteil aufweist. Sie kamen daher zu dem Schluss, dass nur die Kombination dimensionaler und kategorialer Informationen einen optimalen Ansatz bietet (Jensen et al., 1996). Kasius et al. (1997) prüften an einer klinischen Stichprobe (N= 231) die Konvergenz zwischen CBCL-Skalen und DSM-III Diagnosen. Die Diagnosegruppe Sozialstörung wurde durch die Syndromskalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aggressives Verhalten* und durch die übergeordnete Skala *Gesamte Auffälligkeiten* vorhergesagt. Bei erneuter Testung mit schrittweiser logistischer Regression blieben nur die Skalen *Soziale Probleme* und *Aufmerksamkeitsprobleme* als signifikanter Prädiktor für die Diagnose Sozialstörung. Für ADHS fand sich eine Vorhersagbarkeit durch die Skalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme* und durch die Skala *Gesamte Auffälligkeiten*. Bei erneuter Testung mit schrittweiser logistischer Regression blieb nur die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* als signifikanter Prädiktor der Diagnose ADHS. Achenbach et al. (2000) gehen davon aus, dass es möglich ist, eine Beziehung zwischen den kategorialen DSM-IV Diagnosen und den empirisch generierten Syndromskalen der CBCL herzustellen. Sie

konstruierten einen Bogen mit DSM-IV orientierten Skalen (DOS), der der CBCL-Auswertung angehängt ist. Diese DOS wurden konstruiert, indem Items, die von einem Expertengremium als für die entsprechende Diagnose konsistent eingestuft wurden, mit Hilfe von Faktorenanalysen zu Skalen reduziert wurden, die bestimmten DSM-IV Kategorien zugeordnet wurden (Achenbach et al., 2000). Für die CBCL 1½-5 entstanden so folgende DSM-IV orientierten Skalen: *Affektive Probleme*, *Angstzustände*, *Umschriebene Entwicklungsstörungen*, *Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen* und *Störungen des Sozialverhaltens*. Obwohl diese DSM-IV orientierten Skalen nicht mit den entsprechenden Diagnosen gleichzusetzen sind, wird dennoch der diagnostische Prozess vereinfacht, indem schneller eine Arbeitsdiagnose gefunden wird, die Basis für weitere diagnostische und therapeutische Überlegungen ist.

Im deutschsprachigen Raum prüften Bölte und Poustka (2001) an 77 Kindern im Alter von vier bis 18 Jahren, ob ein stabiles Muster autistischer Verhaltensweisen existiert. Die Mittelwerte der CBCL 4-18 Syndromskalen von Kindern mit Autismus (diagnostiziert mit dem *Autism Diagnostic Interview-Revised*, ADI-R) wurden mit denen einer klinischen (N= 1655) und einer Normstichprobe (N= 2856) verglichen. Autistische Kinder hatten gegenüber den Kindern ohne diese Diagnose signifikant höhere Mittelwerte folgender Syndromskalen: *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Soziale Probleme* und *Denkstörungen*. Die Ergebnisse lassen auf eine generelle Eignung der CBCL schließen, autistische Verhaltensweisen als klinisch relevant zu identifizieren (Bölte et al., 1999). Noterdaeme et al. (1999) verglichen die CBCL 4-18 Werte einer Gruppe von 34 entwicklungsgestörten Kindern mit denen von 34 Kindern mit autistischen Verhaltensweisen. Bei den autistischen Kindern hatten 32 von 34 klinisch auffällige Werte auf der Skala *Schizoid/Zwanghaft*, bei den entwicklungsgestörten Kindern war nur in einem einzigen Fall diese Skala klinisch auffällig. Nach Meinung der Autoren sollten daher hohe Werte auf dieser Skala zum Anlass genommen werden, die Verdachtsdiagnose Autismus weiter abzuklären. Das Ziel der ersten Studie, die den Zusammenhang von CBCL-Skalen und ICD-10 Diagnosen untersucht, war es, den praktischen Nutzen der Syndromskalen in Bezug auf die Ableitung von ICD-10 Diagnosen zu betrachten. Mc Guire et al. (2000) stellten fest, dass die Syndromskala *Delinquentes Verhalten* routinemäßig eingesetzt werden kann, um die Diagnosegruppe Störung des Sozialverhaltens von anderen Diagnosen abzugrenzen. In einer brasilianischen Studie untersuchten Duarte et al. (2003), ob Skalen der CBCL 4-18 Kinder mit Autismus (klinisch anhand von ICD-10 Kriterien diagnostiziert) gegenüber einer klinischen Stichprobe (andere psychiatrische Diagnosen) und einer Gruppe von Schulkindern ohne Störungen identifizieren können. Mit Hilfe der Skalen *Denkstörungen* und *Autistisch/ Bizarr* konnte zwischen Kindern mit der Diagnose Autismus und Kindern der klinischen Stichprobe

ohne diese Diagnose unterschieden werden. Die beste Spezifität ergab sich durch die Kombination der Skalen *Autistisch/ Bizarr* und *Aggressives Verhalten*. Die Autoren halten die genannten Syndromskalen für sinnvoll als Screening-Instrument, sowohl in Norm- als auch in klinischen Stichproben, um Kinder mit autistischen Verhaltensweisen zu identifizieren, damit diesen weitere Diagnostik zuteil werden kann. Ebenfalls in einer brasilianischen Studie fanden Lampert et al. (2004) hinreichende diagnostische Leistung der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* für das Screening der Diagnose ADHS (klinisch anhand von DSM-IV Kriterien diagnostiziert). Signifikante Unterschiede für diese Skala fanden sich bezüglich diagnostischer Untergruppen von ADHS und im Hinblick auf komorbide Störungen.

Von den vorgestellten Studien verwenden nur die Studien von Mc Guire et al. (2000) und Duarte et al. (2003) ICD-10 Diagnosen, alle anderen legen DSM-IV Diagnosen zugrunde. Für den Altersbereich der Eineinhalb- bis Fünfjährigen liegen zur CBCL 1½-5 bisher nur sehr wenige Studien vor; keine untersucht die Korrelation der CBCL mit kategorialen Diagnosen. Über den Zusammenhang des Klassifikationssystems DC:0-3R und CBCL liegen ebenfalls keine Untersuchungen vor.

## **2 Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie**

Die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie stellt ein relativ junges Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Die Ursprünge sind im aufkeimenden Interesse an frühkindlicher Entwicklung Anfang des 20. Jahrhunderts zu sehen. Die Arbeiten von Sigmund Freud markieren dabei einen „Wendepunkt im Nachdenken über die Kindheit“ (Dornes, 2004b). War die Säuglingsforschung bei Freud hauptsächlich rekonstruktiver Natur, die sich auf Erinnerungen erwachsener Patienten berief, finden sich bei John Bowlby erste empirische und entwicklungsbiologische Grundlagen (Bowlby, 1944). Seine Favorisierung interpersoneller Interaktion statt intrapsychischer Dynamik führte zu der von ihm begründeten Bindungstheorie und setzt sich in den „Fremde Situation“ - Experimenten von Mary Ainsworth fort (Ainsworth und Bell, 1970).

Bei der Abschätzung und Einordnung von Verhaltensauffälligkeiten in der Altersgruppe Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder bestehen viele Schwierigkeiten. Ein Problem ist, dass viele der gezeigten Symptome altersspezifisch und in der Entwicklung des Kindes begründet sind (Wenar, 1994). Viele Verhaltensweisen kleiner Kindern wie Wutanfälle, Ungehorsam, Aggressionen gegenüber Geschwistern und Spielkameraden werden für dieses Lebensalter als normal angesehen (Keenan und Wakschlag, 2000). Altersentsprechendes Verhalten als

pathologisch zu bezeichnen, wäre demnach falsch. Die Schwierigkeit besteht darin, von der Altersnorm abweichendes Verhalten als auffällig zu erkennen, um durch rechtzeitige Interventionen die gesunde Entwicklung des Kindes gewährleisten zu können. Die zentrale Rolle frühkindlicher Beziehungen und der Einfluss von Umweltfaktoren auf die psychosoziale Entwicklung sind unbestritten. Die Schnelligkeit, mit der Entwicklungsschritte vollzogen werden, und die damit verbundene Vulnerabilität von Kindern dieses Lebensalters ist ein weiteres charakteristisches Merkmal dieser Altersgruppe. Neue Klassifikationssysteme wie die DC:0-3R berücksichtigen die Besonderheiten in dieser Altersspanne.

Über die Wichtigkeit und den Nutzen der frühzeitigen Identifizierung psychischer Auffälligkeiten besteht kein Zweifel (DelCarmen-Wiggins und Carter, 2001; Koot et al., 1997; Kuschel et al., 2004; Skovgaard et al., 2004; Zeanah et al., 1997). Viele Diagnosen im Kleinkindalter weisen eine erstaunliche Stabilität auf, was die Wichtigkeit der frühen Diagnose unterstreicht. Lavigne et al. (1998a) untersuchten eine Kohorte von 869 Frühgeborenen im Alter von drei, fünf und acht Jahren. Die mit der CBCL als auffällig bewerteten Kinder (20 Prozent) blieben über alle drei Messzeitpunkte konstant auffällig. Mathiesen und Sanson (2000) fanden, dass von 750 Kindern 37 Prozent, die im Alter von 18 Monaten als extrem verhaltensauffällig bewertet wurden, ein Jahr später immer noch in diese Gruppe eingeordnet wurden. Generell ließen die Ergebnisse erkennen, dass externalisierendes Verhalten stabiler ist als internalisierendes Verhalten. Einige Studien finden auch Hinweise darauf, dass externalisierende Verhaltensweisen spätere internalisierende Probleme vorhersagen (Lavigne et al., 1998b; Mesman et al., 2001). Pihlakoski und ihre Kollegen untersuchten prospektiv die Stabilität von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von drei (CBCL 2-3) und zwölf (CBCL 11-18 und YSR) Jahren einer finnischen Kohorte von 800 Kindern. Das Auftreten von externalisierendem Verhalten im Alter von drei Jahren ist ein Prädiktor für internalisierende und externalisierende Probleme im Alter von zwölf Jahren, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen. Auch die Einschätzung internalisierenden Verhaltens durch die Eltern blieb über die zwei Messzeitpunkte stabil. Allgemein war die Stabilität bei den gleichen Beurteilern (Eltern-Eltern) stabiler als zwischen den verschiedenen Beurteilern (Eltern-Kind) (Pihlakoski et al., 2006).

Im Bereich der Psychiatrie des Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalters liegen nur wenige epidemiologische Studien vor. In diesen Untersuchungen variieren die Prävalenzraten für emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen beträchtlich. Unterschiede in den Ergebnissen epidemiologischer Studien können Ursachen in verschiedenen Bereichen haben. Der Gebrauch unterschiedlicher Instrumente zur Einschätzung kindlicher Psychopathologie kann ungleiche Ergebnisse hervorbringen. Je nachdem welche Stichprobe zugrunde gelegt wird, erhält

man unterschiedliche Prävalenzdaten. Dabei spielen sowohl die Größe als auch die Art der zugrunde gelegten Population eine Rolle (klinische versus Feldstichprobe, kulturelle Unterschiede). Im Falle kindlicher Auffälligkeiten sind zusätzlich folgende Probleme im Zusammenhang mit epidemiologischer Forschung als ursächlich zu betrachten: die Dimensionalität kindlicher Verhaltensweisen, der Einfluss des Entwicklungsstandes und die Problematik durch den Informationsgehalt verschiedener Quellen (Koot und Verhulst, 1992).

Kuschel (2001) hat die Ergebnisse von 20 internationalen Studien zu dimensionalen Verfahren, die von 1971 bis 1999 durchgeführt wurden, zusammengefasst. Für Vorschulkinder fand sich eine mittlere Prävalenzrate von 16 Prozent klinisch auffälligen Verhaltens. Dabei wurde in der Hälfte der Studien die CBCL eingesetzt. Zu beachten ist, dass die Kontinuität des erfassten Verhaltens die Festlegung eines Grenzwerts erfordert. Je nachdem, wo der Cut-Off festgelegt wurde, variieren die Prävalenzwerte. Deutsche dimensionale Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen von kleinen Kindern sind großteils älter als 20 Jahre. Eine Übersicht findet sich in der Arbeit von Kuschel (2001). Aus den 14 dargestellten Studien lassen sich Prävalenzwerte zwischen 12 Prozent und 30 Prozent für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten der untersuchten Stichproben ermitteln. Briggs-Gowan et al. (2001) untersuchten eine amerikanische Stichprobe von 1280 Kindern im Alter von ein und zwei Jahren mit der CBCL 2-3. Bei den Zweijährigen hatten 6,7 Prozent auffällige Werte (subklinisch und klinisch) auf der Skala der *Internalisierenden Probleme*, 9,3 Prozent auf der Skala der *Externalisierenden Probleme* und 6,0 Prozent auf der Skala der Gesamtauffälligkeiten. 11,8 Prozent der Kinder wiesen auf mindestens zwei Skalen auffällige Werte auf. Geschlechtsunterschiede fanden sich nicht. In einer weiteren Studie untersuchten Kuschel und Kollegen (2004) Kindergartenkinder (N= 809) im Alter von drei bis sechs Jahren mit der CBCL 4-18. Sie ermittelten Prävalenzwerte von 0,5 Prozent bis fünf Prozent, wobei sich keine Geschlechtsunterschiede ergaben. Am häufigsten fanden sich aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Probleme. In einer neueren Arbeit werteten Denner und Schmeck (2005) die Erzieherfragebögen (CBCL 1½-5) von 1050 Kindern im Alter von 3;0 bis 6;11 Jahren in 46 Dortmunder Kindergärten aus. Da kein Außenkriterium (klinisches Interview, Einschätzung eines klinisch erfahrenen Beurteilers) vorlag, wurde die Prävalenz normorientiert geschätzt, wobei als Grenzwert ein Gesamtscore über Prozentrang 85 gewählt wurde. Danach wurden zehn Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Jungen als auffällig eingestuft.

Studien basierend auf kategorialer Diagnostik sind für die Altersgruppe der Vorschüler insgesamt viel seltener zu finden. Luby und Morgan (1997) untersuchten 120 Kinder im Alter von 9 bis 70 Monaten im Hinblick auf DSM-III Diagnosen in einer universitären Kleinkind- und

Vorschülerambulanz in Washington. Am häufigsten fanden sich externalisierende Verhaltensstörungen (Sozialstörungsdiagnose bei 35 %). Anpassungsstörungen (11 %) und Angststörungen (10 %) waren ebenfalls häufig. 17 Prozent der Kinder waren unauffällig und bei acht Prozent wurde eine unspezifische Diagnose (NOS: not-otherwise-specified) vergeben. Kinder mit der NOS Diagnose waren in 88 Prozent der Fälle jünger als vier Jahre. Dieses Resultat ist auf die unzureichende Anwendbarkeit von DSM Diagnosen für diese Altersgruppe zurückzuführen. 37 Prozent wiesen eine Entwicklungsstörung gemäß einer Achse II Diagnose auf. Hooks et al. (1988) fanden unter 193 Kindern in einer kinderpsychiatrischen Klinik in 32 Prozent emotionale Störungen (Überängstlichkeit, Anpassungs-, Angst-, und Bindungsstörungen, Dysthymie). Spezifische (22 %) und umfassende (6 %) Entwicklungsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen (17 %), Eltern- Kind- Probleme (11 %) und Sozialstörungen (4 %) waren weitere Diagnosen (nach DSM-III). Ungefähr ein Drittel der Kinder (29 %) erhielt keine Diagnose. Nylander et al. (1989) fanden bei 452 schwedischen Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren eine Punktprävalenz von 22 Prozent für Jungen und 37 Prozent für Mädchen (Diagnosen nach DSM-III). Lavigne et al. (1996) nahmen ein Screening von fast 4000 Vorschülern im Alter von fünf bis sechs Jahren in Kinderarztpraxen in Chicago, USA, vor. Die Prävalenz für eine psychische Auffälligkeit lag bei 21 Prozent. Eine sichere DSM-III-R Diagnose auf der ersten Achse lag in neun Prozent der Fälle vor. In einer amerikanischen Studie mit 104 Kindern aus sozial schwachen Familien fanden Keenan et al. (1997) über in einen Zeitraum von sechs Monaten eine Prävalenz von 26 Prozent für eine psychische Störung nach DSM-III-R. In einer ersten Analyse von 211 Kindern der *Copenhagen Child Cohort* fanden Skovgaard et al. (2007) bei 16 Prozent der Kinder eine Störung auf der ersten Achse, wenn sie die ICD-10 Kriterien zu Grunde legten. Entsprechend der DC:0-3R Klassifikation lag bei 18,5 Prozent der Kinder eine Störung auf der ersten Achse vor. Die häufigsten Diagnosen nach ICD-10 Kriterien waren emotionale und Verhaltensstörungen (4,3 %), Entwicklungsstörungen (2,8 %), Essverhaltensstörungen (2,8 %) und Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (2,4 %). Bindungsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und Anpassungsstörungen traten bei unter zwei Prozent der Kinder auf. Nach den Kriterien der DC:0-3R war die RSI mit 7,1 Prozent die häufigste Diagnose. Weiterhin erhielten Kinder die Diagnose einer Multisystemischen Entwicklungsstörung (3,3 %), Affektstörungen (2,8 %) und Essverhaltensstörungen (2,4 %). Reaktive Bindungsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und Anpassungsstörung wurden auch nach DC:0-3R Kriterien unter zwei Prozent der Fälle diagnostiziert. Wiefel und Kollegen (2004) untersuchten eine klinische Inanspruchnahmepopulation von 68 Kindern im Alter von sechs Wochen bis 3 Jahre und 10 Monate. Nach ICD-10 fand sich lediglich eine Prävalenz für

psychische Störung von 37 Prozent, hingegen nach den Kriterien der DC:0-3 von 85 Prozent. Die Diskrepanz ist auf die ungenauen Kriterien der ICD-10 für die Altersgruppe der unter dreijährigen zurückzuführen. Wenn man sich für die Zuhilfenahme der Diagnose F98.8 „Sonstige näher bezeichnete emotionale und Verhaltensstörung“ entschied, konnten ebenfalls 85 Prozent der Kinder klassifiziert werden. Weitere deutschsprachige kategoriale Untersuchungen liegen für den Altersbereich bis sechs Jahre bisher nicht vor.

## **2.1 Exkurs: Die „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ der Charité**

Sämtliche Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen der „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité- Universitätsmedizin Berlin erhoben. Im Folgenden wird das Konzept der Sprechstunde und deren Arbeitsweise kurz vorgestellt.

Die „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ ist Teil des kinder- und jugendpsychiatrischen Bereichs des Sozialpädiatrischen Zentrums für chronisch kranke Kinder am Otto-Heubner-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité- Universitätsmedizin Berlin. Die Sprechstunde richtet sich an Familien mit Kindern von null bis fünf Jahren, die sich auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten, psychischer und emotionaler Probleme zur Einschätzung der bestehenden Problematik an die dortigen Ärzte und Psychologen wenden oder die von anderen Stellen, zum Beispiel Kinderärzten oder Erziehern, an die Sprechstunde verwiesen werden. Das Konzept der Sprechstunde beruht auf bindungstheoretischen Vorstellungen kombiniert mit systemischen Ansätzen, mit deren Hilfe versucht wird, den betroffenen Familien ihre Ressourcen aufzuzeigen und daraus individuelle Lösungskonzepte im Sinne selbstregulatorischer Schritte zu entwickeln.

Zur Vorstellung kommen Kinder mit einem breiten Spektrum an psychosomatischen Auffälligkeiten. Dazu gehören Regulationsstörungen wie Fütter-, Schrei- und Schlafstörungen, hyperaktive Verhaltensmuster, Störungen der Stimmung, autistische Syndrome und Verhaltens- sowie Interaktionsprobleme, die auf das Vorhandensein somatischer Erkrankungen zurückzuführen sind. Hinzu kommen Kinder, die aufgrund ihrer psychosozialen Umstände, bei zum Beispiel psychischer Erkrankung eines Elternteils oder Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Eltern, in einem anderen Kontext wie etwa beim Kinderarzt oder in der Kindertagesstätte auffällig geworden sind und bei denen es notwendig erscheint, der Familie Unterstützung anzubieten. Als Störungsbilder sind hier Bindungsstörungen und artifizielle Störungen (Münchhausen by proxy) zu nennen. In einigen Fällen ist die Sicherstellung des

Kindeswohls zu überprüfen und gegebenenfalls durch entsprechende Maßnahmen wiederherzustellen.

Zur Abklärung der Verdachtsdiagnose wird die entsprechend notwendige Diagnostik eingeleitet. Diese umfasst die Einschätzung des motorischen, sprachlichen und emotionalen Entwicklungsstand der Kinder innerhalb der logopädischen und ergotherapeutischen Untersuchung, die Auswertung standardisierter Fragebögen wie CBCL, Conners-Skalen etc., den Ausschluss somatischer Ursachen mittels Elektroenzephalogramm, Magnetresonanztomografie, humangenetischer und endokrinologischer Diagnostik sowie die Bewertung interaktioneller und familiendynamischer Aspekte in einer halbstandardisierten Videosequenz. Diese, wie auch das ausführliche Anamnesegespräch, haben bereits interventionellen Charakter und können durch ihre Kompetenzorientierung der Familie den Druck nach schnellen symptombezogenen Lösungen nehmen und dadurch schon zur Entlastung führen. Großen Stellenwert innerhalb der gesamten Diagnostik nimmt die Begutachtung des emotionalen Austauschprozesses zwischen Kind und Eltern, dem die bindungstheoretische Konzeption der „emotionalen Verfügbarkeit“ zugrunde liegt (Dornes, 2004a), ein.

Die Klassifikation des Störungsbildes wird mittels des MAS der ICD-10, kombiniert mit der DC:0-3R, vorgenommen. Ausgehend von den diagnostischen Bewertungen findet gemeinsam mit der Familie ein Auswertungsgespräch statt, in dem eine Beratung bezüglich der notwendigen Maßnahmen erfolgt, die ebenfalls an den Kompetenzen der Familie ausgerichtet sind. Abhängig von der Schwere der Problematik kommen Maßnahmen wie Erziehungsberatung, Familientherapie, Mutter-Kind-Psychotherapie oder funktionelle Therapien wie Ergo- und Logopädie sowie sozialarbeiterische Betreuung in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern in Frage. In vielen Fällen bietet sich die Sprechstunde als wortführender Begleiter im Sinne eines „case managers“ an, so dass eine langfristige Supervision der Familie und damit eine bestmögliche Entwicklung für das Kind gewährleistet sind.

### **3 Fragestellung und Ableitung der Hypothesen**

Das Hauptanliegen dieser Datenanalyse ist die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den statistisch generierten Skalen der CBCL 1½-5 und den kategorialen Diagnosen der klinischen Inanspruchnahmepopulation.

Wenn mittels der Syndromskalen der CBCL auf bestimmte (kategoriale) Diagnosen geschlossen werden kann, vereinfacht sich damit der diagnostische Prozess. Durch eine Übereinstimmung wird die Validität beider Methoden erhöht. Mit einer Kombination beider Ansätze könnten die

Nachteile des jeweils schwächeren Ansatzes kompensiert werden. Die in Kapitel 1.4 beschriebenen Studienergebnisse zeigen, dass es in einer Gruppe von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten grundsätzlich möglich ist, mit Hilfe von Syndromskalen der CBCL Kinder mit bestimmten kategorialen Diagnosen zu identifizieren. Regressionsanalysen zeigen, dass Kinder mit klinisch auffälligen Werten bestimmter Syndromskalen ein höheres Risiko (Odds Ratio) haben, an einer bestimmten Diagnose zu leiden. Von den in Kapitel 1.4 vorgestellten Studien beziehen sich nur die Studien von Mc Guire et al. (2000) und Duarte et al. (2003) auf ICD-10 Diagnosen, alle anderen legen DSM-IV Diagnosen zugrunde. Für den Altersbereich der eineinhalb bis fünfjährigen liegen zur CBCL 1½-5 bisher nur sehr wenige Studien vor und keine untersucht die Korrelation der CBCL mit kategorialen Diagnosen. Über den Zusammenhang des Klassifikationssystems DC:0-3R und der CBCL liegen ebenfalls keine Untersuchungen vor.

Die **Hauptfragestellung** dieser Arbeit ist daher, ob mit Hilfe bestimmter Syndromskalen der CBCL 1½-5 bestimmte kategoriale Diagnosen (ICD-10 und DC:0-3R) identifiziert werden können, wie dies für ältere Kinder mit der CBCL 4-18 gezeigt werden konnte. Die folgenden **Hypothesen** sollen überprüft werden:

1. Kinder mit einer Diagnose aus dem autistischen Formenkreis weisen signifikant höhere Werte auf den Skalen *Sozialer Rückzug* und *Aufmerksamkeitsprobleme* auf als Kinder mit anderen Diagnosen.
2. Kinder mit einer externalisierenden Störung weisen signifikant höhere Werte auf den Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aggressives Verhalten* und *Externalisierende Probleme* als Kinder mit anderen Diagnosen auf.
3. Kinder mit einer emotional- affektiven Störung weisen signifikant höhere Werte auf den Skalen *Ängstlich-Depressiv*, *Emotional-Reaktiv* und *Internalisierende Probleme* als Kinder mit anderen Diagnosen auf.
4. Kinder mit einer Diagnose weisen, im Gegensatz zu solchen ohne Diagnose, einen höheren Gesamtwert der CBCL 1½-5 auf.

Weiterhin wird die Übereinstimmung des Eltern- und des Erzieherfragebogens (CBCL 1½-5 versus C-TRF) durch Korrelationsanalysen überprüft. Es wird erwartet, dass die

Übereinstimmung von CBCL 1½-5 und C-TRF für Skalen, die externalisierendes Verhalten abbilden, niedriger ist als für solche, die internalisierende Verhaltensweisen darstellen (Cai et al., 2004; Deng et al., 2004; Gross et al., 2004; Kolko und Kazdin, 1993). Die DC:0-3R wird auf ihre Anwendbarkeit sowie Übereinstimmung und Unterschiede mit den ICD-10 Diagnosen überprüft. Ihre Vor- und Nachteile gegenüber der (herkömmlichen) Klassifikation mit der ICD-10 werden diskutiert.

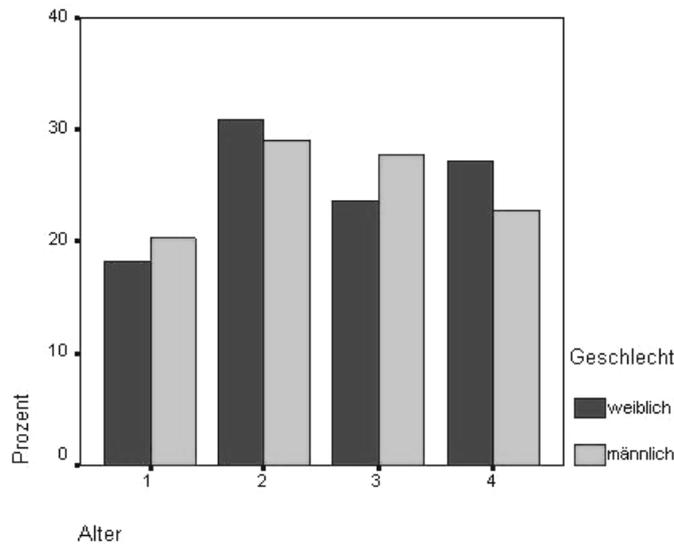
## **Methoden**

### **4.1 Procedere**

Diese Arbeit ist Teil des langfristigen Forschungsprojekts „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“. Es liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin vor. Alle Eltern und Erzieher wurden vor Ausfüllen der CBCL 1½-5 beziehungsweise C-TRF über Ziele und Inhalte des Forschungsprojekts informiert. Es wurden nur Fragebögen von Eltern und Erziehern verwendet, die sich ausdrücklich mit der Teilnahme einverstanden erklärten. Die für die Auswertung der Fragestellung benutzten Daten wurden retrospektiv aus den Patientenakten gewonnen.

### **4.2 Stichprobe**

Die Daten von 134 Kindern, die von September 2001 bis April 2006 in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité vorgestellt worden sind, wurden analysiert. Es wurden nur Kinder in die Datenauswertung eingeschlossen, von denen zum einen ein ausgewerteter CBCL 1½-5 und zum anderen eine Diagnose nach ICD-10 und DC:0-3R vorlag. Fünfundachtzig (63,4 %) der Kinder sind männlich, 49 (36,6 %) sind weiblich. Das durchschnittliche Alter der Kinder liegt bei 36,9 (SD 12,03) Monaten. Bezüglich des Geschlechts liegt kein signifikanter Unterschied für die Altersverteilung vor ( $p = 0,37$ ). Das minimale Alter bei Erstvorstellung liegt bei Jungen und Mädchen, aufgrund der Einschlusskriterien, bei 18 Monaten. Das maximale Alter liegt bei den Jungen bei 59 Monaten, bei den Mädchen bei 57 Monaten. Bei Erstvorstellung befanden sich 26 Kinder im ersten, 40 im zweiten, 35 im dritten und 33 im vierten Lebensjahr. Die Altersverteilung für Jungen und Mädchen getrennt ist in Abbildung 1 dargestellt.



**Abb. 1:** Altersverteilung in Prozent, getrennt nach Geschlecht

## 4.3 Instrumente

### 4.3.1 Dimensionale Diagnostik: CBCL 1½-5 und C-TRF

Die CBCL/1½-5 und C-TRF sind die weltweit am häufigsten eingesetzten Fragebögen zur Erfassung frühkindlicher Verhaltensauffälligkeiten. Die hier dargestellten Versionen (Achenbach und Rescorla, 2000) sind die ersten deutschsprachigen Fassungen. Beide Fragebögen bestehen aus Items, in denen Verhaltensweisen, emotionale Probleme und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Der Aufbau der Eltern- und der Erzieherfragebögen ist gleich gestaltet. Im Kopfteil des Elternfragebogens können Angaben zu Name, Geschlecht, Alter und Geburtsdatum des Kindes sowie den Berufsbezeichnungen beider Eltern gemacht werden. Außerdem wird vermerkt, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Im Kopfteil der Erzieherversion besteht zusätzlich die Möglichkeit, Angaben über die Berufsbezeichnung und die zugehörige Qualifikation der ausfüllenden Person, die Dauer der von ihr ausgeübten Tätigkeit, die Form der Einrichtung, die Gruppengröße in der sich das Kind aufhält, die Anzahl der Stunden, die es sich dort täglich befindet, die Anzahl der Monate, die das Kind in der Einrichtung bekannt ist, darüber wie gut das Kind bekannt ist (nicht gut, gut, sehr gut) und ob das Kind jemals eine Förderung (Krankengymnastik, Sprachtherapie) erhalten hat (ich weiß es nicht, nein, ja- welcher Art und wann) zu machen. In beiden Versionen folgen 99 Problem- Items, die jeweils mit 0 (trifft gar nicht beziehungsweise nie zu), 1 (trifft manchmal oder teilweise zu) oder 2 (trifft genau oder häufig zu) bewertet werden können. Zusätzlich

besteht bei jedem Item für Eltern oder Erzieher die Möglichkeit, zusätzliche Kommentare einzufügen. Damit ist es möglich, die Richtigkeit der Bewertung inhaltlich zu überprüfen. Diese Kommentare finden jedoch keinen Eingang in die Auswertung. Bei der Eltern- und Erzieherversion liegt inhaltlich eine Übereinstimmung von 82 Items vor, in 17 Items unterscheiden sich die Fassungen (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Unterschiede in Itemformulierungen der CBCL 1½-5 und C-TRF

<b>Item Nr.</b>	<b>Nicht vorhanden in der Erzieherversion:</b>	<b>Nicht vorhanden in der Elternversion:</b>
12.	Leidet an Verstopfung	Wirkt teilnahmslos oder unmotiviert
19.	Hat Durchfall ohne akut krank zu sein	Hat Tagträume oder ist gedankenverloren
22.	Will nicht allein schlafen	Ist roh oder gemein zu anderen, schüchtert ein
24.	Isst nicht gut; bitte beschreiben:	Hat Schwierigkeiten Anweisungen zu folgen
28.	Will die Wohnung nicht verlassen	Stört andere Kinder
38.	Hat Schwierigkeiten einzuschlafen	Zeigt plötzliche Ausbrüche und unvorhersehbares Verhalten
48.	Hat Alpträume	Erledigt aufgetragene Aufgaben nicht
49.	Isst zuviel	Fürchtet sich vor dem Kindergarten oder der Tageseinrichtung
51.	Zeigt ohne erkennbaren Grund panische Angst	Ist zappelig
52.	Hat Schmerzen bei der Verdauung	Wird von anderen Kindern gehänselt
64.	Weigert sich abends ins Bett zu gehen	Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar
65.	Weigert sich bei der Sauberkeitserziehung; Schwierigkeiten bitte beschreiben	Lügt oder schwindelt
74.	Schläft weniger als die meisten Kinder nachts und/oder tagsüber; bitte beschreiben	Wird von anderen Kindern nicht gemocht
75.	Spielt oder schmiert mit Kot	Ist überaktiv
79.	Rascher Wechsel zwischen Traurigkeit und Freude	Ist überangepasst
84.	Redet oder weint im Schlaf; bitte beschreiben	Hänselt andere häufig
94.	Wacht nachts häufig auf	Sieht ungepflegt aus

Im Schlussteil beider Versionen sollen zusätzlich folgende Fragen beantwortet beziehungsweise bisher nicht dargestellte Probleme des Kindes oder dessen Eigenarten beschrieben werden. Hat dieses Kind Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen? (Falls ja bitte beschreiben.) Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen? Bitte beschreiben Sie, was Ihnen an diesem Kind am besten gefällt. In Item 100 ist es möglich, problematisches Verhalten frei zu beschreiben.

Die Auswertung der Fragebögen ist per Hand oder mithilfe einer Computersoftware möglich. Bei den für diese Arbeit verwendeten Fragebögen wurde die Auswertung mittels des von ASEBA entwickelten Computerprogramms vorgenommen. Die Auswertung wird als dreiseitiger Ausdruck ausgegeben. Die Rohwerte werden in T-Werte umgewandelt, wodurch der Vergleich mit der Alters- und Geschlechtsgruppe möglich wird und der jeweilige Wert in einen unauffälligen, grenzwertigen oder klinisch auffälligen Bereich eingeordnet werden kann. Durch Faktorenanalyse der Daten der Originalstichprobe wurden die Items zu sieben Syndromskalen und durch Faktorenanalyse zweiter Ordnung zu drei übergeordnete Skalen zusammengefasst. Aufgrund der rein empirischen Zusammenstellung ist die Wertung einiger Items in mehrere Syndromskalen eingegangen. In der folgenden Abbildung ist der Aufbau der CBCL-Skalen dargestellt. Die Syndromskalen der CBCL 1½-5 sind fettgedruckt.

99 Items	<b>1. Emotional-Reaktiv</b>	Internalisierende Probleme	Gesamtprobleme
	<b>2. Ängstlich-Depressiv</b>		
	<b>3. Somatische Probleme</b>		
	<b>4. Sozialer Rückzug</b>		
	<b>5. Schlafprobleme</b>		
	<b>6. Aufmerksamkeitsprobleme</b>	Externalisierende Probleme	
	<b>7. Aggressives Verhalten</b>		
	Andere Probleme		

**Abb. 2:** Schematische Darstellung des Aufbaus der CBCL 1½-5

Die ersten vier Syndromskalen werden zu der übergeordneten Skala *Internalisierende Probleme* zusammengefasst. *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Aggressives Verhalten* gehen in die Skala *Externalisierende Probleme* ein. Die Syndromskala *Schlafprobleme* findet, genau wie 33 Items, die keiner Syndromskala zugeordnet werden (*Andere Probleme*), direkten Eingang in die Gesamtproblemskala.

Kinder mit hohen Werten auf der Skala *Sozialer Rückzug* werden von ihren Eltern folgendermaßen beschrieben: Sie möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen, vermeiden Blickkontakt, sind schüchtern, wenig aktiv und reagieren nicht auf Zärtlichkeiten. Die Skala *Körperliche Beschwerden* setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome wie Schwindelgefühl, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen beschreiben. Die Skala *Ängstlich-Depressiv* beinhaltet neben allgemeiner Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung. Kinder, die auf der Skala *Emotional-Reaktiv* auffällig sind, werden als launisch, sich durch ungewohnte Situationen oder

fremde Menschen aus der Fassung bringen lassend, quengelig und schnell eingeschnappt beschrieben. Die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* enthält Items zu motorischer Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsstörungen. Unter der Skala *Aggressives Verhalten* werden Merkmale wie Ungeduld, Ungehorsam, Aggressivität gegen andere und deren Eigentum, Wutausbrüche sowie ein hohes Bedürfnis an Aufmerksamkeit summiert. Die Syndromskala *Schlafprobleme* gehört zur Gruppe der gemischten Auffälligkeiten. Sie beinhaltet Ein- und Durchschlafprobleme, Alpträume und die Weigerung, alleine zu schlafen. Die Erzieherversion C-TRF stimmt in Bezug auf die Syndromskalen mit der Elternversion überein. Die Syndromskala *Schlafprobleme* ist jedoch nicht vorhanden.

Für die Anwendung der deskriptiven und hypothesenprüfenden statistischen Verfahren werden T-Werte von über 70 auf den Syndromskalen und von über 63 auf den übergeordneten Skalen als klinisch auffällig bewertet. Werte zwischen 65 und 70 bei den Syndromskalen und Werte zwischen 60 und 63 bei den übergeordneten Skalen entsprechen einem definierten Grenzbereich. Dies entspricht den Vorgaben der amerikanischen Version (Achenbach und Rescorla, 2000). Somit werden Kinder als klinisch auffällig eingeschätzt, deren zugeordneter T-Wert auf den Syndromskalen mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der gesamten Alters- und Geschlechtsgruppe abweicht ( $T > 70$ ). Eine T-Skala hat immer den Mittelwert 50 mit einer Standardabweichung (SD) von 10.

#### **4.3.2 Kategoriale Diagnostik: ICD-10 und DC:0-3R**

Die Diagnosen wurden nach Abschluss der Erstvorstellung des Kindes in der Baby- und Kleinkindsprechstunde gestellt. Die Auswertung folgender Maßnahmen findet standardmäßig Eingang in die Diagnosefindung: 1. Ausführliche Anamnese mit den Eltern beziehungsweise primären Bezugspersonen über die Verhaltensweisen und Auffälligkeiten des Kindes in verschiedenen Kontexten, die Entwicklungsgeschichte, die familiäre Situation, medizinische Probleme usw., 2. Video-Interaktionsbeobachtung, 3. medizinisch-körperliche Untersuchung einschließlich neurologischer Untersuchung, 4. evtl. logopädische und ergotherapeutische Untersuchungen, 5. evtl. Elektroenzephalogramm, Computer- oder Magnetresonanztomografie, humangenetische Untersuchung.

Obwohl die Therapeuten nicht konsequent blind für die Ergebnisse der CBCL/1½-5 waren, fanden deren Ergebnisse keinen systematischen Eingang in den diagnostischen Prozess, das heißt die Diagnosen wurden in der Regel unabhängig von diesen Ergebnissen streng anhand der ICD-10 und der DC:0-3R Kriterien gestellt. Folgende Regeln für die Klassifizierung wurden

für die Baby- und Kleinkindsprechtstunde festgelegt und finden somit auch in dieser Arbeit Anwendung: Ist die Vergabe einer ICD-10 Diagnose nicht möglich und kann aber eine Diagnose nach DC:0-3R gestellt werden, wird im ICD-10 System die „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8)“ vergeben und diese um eine DC:0-3R Diagnose ergänzt. Kann nach der DC:0-3R Klassifikation keine Diagnose gestellt werden, wird die „800- Andere Störungen nach ICD-10 und DSM-IV“ kodiert und gegebenenfalls um eine ICD-10 Diagnose ergänzt.

Für diese Arbeit wurden nur die primären Diagnosen auf der ersten Achse der ICD-10 und DC:0-3R berücksichtigt. Die häufigsten Diagnosen wurden zu diagnostischen Gruppen getrennt für ICD-10- und DC:0-3R- klassifizierte Diagnosen zusammengefasst. Die diagnostischen Gruppen mit ihren Inhalten sind in Tabelle 5 dargestellt.

**Tabelle 5:** Diagnostische Gruppen

Diagnostische Gruppe	ICD-10	DC:0-3R
Bindungsstörungen	F 94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	150 Deprivation/ Misshandlung
Emotionale und affektive Störungen	F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	100 Posttraumatische Stressstörung 200 Affektstörungen 300 Anpassungsstörung
Regulationsstörungen	-	400 Regulationsstörungen (≠ 430) 500 Schlafstörungen
Sozialverhaltensstörungen	F 91 / F 92 Störungen des Sozialverhaltens	-
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv (RSI)	-	430 Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv
Essverhaltensstörungen	F 98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter	600 Essverhaltensstörungen
Autistischer Formenkreis	F 84.X Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (≠ 84.4)	700 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen 710 Multisystemische Entwicklungsstörung

Externalisierende Störungen wurden nach den Kriterien der beiden Diagnosesysteme unterschiedlich vergeben. Innerhalb der ICD-10 wurden keine hyperkinetischen Störungen vergeben. Symptome müssen laut diagnostischen Leitlinien (DGKJP, 2007) zwar vor dem Alter von sechs Jahren auftreten, bei Kindern unter fünf Jahren ist die Validität der Diagnose jedoch nicht gesichert. Bei den Störungen des Sozialverhaltens wurde ausschließlich die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3) vergeben. Innerhalb der

DC:0-3R besteht mit der Regulationsstörung stimulationsuchend/ impulsiv (RSI) die Möglichkeit, eine Diagnose zu vergeben, die als „Vorläuferdiagnose“ eines ADHS angesehen werden kann (Zero-to-Three, 2005). Die Möglichkeit, eine reine Sozialstörung zu klassifizieren, besteht hingegen nicht. Die Regulationsstörung negativ/trotzig wird im Sinne einer Regulationsstörung eher als eine Diagnose für kleinere Kinder im Alter bis drei Jahre aufgefasst.

### 4.3.3 FAI

Anhand der Kriterien des Family Adversity Index (FAI) von Rutter (Laucht et al., 2001; Rutter und Quinton, 1977) wird die psychosoziale Situation der betreffenden Familie beschrieben. Diese Einschätzung erfolgt im Anschluss an die Erstvorstellung durch den Therapeuten. Der Index des FAI bildet anhand von elf Items mögliche Belastungsfaktoren ab.

**Tabelle 6:** Family Adversity Index (Laucht et al., 2001)

Items	Operationalisierung
1. Niedriges Bildungsniveau	- Schulabbruch - keine Ausbildung
2. Beengte Wohnverhältnisse	- mehr als eine Person $\leq$ pro Raum - Wohnungsgröße 50 m <sup>2</sup> - weniger als zwei Wohnräume
3. Psychische Störung der Eltern	- klassifizierte moderate oder starke Störung
4. Anamnestische Belastung der Eltern	- Heimaufenthalt - mehr als zwei Wechsel von Bezugspersonen - Delinquenz
5. Gestörte Paarbeziehung	- niedrige Qualität in zwei Bereichen: - Harmonie - Kommunikation - Emotionale Wärme
6. Frühe Elternschaft	- Alter eines Elternteils $\leq$ 18 Jahre bei Geburt - Paarbeziehung $\leq$ 6 Monate bei Empfängnis
7. Unvollständige Familie	- Mutter allein erziehend bei Geburt
8. Ungewollte Schwangerschaft	- ernsthaft über Abbruch nachgedacht
9. Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	- Mangel an Freunden - mangelnde Unterstützung bei der Pflege des Kindes
10. Chronische Belastung	- subjektiv belastende Lebensereignisse $\geq$ 1 Jahr
11. Mangelndes Coping	- mangelnde Fähigkeit zur Bewältigung von Stress- und Alltagsbelastungen

Ein Item wird als positiv gewertet, wenn mindestens einer der in dem Operationalisierungsschema (siehe unten) angegebenen Punkte erfüllt ist. Für das fünfte Item müssen mindestens zwei Bedingungen erfüllt sein. Die Ergebnisse aus den elf Items bilden einen Summenscore von minimal null und maximal elf Punkten.

Ab einem Punktwert von zwei und mehr ist das Risiko psychischer Auffälligkeiten bei dem Kind erhöht. Rutter et al. zeigten, dass keiner der Faktoren für sich allein das Risiko psychischer Störungen des Kindes erhöht. Beim Vorliegen von zwei Faktoren erhöht sich das Risiko um das Vierfache, beim Vorliegen von vier Faktoren sogar um das Zehnfache. Das Risiko für kindliche Verhaltensauffälligkeiten verhält sich also kumulativ. Dies wurde auch in anderen Studien bestätigt (Biederman et al., 2002; Trautmann-Villalba et al., 2004). In Tabelle 6 sind die elf Items des Fragebogens und das zugrunde liegende Operationalisierungsschema dargestellt.

#### **4.4 Auswertung der Daten/ statistische Verfahren**

Es wurde eine Datenbank in SPSS 13.0 für Windows angelegt, in der die Daten aus den verschiedenen Quellen zusammengeführt wurden. Für die CBCL 1½-5 und die C-TRF werden die Mittelwerte der Skalenrohwerte bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Zugehörigkeit zu einer diagnostischen Gruppe abgebildet und erläutert. Zur Berechnung signifikanter Mittelwertunterschiede wurden T-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise einseitige Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt und diese durch anschließende Post-Hoc-Analysen überprüft. Je mehr Tests durchgeführt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass "zufällige Signifikanzen" ("Familienfehler" =  $1 - (1 - \alpha_{\text{Einzel}})^m$ ) auftreten, also dass ein tatsächlich nicht vorhandener Unterschied aufgedeckt wird (Alpha Risiko). Die durchgeführte Bonferroni-Korrektur basiert auf dem Prinzip paarweiser Vergleiche und führt dazu, dass das Alpha Risiko auf  $\alpha_{\text{Herabgesetzt}} = \alpha_{\text{Einzel}}/m$  wird und damit das Signifikanzniveau angehoben wird (Bortz, 2004). Zur Untersuchung der Hauptfragestellung wurde hypothesengeleitet eine logistische Regressionsanalyse gerechnet. Die Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu einer diagnostischen Gruppe wurde dabei als abhängige Variable betrachtet. Die T-Werte aller CBCL 1½-5 Skalen wurden in einer neuen Variablen bei Werten über dem Cut- Off als „1“ und bei Werten unterhalb des Cut-Off als „0“ kodiert, um so eine kategoriale Ausprägung herzustellen. Neben den hypothetisierten Zusammenhängen wurden zusätzlich solche Skalen- Diagnose-Kombinationen in die logistische Regression eingegeben, bei denen die ANOVA einen signifikanten Zusammenhang ergeben hatte. Um die Korrelation zwischen CBCL 1½-5 und C-TRF zu berechnen wurde in R<sup>®</sup> (2004) eine Syntax geschrieben. Mit dieser wird der Intraclass-

Koeffizient berechnet. Für diese spezielle Reliabilitätsanalyse wird vorausgesetzt, dass die Variablen auf gleichen Skalen dargestellt sind und dass die Skalen die gleiche Anzahl von Items enthalten (Bartko, 1966). Diese Voraussetzung ist bei der CBCL 1½-5 und C-TRF gegeben.

## Ergebnisse

### 5.1 Deskriptive Ergebnisse

#### 5.1.1 Diagnosen

Die nach ICD-10 und DC:0-3R Kriterien gestellten Diagnosen der 134 Jungen und Mädchen wurden, gemäß Kapitel 4.1.2, zu diagnostischen Gruppen zusammengefasst. Sowohl mit den ICD-10 als auch den DC:0-3R Kriterien wurde bei 10 Kindern (7,5 %) keine Diagnose gestellt. Innerhalb der ICD-10 wurde, aufgrund der geringen Anzahl einiger Diagnosen, eine Gruppe Andere Diagnosen gebildet, die sechs Prozent aller Diagnosen ausmacht. In dieser Gruppe befinden sich drei Kinder mit der Diagnose Hyperkinetisches Syndrom mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4), jeweils ein Kind mit der Diagnose Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0), Elektiver Mutismus (F94.0), und Stottern (F98.5), sowie zwei Kinder mit der Diagnose Enuresis und funktionelle Harninkontinenz (F98.0). 60 Kinder (44,8 %) konnten nicht anhand der ICD-10 diagnostiziert werden und erhielten die Diagnose Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8). Im Gegensatz dazu konnten innerhalb der DC:0-3R nur 13 Kinder (9,7 %) nicht klassifiziert werden und wurden auf eine ICD-10 Diagnose „zurückverwiesen“. Nach den ICD-10 Kriterien stellen die Essverhaltensstörungen mit 11,9 Prozent die größte Gruppe dar. Acht Kinder (8,2 %) erhielten eine Bindungsstörung gemäß ICD-10. Es folgen emotionale und affektive Störungen und die Gruppe der Sozialstörungen mit jeweils 7,5 Prozent (N = 9) und Störungen des autistischen Formenkreises mit 6,6 Prozent (N = 9). Insgesamt sind aufgrund der hohen Anzahl nichtklassifizierbarer Kinder die Anteile an den jeweiligen Diagnosegruppen kleiner als innerhalb der Diagnosegruppen nach DC:0-3R. Nach den Kriterien der DC:0-3R stellen die emotionalen und affektiven Störungen mit 17,9 Prozent die größte Gruppe dar. Die „ADHS-Vorläufer-Diagnose“ (Barton, 2000) Regulationsstörung stimulationssuchend/ impulsiv (RSI) ist zweitstärkste Gruppe mit 22 Kindern (16,4 %). Es folgen die Bindungsstörungen mit 21 Kindern (15,7 %), Essverhaltensstörungen mit 20 Kindern (14,9 %), Störungen des autistischen Formenkreises mit 14 Kindern (10,4 %) und Regulationsstörungen mit 10 Kindern (7,5 %). Die Verteilung der Diagnosegruppen ist in Tabelle 7 dargestellt.

**Tabelle 7:** Häufigkeiten der Diagnosen nach ICD-10 und DC:0-3R

Diagnostische Gruppe	ICD-10		DC:0-3R	
	Anzahl (N)	Prozent (%)	Anzahl (N)	Prozent (%)
Bindungsstörungen	11	8,2	21	15,7
Emotionale u. affektive Störungen	10	7,5	24	17,9
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv (RSI)	-	-	22	16,4
Störungen d. Sozialverhaltens	10	7,5	-	-
Essverhaltensstörungen	16	11,9	20	14,9
Autistischer Formenkreis	9	6,6	14	10,4
Regulationsstörungen	-	-	10	7,5
F 98.8 / 800	60	44,8	13	9,7
Andere Diagnosen	8	6,0	-	-
Keine Diagnosen	10	7,5	10	7,5

Betrachtet man die Verteilung der Diagnosen getrennt für Jungen und Mädchen fallen einige Besonderheiten auf. Innerhalb der ICD-10 wurden doppelt so viele Mädchen (12,2 %) wie Jungen (5,9 %) als bindungsgestört diagnostiziert. Ein besonders großer Unterschied zwischen den Geschlechtern wird bei den emotionalen und affektiven Störungen deutlich. Mädchen erhielten diese Diagnose in 16,3 Prozent der Fälle, Jungen nur in 2,4 Prozent der Fälle. Bei mehr als doppelt so vielen Jungen (9,4 %) wie Mädchen (4,1 %) wurde eine Störung des Sozialverhaltens festgestellt. Keines der Mädchen litt unter einer Störung aus dem autistischen Formenkreis. Bei zirka doppelt so vielen Mädchen (10,2 %) wie Jungen (5,9 %) wurde keine Diagnose vergeben. Eine Übersicht über die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Diagnoseverteilung innerhalb der ICD-10 gibt Tabelle 8.

Im Gegensatz zur ICD-10 findet sich innerhalb der DC:0-3R kein bedeutender Unterschied im Hinblick auf die Diagnose Bindungsstörung. Bei den emotionalen und affektiven Störungen besteht eine „Mädchenwendigkeit“ mit 28,6 Prozent beim weiblichen im Gegensatz zu 11,8 Prozent beim männlichen Geschlecht. Die externalisierende RSI wurde bei Jungen in 18,8 Prozent der Fälle vergeben, bei Mädchen in 12,2 Prozent. Eine Störung aus dem autistischen Formenkreis wurde bei Jungen (14,1 %) deutlich häufiger diagnostiziert als bei Mädchen (4,1 %). Genau wie innerhalb der ICD-10 wurde bei zirka doppelt so vielen Mädchen (10,2 %) wie Jungen (5,9 %) keine Diagnose vergeben. Tabelle 9 stellt die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Diagnoseverteilung innerhalb der DC:0-3R dar.

**Tabelle 8:** Häufigkeiten der Diagnosen nach ICD-10 für Jungen und Mädchen getrennt

Diagnostische Gruppe nach ICD-10	Jungen (N = 85)		Mädchen (N = 49)	
	Anzahl (N)	Prozent (%)	Anzahl (N)	Prozent (%)
Bindungsstörungen	5	<b>5,9</b>	6	<b>12,2</b>
Emotionale u. affektive Störungen	2	<b>2,4</b>	8	<b>16,3</b>
Störungen d. Sozialverhaltens	8	<b>9,4</b>	2	<b>4,1</b>
Essverhaltensstörungen	11	<b>12,9</b>	5	<b>10,2</b>
Autistischer Formenkreis (ASD)	9	<b>10,6</b>	0	<b>0</b>
F 98.8	41	<b>48,2</b>	19	<b>38,8</b>
Andere Diagnosen	4	<b>4,7</b>	4	<b>8,2</b>
Keine Diagnosen	5	<b>5,9</b>	5	<b>10,2</b>

**Tabelle 9:** Häufigkeiten der Diagnosen nach DC:0-3R für Jungen und Mädchen getrennt

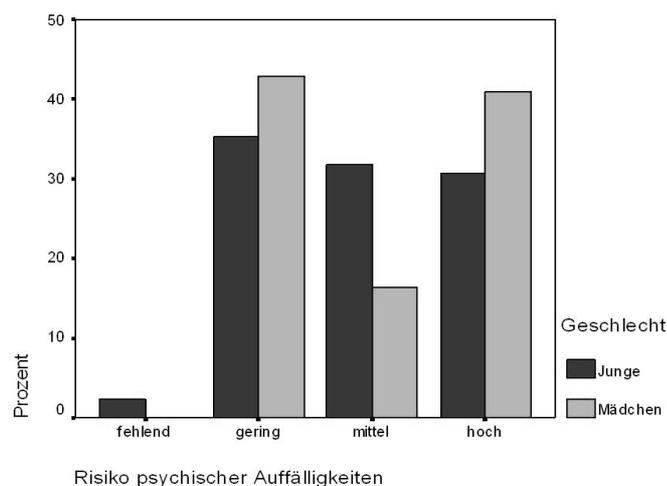
Diagnostische Gruppe nach DC:0-3R	Jungen (N = 85)		Mädchen (N = 49)	
	Anzahl (N)	Prozent (%)	Anzahl (N)	Prozent (%)
Bindungsstörungen	14	<b>16,5</b>	7	<b>14,3</b>
Emotionale u. affektive Störungen	10	<b>11,8</b>	14	<b>28,6</b>
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv (RSI)	16	<b>18,8</b>	6	<b>12,2</b>
Essverhaltensstörungen	12	<b>14,1</b>	8	<b>16,3</b>
Autistischer Formenkreis	12	<b>14,1</b>	2	<b>4,1</b>
Regulationsstörungen	7	<b>8,2</b>	3	<b>6,1</b>
800	9	<b>10,6</b>	4	<b>8,2</b>
Keine Diagnosen	5	<b>5,9</b>	5	<b>10,2</b>

### 5.1.2 FAI

Von 132 Kindern konnte der FAI eingeschätzt werden. Bei zwei Kindern war die Einschätzung aufgrund fehlender Informationen nicht möglich. Für die Auswertung wurden die Ergebnisse in folgendes Schema eingeteilt: Unter zwei Punkte ist gleich einem niedrigen Risiko, zwei bis drei Punkte gleicht einem mittleren Risiko und vier oder mehr Punkte bedeuten ein hohes Risiko. Demnach wiesen 38,6 Prozent der Kinder ein geringes, 26,5 Prozent ein mittleres und 34,8 Prozent ein hohes Risiko bezüglich ihres Risikos für psychische Auffälligkeiten auf. 5,4 Prozent (N = 7) wiesen acht und mehr positive Items auf. Jungen hatten in 36,1 Prozent ein niedriges, in 32,5 Prozent ein mittleres und in 31,3 Prozent ein hohes Risiko. Bei den Mädchen

lag zu 42,9 Prozent ein niedriges, in 16,3 Prozent der Fälle ein mittleres und zu 40,8 Prozent ein hohes Risiko vor (siehe Abbildung 3).

Für fast die Hälfte der Kinder (44,8 %) traf eine chronische Belastung der Eltern zu. Bei zirka einem Drittel (27,6) lag eine psychische Erkrankung eines Elternteils vor und ebenfalls ein Drittel (29,9 %) der Eltern verfügt über mangelnde Copingstrategien und ein Drittel (32,1 %) der Eltern hat anamnestische Belastungen wie Heimerziehung oder Delinquenz. Das Item *Niedriges Bildungsniveau* wurde in 21,6 Prozent der Fälle als positiv bewertet, das heißt die Eltern verfügen über keinen Schulabschluss. Zirka ein Fünftel der Kinder wächst demnach in einer unteren sozialen Schicht auf (Kleining und Moore, 1968). Entsprechend den Daten des statistischen Bundesamtes hatten in den Jahren 2003 und 2004 8,3 Prozent der Schulabgänger keinen Abschluss, darunter 6,1 Prozent Frauen (BRD, 2005). Die Werte in der vorliegenden Stichprobe übersteigen also deutlich den Wert in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Ein Fünftel der Eltern verfügt über mangelnde soziale Unterstützung durch Angehörige oder Freunde (20,1 %). In einem Fünftel der Fälle (20,1 %) hat die Kindsmutter ernsthaft über einen Schwangerschaftsabbruch nachgedacht, in 9 Prozent der Fälle war die Kindsmutter bei Geburt jünger als 18 Jahre. Bei 35,1 Prozent war die Paarbeziehung der Eltern gestört, zirka ein Drittel (27,6 %) der Kinder wächst bei nur einem Elternteil auf. Dieser Wert ist höher als der vom statistischen Bundesamt ermittelte Wert von 20 Prozent Anteil Alleinerziehender an den Eltern- Kind- Lebensgemeinschaften insgesamt im Jahr 2004 in der Bundesrepublik Deutschland (2006). Die Häufigkeit der zutreffenden Items für Jungen und Mädchen und die gesamte Stichprobe ist in Tabelle 10 dargestellt.



**Abb. 3:** Risiko psychischer Auffälligkeiten anhand des FAI für Jungen und Mädchen

**Tabelle 10:** Häufigkeiten für zutreffende Items

FAI- Item	Jungen (N = 85)		Mädchen (N = 49)		Gesamt (N = 134)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Niedriges Bildungsniveau	18	<b>21,2</b>	11	<b>22,7</b>	29	<b>21,6</b>
Beengte Wohnverhältnisse	11	<b>12,9</b>	6	<b>12,2</b>	17	<b>12,7</b>
Psychische Störung der Eltern	21	<b>24,7</b>	16	<b>32,7</b>	37	<b>27,6</b>
Anamnestiche Belastung der Eltern	23	<b>27,1</b>	20	<b>40,8</b>	43	<b>32,1</b>
Gestörte Paarbeziehung	28	<b>32,9</b>	19	<b>38,8</b>	47	<b>35,1</b>
Frühe Elternschaft	8	<b>9,4</b>	4	<b>8,2</b>	12	<b>9,0</b>
Unvollständige Familie	24	<b>28,2</b>	13	<b>26,5</b>	37	<b>27,6</b>
Ungewollte Schwangerschaft	16	<b>18,8</b>	11	<b>22,4</b>	27	<b>20,1</b>
Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	16	<b>18,8</b>	11	<b>22,4</b>	27	<b>20,1</b>
Chronische Belastung	40	<b>47,1</b>	20	<b>40,8</b>	60	<b>44,8</b>
Mangelndes Coping	23	<b>27,1</b>	17	<b>34,7</b>	40	<b>29,9</b>

### 5.1.3 CBCL 1½-5 und C-TRF

Von 60 Kindern (44,8 %) lagen zusätzlich zu den Ergebnissen der CBCL 1½-5 die Ergebnisse des Erzieherfragebogens C-TRF vor. Tabelle 11 stellt die Ergebnisse des T- Tests für unabhängige Stichproben dar: die Mittelwerte der Rohwerte der einzelnen Skalen mit Standardabweichung (SD), getrennt für Jungen und Mädchen.

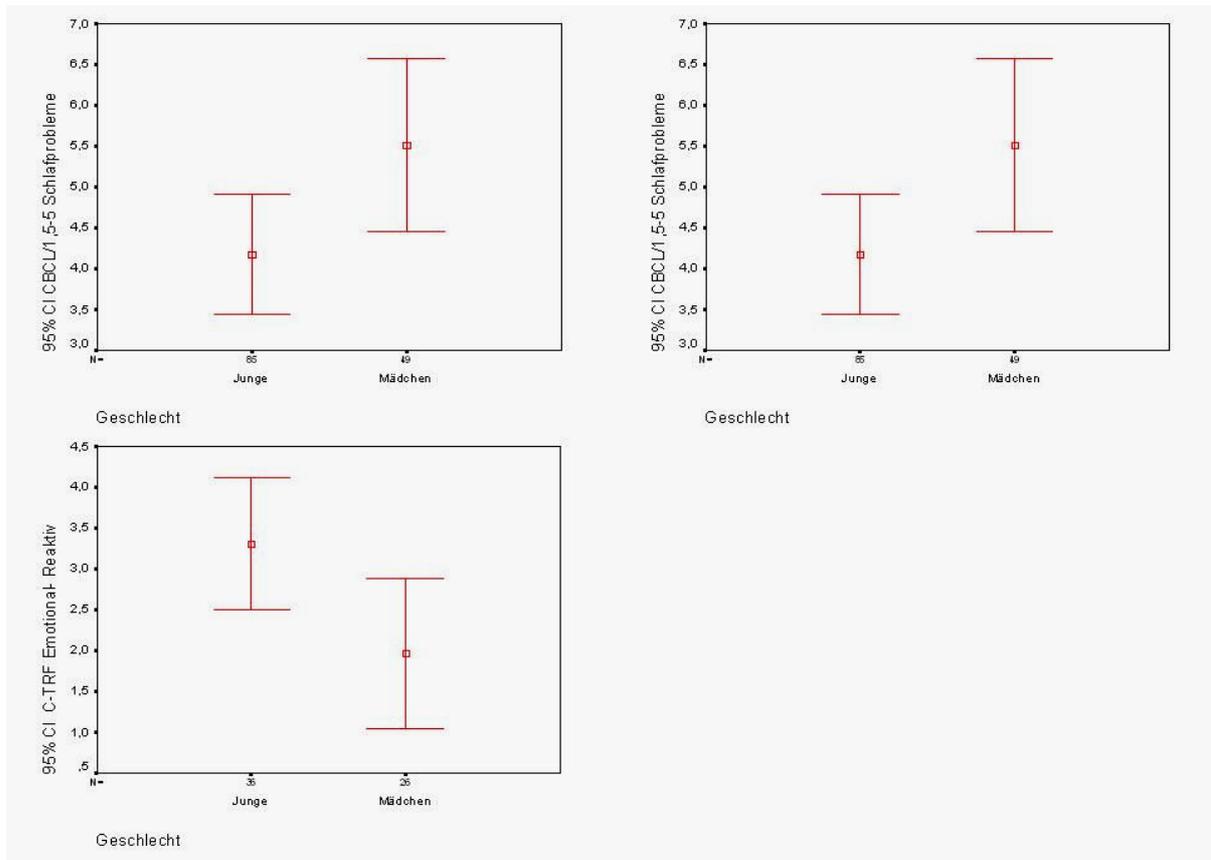
Von den Eltern wurden Mädchen auf der Skala *Ängstlich-Depressiv* auffälliger ( $M = 5,0$ ,  $SE = 0,50$ ) bewertet als Jungen ( $M = 3,7$ ,  $SE = 0,31$ ,  $t(132) = -2,27$ ,  $p = 0,025$ ). Weiterhin bewerteten Eltern auf der Skala *Schlafprobleme* Mädchen auffälliger ( $M = 5,5$ ,  $SE = 0,53$ ) als Jungen ( $M = 4,2$ ,  $SE = 0,37$ ,  $t(132) = -2,12$ ,  $p = 0,036$ ). Innerhalb der Erzieherversion ergab sich nur für die Skala *Emotional-Reaktiv* ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Jungen wurden von den Erziehern auf dieser Skala als auffälliger bewertet ( $M = 3,3$ ,  $SE = 0,40$ ) als Mädchen ( $M = 2,0$ ,  $SE = 0,45$ ,  $t(132) = 2,2$ ,  $p = 0,030$ ). Abbildung 4 stellt die Mittelwertunterschiede grafisch dar. Bezüglich der Altersgruppen (in Jahren) ergab eine ANOVA keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in den Mittelwerten der Skalenrohwerte von CBCL 1½-5 und C- TRF.

**Tabelle 11:** Mittelwerte CBCL 1½-5 Skalen für Jungen und Mädchen

	CBCL 1½-5				C-TRF			
	Jungen (N = 85)		Mädchen (N = 49)		Jungen (N = 36)		Mädchen (N = 26)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1 Emotional-Reaktiv	4,4	3,4	5,5	3,6	<b>3,3*</b>	2,4	<b>2,0*</b>	2,3
2 Ängstlich-Depressiv	<b>3,7*</b>	4,0	<b>5,0*</b>	3,5	3,2	2,2	3,4	3,3
3 Körperliche Beschwerden	2,9	2,5	3,4	3,0	0,8	1,1	0,9	1,5
4 Sozialer Rückzug	3,8	3,6	2,8	2,9	4,6	4,7	3,7	3,4
5 Schlafprobleme	<b>4,2*</b>	3,4	<b>5,5*</b>	3,7	-	-	-	-
6 Aufmerksamkeitsprobleme	4,3	2,5	3,7	2,8	8,0	4,4	6,1	4,6
7 Aggressives Verhalten	15,6	8,0	14,5	9,2	14,0	13,0	11,0	9,7
8 Internalisierende Auffälligkeiten	14,9	9,0	16,8	10,2	12,0	7,7	9,9	8,9
9 Externalisierende Auffälligkeiten	19,9	10,0	18,2	11,3	22,0	15,8	17,2	12,7
10 Gesamtauffälligkeiten	52,9	25,2	55,1	27,8	45,5	27,3	36,7	22,4

Fettgedruckt sind signifikante Mittelwertunterschiede der Rohwerte zwischen Jungen und Mädchen im T- Test.

\* p- Werte < ,05 werden als signifikant betrachtet



**Abb. 4:** Signifikante Mittelwertsunterschiede der Rohwerte für Jungen und Mädchen

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, gemessen durch das Überschreiten des Cut-Offs des Elternfragebogens, liegt für die gesamte Stichprobe bei 40,3 Prozent. Nimmt man die Kinder hinzu, deren Werte im Grenzbereich liegen, ist gut die Hälfte psychisch auffällig (52,2 %). Legt man die Ergebnisse des Erzieherfragebogens zugrunde, kommt man zu einer ähnlichen Prävalenz psychischer Gesamtauffälligkeiten. 37,1 Prozent der Kinder sind klinisch auffällig. Wird der Grenzbereich mit hinzu genommen, sind es sogar 56,5 Prozent. Mit der CBCL 1½-5 gemessen zeigen 37,3 Prozent der Kinder klinisch relevante Auffälligkeiten im externalisierenden Bereich, im Bereich internalisierender Störungen sind es ebenfalls 37,3 Prozent. Die C-TRF misst eine ähnliche Prävalenz externalisierender Störungen (37,1 %). Für die internalisierenden Auffälligkeiten fällt der Wert mit 24,2 Prozent im Erzieherfragebogen deutlich geringer aus. Im Bereich emotionaler Probleme bewerten also mehr Eltern ihre Kinder als auffällig als es die Erzieher tun. Dies wird auch bei den einzelnen Syndromskalen deutlich. Auf den Skalen *Emotional-Reaktiv*, *Ängstlich-Depressiv* und *Sozialer Rückzug* werden von den Erziehern weniger Kinder auffällig bewertet als von den Eltern. Doppelt so viele Eltern (14,9 %) wie Erzieher (6,5 %) schätzen ihre Kinder als *Emotional-Reaktiv* ein, ebenfalls doppelt so viele Eltern (19,4 %) wie Erzieher (9,7 %) stellen einen sozialen Rückzug ihrer Kinder fest und drei mal so viele Eltern (9,7 %) wie Erzieher (3,2 %) sehen auffällige körperliche Probleme ihrer Kinder. Bei den externalisierenden Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Aggressives Verhalten* sind die Prävalenzen der C-TRF ähnlich denen der CBCL 1½-5, wie auch schon bei der übergeordneten Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* deutlich wird. Für die einzelnen CBCL 1½-5 Skalen sind die Prävalenzwerte in Tabelle 12 dargestellt.

**Tabelle 12:** Prävalenzwerte der Syndromskalen (Grenzbereich und klinisch auffälliger Bereich)

	CBCL 1½-5				C-TRF			
	Grenzbereich *		auffällig **		Grenzbereich *		auffällig **	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Emotional-Reaktiv	22	16,4	20	14,9	7	11,3	4	6,5
2. Ängstlich-Depressiv	13	9,7	10	7,5	2	3,2	4	6,5
3. Körperliche Beschwerden	6	4,5	13	9,7	4	6,5	2	3,2
4. Sozialer Rückzug	16	11,9	26	19,4	6	9,7	6	9,7
5. Schlafprobleme	20	14,9	15	11,2	-	-	-	-
6. Aufmerksamkeitsprobleme	31	23,1	17	12,7	10	16,1	8	12,9
7. Aggressives Verhalten	15	11,2	19	14,2	3	4,8	9	14,5
8. Internalisierende Auffälligkeiten	27	20,1	50	37,3	9	14,5	15	24,2
9. Externalisierende Auffälligkeiten	10	7,5	50	37,3	7	11,3	23	37,1
10. Gesamtauffälligkeiten	16	11,9	54	40,3	12	19,4	23	37,1

\* Syndromskalen: T = 65 - 59, übergeordnete Skalen: T ≥ 70

\*\* Syndromskalen: T = 60 - 62, übergeordnete Skalen: T ≥ 63

## 5.2 Hypothesenprüfende Statistik

### 5.2.1 CBCL 1½-5 und kategoriale Diagnosen

Ausgehend von der Annahme, dass Kinder mit bestimmten Diagnosen signifikant höhere Mittelwerte auf bestimmten CBCL 1½-5 Skalen aufweisen, wurden Mittelwertvergleiche der Rohwerte durchgeführt. Dazu wurde eine ANOVA gerechnet. Die Mittelwerte der Skalenrohwerte für die einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10 und DC:0-3R sind in Tabelle 13 dargestellt. Die als signifikant gekennzeichneten Mittelwertunterschiede beziehen sich stets auf den Mittelwert der Diagnosegruppe im Vergleich zu dem Mittelwert aller anderen Diagnosegruppen gemeinsam, also der Kinder die nicht unter dieser Diagnose klassifiziert wurden. Ebenfalls aufgeführt sind die gemittelten Skalenrohwerte der Kinder ohne eine Diagnose (dies sind nach ICD-10 und DC:0-3R die gleichen Kinder) und die aller Kinder (N = 134) zusammen.

In der Gruppe der Bindungsstörungen ergibt sich, sowohl nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R klassifiziert, ein niedrigerer Mittelwert bei den Rohwerten der Skala *Körperliche Beschwerden* gegenüber Kindern ohne diese Diagnose. Bei den emotionalen und affektiven Störungen sind die mittleren Rohwerte der Skala *Ängstlich-Depressiv*, sowohl nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R, höher als die von Kindern, die diese Diagnose nicht erhielten. Bei den nach DC:0-3R klassifizierten Kindern liegen zusätzlich niedrigere Rohwerte auf der Skala

*Aufmerksamkeitsprobleme* vor. Bei den externalisierenden Störungen (Störungen des Sozialverhalten nach ICD-10 und RSI nach DC:0-3R sind die mittleren Rohwerte der Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aggressives Verhalten* und der übergeordneten Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* erhöht gegenüber denen von Kindern ohne diese Diagnosen. Bei den nach ICD-10 und auch nach DC:0-3R essverhaltensgestörten Kindern finden sich im Vergleich zu Kindern, die diese Diagnose nicht erhielten, höhere Werte auf der Skala *Körperliche Beschwerden*. Kinder mit einer Diagnose aus dem autistischen Formenkreis haben höhere mittlere Rohwerte auf der Skala *Sozialer Rückzug* und der übergeordneten Skala *Internalisierende Auffälligkeiten*, sowohl bei Diagnosestellung nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R. Die nach ICD-10 als autistisch klassifizierten Kinder weisen zusätzlich den höchsten Mittelwert auf der Skala der *Gesamtauffälligkeiten* auf. Die nach DC:0-3R als autistisch klassifizierten fallen, im Vergleich zu Kindern ohne diese Diagnose, durch niedrigere Werte auf der Skala *Körperliche Beschwerden* auf. Bei den Regulationsstörungen nach DC:0-3R fallen höhere mittlere Rohwerte auf der Skala *Körperliche Beschwerden* im Vergleich zu nicht regulationsgestörten Kindern auf. Die Kinder, die nach ICD-10 und DC:0-3R keine Diagnose erhielten, unterschieden sich von denen mit (irgend-) einer Diagnose nur durch niedrigere mittlere Rohwerte auf der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme*. Die Skala *Gesamtauffälligkeiten* unterscheidet also nicht zwischen Kindern mit und solchen ohne eine Diagnose.

Zur Überprüfung der Signifikanz der Ergebnisse wurden Post- Hoc- Analysen durchgeführt. Unter Berücksichtigung der Bonferroni- Korrektur sind innerhalb der nach ICD-10 diagnostizierten Störungsbilder folgende Skalenmittelwerte signifikant. Die Skala Sozialer Rückzug weist bei Kindern mit Störungen aus dem autistischen Formenkreis gegenüber allen anderen Diagnosegruppen statistisch signifikant höhere Mittelwerte auf. Das Signifikanzniveau ist sämtlich 0,000, außer gegenüber der Gruppe der Bindungsstörungen. Dort beträgt es 0,001. Die Skala *Aggressives Verhalten* weist, bezüglich des Vergleichs von Störungen des Sozialverhaltens und Essverhaltensstörungen, mit einem Signifikanzlevel von 0,089 eine Tendenz eines höheren Mittelwerts zugunsten der Störungen des Sozialverhaltens auf. Auf der übergeordneten Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* haben Kinder mit der Diagnose aus dem autistischen Formenkreis signifikant höhere mittlere Skalenrohwerte gegenüber den diagnostischen Gruppen Essverhaltensstörungen (0,027), Störungen des Sozialverhalten (0,045) und Kindern mit keiner Diagnose (0,033). Für die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* liegt der höhere Mittelwert der Störungen des Sozialverhaltens gegenüber den Essverhaltensstörungen nicht im Signifikanzniveau, wird jedoch mit 0,097 als Trend gewertet.

**Tabelle 13:** Gemittelte Skalenrohwerter für diagnostische Gruppen nach ICD-10 und DC:0-3R

	mittlere Rohwerte der <b>CBCL 1½-5</b>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Diagnostische Gruppe nach ICD-10</b>										
Bindungsstörungen	5,2 (3,7)	4,9 (3,3)	<b>1,5*</b> (1,7)	4,5 (3,7)	4,8 (4,3)	4,3 (2,9)	14,6 (8,7)	16,1 (10,7)	18,8 (10,7)	54,5 (28,5)
Emotionale u. affektive Störungen	6,1 (4,0)	<b>6,9**</b> (3,3)	3,2 (1,8)	3,4 (3,0)	6,0 (3,7)	2,9 (2,7)	14,8 (8,2)	19,6 (10,0)	17,7 (10,2)	57,4 (24,6)
Störungen d. Sozialverhaltens	5,4 (2,9)	3,0 (2,2)	1,7 (1,6)	3,1 (3,0)	6,0 (2,9)	<b>5,7*</b> (1,8)	<b>21,9**</b> (7,3)	13,2 (6,1)	<b>27,6**</b> (8,4)	63,3 (20,5)
Essverhaltensstörungen	3,8 (3,3)	3,1 (3,2)	<b>4,4*</b> (3,2)	2,6 (3,0)	4,4 (3,4)	3,4 (2,6)	11,7 (8,7)	13,9 (9,8)	15,1 (10,9)	44,2 (29,7)
Autistischer Formenkreis	6,9 (3,5)	5,2 (4,0)	4,2 (3,3)	<b>10,2**</b> (3,9)	3,6 (3,2)	5,0 (2,0)	14,4 (6,0)	<b>26,6**</b> (9,2)	19,4 (7,1)	<b>70,6*</b> (24,3)
<b>Diagnostische Gruppe nach DC:0-3R</b>										
Bindungsstörungen	4,6 (3,7)	3,0 (2,7)	<b>2,0*</b> (1,9)	2,9 (3,1)	3,9 (4,1)	4,0 (2,9)	15,3 (9,4)	12,6 (9,3)	19,3 (11,7)	47,2 (29,5)
Emotionale u. affektive Störungen	5,9 (3,4)	<b>5,4*</b> (3,8)	3,9 (3,1)	2,3 (2,3)	5,2 (3,2)	<b>3,1*</b> (2,6)	16,3 (9,0)	17,5 (9,2)	19,4 (11,1)	57,1 (25,2)
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv (RSI)	5,0 (3,5)	4,5 (3,1)	2,5 (3,1)	3,4 (2,7)	4,9 (3,6)	<b>6,0**</b> (2,3)	<b>19,1**</b> (7,9)	15,3 (10,0)	<b>25,1**</b> (9,8)	60,8 (27,0)
Essverhaltensstörungen	4,2 (3,2)	3,6 (3,0)	<b>4,3*</b> (2,9)	3,2 (3,3)	4,5 (3,5)	3,4 (2,4)	11,9 (8,9)	15,3 (8,7)	15,3 (10,6)	46,9 (26,4)
Autistischer Formenkreis	5,8 (3,9)	4,6 (4,1)	3,5 (2,9)	<b>8,4**</b> (4,3)	<b>2,9*</b> (3,0)	4,5 (2,2)	11,1 (6,7)	<b>22,3**</b> (11,2)	15,6 (8,0)	59,1 (28,4)
Regulationsstörungen	2,9 (1,9)	3,1 (1,7)	3,3 (2,5)	2,5 (3,1)	<b>6,8*</b> (3,4)	4,4 (2,3)	15,5 (6,4)	11,8 (6,0)	19,9 (8,3)	47,6 (14,4)
Keine Diagnose (nach ICD-10 und DC:0-3R)	4,5 (4,1)	3,3 (2,4)	2,9 (2,3)	2,1 (2,4)	4,7 (3,1)	<b>2,4*</b> (2,5)	14,4 (8,3)	12,8 (8,1)	16,8 (10,2)	48,6 (24,5)
Gesamtmittelwerte als Vergleich	4,8 (3,5)	4,2 (3,2)	3,1 (2,7)	3,5 (3,4)	4,7 (3,5)	4,1 (2,6)	15,2 (8,5)	15,6 (9,5)	19,3 (10,5)	53,7 (26,1)

Fettgedruckt sind signifikante Mittelwertunterschiede der Skalenrohwerter zwischen der jeweiligen Diagnosegruppe und den übrigen Diagnosen in der ANOVA.

\* p- Werte < ,05 werden als signifikant betrachtet. \*\* p- Werte < ,01 werden als hoch signifikant betrachtet.

Die Standardabweichung ist in Klammern angegeben.

Innerhalb der nach DC:0-3R diagnostizierten Störungsbilder bleiben nach Alpha- Fehler-Korrektur folgende Skalenmittelwerte signifikant unterschiedlich. Die Skala *Sozialer Rückzug* weist bei Kindern mit Störungen aus dem autistischen Formenkreis gegenüber allen anderen Diagnosegruppen statistisch hochsignifikante höhere Mittelwerte auf. Dabei liegt das Signifikanzniveau sämtlich bei 0,000. Die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* weist, bezüglich des Vergleichs der RSI gegenüber emotionalen und affektiven Störungen (0,003), Essverhaltensstörungen (0,020) und Kindern ohne Diagnose (0,005) signifikant höhere Skalenrohwerter auf. Für die Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* liegt der höhere Mittelwert der Störungen aus dem autistischen Formenkreis gegenüber den Bindungsstörungen nicht im

Signifikanzniveau, wird jedoch mit 0,084 als Trend gewertet. Das gleiche gilt mit 0,64 für die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* und den auf dieser Skala höheren Mittelwerten der RSI im Vergleich zu den Essverhaltensstörungen.

Ausgehend von den in der ANOVA und den nach Post-Hoc Vergleichen signifikanten Skalen wird mit diesen und den korrespondierenden Diagnosegruppen eine Regressionsanalyse durchgeführt. Aufgrund der dichotomen Natur der Zielvariable (Zugehörigkeit zu der entsprechenden diagnostischen Gruppe oder nicht) wurde eine logistische Regression gewählt. Dazu wurden zunächst die T-Werte (für die Rohwerte ist eine Einteilung in unauffällig, grenzwertig und klinisch auffällig nicht möglich) der einzelnen Skalen, entsprechend ihrer Werte, im Grenzbereich liegend und klinisch auffällig in einer neuen Variable kodiert, um eine kategoriale Ausprägung der Variable herzustellen. Diese wurde als Kovariate in die Analyse eingegeben. Als abhängige Variable wurde die jeweilige diagnostische Gruppe betrachtet.

Die Skala *Ängstlich-Depressiv* ist ein Prädiktor für die Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen nach ICD-10. Dabei verbessert sich die Prädiktion nochmals, wenn nur die Gruppe der klinisch auffälligen Werte betrachtet wird. Haben Kinder auf dieser Skala Werte im klinisch- auffälligen Bereich ist ihr Risiko die Diagnose einer emotionalen oder affektiven Störung zu erhalten um das 25 fache erhöht (siehe Tabelle 14). Die Skalen *Emotional-Reaktiv* und die übergeordnete Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zeigen keine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für die Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen nach ICD-10. Für die Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen nach DC:0-3R weist keine der Skalen *Emotional-Reaktiv*, *Ängstlich-Depressiv* oder *Internalisierende Auffälligkeiten* eine Vorhersagewahrscheinlichkeit auf. Die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* zeigt einen signifikanten prädiktiven Wert bezüglich der Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10. Kinder mit klinisch- auffälligen Werten auf dieser Skala haben ein um das 7,9 fach höheres Risiko (OR) die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens zu erhalten (siehe Tabelle 15). Weder die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* noch die Skala *Aggressives Verhalten* zeigen eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit bezüglich dieser diagnostischen Gruppe. Die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* ist ein Prädiktor für die Gruppe der RSI nach DC:0-3R. Kinder mit klinisch- auffälligen Werten auf der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* haben ein um das 6,5 fach erhöhtes Risiko (OR) mit der Diagnose einer RSI klassifiziert zu werden (siehe Tabelle 16). Weder die Skala *Aggressives Verhalten* noch die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* zeigen eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit bezüglich dieser diagnostischen Gruppe. Die Skala *Sozialer Rückzug* kann die Zugehörigkeit zu der Gruppe des autistischen Formenkreises nach DC:0-3R vorhersagen. Kinder mit klinisch- auffälligen Werten auf dieser Skala haben ein

um das 184 fach höhere Risiko eine Diagnose aus dem autistischen Formenkreis zu erhalten (siehe Tabelle 17). Weder die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* noch die übergeordnete Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zeigten ein signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für diese diagnostische Gruppe nach DC:0-3R. Bei den Diagnosen aus dem autistischen Formenkreis nach ICD-10 ergaben sich keine signifikanten Prädiktionswerte. Die Wahrscheinlichkeit, irgendeine Diagnose nach ICD-10 oder DC:0-3R zu erhalten, konnte nicht durch klinisch auffällige Werte auf der Skala *Gesamtauffälligkeiten* vorhergesagt werden.

**Tabelle 14:** Ergebnisse der logistischen Regression für emotionale u. affektive Störungen nach ICD-10

		<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Schritt 1*	<b>Emotional-Reaktiv</b>			2,348	2	,309	
	(1) Grenzbereich	-1,244	1,223	1,034	1	,309	,288
	(2) Klinisch- auffällig	-1,631	1,171	1,940	1	,164	,196
	<b>Ängstlich-Depressiv</b>			8,959	2	,011	
	(1) Grenzbereich	2,001	,995	4,042	1	<b>,044</b>	<b>7,394</b>
	(2) Klinisch- auffällig	3,223	1,136	8,044	1	<b>,005</b>	<b>25,101</b>
	Konstante	-2,082	,469	19,748	1	,000	,125

\* Variablen in Schritt 1: Emotional-Reaktiv, Ängstlich-Depressiv

**Tabelle 15:** Logistische Regression für Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10)

		<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Schritt 1*	<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>			,355	2	,837	
	(1) Grenzbereich	-,415	,913	,207	1	,649	,660
	(2) Klinisch- auffällig	-,618	1,128	,300	1	,584	,539
	<b>Aggressives Verhalten</b>			,499	2	,779	
	(1) Grenzbereich	,040	1,220	,001	1	,974	1,040
	(2) Klinisch- auffällig	,685	1,105	,384	1	,535	1,983
	<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>			3,166	2	,205	
	(1) Grenzbereich	1,551	1,357	1,306	1	,253	4,716
	(2) Klinisch- auffällig	2,066	1,217	2,882	1	<b>,090</b>	<b>7,892</b>
	Konstante	-3,064	,793	14,949	1	,000	,047

\* Variablen in Schritt 1: Aufmerksamkeitsprobleme, Aggressives Verhalten, Externalisierende Auffälligkeiten

**Tabelle 16:** Logistische Regression für die RSI (DC:0-3R)

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>	
Schritt 1*	<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>		4,793	2	,091		
	(1) Grenzbereich	,926	,676	1,876	1	,171	2,525
	(2) Klinisch- auffällig	1,866	,855	4,765	1	<b>,029</b>	<b>6,462</b>
	<b>Aggressives Verhalten</b>		2,083	2	,353		
	(1) Grenzbereich	,001	,825	,000	1	,999	1,001
	(2) Klinisch- auffällig	-1,112	,875	1,617	1	,204	,329
	<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>		,652	2	,722		
	(1) Grenzbereich	,562	,931	,364	1	,546	1,753
	(2) Klinisch- auffällig	,584	,826	,499	1	,480	1,793
	Konstante	-1,438	,468	9,446	1	,002	,237

\* Variablen in Schritt 1: Aufmerksamkeitsprobleme, Aggressives Verhalten, Externalisierende Auffälligkeiten

**Tabelle 17:** Logistische Regression für den autistischen Formenkreis (DC:0-3R)

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>	
Schritt 1*	<b>Sozialer Rückzug</b>		10,831	2	,004		
	(1) Grenzbereich	4,437	1,422	9,736	1	<b>,002</b>	<b>84,517</b>
	(2) Klinisch-auffällig	5,216	1,668	9,773	1	<b>,002</b>	<b>184,148</b>
	<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>		3,128	2	,209		
	(1) Grenzbereich	-,026	,940	,001	1	,978	,974
	(2) Klinisch-auffällig	-2,226	1,311	2,886	1	,089	,108
	<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>		5,873	2	,053		
	(1) Grenzbereich	-4,351	1,845	5,564	1	,018	,013
	(2) Klinisch-auffällig	-1,870	1,593	1,378	1	,240	,154
	Konstante	-3,262	,785	17,259	1	,000	,038

\* Variablen in Schritt 1: Sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsprobleme, Internalisierende Auffälligkeiten

### 5.2.2 CBCL 1½-5 und C-TRF – Korrelation und Interrater-Reliabilität

Die Ergebnisse des Elternfragebogens wurden mit denen des Erzieherfragebogens verglichen. Von 60 Kindern lagen die Ergebnisse beider Beurteiler vor. Dazu wurde zunächst die Korrelation der einzelnen Skalen von CBCL 1½-5 und C-TRF mit dem Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet, wie in Tabelle 18 abgebildet. Eine sehr gute Korrelation (p- Werte < ,01) liegt bei den Skalen vor, die externalisierende Verhaltensweisen abbilden (*Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aggressives Verhalten* und *Externalisierende Auffälligkeiten*), sowie

bei der Skala *Sozialer Rückzug*. Für Skalen, die internalisierendes Verhalten abbilden, ist die Korrelation niedriger.

Des Weiteren wurde der Intraclass-Korrelationskoeffizient Kappa für die jeweiligen Skalenpaare berechnet, der gezielt die Übereinstimmung von Eltern- und Erziehereinschätzung (Interrater-Reliabilität) überprüft und zufällige Kongruenz ausschließt. Bei keiner Skalen-Paarung ergab sich eine signifikante Übereinstimmung, da sämtliche Werte im Bereich zwischen  $-0,06$  und  $-3,25$  lagen. Eine gute Reliabilität erwartet man bei Werten über  $0,6$ . Dabei bedeutet  $ICC = 1,00$  „perfekte“,  $ICC \geq 0,80$  „exzellente“ und  $ICC \geq$  „gute“ Reliabilität (Bortz, 2004). Um dieses Ergebnis zu kontrollieren, wurde ein weiterer Intraclass-Koeffizient berechnet, der im Sinne einer Re-Test-Reliabilität eine der Messungen als „Standard“ voraussetzt und im Vergleich die Reliabilität überprüft. Dabei ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Übereinstimmungen zwischen Eltern- und Erzieherergebnissen.

**Tabelle 18:** Korrelation von CBCL 1½-5 und C-TRF Skalen

	Korrelationskoeffizient r (Pearson)
<i>Emotional-Reaktiv</i>	,208
<i>Ängstlich-Depressiv</i>	,117
<i>Körperliche Beschwerden</i>	,204
<i>Sozialer Rückzug</i>	<b>,543**</b>
<i>Aufmerksamkeitsprobleme</i>	<b>,351**</b>
<i>Aggressives Verhalten</i>	<b>,443**</b>
<i>Internalisierende Auffälligkeiten</i>	,237
<i>Externalisierende Auffälligkeiten</i>	<b>,420**</b>
<i>Gesamtauffälligkeiten</i>	,215

\*\* p- Werte  $< ,01$

## Diskussion

### 6.1 Deskriptive Ergebnisse

Die Verteilung von zirka 60 Prozent Jungen und 40 Prozent Mädchen in dieser Stichprobe ist typisch für klinische Stichproben in der Altersgruppe von Klein- und Vorschulkindern (Frankel et al., 2004; Hiermann et al., 2005; Hooks et al., 1988; Keren et al., 2003; Luby und Morgan, 1997). Das durchschnittliche Alter ist mit 36,9 Monaten vergleichbar mit dem der oben erwähnten Studien, lediglich bei Keren et al. (2003) liegt das Durchschnittsalter mit 19 Monaten deutlich niedriger, was an dem Konzept der Klinik, ausschließlich Kinder von null bis drei Jahren mit der DC:0-3R zu diagnostizieren, liegt. Bei den beiden vergleichbaren deutschen Stichproben von Sfendonis (2003) und Kuschel et al. (2004) liegt das Durchschnittsalter mit 44,4 und 56,4 Monaten aufgrund der selektiven Auswahl von Kindergartenkindern höher.

In der vorliegenden Stichprobe können mit Hilfe der ICD-10 Kriterien 45 Prozent der Kinder nicht klassifiziert werden. Diese Zahl scheint im Vergleich zu acht Prozent nicht klassifizierbarer Kinder nach DSM-III- Kriterien bei Luby und Morgan (1997) sehr hoch. 88 Prozent der Kinder, die nicht klassifiziert werden konnten, sind jedoch unter vier Jahren alt, so dass sich bei einem geringeren Anteil jüngerer Kinder in der dortigen Stichprobe ein niedriger Wert ergibt. Vermutet wird, dass bei der Klassifikation jüngerer Kinder, besonders mit den herkömmlichen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10, generell mehr Schwierigkeiten auftreten. Bei anderen Autoren wird nicht zwischen „Nicht klassifizierbar“ und „Keine Diagnose“ unterschieden, so dass die Ergebnisse diesbezüglich mit denen dieser Arbeit kaum vergleichbar sind. Nach der Datenanalyse von Keren et al. (2003) konnte bei 55 Prozent der Kinder nach der DC:0-3 Klassifikation keine Diagnose gestellt werden. Die Autoren begründen diesen hohen Wert damit, dass sie großen Wert auf Diagnosen auf den übrigen Achsen legen und daher weniger Kinder Diagnosen auf der ersten Achse erhalten. Auch wenn man die nach DC:0-3R nicht klassifizierbaren Kindern und solche ohne Diagnose unserer Studie zusammenfasst, ergibt sich ein deutlich niedrigerer Wert von 17 Prozent. Zu berücksichtigen ist, dass die der Studie von Keren (2003) zugrunde liegende Stichprobe, im Gegensatz zu unserer, nicht als selektiv betrachtet werden kann. Sie enthält einen großen Anteil von „Laufkundschaft“, was durch die Lage der Klinik in einem Einkaufszentrum begründet ist.

Hinsichtlich der Diagnoseverteilung ist die vorliegende Stichprobe repräsentativ für eine klinische Inanspruchnahmepopulation. Die Symptome, die zur Vorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde geführt haben, können den folgenden Diagnosegruppen zugeordnet werden: Essverhaltensstörungen, Bindungsstörungen, Regulationsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Emotionale u. affektive Störungen sowie Störungen aus dem autistischen Formenkreis. In anderen Studien finden sich sehr heterogene Ergebnisse, generell sind sie jedoch mit denen in dieser Stichprobe vergleichbar (Frankel et al., 2004; Hooks et al., 1988; Luby und Morgan, 1997; Skovgaard et al., 2007). Einige Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Besonderheiten sollen im Folgenden erläutert werden.

Die Anzahl der Essverhaltensstörungen der vorliegenden Stichprobe erscheint mit 12 Prozent nach ICD-10 und 15 Prozent nach DC:0-3R verhältnismäßig hoch. Bei Hooks et al. (1988) findet sich genau ein Fall bei 193 untersuchten Kindern, bei Luby und Morgan (1997) werden Essverhaltensstörungen als Teil somatischer Probleme gewertet und machen weniger als drei Prozent der Fälle aus. In beiden Arbeiten wurde nach dem DSM-III klassifiziert. Auch Frankel et al. (2004) diagnostizieren mit dem DSM-IV weniger als vier Prozent Essverhaltensstörungen in ihrer Stichprobe von 177 Kindern. In der gleichen Stichprobe fanden sich nach der DC:0-3 zwei Prozent essverhaltensgestörte Kinder. Skovgaard und ihre Kollegen diagnostizierten nach ICD-10 Kriterien bei 2,8 Prozent, nach DC:0-3R bei 2,4 Prozent, der untersuchten Kinder eine Essverhaltensstörung (2007). Grundsätzlich hängt die Prävalenzrate in einer klinischen Stichprobe von vielerlei Faktoren ab. So ist unter anderem von Bedeutung, wie und auf welche Störungsbilder eine Klinik spezialisiert ist oder welche anderen Kliniken sich im Umfeld befinden. In ihrer auf Essverhaltensstörungen spezialisierten Klinik finden Dunitz et al. (1996) beispielsweise einen Anteil von 36 Prozent. Unser Wert lässt also eine gewisse Spezialisierung der hiesigen Klinik für Essverhaltensstörungen erkennen. Der Anteil von acht Prozent Störungen des Sozialverhaltens mit einem deutlichen Überwiegen des männlichen Geschlechts erscheint durchschnittlich (Frankel et al., 2004; Hooks et al., 1988). Bei Luby und Morgan (1997) findet sich mit 35 Prozent ein deutlich höherer Anteil externalisierender Verhaltensstörungen, wobei sich jedoch grundsätzlich die Frage stellt, ob die Prävalenzraten so hoch sind, oder ob, aus welchen Gründen auch immer, viele Eltern ihre Kinder mit entsprechenden Symptomen in der dortigen Klinik vorstellen. Gerade bei externalisierendem Verhalten liegt die zweite Annahme nahe, da externalisierendes Verhalten auffälliger ist, häufiger Grund zur Sorge ist und daher häufiger zur Vorstellung der Kinder führt (Luby und Morgan, 1997). In den letzten Jahren hat vor allem durch Medienberichte eine Sensibilisierung der Eltern für externalisierendes Verhalten stattgefunden. Jedoch ist zu vermuten, dass

Kinderärzte und niedergelassene Kinderpsychiater die erste „Anlaufstelle“ darstellen, so dass der Anteil in einer universitätsklinischen Ambulanz niedriger ist. Mit der Annahme einer spezialisierten Ambulanz und damit einhergehend einer selektiven Stichprobe lässt sich auch das relativ hohe Maß an Störungen aus dem autistischen Spektrum in der vorliegenden Stichprobe vereinbaren. Die sieben Prozent nach ICD-10 klassifizierten Störungen aus dem autistischen Formenkreis und zehn Prozent Multisystemische Entwicklungsstörung nach DC:0-3R sind bezogen auf die niedrige Prävalenz autistischer Störungen in der Gesamtbevölkerung hoch. Im Vergleich zu anderen Studien sind diese Werte aber durchaus durchschnittlich. Luby und Morgan (1997) fanden in 13 Prozent der Fälle Kriterien für eine multisystemische Entwicklungsstörung. Frankel et al. (2004) fanden nach DSM-IV Kriterien sechs Prozent tiefgreifende Entwicklungsstörungen und nach DC:0-3 Kriterien fünf Prozent multisystemische Entwicklungsstörungen. Skoovgard et al. diagnostizierten 3,3 Prozent multisystemische Entwicklungsstörungen nach DC:0-3R Kriterien. Der Anteil von 17 Prozent tiefgreifender Entwicklungsstörungen bei Hooks et al. (1988) wird auf die Spezialisierung der Klinik für Störungen des autistischen Formenkreis zurückgeführt. Dem von Greenspan (2000) geforderten interaktiven Spiel als Teil des diagnostischen Prozess von Störungen des autistischen Formenkreis wird in der Baby- und Kleinkindsprechstunde mit der Videointeraktionsbeobachtung nachgekommen. Der Anteil von acht Prozent nach ICD-10 klassifizierten und 16 Prozent nach DC:0-3R klassifizierten Bindungsstörungen lässt sich als durchschnittlich einstufen. In anderen Studien finden sich gerade bei den Bindungsstörungen sehr unterschiedliche Prävalenzen. Dies könnte daran liegen, dass die Autoren sehr ungleich von der Möglichkeit Gebrauch machen, Beziehungsstörungen auf anderen Achsen zu kodieren. So finden Frankel et al. (2004) einen Anteil von 17 beziehungsweise 18 Prozent je nachdem ob mit DSM-IV oder DC:0-3 klassifiziert. Der Anteil von Bindungsstörungen nach DC:0-3 ist bei Keren et al. (2003) mit zwei Prozent sehr gering, was betont welche Bedeutung die Autoren der Kodierung von Beziehung auf der zweiten Achse beimessen. Bei Skoovgard et al. (2007) finden sich zwei Fälle nach ICD-10, ein Fall nach DC:0-3R Kriterien, in der Untersuchung von 211 Kindern. Auch bei Hooks et al. (1988) finden sich nur zwei Fälle von Bindungsstörung in der Stichprobe von 193 Kindern, bei Luby und Morgan (1997) findet sich keine Bindungsstörung unter 120 Kindern. Einer der Hauptunterschiede der zwei diagnostischen Systeme ICD-10 und DC:0-3R ist die Existenz der Regulationsstörungen in der DC:0-3R. In der hier vorliegenden Stichprobe erhielt fast ein Viertel aller Kinder diese Diagnose, wobei die RSI mit 16 Prozent deutlich überwiegt. In der Arbeit von Keren et al. finden sich hingegen nur fünf Prozent Regulationsstörungen (2003), Frankel et al. (2004) klassifizierten 14 Prozent mit der Diagnose

einer Regulationsstörung. Skoovgard et al. (2007) finden sieben Prozent Regulationsstörungen in ihrer Stichprobe, wobei dabei nicht zwischen den verschiedenen Formen von Regulationsstörungen unterscheiden. Der Anteil in der hier vorliegenden Stichprobe stimmt eher mit den Ergebnissen von Hiermann et al. (2005) überein, die in ihrer Leipziger Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern einen Anteil von bis zu 25 Prozent Regulationsstörungen sehen. Zu der Gruppe der Regulationsstörungen zählen sie allerdings auch die Essverhaltensstörungen, so dass sich ebenfalls ein niedrigerer Wert als in der hiesigen Sprechstunde ergibt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das durchschnittliche Alter der Kinder in der Leipziger Sprechstunde mit 12 Monaten deutlich niedriger liegt, so dass man davon ausgehen kann, dass vor allem die RSI unterrepräsentiert ist. Ihre Prävalenz nimmt als ADHS-Vorläuferdiagnose mit steigendem Alter zu.

Die Häufigkeit emotionaler und affektiver Störungen von 18 Prozent nach DC:0-3R in dieser Studie entspricht insgesamt den Ergebnissen von Keren et al. (2003), obwohl die Autoren konstatieren, affektive Symptome zu einem großen Teil als Zeichen gestörter Bindung zu betrachten, und diese daher auf der zweiten Achse kodieren. Mit acht Prozent emotionaler und affektiver Störungen nach ICD-10 Kriterien liegen unsere Werte unter denen von Luby und Morgan (1997), die 24 Prozent der Kinder dieser Störungsgruppe nach DSM-III Kriterien zuordnen. Frankel et al. (2004) diagnostizieren nach der DC:0-3 zu neun Prozent emotionale Störungen, wobei sie Anpassungsstörungen und Traumatische Stressstörung mit Anteilen von 19 und 21 Prozent separat klassifizieren, sich also insgesamt ein deutlich höher Anteil von emotionalen Störungen ergibt. Nach DSM-IV Kriterien ergeben sich bei ihnen ähnlich hohe Werte. Auch bei Hooks et al. (1988) finden sich nach DSM-III Kriterien mit 32 Prozent deutlich höhere Anteile emotionaler Störungen. Studien bestätigen insgesamt ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei den emotionalen Störungen sowohl bei Kindern (Frankel et al., 2004; Luby und Morgan, 1997) als auch bei Erwachsenen (Krystal, 2004; Noble, 2005; Pigott, 2003).

In der hiesigen Stichprobe fällt auf, dass in keinem Falle eine Schlafverhaltensstörung diagnostiziert wurde, was daran liegen könnte, dass dieses Symptom meist als Teil einer komplexeren Störung gesehen wird und daher unter einer anderen Diagnose kodiert wird. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von Frankel et al. (2004), die Schlafverhaltensstörungen zu einem Anteil von unter einem Prozent diagnostizierten.

Gemessen an den Ergebnissen der CBCL 1½-5 zeigen knapp 40 Prozent der Kinder in der Stichprobe sowohl im externalisierenden als auch im internalisierenden Bereich klinisch auffälliges Verhalten. Vergleicht man dies mit den durchschnittlichen Prävalenzraten für Klein- und Vorschulkinder und berücksichtigt man um den Faktor zehn bis 15 höhere Prävalenzwerte in

klinischen Stichproben im Vergleich zu Normstichproben, stimmen die Werte gut mit den durchschnittlichen Prävalenzwerten für Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten in dieser Altersgruppe überein (Briggs-Gowan et al., 2001; Kuschel et al., 2004).

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich in der Elternversion auf zwei, in der Erzieherversion auf einer Skala. Von den Eltern werden Mädchen als Ängstlich-Depressiver bewertet und haben, nach dem Urteil der Eltern, häufiger Schlafprobleme als Jungen. Bei den Erziehern fallen die Jungen als Emotional-Reaktiver auf.

## **6.2 Hypothesenprüfende Statistik**

### **6.2.1 CBCL 1½-5 und kategoriale Diagnosen**

Die erste Hypothese lautet, dass Kinder mit einer Diagnose aus dem autistischen Formenkreis signifikant höhere Werte auf den Skalen *Sozialer Rückzug* und *Aufmerksamkeitsprobleme* aufweisen als Kinder mit anderen Diagnosen. Der Vergleich der entsprechenden Skalenmittelwerte zeigt, dass Kinder mit einer Diagnose aus dem autistischen Formenkreis sowohl nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R gegenüber allen anderen Diagnosegruppen statistisch hoch signifikante höhere Mittelwerte auf der Skala *Sozialer Rückzug* aufweisen. Es findet sich ein hervorragender prädiktiver Wert der Skala *Sozialer Rückzug* in Bezug auf die Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung nach DC:0-3R. Für Diagnosen nach ICD-10 hat die Skala keinen prädiktiven Einfluss auf die Diagnosestellung einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Entsprechend den Ergebnissen von Duarte et al. (2003), Noterdaeme et al. (1999) und Bölte und Poustka (1999) scheint auch die CBCL 1½-5 generell dazu geeignet zu sein, autistische Kinder in einer klinischen Population zu identifizieren. Die Skala *Sozialer Rückzug* ist demnach hilfreich bei der Identifizierung von Kindern mit Störungen aus dem autistischen Formenkreis. Für beide Klassifikationssysteme grenzt sie durch höhere Mittelwerte eine Diagnose aus dem autistischen Formenkreis von anderen Diagnosen und keiner Diagnose ab. Die Tatsache, dass sich für Diagnosen nach ICD-10 kein prädiktiver Wert der Skala *Sozialer Rückzug* ergibt, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit an den geringen Fallzahlen innerhalb dieser diagnostischen Gruppe. Möglicherweise ist das Ergebnis auch ein Hinweis darauf, dass die Diagnose einer tiefgreifenden oder multisystemischen Entwicklungsstörung nach der DC:0-3R Klassifikation für die Altersgruppe der eineinhalb bis fünfjährigen exakter ist als diese Diagnose nach den herkömmlichen ICD-10 Kriterien und daher einen größeren Zusammenhang zu der statistisch generierten Skala *Sozialer Rückzug* bietet. Anders als bei Bölte und Poustka (1999) trägt die Skala

*Aufmerksamkeitsprobleme* nicht zur Identifizierung von Kindern mit einer Diagnose aus dem autistischen Formenkreis bei. Sie weist keine höheren Mittelwerte gegenüber anderen Diagnosen auf. Dies gilt sowohl für Diagnosen nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R. Weiterhin hat die Skala keinen prädiktiven Wert für die Diagnosestellung „Autismus“ in beiden Klassifikationssysteme. Ein möglicher Grund könnte sein, dass in der überprüften Stichprobe Kinder mit der Diagnose einer RSI signifikant höhere Werte auf der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* aufweisen und es dadurch zu einer Verzerrung zugunsten dieser Kinder kommt. Kinder, die nach ICD-10 als „autistisch“ klassifiziert wurden, unterscheiden sich durch signifikant höhere Skalenmittelwerte auf der übergeordneten Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* von Kindern mit den Diagnosen Essverhaltensstörungen, Störungen des Sozialverhalten und Kindern mit keiner Diagnose. Kinder mit der Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung zeigen also gegenüber Kindern mit den oben genannten Störungsbildern ein höheres Maß an internalisierendem Verhalten. Ein direktonaler Zusammenhang der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zu der DC:0-3R Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung ist jedoch nicht nachweisbar. Es ist zu vermuten, dass dieses Ergebnis zufällig bedingt ist. Die Skala scheint als übergeordnete Skala nicht spezifisch genug, um einen direkten Zusammenhang zu der Diagnose aufzuzeigen.

Gemäß der zweiten Hypothese weisen Kinder mit einer externalisierenden Störung, also Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 und der RSI nach DC:0-3R, signifikant höhere Werte auf den Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aggressives Verhalten* und *Externalisierende Auffälligkeiten* auf als Kinder mit anderen Diagnosen oder keiner Diagnose. Beim Vergleich der Skalenmittelwerte zeigt sich für die Skala *Aggressives Verhalten* zwar ein höherer Mittelwert der Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10) gegenüber den Essverhaltensstörungen, der jedoch nicht mehr im Signifikanzniveau liegt und somit nur als Trend gewertet werden kann. Das Gleiche gilt für die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* ebenfalls bei der Gegenüberstellung von Störungen des Sozialverhaltens und Essverhaltensstörungen. Die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* zeigt in der Regressionsanalyse einen prädiktiven Wert im Hinblick auf die Diagnose Störung des Sozialverhaltens. Auf Grund einer geringen Signifikanz ist dieses Ergebnis allenfalls als Tendenz zu werten. Die beiden anderen Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Aggressives Verhalten* zeigen keine Prädiktion in Bezug auf die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10. Die Ergebnisse von Gould et al. (1993) und Kasius et al. (1997), die für die Altersgruppe der vier bis 18 jährigen einen Zusammenhang der Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Aggressives Verhalten* zu der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens zeigten, können demnach für die Altersgruppe der eineinhalb bis fünfjährigen

nicht repliziert werden. Dies könnte ein Hinweis auf eine geringe Validität dieser Diagnose für diesen frühen Altersbereich sein. Der fehlende bestätigte Zusammenhang sollte jedoch Anlass sein, diese Hypothese in zukünftigen Studien erneut zu untersuchen.

Bei der Diagnose der RSI weist die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* bezüglich des Vergleichs mit emotionalen und affektiven Störungen, Essverhaltensstörungen und Kindern ohne Diagnose signifikant höhere Skalenmittelwerte auf. Die Skala hat zudem einen prädiktiven Wert bezüglich der Diagnose einer RSI. Das Risiko, die Diagnose einer RSI zu haben, erhöht sich bei klinisch auffälligen Werten der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* auf das 6,5 fache. Die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* weist im Vergleich der emotionalen und affektiven Störungen zu den Essverhaltensstörungen höhere Mittelwerte auf, die jedoch auf Grund einer geringen Signifikanz nur als Trend angesehen werden können. Die RSI als eine „Vorläuferdiagnose“ des ADHS wird gut durch klinisch-auffällige Werte auf der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* vorhergesagt. Damit entsprechen die Ergebnisse denen von Kasius et al. (1997), die mit dieser Skala gleichfalls einen signifikanten Prädiktor für die ADHS-Diagnose fanden, allerdings nach dem DSM-III klassifiziert. Für die Altersgruppe der eineinhalb bis fünfjährigen ist die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* geeignet, Kinder mit einer RSI zu identifizieren und sie damit von Kindern mit anderen Diagnosen abzugrenzen. Dies bestärkt gleichfalls das Konstrukt der Diagnose der RSI. Konzeptionell erscheint es sinnvoll, Kinder mit hyperaktivem Verhalten von solchen mit gestörtem Sozialverhalten abzugrenzen. Innerhalb der ICD-10 ist dies mit der Unterscheidung der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0), den Sozialstörungen (F 91 und 92) sowie in der Kombination mit der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) möglich. Fraglich ist, inwieweit diese Differenzierung in der Praxis umgesetzt wird. Mit der Diagnose der RSI nach DC:0-3R werden spezifisch Kinder erfasst, deren Verhalten auf eine frühe Aufmerksamkeitsdefizit-Störung hinweist. Die fehlende Entsprechung einer Störung des Sozialverhaltens ist durch den Bezug auf die Altersgruppe begründet. Aufgrund der hohen Prävalenz oppositioneller Verhaltensweisen in eben dieser Altersgruppe erscheint eine zu frühe Vergabe dieser Diagnose nicht sinnvoll.

Drittens wurde angenommen, dass Kinder mit einer emotionalen oder affektiven Störung signifikant höhere Werte auf den Skalen *Ängstlich-Depressiv*, *Emotional-Reaktiv* und *Internalisierende Probleme* aufweisen als Kinder mit anderen Diagnosen. Weder nach ICD-10 noch nach DC:0-3R ergeben sich für diese Diagnose auf einer der drei Skalen höhere Mittelwerte gegenüber den anderen diagnostischen Gruppen. Allerdings ist die Skala *Ängstlich-Depressiv* ein guter Prädiktor für die Diagnose einer emotionalen oder affektiven Störung nach ICD-10. Bei klinisch- auffälligen Werten auf dieser Skala steigt das Risiko, an einer Diagnose

dieser Gruppe zu leiden, auf das 25 fache, bei einer sehr hohen Signifikanz. Sogar bei Werten, die nur im Grenzbereich klinischer Auffälligkeit liegen, ist das Risiko noch um das siebenfache erhöht. Damit ist die Skala *Ängstlich-Depressiv* gut geeignet, um Kinder mit einer Diagnose nach ICD-10 aus der Gruppe der emotionalen oder affektiven Störungen gegenüber anderen Kindern zu identifizieren. Es stellt sich die Frage, warum dies für die gleiche Diagnosegruppe klassifiziert nach DC:0-3R nicht zutrifft. Die Kriterien der DC:0-3R sind gegenüber denen der ICD-10 „weicher“ und demnach erhalten mehr Kinder diese Diagnose. Dadurch nimmt aber auch die Trennschärfe zwischen den einzelnen Diagnosen ab, was in diesem Fall den nichterkennbaren Zusammenhang zwischen der Skala *Ängstlich-Depressiv* und der diagnostischen Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen erklären könnte.

Weiterhin wurde hypothetisiert, dass die Skala *Gesamtauffälligkeiten* einen prädiktiven Wert bezüglich einer nach ICD-10 oder DC:0-3R diagnostizierten Störung hat. Dies konnte die Datenanalyse nicht bestätigen. Die Skala kann innerhalb dieser klinischen Stichprobe nicht zur Unterscheidung zwischen psychisch auffälligen und unauffälligen Kindern verwendet werden. Das könnte an der Heterogenität der innerhalb der Skala *Gesamtauffälligkeiten* vereinten Items liegen. Die „Ungerichtetheit“ dieser globalen Skala könnte zu ihrer geringen Aussagefähigkeit für psychische Auffälligkeiten beitragen. Des Weiteren muss bei diesem Ergebnis die geringe Anzahl der mit keinem Störungsbild diagnostizierten Kinder (N = 10) in der Stichprobe berücksichtigt werden. Da die Normierung der Originalversion an einer Feldstichprobe erfolgte, ist zu überlegen, ob für klinische Stichproben eine Veränderung der Cut-Off-Werte zu einer Verbesserung der Diskrimination zwischen psychisch auffälligen und unauffälligen Kindern beitragen kann. Dies ist in zukünftigen Studien zu prüfen.

### **6.2.1.1 Limitierungen**

Die Stichprobe setzt sich aus konsekutiv in der Baby- und Kleinkindsprechstunde vorgestellten Kindern zusammen und kann daher nur als Beispiel einer klinischen Inanspruchnahmepopulation gewertet werden. Die Fallzahlen in einzelnen diagnostischen Gruppen dieser Studie sind zum Teil klein, so dass die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt ist. So besitzt die hervorragende Prädiktion der Skala *Sozialer Rückzug* für die „Autismus-Diagnose“ nach DC:0-3R auf Grund der geringen Fallzahl eingeschränkte Gültigkeit. Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn die Ergebnisse, besonders der nach ICD-10 klassifizierten Gruppen, in zukünftigen Studien mit größeren Fallzahlen wiederholt würden, um so die vorläufigen Ergebnisse zu bestätigen.

Obwohl die Diagnosen unabhängig von den Ergebnissen der CBCL 1½-5, streng nach den Kriterien des jeweiligen Klassifikationssystems gestellt wurden, waren die Therapeuten nicht blind für die Ergebnisse der CBCL 1½-5, so dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass Therapeuten durch die Ergebnisse bei der Diagnosestellung beeinflusst wurden.

### **6.2.2 CBCL 1½-5 und C-TRF**

Bei den Prävalenzen auffälliger Verhaltensweisen werden eindeutige Unterschiede zwischen den Ergebnissen des Eltern- und des Erzieherfragebogens deutlich. Dabei fällt auf, dass die Ergebnisse der Bewertung externalisierendes Verhalten generell ähnlich sind, wohingegen ein deutlicher Unterschied in Bezug auf internalisierendes Verhalten besteht. Eltern bewerten emotionale Probleme ihrer Kinder im Durchschnitt doppelt so häufig auffällig wie Erzieher.

Die Kongruenzen (Pearson'schen Korrelationskoeffizient) zwischen Eltern- und Erzieherbeurteilungen stimmen grundsätzlich mit denen der amerikanischen Originalversion überein (Achenbach et al., 1987). Die Ergebnisse sind gleichfalls kongruent mit denen einer deutschen Studie, die innerhalb einer Stichprobe von eineinhalb bis fünfjährigen Kinder die Korrelation von CBCL 1½-5 und C-TRF vergleicht (Sfendonis, 2003).

Für Skalen, die externalisierendes Verhalten abbilden, ist die Übereinstimmung moderat. Für solche, die internalisierende Verhaltensweisen darstellen, fällt die Übereinstimmung unterschiedlicher Beurteiler erwartungsgemäß schlechter aus. Dieser Trend ist aus früheren Studien bekannt (Cai et al., 2004; Deng et al., 2004; Gross et al., 2004; Kolko und Kazdin, 1993) und ist unabhängig vom kulturellen Hintergrund der untersuchten Stichprobe und der Art des eingesetzten Instruments. Die niedrigen Korrelationswerte der spezifischen Analysen mittels Intraclass-Korrelation entsprechen den Ergebnissen einiger Studien, die ebenfalls diese statistische Methode einsetzen (Molina et al., 1998).

Stellt die moderate bis schlechte Konkordanz von CBCL 1½-5 und C-TRF die Reliabilität des Instruments in Frage? Wie kann es sein, dass Eltern und Erzieher dasselbe Kind so unterschiedlich bewerten? Methodisch ist zu berücksichtigen, dass zum einen Erzieher die Kinder unter Umständen erst seit kurzer Zeit kennen und daher eingeschränkt in ihrer Urteilsfähigkeit sind, gerade was internalisierendes Verhalten betrifft. Zum anderen haben sie unter Umständen ein geringeres Interesse daran, das Verhalten des Kindes korrekt zu beurteilen, als das bei besorgten Eltern der Fall ist, die ihr Kind in einer klinischen Sprechstunde vorstellen.

Auch ist es möglich, dass durch die hohe Anzahl von Vergleichsmöglichkeiten innerhalb einer Krippen- oder Kindergartengruppe Verhaltensweisen als weniger gravierend wahrgenommen werden, als sich diese aus der Sicht besorgter und eventuell unerfahrener Eltern darstellen. Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen bezüglich internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen lässt sich damit erklären, dass Eltern bezüglich internalisierender Probleme sensibler sind oder aber, dass sie „strenger“ bewerten.

Unabhängig von diesen Überlegungen implizieren niedrige Übereinstimmungen jedoch die Relevanz der Einbeziehung unterschiedlicher Beurteiler(-gruppen) bei der Bewertung von kindlichen Verhaltensweisen. Der Komplexität und Diversität kindlichen Verhaltens werden die Informationen eines alleinigen Beurteilers nicht gerecht. Sie fordert vielmehr die Berücksichtigung der Einschätzung aus verschiedenen situativen und Beziehungskontexten um eine möglichst umfassende und korrekte Einschätzung des Kindes zu erhalten.

### **6.3 Zusammenfassung**

Trotz einiger Besonderheiten kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativ für eine klinische Inanspruchnahmepopulation einer universitären großstädtischen Kleinkindambulanz angesehen werden. Vorerst scheint eine „doppelte Diagnosestellung“ sowohl nach ICD-10 als auch nach DC:0-3R Kriterien sinnvoll. Die Vor- und Nachteile der beiden Systeme bei der Klassifikation verschiedener Krankheitsbilder werden so ausgeglichen. Die hohe Rate nicht klassifizierbarer Störungsbilder zeigt, dass die ICD-10 Kriterien für die Einordnung psychopathologischer Auffälligkeiten von Säuglingen und Kleinkindern nur unzureichende Möglichkeiten bieten. Generell sollte bei der Klassifikation auf die Unterscheidung „Nicht klassifizierbar“ und „Keine Diagnose“ geachtet werden. Gerade in Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Klassifikation junger Kinder scheint dies sinnvoll. In vielen Studien wird nicht deutlich, welcher Anteil tatsächlich als gesund beziehungsweise als psychopathologisch auffällig eingestuft wurde. Innerhalb der DC:0-3R bietet die diagnostische Gruppe der Regulationsstörungen eine gute Möglichkeit, altersbezogene psychopathologische Phänomene zu beschreiben. Die Diagnose der RSI sollte innerhalb der Regulationsstörungen besondere Berücksichtigung finden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen daraufhin, dass mit Hilfe der Diagnose der RSI spezifisch Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Problematik erfasst werden und so gegenüber Kindern mit sozialen Auffälligkeiten abgegrenzt werden können.

Die CBCL 1½-5 kann als Screening-Instrument einfach, schnell und kostengünstig eingesetzt werden. Bei leichter Handhabung, der Möglichkeit des Einsatzes in verschiedenen Sprachen und einfacher Auswertbarkeit bietet sie eine sehr gute Möglichkeit das Verhalten von kleinen Kindern in verschiedenen Kontexten und aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen, zu dokumentieren und einzuordnen. Die Ergebnisse der CBCL können dazu beitragen, Entscheidungen über die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen und einzuleitender Therapien zu treffen. Dabei ist es von Vorteil, dass die CBCL-Skalen Verhaltensdimensionen beschreiben und damit keinen direktionalen Zusammenhang zu kategorialen Diagnosen herstellen. Einer möglichen einfachen „Übernahme“ einer als auffällig bewerteten Skala in die entsprechende Diagnose wird so vorgebeugt.

Mit der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich die CBCL 1½-5 auch in klinischen Populationen als Screening-Instrument eignet, um auffälliges Verhalten in einer Gruppe von möglicherweise psychisch kranken Kindern zu identifizieren und einzuordnen. Trotz geringer Fallzahl in einzelnen diagnostischen Gruppen in dieser Untersuchung konnten die Ergebnisse früherer Studien zum Teil repliziert werden. Einige CBCL 1½-5 Skalen lassen eine Zuordnung zu diagnostisch relevanten Störungsgruppen zu und erleichtern damit weitergehende Diagnostik. So kann die Skala *Sozialer Rückzug* zur Identifizierung von Kindern mit autistischem Verhalten beitragen und sie gegenüber Kindern mit anderen Diagnosen oder keiner Diagnose abgrenzen. Die Skala *Ängstlich-Depressiv* eignet sich, um Kinder mit einer Diagnose aus der Gruppe der emotionalen und affektiven Störungen zu identifizieren. Mit der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme*, ist es möglich einen Zusammenhang zu der Diagnose einer RSI herzustellen. Für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gelingt dies mit Hilfe der vorliegenden Daten bisher nicht. Die Skala *Gesamtauffälligkeiten* spielt bei der Beurteilung von auffälligem Verhalten aufgrund ihrer „Ungerichtetheit“ und eingeschränkten Aussagekraft nur eine untergeordnete Rolle. Das Ziel zukünftiger Studien sollte die Bestätigung dieser Ergebnisse an größeren Stichproben sein. Die teils gravierenden Unterschiede innerhalb der zwei angewandten Klassifikationssysteme sollten dabei besonders berücksichtigt werden.

Zwischen den Ergebnissen der Eltern- und der Erzieherversion der CBCL 1½-5 liegt eine moderate Korrelation vor. Daher erscheint der Einsatz mehrerer „Informationsquellen“ zur Beurteilung kindlichen Verhaltens zweckmäßig.

## Literaturverzeichnis

- Achenbach, T.M. (1966): The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs* 80, pp. 1-37.
- Achenbach, T.M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and Profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M.; Dumenci, L. und Rescorla, L. (2000): *Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL 1½-5, LDS and C-TRF*. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families
- Achenbach, T.M.; McConaughy, S.H. und Howell, C.T. (1987): Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin* 101 [2], pp. 213-32.
- Achenbach, T.M. und Rescorla, L. (2001): *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M. und Rescorla, L. (2003): *Manual for ASEBA Adult Forms and Profiles.*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M. und Rescorla, L.A. (2000): *CBCL 1½-5 & C-TRF Profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M.D. und Bell, S.M. (1970): Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development* 41 [1], pp. 49-67.
- American-Psychiatric-Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC.
- Bartko, J.J. (1966): The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports* 19 [1], pp. 3-11.
- Barton, M., Robins, D. (2000). Zeanah, C. H., *Handbook of infant mental health*, 2nd. ed., New York, Guilford Press.
- Bertelsen, A. (1999): Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 [2], pp. 166-73.
- Bérubé, R.L. und Achenbach, T.M. (2006): *Bibliography of published studies using ASEBA: 2006 edition*, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Biederman, J.; Faraone, S.V. und Monuteaux, M.C. (2002): Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry* 159 [9], pp. 1556-1562.

- Bölte, S.; Dickhut, H. und Poustka, F. (1999): Patterns of parent-reported problems indicative in autism. *Psychopathology* 32 [2], pp. 93-97.
- Bölte, S. und Poustka, F. (2001): Die Faktorenstruktur des Autismus Diagnostischen Interviews-Revision (ADI-R): Eine Untersuchung zur dimensional versus kategorialen Klassifikation autistischer Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 29 [3], pp. 221-229.
- Bortz, J. (2004): *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*, 6. Auflage. Berlin, Springer.
- Bowlby, J. (1944): Fourty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis* 25, pp. 19-53, 107-128.
- BRD (2005): *Schulstatistik*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt Deutschland
- BRD (2006): *Leben und Arbeiten in Deutschland, Sonderheft 1: Familien und Lebensformen - Ergebnisse des Mikrozensus 1996-2004*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt Deutschland
- Briggs-Gowan, M.J.; Carter, A.S.; Skuban, E.M. und Horwitz, S.M. (2001): Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1-and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 [7], pp. 811-819.
- Cai, X.S.; Kaiser, A.P. und Hancock, T.B. (2004): Parent and teacher agreement on child behavior checklist items in a sample of preschoolers from low-income and predominantly African American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33 [2], pp. 303-312.
- Crijnen, A.A.M.; Achenbach, T.M. und Verhulst, F.C. (1997): Comparison of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total Problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 [9], pp. 1269-1277.
- DelCarmen-Wiggins, R. und Carter, A.S. (2001): Introduction - Assessment of infant and toddler mental health: Advances and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 [1], pp. 8-10.
- Deng, S.Y.; Liu, X.C. und Roosa, M.W. (2004): Agreement between parent and teacher reports on behavioral problems among Chinese children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 25 [6], pp. 407-414.
- Denner, S. und Schmeck, K. (2005): Ergebnisse einer Untersuchung von Dortmunder Kindergartenkindern mit dem Erzieherfragebogen C-TRF. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 33 [4], pp. 307-317.
- DGKJP (2007): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 3. überarbeitete Auflage, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. (1998a): Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener (YABCL), Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.

- Döpfner, M. (1998b): Fragebogen für junge Erwachsene (YASR), Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner, M. (2002a): Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1½-5), Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner, M. (2002b): Fragebogen für ErzieherInnen von Klein- und Vorschulkinder (C-TRF), Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner, M. und Lehmkuhl, G (1997): Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46, pp. 519-547.
- Döpfner, M. und Melchers, P. (1993): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Melchers, P. und Heim, K. (1998a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Melchers, P. und Heim, K. (1998b): Fragebogen für Jugendliche (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Dornes, M. (2004a): *Der kompetente Säugling*, 11. Auflage. Frankfurt am Main, Fischer (Tb.).
- Dornes, M. (2004b): *Die emotionale Welt des Kindes*, 4. Auflage. Frankfurt am Main, Fischer (Tb.).
- Duarte, C.S.; Bordin, I.A.S.; de Oliveira, A. und Bird, H. (2003): The CBCL and the identification of children with autism and related conditions in Brazil: Pilot findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 33 [6], pp. 703-707.
- Dunitz, M.; Scheer, P.J.; Kvas, E. und Macari, S. (1996): Psychiatric diagnoses in infancy: A comparison. *Infant Mental Health Journal* 17 [1], pp. 12-23.
- Edelbrock, C. und Costello, A.J. (1988): Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology* 16 [2], pp. 219-231.
- Emde, R.N.; Bingham, R.D. und Harmon, R.J. (1993): Classification and the diagnostic process in infancy, *Handbook of Infant Mental Health*, Zeanah, C.H., New York/London, Guilford Press.
- Ferdinand, R.F.; Visser, J.H.; Hoogerheide, K.N.; van der Ende, J.; Kasius, M.C.; Koot, H.M. und Verhulst, F.C. (2004): Improving estimation of the prognosis of childhood psychopathology; combination of DSM-III-R/DISC diagnoses and CBCL scores. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 [3], pp. 599-608.

- Frankel, K.A.; Boyum, L.A. und Harmon, R.J. (2004): Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43 [5], pp. 578-587.
- Gould, M.S.; Bird, H. und Jaramillo, B.S. (1993): Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, pp. 287-313.
- Greenspan, S.I. (2000): Children with autistic spectrum disorders. Individual differences, affect, interaction, and outcomes. *Psychoanalytic Inquiry* 20, pp. 675-703.
- Gross, D.; Fogg, L.; Garvey, C. und Julion, W. (2004): Behavior problems in young children: an analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing and Health* 27 [6], pp. 413-425.
- Hiermann, P.; Fries, M.; Hückel, D.; Kiess, W. und Merckenschlager, A. (2005): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: Ergebnisse der Leipziger Beratungsstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. *Klinische Pädiatrie* 217, pp. 61-67.
- Hooks, M.Y.; Mayes, L.C. und Volkmar, F.R. (1988): Psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27 [5], pp. 623-627.
- Jensen, P.S.; Watanabe, H.K.; Richters, J.E.; Roper, M.; Hibbs, E.D.; Salzberg, A.D. und Liu, S. (1996): Scales, diagnoses, and child psychopathology 2. Comparing the CBCL and the DISC against external validators. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24 [2], pp. 151-168.
- Kasius, M.C.; Ferdinand, R.F.; vandenBerg, H. und Verhulst, F.C. (1997): Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 38 [6], pp. 625-632.
- Keenan, K.; Shaw, D.S.; Walsh, B.; Delliquadri, E. und Giovannelli, J. (1997): DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 [5], pp. 620-7.
- Keenan, K. und Wakschlag, L.S. (2000): More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28 [1], pp. 33-46.
- Keren, M.; Feldman, R. und Tyano, S. (2003): A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Mental Health Journal* 24 [4], pp. 337-48.
- Kleining, G. und Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie* 20, pp. 502-552.
- Kolko, D.J. und Kazdin, A. E. (1993): Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 34 [6], pp. 991-1006.

- Koot, H.M.; Van den Oord, E.J.C.G.; Verhulst, F.C. und Boomsma, D.I. (1997): Behavioral and emotional problems in young preschoolers: Cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist 2-3. *Journal of Abnormal Child Psychology* 25 [3], pp. 183-196.
- Koot, H.M. und Verhulst, F.C. (1992): *Child psychiatric epidemiology concepts, methods, and findings*, Developmental Clinical Psychology and Psychiatry 23, Newbury Park, Sage Publications.
- Krystal, A.D. (2004): Depression and insomnia in women. *Clinical Cornerstone* 6 [1], pp. 19-28.
- Kuschel, A. (2001): *Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern*. Dissertation, Technische Universität Braunschweig, Braunschweig.
- Kuschel, A.; Lübke, A.; Köppe, E.; Miller, Y.; Hahlweg, K. und Sanders, M.R. (2004): Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 32 [2], pp. 97-106.
- Lampert, T.L.; Polanczyk, G.; Tramontina, S.; Mardini, V. und Rohde, L.A. (2004): Diagnostic performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a screening measure in a sample of Brazilian children with ADHD. *Journal of attention disorders* 8 [2], pp. 63-71.
- Laucht, M.; Esser, G. und Schmidt, M.H. (2001): Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine and Child Neurology* 43 [5], pp. 292-300.
- Lavigne, J.V.; Arend, R.; Rosenbaum, D.; Binns, H.J.; Christoffel, K.K. und Gibbons, R.D. (1998a): Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 [12], pp. 1246-54.
- Lavigne, J.V.; Arend, R.; Rosenbaum, D.; Binns, H.J.; Christoffel, K.K. und Gibbons, R.D. (1998b): Psychiatric disorders with onset in the preschool years: II. Correlates and predictors of stable case status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 [12], pp. 1255-61.
- Lavigne, J.V.; Gibbons, R.D.; Christoffel, K.K.; Arend, R.; Rosenbaum, D.; Binns, H.; Dawson, N.; Sobel, H. und Isaacs, C. (1996): Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 [2], pp. 204-14.
- Luby, J.L. und Morgan, K. (1997): Characteristics of an infant/preschool psychiatric clinic sample: Implications for clinical assessment and nosology. *Infant Mental Health Journal* 18 [2], pp. 209-20.
- Mathiesen, K.S. und Sanson, A. (2000): Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28 [1], pp. 15-31.
- McGuire, R.J.; Berg, I.; McKenzie, I.; Wright, B.; Foreman, D. und Chandiramani, K. (2000): Have the Cross-Informant Syndromes of the CBCL any practical value in identifying grouped ICD-10 diagnoses? *European Child & Adolescent Psychiatry* 9, pp. 263-270.

- Mesman, J.; Bongers, I. L. und Koot, H. M. (2001): Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 42 [5], pp. 679-89.
- Molina, B.S.; Pelham, W.E.; Blumenthal, J. und Galiszewski, E. (1998): Agreement among teachers' behavior ratings of adolescents with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology* 27 [3], pp. 330-9.
- Noble, R.E. (2005): Depression in women. *Metabolism* 54 [5 Suppl 1], pp. 49-52.
- Noterdaeme, M.; Minow, F. und Amorosa, H. (1999): Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27 [3], pp. 183-188.
- Nylander, I.; Rydelius, P.A.; Nordberg, L.; Aurelius, G. und Zetterstrom, R. (1989): Infant health and development in relation to the family situation. A review of a longitudinal prospective study in a new Stockholm suburb. *Acta paediatrica Scandinavica* 78 [1], pp. 1-10.
- Pigott, T. A. (2003): Anxiety disorders in women. *The Psychiatric clinics of North America* 26 [3], pp. 621-72.
- Pihlakoski, L.; Sourander, A.; Aromaa, M.; Rautava, P.; Helenius, H. und Sillanpaa, M. (2006): The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15 [7], pp. 409-17.
- Remschmidt, H. (2004): *Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eine praktische Einführung*. 3. Auflage, Stuttgart, Thieme.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M. und Poustka, F. (2006): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*, 5. Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.
- Rescorla, L.A. (2005): Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 11 [3], pp. 226-237.
- Rutter, M. und Quinton, D. (1977): Psychiatric disorder - Ecological factors and concepts of causation. McGurk, H., *Ecological Factors In Human Development* pp. 173-87, North-Holland, Amsterdam.
- Scharfetter, C. (2002): *Allgemeine Psychopathologie*, 5. Auflage. Stuttgart, Thieme.
- Sfendonis, P.F. (2003): Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL 1½-5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe. Dissertation, Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main.
- Skovgaard, A. M.; Houmann, T.; Christiansen, E.; Landorph, S.; Jorgensen, T.; Olsen, E. M.; Heering, K.; Kaas-Nielsen, S.; Samberg, V. und Lichtenberg, A. (2007): The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48 [1], pp. 62-70.

- Skovgaard, A.M.; Houmann, T.; Landorph, S.L. und Christiansen, E. (2004): Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age - A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13 [6], pp. 337-346.
- Trautmann-Villalba, P.; Gerhold, M.; Laucht, M. und Schmidt, M.H. (2004): Early motherhood and disruptive behaviour in the school-age child. *Acta Paediatrica* 93 [1], pp. 120-125.
- Verhulst, F.C. und Achenbach, T.M. (1995): Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology - Cross-cultural applications - A review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 4 [2], pp. 61-76.
- Wenar, C. (1994): *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*, New York, McGraw-Hill.
- Weston, D.R.; Thomas, J.M.; Barnard, K.E.; Wieder, S.; Clark, R.; Carter, A.S. und Fenichel, E. (2003): DC: 0-3 Assessment Protocol Project: Defining a comprehensive information set to support DC: 0-3 diagnostic formulation. *Infant Mental Health Journal* 24 [4], pp. 410-27.
- Widiger, T.A. (2005): A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology* 38 [4], pp. 211-214.
- Wiefel, A.; Oepen, G.; Wollenweber, S.; Lenz, K. und Lehmkuhl, U. (2004): *Psychiatrie der frühen Kindheit*. Lehmkuhl, U. und Lehmkuhl, G., Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht.
- World-Health-Organisation (1992): *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, 10th ed., Geneva, World Health Organisation.
- Zeanah, C.H.; Boris, N.W. und Scheeringa, M.S. (1997): Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 [1], pp. 81-99.
- Zero-to-Three (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*, 2nd. Washington, DC, Zero To Three Press.

## **Anhang**

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Diagnosekategorien psychischer Störungen der ICD-10 .....	3
Tabelle 2: Schematische Darstellung des multiaxialen Systems der DC:0-3R .....	6
Tabelle 3: Aktuelle deutschsprachige Fassungen der CBCL .....	9
Tabelle 4: Unterschiede in Itemformulierungen der CBCL 1½-5 und C-TRF .....	24
Tabelle 5: Diagnostische Gruppen .....	27
Tabelle 6: Family Adversity Index .....	28
Tabelle 7: Häufigkeiten der Diagnosen (ICD-10 und DC:0-3R) .....	32
Tabelle 8: Häufigkeiten der Diagnosen (ICD-10) .....	33
Tabelle 9: Häufigkeiten der Diagnosen (DC:0-3R).....	33
Tabelle 10: Häufigkeiten für zutreffende Items .....	35
Tabelle 11: Mittelwerte CBCL 1½-5 Skalen für Jungen und Mädchen.....	36
Tabelle 12: Prävalenzwerte der Syndromskalen .....	38
Tabelle 13: Gemittelte Skalenrohre für diagnostische Gruppen (ICD-10 und DC:0-3R) .....	40
Tabelle 14: Logistische Regression für emotionale u. affektive Störungen (ICD-10).....	42
Tabelle 15: Logistische Regression für Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10) .....	42
Tabelle 16: Logistische Regression für die RSI (DC:0-3R).....	43
Tabelle 17: Logistische Regression für den autistischen Formenkreis (DC:0-3R).....	43
Tabelle 18: Korrelation von CBCL 1½-5 und C-TRF Skalen.....	44

### **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Altersverteilung in Prozent, getrennt nach Geschlecht .....	23
Abb. 2: Schematische Darstellung des Aufbaus der CBCL 1½-5.....	25
Abb. 3: Risiko psychischer Auffälligkeiten anhand des FAI für Jungen und Mädchen .....	34
Abb. 4: Signifikante Mittelwertsunterschiede der Rohwerte für Jungen und Mädchen .....	36

## **Fallbeispiel Ole, 36 Monate**

Der dreijährige O. wurde von seiner Mutter mit der Verdachtsdiagnose eines ADHS vorgestellt. Sie berichtete er sei ein sehr unruhiges Kind, könne Gefahren nicht einschätzen und verletze sich daher oft. Er brauche viel Aufmerksamkeit, sowohl im Kindergarten als auch zu Hause. Bekomme er diese nicht, mache er viel Unsinn. In den letzten Wochen habe er sich auch aggressiv gegenüber den Eltern und anderen Menschen gezeigt. Er trete zum Beispiel andere Menschen im Vorbeigehen. Schon früh sei der Mutter aufgefallen, dass O. viel Stimulation brauche, sie habe ihn daher zum Schlafen immer sehr fest in eine Decke einwickeln müssen. Seine Feinmotorik sei nicht altersentsprechend. Außerdem habe er Probleme mit dem Gleichgewicht. Die Sprache sei sehr undeutlich, selbst die Eltern verstünden ihn oft nicht. Inzwischen realisiere er dieses Defizit, was ebenfalls zu aggressivem Verhalten führe. Die Familie sei durch die Schwierigkeiten mit O. sehr belastet. Die Eltern fühlten sich überfordert und reagierten zum Teil sehr gereizt auf O.'s Verhalten.

Die Mutter sei bei der Geburt 30 Jahre alt gewesen, der Vater ebenfalls. Beide Eltern seien als Bauingenieure tätig. Sie lebten seit 15 Jahren zusammen, seien verheiratet. Der Vater sei zeitweise von Arbeitslosigkeit bedroht. Derzeit bestünden jedoch keine ernsthaften finanziellen Probleme. O. habe eine drei Jahre ältere Schwester, die gesund sei und keine Verhaltensauffälligkeiten zeige. Sowohl in der Familie des Vaters als auch in der Familie der Mutter seien psychische Erkrankungen bekannt. Ein Onkel mütterlicherseits sei als Kind auch sehr unruhig und zappelig gewesen.

Die Schwangerschaft sei erwünscht gewesen. Die Geburt erfolgte spontan in der 40 + 5. Schwangerschaftswoche. Das Geburtsgewicht betrug 4300 Gramm bei einer Körpergröße von 53 Zentimetern, der APGAR betrug 9/10/10. O. sei zehn Monate ohne Schwierigkeiten gestillt worden, habe stets gut getrunken und gegessen. Er sei ein sehr ruhiges Baby gewesen, habe viel und gut geschlafen. Mit zehn Monaten sei er gekrabbelt, mit 15 Monaten gelaufen. Seine ersten Worte habe er ebenfalls mit 15 Monaten gesprochen. Seitdem habe er sich sprachlich jedoch kaum weiterentwickelt. Vor einigen Monaten sei eine Alalie diagnostiziert worden. Er spreche zirka 30 Worte. Er lautiere viel und spiele mit seiner Zunge. Seit einigen Monaten sei er trocken. Im Kindergarten habe er einige Freunde. Er sei jedoch eher ein Einzelgänger, spiele lieber für sich. Zu Hause sei er am liebsten im Garten, renne viel herum. Es falle ihm schwer sich alleine zu beschäftigen. Mit Anleitung sei es ihm möglich auch schwierigere Aufgaben, zum Beispiel ein Puzzle, zu lösen. O. sei weitsichtig (3,5 Dioptrien auf beiden Augen), er trage seit einigen

Monaten eine Brille. Aufgrund rezidivierender Otitiden sei eine Adenotomie geplant. Seit einem halben Jahr sei O. in ergotherapeutischer Behandlung.

In der Untersuchungssituation sahen wir einen sehr unruhigen, dreijährigen, altersentsprechend wirkenden Jungen mit Brille, der keine Minute still saß und ständig hin und her lief. Im Kontakt war er offen und freundlich. Bei fröhlicher Stimmung war er affektiv schwingungsfähig. Hinweise für Ängste bestanden nicht. Die sprachliche Verständlichkeit war deutlich reduziert. Er explorierte neugierig den Untersuchungsraum und das vorhandene Spielzeug, konnte sich damit jedoch nur wenige Minuten selbständig beschäftigen. Auf die Aufforderungen der Mutter reagierte er erst nach mehrmaligen Wiederholungen.

Der körperliche Untersuchungsbefund ergab bis auf die Weitsichtigkeit und die vergrößerte Rachenmandel keine Auffälligkeiten. Das EEG zeigte einen altersentsprechenden Normalbefund (Sub-Alpha-EEG). In der orientierenden humangenetischen Untersuchung fand sich eine milde Sprachentwicklungsverzögerung ohne Dysmorphie und ohne Hinweise auf syndromales Krankheitsgeschehen. Die logopädische Untersuchung ergab ein unauffälliges Sprachverstehen bei einem großen, jedoch nicht altersgemäßen, Wortschatz. Es lag eine phonologische Störung vor, die das Sprechen negativ beeinflusst. Es bestand bereits ein Störungsbewusstsein. Die CBCL 1½-5 Auswertung ergab auffällige Werte auf den Skalen Sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsproblem und Aggressives Verhalten. Im C-TRF wiesen die Skalen Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten auffällige Werte auf. In der testpsychologischen Untersuchung (SON-R 2½- 7) arbeitete O. gut mit, war neugierig und interessiert. Bei wechselhafter Konzentration fand sich ein Gesamtergebnis im oberen Durchschnittsbereich bei insgesamt homogenem Profil. Relativ zum Gesamtergebnis zeigten sich Schwächen im klassifikatorischen Denken. In der Video-Interaktionsbeobachtung mit beiden Eltern war O. durchweg responsiv bei deutlich positivem Affekt. Beide Eltern waren sensitiv und ausreichend strukturierend, ebenfalls affektiv positiv gestimmt. Ein Alleinspiel kam nicht zustande, da O. ununterbrochen versuchte die Aufmerksamkeit der Eltern zu erreichen.

Die Zusammenfassung aller Befunde deutete auf ein beginnendes ADHS hin. Aufgrund des Alters wurde nach der ICD-10 Klassifikation auf der ersten Achse lediglich die F98.8 (in der hiesigen Klinik als „mit der DC:0-3R näher bezeichnete Störung des Verhaltens und der Emotionen“ genannt) vergeben. Auf der zweiten Achse wurde die Sprachentwicklungsverzögerung (F80.1) kodiert. Auf der dritten Achse wurde die durchschnittliche Intelligenz abgebildet. Auf der 4. Achse bestanden eine chronische Mittelohraffektion (H66.1) bei Hyperplasie der Rachenmandeln (J35.2) sowie die Hypermetropie (H52.0). Abnorme psychosoziale Umstände (vierte Achse) bestanden nicht. Das psychosoziale

Funktionsniveau auf der fünften Achse wurde als „ernsthaft sozial beeinträchtigt“ eingestuft. Mittels der DC:0-3R konnte die Diagnose einer Regulationsstörung stimulationssuchend/impulsiv (430) gestellt werden. Die Beziehung zu den Eltern wurde als „gestresst“ (PIRGAS-60) eingeschätzt.

Die Befunde wurden mit den Eltern ausführlich besprochen, was zu einer Entlastung der, besonders hinsichtlich des Intelligenzniveaus ihres Sohnes, sehr besorgten Eltern führte. Zur Entlastung wünschten sich die Eltern die Vermittlung einer Erziehungsberatung. Die Fortführung der bereits bestehenden ergotherapeutischen Behandlung wurde dringend empfohlen. Aufgrund der guten elterlichen Förderung und emotionalen Unterstützung wurde die Prognose eher günstig bewertet.

### **Fallbeispiel Angelina, 20 Monate**

Nach Überweisung durch den Kinderarzt wurde die zweijährige Angelina von ihrer Mutter aufgrund ihres problematischen Essverhaltens vorgestellt. Sie verweigere seit zirka sechs Monaten die Nahrung, schmeiße Essen auf den Boden. Oft steigere sie sich so in die Ablehnung hinein, dass sie völlig steif werde und auch erbreche. Schon seit Geburt bestünde eine Trinkschwäche. Sie sei immer ein schlechter Esser gewesen. Zusätzlich berichtet die Mutter, dass sich A. in der letzten Zeit mit der flachen Hand oder hartem Spielzeug auf den Kopf hauen, wenn sie sich ärgere. Die Mutter mache sich Sorgen, dass A. eine ernsthafte Essstörung entwickle.

Die Mutter war bei Geburt von A. 23 Jahre alt. Sie habe einen Realschulabschluss. Seit sieben Monaten sei sie arbeitslos, lebe von Arbeitslosengeld. Sie leide seit fünf Jahren an einem Morbus Crohn. Vor einigen Monaten sei eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ diagnostiziert worden. Zusätzlich bestehe eine Essstörung. Sie nehme Citalopram und Promethazin ein und mache eine ambulante, tiefenpsychologische Psychotherapie. Ihr Essverhalten habe sie inzwischen „ganz gut im Griff“. Ihr Gewicht sei stabil. Zum Vater von A. bestünde seit der Schwangerschaft kein Kontakt. Er sei heroinabhängig. Es liefen verschiedene Strafverfahren gegen ihn, unter anderem wegen Körperverletzung. In der Schwangerschaft sei er auch gewalttätig gegenüber der Mutter gewesen. Bisher bestünde keinerlei Kontakt zu A. Er habe jedoch das Umgangsrecht beantragt, das Urteil werde in einigen Wochen gefällt.

Die Schwangerschaft sei nicht gewollt, dann seitens der Mutter jedoch erwünscht gewesen. Der Vater habe die Schwangerschaft abgelehnt. Die Geburt habe in der 33. Schwangerschaftswoche aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs per Kaiserschnitt stattgefunden. Das Geburtsgewicht betrug 1610 Gramm bei einer Körpergröße von 43 Zentimetern, APGAR 9/10/10. Aufgrund der Frühgeburtlichkeit sei A. vier Wochen stationär behandelt worden. Drei Wochen sei sie mittels einer nasogastralen Sonde ernährt worden. Die Sondenentwöhnung sei problemlos verlaufen. A. sei nicht gestillt worden. Seit sechs Monaten bestünden die oben genannten Essprobleme. Seit einigen Monaten bestünden auch Ein- und Durchschlafstörungen. A. werde zirka dreimal pro Nacht wach und habe Schwierigkeiten wieder einzuschlafen. Mit 14 Monaten sei sie gekrabbelt. Derzeit beginne sie zu laufen. Mit sieben Monaten habe sie ihre ersten Worte gesprochen. Sie sei noch nicht sauber. Der Kindergartenbesuch werde in fünf Monaten erfolgen. Ernsthafte körperliche Erkrankungen bestünden nicht.

In der Untersuchungssituation sahen wir ein zartes, 20 Monate altes Mädchen, das im Kontakt offen und fröhlich erschien. Antrieb und Psychomotorik waren unauffällig. Sie versuchte anfangs die Aufmerksamkeit der Mutter zu erlangen, konnte sich dann jedoch gut mit dem angebotenen Spielzeug beschäftigen. Sie krabbelte viel herum und versuchte zu laufen, was ihr mit Festhalten gut gelang. Während der Untersuchungssituation trat kein aggressives oder autoaggressives Verhalten auf.

Die körperliche Untersuchung war unauffällig. Die Körpergröße lag mit 79 Zentimetern Körperlänge knapp unter der 50. Perzentile. Das Körpergewicht im Verhältnis zur Körperlänge lag mit 9,8 Kilogramm zwischen der 15. und 50. Perzentile. Die CBCL 1½-5 Auswertung ergab auffällige Werte auf der Skala Schlafprobleme. In der Videointeraktionsbeobachtung war die Mutter meist sensitiv, aber emotional eher flach. A. involvierte die Mutter nicht optimal und war auch nicht optimal responsiv auf die Vorschläge der Mutter. Affektiv war sie aber positiv gestimmt. Der ergotherapeutische Befund ergab ein inhomogenes Gesamtentwicklungsprofil. Rückstände bestanden in der Körperkoordination, der Perzeption von Zusammenhängen und in der Selbständigkeit. In der Untersuchung kam es auch zu aggressivem und autoaggressivem Verhalten (Treten der Therapeutin, Kopf gegen die Wand schlagen). In der logopädischen Untersuchung wurde die sprachliche Entwicklung als altersgemäß eingestuft.

Entsprechend den ICD-10 Kriterien konnte auf der ersten Achse keine Diagnose gestellt werden. Auf der zweiten Achse fand sich keine umschriebene Entwicklungsstörung. Die Intelligenz wurde aufgrund des klinischen Eindrucks als durchschnittlich eingestuft (dritte Achse). Auf der vierten Achse wurde die Diagnose „ehemaliges Frühgeborenes“ (P07.1)

abgebildet. Auf der fünften Achse wurden die psychischen Störungen beider Elternteile (Persönlichkeitsstörung der Mutter, Drogenabhängigkeit des Vaters), die abweichende Elternsituation (getrennt lebende, zerstrittene Eltern ohne Kontakt) sowie Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (gewalttätiger Vater) kodiert. Die Gesamtsituation wurde als „mäßig sozial beeinträchtigt“ eingeschätzt. Nach den Kriterien der DC:0-3R wurde eine Fütterstörung (600) diagnostiziert. Die Beziehung (zur Mutter) wurde als „gestresst“ (PIR-GAS 60) eingestuft.

Der bevorstehende Kontakt zum Vater nach erfolgtem Gerichtsurteil wurde als psychosozialer Belastungsfaktor eingeschätzt. Der Vater erhält zunächst begleiteten Umgang. Wir empfehlen daher den Einsatz einer sozialpädagogischen Familienhilfe in Verbindung mit regelmäßigen Beratungsgesprächen in der Baby- und Kleinkindsprechstunde. Der Kontakt zum Jugendamt wurde nach Zustimmung der Mutter hergestellt.

## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt Frau Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, Campus Virchow Klinikum-Universitätsmedizin Berlin, für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Anfertigung dieser Dissertationsschrift.

Bei Dr. Andreas Wiefel und dem gesamten Team der Baby- und Kleinkindsprechstunde möchte ich mich für die Hilfe, Tipps und Anregungen bedanken.

Berlin, im August 2007

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Verena Komanek, erkläre an Eides statt, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „Klassifikation psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter - Ein Vergleich dimensionaler und kategorialer Systeme“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, im August 2007