universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Cross-Kulturelle“ Anpassung des Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) in eine deutsche Version

Individuelle Abhandlung

ChA-PAS Störungsdimension „Affektive Störungen“ und die besonderen Merkmale bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Verfasser

Pavel Straka

gemeinsam mit:
Georg Teuschler
Kathrin Scheidl
Daniela Fischer

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2013

Studienkennzahl: 298
Studienrichtung: Psychologie
Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Jede schwierige Situation, die Du jetzt meisterst, bleibt Dir in der Zukunft erspart.

Daila Lama

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei allen, die mir geholfen haben, mich unterstützten und mir beistanden und so zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Ein besonderes Dankeschön gilt meiner Familie. Ihr habt auf mich am meisten verzichten müssen und dafür danke ich! Ich werde es wieder gut machen.

An dieser Stelle möchte mich auch bei meinen StudienkollegInnen Georg Teuschler, Kathrin Scheidl und Daniela Fischer, die an der Umsetzung der gemeinsamen Diplomarbeit beteiligt waren, für ihren Einsatz bedanken. Es war für alle Beteiligten eine große Herausforderung, aber wir haben es geschafft! Ebenso möchte ich mich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Prof. Dr. Germain Weber und seinen StudienassistentInnen, Judith Michlits, Josef Sucek und im speziellen Katharina Schossleitner für ihre Unterstützung und vor allem ihre Geduld herzlich bedanken.

Danke!

Anmerkung

Die vorliegende Diplomarbeit ist Teil einer Gruppendiplomarbeit zum Thema „Cross-Kulturelle“ Anpassung des Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) in eine deutsche Version.

Der Schwerpunkt dieser Diplomarbeit liegt auf der ChA-PAS Störungsdimension „Affektive Störungen“ und die besonderen Merkmale bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Die zugrundeliegende gemeinsame Arbeit wurde Schwerpunktmäßig unter den vier DiplomandInnen aufgeteilt. Die Teile die im Kollegium von Kathrin Scheidl, Daniela Fischer, Pavel Straka und Georg Teuschler geplant, durchgeführt und verfasst wurden, werden als Gruppenarbeit mit den Namen der Diplomanden *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* gekennzeichnet. Die Teile dieser Diplomarbeit die von mir individuell bearbeitet wurden, werden mit meinem Namen *(Pavel Straka)* explizit kenntlich gemacht.

Aufgrund der gemeinsamen Erarbeitung einiger Themenbereiche, finden sich in den vier Diplomarbeiten mit dem Titel *„Cross-Kulturelle“ Anpassung des Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) in eine deutsche Version* idente Textpassagen, die mittels eines expliziten Verweises auf die vier VerfasserInnen - steht am Anfang des Kapitels - kenntlich gemacht wurden.

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Aufgrund der höheren Komfortabilität während des Lesens dieser Arbeit wird ab hier auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie beispielsweise TeilnehmerInnen verzichtet. Entsprechende Begriffe sind stehst als geschlechtsneutral zu verstehen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* **11**
1.1 Zweck der Studie **12**
1.2 Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) (Moss, Friedlander, & Lee, 2007) **13**
1.2.1 Entwicklung und psychometrische Kennwerte. 13
1.2.2 Durchführung. 15
1.2.3 Störungsbilder. 17

2 Theoretische Konstrukte *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* **19**
2.1 Definition intellektueller Beeinträchtigung **19**
2.1.1 Klassifikation der intellektuellen Beeinträchtigung 20
2.2 Stufen der intellektuellen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen **23**
2.3 Ursachen für die Entstehung von intellektueller Beeinträchtigung **25**
2.4 Probleme bei der Diagnostik intellektuell beeinträchtigter Personen **27**
2.4.1 Diagnostisch- methodische Probleme bei Personen mit IB. 28
2.4.2 Abhilfen bei der psychologischen Diagnostik intellektuell Beeinträchtigter. 29

3 Psychische Störungen im ChA-PAS (Moss et al., 2007) *(Pavel Straka)* **30**
3.1 Affektive Störungen **30**
3.1 Begriffserklärung **31**
3.2 Allgemeine Merkmale Affektiver Störungen **31**
3.3 Unipolare Affektive Störung **32**
3.3.1 Depression. 33
3.3.2 Dysthymie. 38
3.3.3 Manie 40
3.3.4 Hypomanie 42
3.4 Ätiologie unipolarer Affektiver Störungen **43**
3.4.1 Biologische Bedingungsfaktoren. 44
3.4.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren. 49
3.4.3 Komorbidität 51
3.5 Bipolare Affektive Störungen **52**
3.5.1 Bipolar-I und Bipolar-II Störung 53
3.5.2 Die zyklothyme Störung 53
3.5.3 Rapid Cycling 54
3.5.4 Bipolare Störungen bei Menschen mit IB 55
3.6 Ätiologie bipolarer Störungen **56**
3.6.1 Biologische Bedingungsfaktoren 56
3.6.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren 57
3.6.3 Soziokulturelle Einflussfaktoren auf unipolare und bipolare Störungen 58
3.7 Epidemiologie Affektiver Störungen **58**
3.7.1 Komorbidität 61
3.7 Klassifikation und Diagnostik affektiver Störungen **61**
3.7.1 Diagnosekriterien für affektive Störungen nach ICD–10 (Dilling et al., 2010) Kapitel V 62
3.7.2 Diagnosekriterien nach DSM-IV (APA, 1996) 65
3.7.3 Aktuelle Änderungen gemäß DSM-V (APA, 2013) 69
3.7.4 Diagnostische Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen mit IB 70
3.7.5 Diagnostische Erhebungsinstrumente 71

4 Durchführung der Interviews *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* **72**
4.1 Stichprobe **72**
4.2 Instrument **73**

4.3 Untersuchungsdesign ... **73**
4.3.1 Cross-kulturelle Anpassung. ... 73
4.3.2 Durchführung des Übersetzungsprozesses ... 77

5 Empirischer Teil *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* ... **83**
5.1 Deskriptive Betrachtung ... **83**
5.1.1 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe. ... 83
5.1.2 Verständlichkeit der Interviews. ... 85
5.2 Reliabilität der Erstübersetzung ... **89**
5.2.1 Itemtrennschärfen. ... 93
5.3 Interpretation ... **95**

6 Diskussion *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* ... **97**
6.1 Probleme bei der Umsetzung ... **97**
6.2 Kritik ... **99**
6.3 Zusammenfassung und Ausblick ... **100**

Literaturverzeichnis ... **102**

Abbildungsverzeichnis ... **116**

Tabellenverzeichnis ... **117**

Angang *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)* ... **118**
Anhang A: Deutsche Version ChA-PAS (Moss et al., 2007) ... **118**
Anhang B: Verständnisschwierigkeiten und Anmerkungen zur Durchführung ... **118**
Anhang C: Abstract englisch ... **120**
Anhang D: Abstract deutsch ... **121**
Lebenslauf ... **122**

1 Einleitung *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)*

In vorliegender Diplomarbeit wird die erstmalige deutsche Übersetzung des englischsprachigen Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) von Moss, Friedlander, und Lee (2007) vorgestellt. Dieser wurde entwickelt, um psychische Probleme oder Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) zu diagnostizieren. Das Verfahren wird ausführlich in Kapitel 1.2 "Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule" beschrieben. Das übersetzte Manual sowie der dazugehörige Auswertungsbogen befinden sich im Anhang auf Seite 116. Im deutschen Sprachraum ist ein solches Instrument aktuell nicht vorhanden, was die Notwendigkeit dieser Übersetzung unterstreicht.

Um die wissenschaftlichen Kriterien nach (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2002) eines solchen Übersetzungsprozesses zu gewährleisten, erfolgte die Durchführung dieser Arbeit in einer Gruppe von vier Diplomanden (Daniela Fischer, Kathrin Scheidl, Pavel Straka und Georg Teuschler). Dieser Übersetzungsprozess stellt den Kern der Diplomarbeiten dar und wird ausführlich in den Kapiteln 4.3.1 und 4.3.2 "Durchführung" erläutert. Zur Berechnung einiger psychometrischer Kennwerte, welche im deutschsprachigen Raum erstmalig ist, wurde das übersetzte Interview exemplarisch mit 20 Personen durchgeführt. Weitere Kapitel, die im Plenum erarbeitet wurden, sind die theoretische Einführung in das Thema, die psychometrische Auswertung der Interviews sowie das Kapitel allgemeine Kritik, Probleme bei der Umsetzung und Ausblick. Den Schwerpunkt der jeweiligen Diplomarbeit bildet die Ausarbeitung von je zwei Störungsbildern, die durch den ChA-PAS (Moss et al., 2007) abgedeckt werden. Folgende Störungsbilder wurden in den entsprechenden Diplomarbeiten bearbeitet: Angststörungen und Zwangsstörungen (Daniela Fischer), Autismusspektrum Störung und Störung des Sozialverhaltens (Kathrin Scheidl), Depression und Manie (Pavel Straka) sowie psychotische Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) (Georg Teuschler).

1.1 Zweck der Studie

Psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind häufiger als allgemein angenommen. Schätzungen zufolge geht man davon aus, dass knapp 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten aufweisen bzw. die Gruppe psychisch kranker Kinder in etwa genauso groß sein dürfte wie die der Erwachsenen (Fuchs, Bösch, Hausmann, & Steiner 2013; Ravens-Sieberer et al., 2008).

Grundsätzlich geht man davon aus, dass die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Auffälligkeiten und gleichzeitigem Vorhandsein von bestimmten Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters haben (Ihle & Esser, 2002). Fuchs et al. (2013) betonen etwa, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass ca. die Hälfte der an einer psychischen Erkrankung leidenden Erwachsenen bereits im Kindes- und Jugendalter erkrankt waren. Deswegen sollte diesem Lebensabschnitt eine größere Bedeutung geschenkt werden, im Sinne von Prävention, Intervention und Früherkennung (Ihle & Esser, 2002). Die Autoren betonen, dass dies in weiterer Folge zu enormen Ersparnissen von Folgekosten für das Gesundheitssystem führen würde. Darüber hinaus kann eine frühzeitige Erkennung der Problematik, dazu dienen, dass eine Störung rechtzeitig behandelt werden kann und somit nicht persistieren kann, mitunter auch bis ins Erwachsenalter in entsprechende Auffälligkeiten und Störungen dieses Lebensabschnittes (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007).

Nicht selten haben etwa Depressionen im Erwachsenenalter ihre Vorläufer im Kindes- und Jugendalter (WHO, 2000). Solche Entwicklungsmuster der Psychopathologie über mehrere Lebensabschnitte hinweg werden entweder als sog. homotypic continuity oder heterotypic continuity bezeichnet je nachdem ob eine bestimmte Erkrankung einer gleichen oder aber völlig anderen Störung im Erwachsenalter vorangeht (Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006). Ihle und Esser (2002) gehen etwa davon aus, dass psychische Erkrankungen im Kindesalter in 50 Prozent der Fälle, zwei bis fünf Jahre andauern und stellen somit eine ernst zu nehmende Problematik dar.

Gerade im Kindesalter stellen psychische Probleme eine enorme Beeinträchtigung dar, da sie in diesem Lebensabschnitt einen weitreichenden Einfluss auf die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit haben können und sich somit auch auf die berufliche Ausbildung und den weiteren Werdegang negativ auswirken können (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2004).

Junge Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung (IB), sind einer deutlich höheren Gefahr ausgesetzt psychische Störungen zu entwickeln, als die nicht-

beeinträchtigen Gleichaltrigen (Emerson, 2003). Dekker, Koot, van der Ende, und Verhuslt (2002) gehen beispielsweise davon aus, dass die Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern mit einer intellektuellen Beeinträchtigung um fast 30 Prozent höher ist, als bei normal entwickelten Kindern. Emerson und Hatton (2007) analysierten sekundär das 1999 und 2004 durchgeführte „Survey Mental Health of Children and Adolescents“ des Office for National Statistics in Großbritannien und fanden bei 18415 Kindern im Alter von fünf bis fünfzehn Jahren (in der Stichprobe waren davon etwa 700 mit IB), dass ca. 36 Prozent aller Kinder mit IB auch unter einer psychischen Störung litten. Im Vergleich dazu, wiesen nur knapp 8 Prozent der allgemeinen Population der Gleichaltrigen in dieser Stichprobe eine psychische Störung auf.

Das Konzept der "Dual-Diagnose", also dem Vorhandensein von einer intellektuellen Beeinträchtigung (IB) und einer gleichzeitig bestehenden psychiatrischen Erkrankung rückte erst in den 1980er Jahren in den Fokus, denn davor war es in der Praxis so, dass die diagnostische Aussagekraft von Verhaltensweisen, die tatsächlich einer psychiatrischen Erkrankung zugrunde lagen, aufgrund des Vorliegens einer IB erheblich beeinträchtigt wurde (Sturmey, 1999).

Im deutschsprachigen Raum besteht allerdings nach wie vor ein signifikantes Defizit an qualifizierten Fragebögen zur Diagnostik von psychiatrisch relevanten Störungen bei Kindern mit schweren Entwicklungsstörungen, und im speziellen mit geistiger Behinderung (Steinhausen & Winkler Metzke, 2005).

1.2 Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) (Moss, Friedlander, & Lee, 2007)

Im folgenden Kapitel werden die Entwicklung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) und seine psychometrischen Kennwerte, sowie die Durchführung und die entsprechenden Störungsbilder näher erläutert.

1.2.1 Entwicklung und psychometrische Kennwerte.

Der ChA-PAS wurde von Steve Moss, Robin Friedlander, und Pauline Lee im Jahr 2007 publiziert. Er stellt ein halb-strukturiertes klinisches Interview dar, welches entwickelt wurde, um psychische Probleme oder Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) zu diagnostizieren, da der Mini-PAS-ADD (Moss,

2002) ein Erhebungsinstrument, das zur Einschätzung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen mit einer IB herangezogen wird, Einschränkungen hinsichtlich der unteren Altersgrenze aufweist, Der ChA-PAS (Moss et al., 2007) kann im Gegensatz dazu auch in der gesamten Population von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (Moss, Friedlander, & Lee, 2007). Die Grundlage dieses Interviews stellt der PAS-ADD (Moss et. al., 1996) dar, der schon in einigen Studien seine Anwendbarkeit und gute psychometrischen Kennwerte (Edwards, 2004; Gerber & Carminati, 2013; Gonzalez-Gordon, Salvador-Carulla, Romero, Gonzalez-Saiz, & Romero, 2002; Moos et al., 1996; 1997; 1998; Stumery et al., 2005) demonstriert hat. Die Studie von Moss et al. (1998) untersuchte die Reliabilität und Validität des PAS-ADD (Moss et. al., 1996). Unter Validität versteht man die Gültigkeit eines Tests. Damit ist gemeint, dass der Test jenes psychische Merkmal misst, welches er zu messen behauptet (Kubinger, 2009).

Die Reliabilität eines Tests beschreibt den Grad der Genauigkeit, mit dem er eine bestimmte Eigenschaft misst (Kubinger, 2009). Moss und Mitarbeiter (1996) kamen zu dem Ergebnis, dass die Validität dieses Instruments sehr zufriedenstellend war: Die Zahl der Fallerkennungen nahm mit dem Schweregrad der von einem Psychiater diagnostizierten Störung zu. Es wurden 56 Prozent mit einer schwachen psychischen Störung und 96 Prozent mit einer schweren psychischen Störung erkannt. Zwei Testpersonen, bei denen ein Psychiater eine bipolare Störung diagnostiziert hatte, wurden jedoch vom PAS-ADD (Moss et al., 1996) nicht entdeckt. Die Interrater-Reliabilität wurde von den Autoren als gut angesehen, da 83 Prozent der Beurteiler bei der Fallerkennung übereinstimmend zur gleichen Diagnose kamen. Costello, Moss, Prosser, und Hatton (1997) untersuchten die Reliabilität der ICD-10 (Dilling et al., 2011) Version des PAS-ADD (Moss et al., 1996) und stellten in ihrer Studie fest, dass die Reliabilität angemessen war, da das Durchschnittskappa 0,65 betrug.

Frühere Probleme bei den Schlafitems sind in der ICD-10 (Dilling et al., 2011) Version von einem Kappa von 0,30 auf ein Kappa 0,72 verbessert worden, was eine starke Erhöhung darstellt. Die niedrigste Reliabilität wurde bei den Angstsymptomen gefunden. Dies wurde jedoch damit begründet, dass es sehr schwer sei, von Personen mit IB vegetative Symptome zu erfassen. Ebenso sei es schwierig, bei Personen auf einem niedrigen verbalen und intellektuellen Niveau Symptome von Panikattacken und phobischen Störungen zu beschreiben. Costello und Mitarbeiter (1997) mussten jedoch feststellen, dass die Reliabilität des PAS-ADD (Moss et al., 1996) mit dem ICD-9 (1979) (in einer früheren Studie mit Kappa 0,77 höher war. Als Hauptgrund dafür, wird die

Erweiterung der Kodierungskategorien von drei im ICD-9 (1979) auf vier im ICD-10 (Dilling et al., 2011) angesehen. Außerdem wurden die Beurteiler in der früheren Studie in die Entwicklung des PAS-ADD (Moss et al., 1996) stark miteinbezogen und waren daher mit den Items sehr vertraut. In der jetzigen Studie hatte nur einer der beiden Beurteiler Erfahrung mit diesem Instrument (Costello et al., 1997). Dies verdeutlicht, dass die Fähigkeit, Personen mit IB zu befragen, einen der wichtigsten Faktoren darstellt, um hohe Reliabilität zu erzielen. Sturmey, Newton, Cowley, Bouras, und Holt (2005) stellten in ihrer Studie über den PAS-ADD (Moss et al., 1996) eine Sensitivität, worunter man die Wahrscheinlichkeit versteht, dass Personen, die gesund sind auch im Test als solche erkannt werden (Kubinger, 2009) von 66 Prozent, und eine Spezifität von 70 Prozent fest.

Die Autoren meinen, dass der PAS-ADD (Moss et al., 1996) als Screening gut geeignet sei, jedoch nicht als einziges psychologisches Verfahren verwendet werden sollte, um psychische Störungen bei Erwachsenen mit IB zu diagnostizieren. Gonzalez-Gordon et al. (2002) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die spanische Version des PAS-ADD (Moss et al., 1996) ein nützliches Instrument ist, da die Retest-Reliabilität mit einem Durchschnittskappa von 0,49 und die Interrater-Reliabilität mit einem Durchschnittskappa von 0,66 angemessen bis hoch ausfielen. Die Autoren kritisieren jedoch, dass die Validität niedrig war, da Angststörungen überdiagnostiziert und Stimmungsstörungen und Psychosen unterdiagnostiziert wurden. Sie empfehlen daher bei dieser Version Modifikationen vorzunehmen, bevor der PAS-ADD (Moss et. al., 1996) im spanischen Sprachraum extensiv genutzt werden sollte.

1.2.2 Durchführung.

Der ChA-PAS (Moss et al., 2007) besteht aus 80 Items, wobei das anschließende Autismusspektrum-Screening weitere 17 Items enthält. Diese Items sind allerdings nicht mehr Teil des eigentlichen Interviews, sondern müssen vom Durchführenden, aufgrund der gewonnenen Information, selbst bewertet werden. Im gesamten Interview sind auch so genannte Sprungregeln vorhanden, ähnlich dem Strukturierten klinischem Interview SKID von Wittchen, Zaudig, und Fydrich (1997), sodass nicht zwingend jeder Abschnitt durchgeführt werden muss. Auch die Reihenfolge der Abschnitte obliegt dem Kliniker. Da es in der vorliegenden Diplomarbeit in erster Linie um die Verständlichkeit dieser erstmaligen Übersetzung geht, wurden sämtliche Interviews zur Gänze durchgeführt und die Sprungregeln nicht beachtet. Näheres zur Studiendurchführung in Kapitel 5.

Entsprechend dem kriteriumsorientiertem Ansatz des ChA-PAS (Moss et al., 2007) enthält das Manual keine genaueren Altersangaben für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung. Laut UN Kinderrechtskonvention werden Kinder als Menschen definiert, die das 18. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen haben, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht (wie zum Beispiel in manchen islamischen Ländern), nicht früher eintritt (Pass-Weingartz, 1992). Bei kriteriumsorientierten diagnostischen Verfahren, bei denen es in erster Linie um die Interpretation eines vorab inhaltlich definierten Kriteriums - im Fall des ChA-PAS (Moss et al., 2007), eines Symptoms - geht, stellt diese Tatsache (keine definierte Altersgrenzen) keine methodische Einschränkung dar.
Der ChA-PAS (Moss et al., 2007) stellt ein Fremdbeurteilungsverfahren dar und wird in der Regel mit der primären Bezugsperson (oftmals ein Elternteil) durchgeführt. Um das Verhalten des Kindes / Jugendlichen in unterschiedlichen Kontexten vergleichen zu können, ist auch die Befragung eines Lehrers möglich. Ein Abschnitt im Interview ist ausschließlich für die Einschätzung durch den Lehrer konzipiert, da dieser das Verhalten des Kindes / Jugendlichen in der Schule erfragt (Moss et al., 2007). Im entsprechenden Auswertungsbogen sind drei Tabellen enthalten, wobei eine für den Lehrer ist und zwei für die primäre Bezugsperson, um unterschiedliche Bewertungszeiträume miteinander vergleichen zu können (Moss et al., 2007). Vor der Durchführung des eigentlichen Interviews wird ein Erstgespräch mit dem Informanten geführt, um eine spontane Beschreibung der vorhandenen Problematik zu erhalten, anhand derer der Bewertungszeitraum festgelegt wird (Moss et al., 2007). Das Interview beinhaltet auch die Dokumentation aller Symptombereiche und im speziellen derer, die nicht durch den ChA-PAS (Moss et al., 2007) abgedeckt werden und daher einer weiteren Exploration bedürfen.

Erfahrene Kliniker können auch Informationen direkt vom Kind / Jugendlichen mit einbeziehen, unter der Voraussetzung, dass das Kind / der Jugendliche über ausreichende sprachliche Fähigkeiten verfügt. Grundsätzlich ist die Sichtweise des betroffenen Kindes/Jugendlichen von großem Stellenwert und sollte, wenn möglich immer berücksichtigt werden. Die Interviewfragen sind in solchen Fällen natürlich entsprechend zu adaptieren (Moss et al., 2007).
Die Items werden auf einer 4-Punkt-Skala zur Einschätzung des Schweregrads der Symptome beurteilt und reichen von nicht vorhanden, bis hin zu leicht, mittel und

schwergradig vorhanden. Die Kodierung wird durch ein Glossar erleichtert und die speziellen Algorithmen in der Auswertung, sowie Grenzwerte orientieren sich an den Diagnosekriterien des ICD-10 (WHO, 2006) und DSM-IV-TR (APA, 2000). (Moss et al., 2007)

1.2.3 Störungsbilder.

Keines der PAS-ADD (Moss et at., 1996, 1998; Moss, 2002) Instrumente stellt den Anspruch sämtliche Störungsbilder abzudecken. So fokussiert sich auch der ChA-PAS (Moss et al., 2007) viel eher auf bestimmte Störungsbilder, namentlich: Angststörungen, depressive und manische Episoden, Zwangsstörungen, psychotische Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störung des Sozialverhaltens sowie ein Screening zur Autismusspektrum-Störung. Im Folgenden werden diese Störungsbilder kurz skizziert.

Angststörungen

Dieser Abschnitt behandelt die Intensität der Angst, auf das plötzliche Auftreten von Angstsymptomen oder auch auf eventuelles Vermeidungsverhalten.

Depressive Episode

Die Items beziehen sich auf das Empfinden von Freude, dem Nachgehen von Hobbies und Interessen sowie auf die Essgewohnheiten.

Manische Episode

Die Items beziehen sich auf Unruhe und das Beobachten einer gewissen Überaktivität.

Zwangsstörungen

Die Items beziehen sich auf ständig wiederholende Verhaltensweisen, die vom Kind / Jugendlichen zwanghaft ausgeführt werden müssen.

Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Dieses Syndrom wird durch zwei Abschnitte erhoben, weil das Verhalten speziell auch im Kontext der Schule bewertet wird, welches durch den Lehrer zu beurteilen ist. Die Items beziehen sich auf Konzentration und Aufmerksamkeit, Ruhelosigkeit und Schlaf.

Störung des Sozialverhaltens

Mit Hilfe dieser Items werden Verletzungen von Regeln, Aggression und Grausamkeiten, das Zerstören von fremdem Eigentum sowie auch Betrug und Diebstahl erfasst.

Psychosen

Dieser Abschnitt behandelt mögliche Wahnvorstellungen und Halluzinationen, wobei noch eine Checkliste für weitere Symptome vorhanden ist.

Autismussprektum Störung (nur Screening)

Das Screening erfasst die soziale Interaktion, Sprache, Vorstellungskraft und Spielverhalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit dem ChA-PAS (Moss et al., 2007) für den englischsprachigen Raum erstmals ein Verfahren entwickelt wurde, um psychische Probleme und Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit IB zu diagnostizieren. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe, erscheint es von großer Wichtigkeit ein adäquates Diagnoseinstrument zur Verfügung zu haben. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit einer Übersetzung für den deutschen Sprachraum, um die besonderen Anliegen der Kinder und Jugendlichen mit IB erfüllen zu können.

Für die Adaptierung bereits bestehender Instrumente sprechen unter anderem wirtschaftliche Beweggründe. Wenn bereits etablierte Erhebungsinstrumente übersetzt und an die jeweiligen kulturellen Eigenheiten adaptiert werden, ist es aber nicht nur kostengünstiger, darüber hinaus bringt es auch den Vorteil mit sich, dass internationale Vergleiche dadurch enorm erleichtert werden, da bereits veröffentlichte Studien vorliegen, oder wenn sie noch nicht veröffentlicht wurden, zumindest die Daten zugänglich sein sollten (Alyahri & Goodman, 2006; Brislin, 1986).

In weiteren Kapiteln werden zwei ausgewählte Störungsbilder, die durch den ChA-PAS (Moss et al., 2007) abgedeckt werden, ausführlich erläutert.

2 Theoretische Konstrukte *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)*

Im Folgenden wird ein Überblick über Definition, Klassifikation, Probleme der Diagnostik, die Ursachen und die verschiedenen Schweregrade von intellektueller Beeinträchtigung (IB) gegeben.

2.1 Definition intellektueller Beeinträchtigung

Die Definition der intellektuellen Beeinträchtigung im ICD-10 (Dilling et al., 2011, S. 308) lautet:

> Unter intellektueller Beeinträchtigung wird ein Zustand verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden. Besonders beeinträchtigt sind jene Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Der Schweregrad wird in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste IB unterteilt und kann anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt werden. Die intellektuellen Fähigkeiten können sich verändern und sind z.B. durch Übung und Rehabilitation, wenn auch nur gering, verbesserbar.

Die Bezeichnung intellektuelle Beeinträchtigung hat den früher verwendeten Begriff der mentalen Retardation weitestgehend ersetzt (Schalock, Luckasson, & Shogren, 2007). In der Vergangenheit haben Personen mit intellektueller Beeinträchtigung von der Gesellschaft Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren, da oft erniedrigende Bezeichnungen wie Schwachsinniger, Idiot, Trottel und Debiler angewendet und toleriert wurden. Viele Organisationen, z.B. die American Association on Mental Retardation (AAIDD), in der aktuellen Version (2010) und die Inclusion Internationa[l (](Schalock et al., 2010; zitiert nach Parmenter, 2010), haben sich dafür eingesetzt, eine gehobene Umgangssprache im Umgang mit diesen Personen zu wählen (Parmenter, 2010). Seit 1921 gibt die AAIDD Definitionen von intellektuellen Beeinträchtigungen heraus.

Die vierte und fünfte Revision wurde von Heber im Jahre 1959 und 1961 veröffentlicht und inkludiert zusätzlich zu der unterdurchschnittlichen Intelligenz, welche der Hauptfaktor in den früheren Ausgaben war, Beeinträchtigungen des adaptiven Verhaltens (zitiert nach Paramenter et al., 2010). Diese Definition beinhaltet außerdem die Annahme, dass die Effekte und Auswirkungen der intellektuellen Beeinträchtigung reversibel sein können. Als nächster wichtiger Schritt wurde in der neunten Ausgabe, im Jahre 1992 von Luckasson und Kollegen (zitiert nach Paramenter et al., 2010) das traditionelle

Klassifikationssystem durch das Konzept der Stadien der Unterstützungsintensität ersetzt. Darauffolgende Revisionen beinhalten weitere Konzeptentwicklungen von intellektueller Beeinträchtigung, die Konzeptualisation und Planung von individuellen Unterstützungen und die Messungen von adaptiven Verhaltensweisen (Paramenter et al., 2010). Die Definition aus der aktuellen elften Ausgabe beinhaltet neben Beeinträchtigungen der Intelligenz und des Verhaltens, auch Limitationen der Anpassung an die Anforderungen der Umwelt (Schalock et al., 2007).

2.1.1 Klassifikation der intellektuellen Beeinträchtigung.

Nach dem ICD-10 wird geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ im Kapitel F70 und nach DSM-V als „intellektuelle Beeinträchtigung bzw. intellektuelle Entwicklungsstörung“ im Kapitel 317 erfasst (APA, 2013; Dilling et al., 2011). Beide Systeme klassifizieren intellektuelle Behinderung unter psychischen Störungen und stimmen in der Einteilung der Schweregrade der IB weitgehend überein.

2.1.1.1 Klassifikation nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2011).

Intellektuelle Beeinträchtigung wird im Kapitel F70-F79 im ICD-10 (Dilling et al., 2011) klassifiziert und nach folgenden Schweregrad unterteilt:

Tabelle 1: Klassifizierung der IB im ICD-10 (Dilling et al., 2011)

Einteilung nach ICD-10	IQ-Bereich
F70 Leichte Intelligenzminderung	50 – 69
F71 Mittelgradige Intelligenz-minderung	35 – 49
F72 Schwere Intelligenzminderung	20 – 34
F73 Schwerste Intelligenzminderung	> 20
F78 Andere Intelligenzminderung	
F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	

Bei F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung sind die Informationen nicht ausreichend, um die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen. Die Kategorie F78 Andere Intelligenzminderung sollte nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren

wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden oder Taubstummen (APA, 2013).
Im ICD-10 (Dilling et al., 2011) werden auch Anpassungsleistungen berücksichtigt, die eine konzeptionelle Erweiterung der IQ-bezogenen Sicht bedeuten (Theunissen, 2011). Im DSM-IV (APA, 1996), welches inzwischen von der aktuellen, fünften Auflage abgelöst wurde, umfasste intellektuelle Beeinträchtigung drei Kriterien, nämlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit mit einem IQ von annähernd 70 oder darunter, starke Einschränkung der Anpassungsfähigkeit (kommunikative und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten) und der Beginn der intellektuellen Behinderung vor dem 18. Lebensjahr (Theunissen, 2011).

2.1.1.2 Klassifikation nach DSM-V (APA, 2013).

Die vierte Auflage wurde im Mai 2013 vom DSM-V abgelöst. In dieser Ausgabe ersetzt der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung den früher verwendeten Begriff der mentalen Retardation. Es wird betont, dass sowohl eine klinische Bewertung als auch die Vorgabe standardisierter Intelligenztests für die Diagnostik einer intellektuellen Beeinträchtigung notwendig sind. Die Einteilung der Schweregrade basiert jedoch primär auf der adaptiven Funktionsfähigkeit und weniger auf dem Intelligenzquotient, weil die adaptive Funktionsfähigkeit die Stufe der notwendigen Unterstützung determiniert. Als Kritikpunkt wird auch angeführt, dass die IQ Maße im unteren Bereich weniger valide sind. Die IQ-Punkte wurden als diagnostisches Kriterium somit weitgehend entfernt, sind jedoch in der Textbeschreibung der intellektuellen Beeinträchtigung noch immer vorhanden, d.h. Intelligenztests oder ähnliche standardisierte Verfahren sollen bei jeder individuellen Bewertung inkludiert bleiben. Da bei der Bewertung der Intelligenz jetzt neben den konzeptuellen auch die sozialen und praktischen Fertigkeiten berücksichtigt werden, kann man die adaptiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags besser abschätzen und gezielt einen Behandlungsplan erstellen. (APA, 2013)
Die Diagnosekriterien für eine intellektuelle Beeinträchtigung im DSM-V lauten (APA, 2013, S. 33):

1. Defizite der intellektuellen Funktionen wie im Schlussfolgern, Problemlösen, abstrakten Denken, Planen, Urteilen, akademischen Lernen und Lernen von Erfahrung, erklärt durch klinische Beurteilungen und durch standardisierte Intelligenztests.
2. Defizite in der adaptiven Funktionsfähigkeit, die im Versagen Entwicklungs- und

soziale Standards zu erreichen resultieren. Ohne Unterstützung limitieren die adaptiven Einschränkungen Aktivitäten des alltäglichen Lebens wie die Kommunikation und Eigenständigkeit.

3. Die intellektuellen und adaptiven Defizite manifestieren sich bereits während der Entwicklungsperiode.

In Tabelle 2 ist die Klassifizierung nach DSM-V (APA, 2013) dargestellt und die Einteilung der IQ-Bereiche nach DSM-IV (APA, 1996), aufgrund der Tatsache, dass die Studien, die in den Folgekapiteln beschrieben werden, die Probanden den jeweiligen Untersuchungsgruppen, zumeist anhand der Klassifizierung nach DSM-IV (APA, 1996), zugeordnet wurden.

Tabelle 2: Klassifizierung der IB im DSM-V (APA, 2013) und IQ-Bereiche nach DSM-IV (APA, 1996)

Einteilung nach DSM-5	IQ-Bereich nach DSM-IV
317 schwache intellektuelle Beeinträchtigung	55 bis ca. 70
318.0 mittelschwere intellektuelle Beeinträchtigung	35-40 bis 50-55
318.1 schwere intellektuelle Beeinträchtigung	20-25 bis 35-40
318.2 tiefgreifende intellektuelle Beeinträchtigung	> 20
319 intellektuelle Beeinträchtigung (unspezifiziert)	Schweregrad unspezifiziert

Die AAIDD (2010) strukturiert die Klassifikation der verschiedenen Schweregrade nach dem Level der Unterstützung, den die jeweilige Person braucht. (Mash & Wolfe, 2013). Während Personen, die eine Lernbehinderung aufweisen, nahezu keine Probleme in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens haben, zeigen Personen mit einer leichten IB ein etwas verlangsamtes Entwicklungstempo. Sie können jedoch noch vollständige Eigenständigkeit und Unabhängigkeit erreichen (Luckasson et al., 2002). Menschen mit einer mittelschweren intellektuellen Beeinträchtigung zeigen hingegen verzögerte motorische und intellektuelle Entwicklung. Diese Gruppe benötigt daher kontinuierliche Unterstützung in allen Teilbereichen. Die Gruppe an Personen, die an einer schweren IB leidet, zeigt einen Hilfebedarf in fast allen Bereichen und oft motorische Ausfälle und zusätzliche körperliche Behinderungen. Personen mit einer tiefgreifenden intellektuellen Beeinträchtigung sind oft immobil oder weisen eine stark eingeschränkte Beweglichkeit

auf. Diese Personen brauchen ständige Betreuung und Überwachung. (Luckasson et al., 2002) Folgend wird auf die verschiedenen Einstufungen der intellektuellen Beeinträchtigung nach dem DSM-V (APA, 2013) näher eingegangen.

2.2 Stufen der intellektuellen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen

Entsprechend der Definition der DSM-V (APA, 2013) stellen Personen mit einer schwachen IB die größte Gruppe dar. Es wird geschätzt, dass bis zu 85 Prozent der intellektuell beeinträchtigen Individuen diesem Schweregrad angehören (Mash & Wolfe, 2013). Kinder mit einer schwachen intellektuellen Beeinträchtigung zeigen oft geringe Entwicklungs-verzögerungen in der Vorschule. Die Defizite werden typischerweise erst in der Grundschule identifiziert. Durch das verzögerte Lernen von Alltagsroutinen und Abstraktionsschwierigkeiten entstehen oft Schulprobleme (Schmidt, 2002). Während der Grundschuljahre entwickeln diese Kinder soziale und kommunikative Fähigkeiten, manchmal mit einer schwachen Verzögerung im sprachlichen Ausdruck (Dilling et al., 2011). Sie haben geringe oder keine sensomotorischen Beeinträchtigungen und kommunizieren und interagieren leicht mit Peers. Als Erwachsene leben Personen mit schwacher IB, unter der Voraussetzung einer angemessenen Unterstützung, normalerweise erfolgreich, entweder vollkommen eigenständig oder in überwachtem Umfeld in der Gesellschaft. (Mash & Wolfe, 2013)

Personen mit einer mittelstarken intellektuellen Beeinträchtigung stellen ungefähr 10 Prozent der Population mit IB dar. Individuen auf diesem Level der Beeinträchtigung sind stärker intellektuell und adaptiv beeinträchtigt als jene mit schwacher Ausprägung (Mash & Wolfe, 2013). Diese Gruppe wird normalerweise während der Vorschuljahre identifiziert, sobald sie gravierende Entwicklungsverzögerungen aufzeigen. Bei Schuleintritt können die Betroffenen nur durch eine Kombination von einzelnen Wörtern und Gesten mit anderen kommunizieren. Sie weisen Selbstpflege und motorischen Fähigkeiten eines durchschnittlich zwei- bis dreijährigen Kindes auf (Mash & Wolfe, 2013). Motorische Fertigkeiten, Blasen- und Mastdarmkontrolle und Fertigkeiten der Selbstversorgung werden verzögert gelernt (Schmidt, 2002). Diese Gruppe von intellektuell beeinträchtigen Personen kann aber von Training der sprachlichen und sozialen Fertigkeiten profitieren. Jugendliche mit mittelstarker IB haben oft Schwierigkeiten soziale Konventionen wie „angemessenen Humor“ oder Kleidung zu

erkennen, die für die Beziehung zu Gleichaltrigen wesentlich sind (Mash & Wolfe, 2013).
Drei bis vier Prozent leiden an einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung, die meist aufgrund einer organischen Ursache (genetischer Defekt, Missbildung) entstanden ist (Mash & Wolfe, 2013). Diese Gruppe wird in einem sehr frühen Alter identifiziert, da sie essentielle Entwicklungsverzögerungen und sichtbare physische Eigenschaften oder Anomalien aufweisen. Die Sprachentwicklung ist auf basale Kommunikationsfunktionen beschränkt und wird teilweise durch Handzeichen kompensiert (Schmidt, 2002). Stehen, Gehen und das selbstständige auf die Toilette gehen, sind eindeutig verzögert und auch die Fertigkeiten der Selbstversorgung werden normalerweise erst in einem Alter von neun Jahren erlangt. Außer intellektuellen Beeinträchtigungen können sie auch Probleme mit der physischen Mobilität oder Probleme im Gesundheitsbereich wie mit dem Herz oder den Atemwegen haben (Mash & Wolfe, 2013).
Viele Personen mit tiefgreifender IB brauchen ihr ganzes Leben lang spezielle Unterstützung. In der frühen Kindheit erlangen die Betroffenen wenige oder keine kommunikative Fähigkeiten. Im Erwachsenenalter können die Betroffen fähig sein einfach Aufgaben in einer beaufsichtigten Umgebung auszuführen. Die meisten passen sich in ihrem Leben gut an die Gemeinschaft, in Heimgruppen oder an ihre Familie an, außer wenn sie zusätzliche Beeinträchtigungen aufweisen, die spezielle Krankenpflege oder andere Betreuung verlangen (Mash & Wolfe, 2013).
Individuen mit tiefgreifender IB stellen ein bis zwei Prozent der intellektuell Beeinträchtigten dar. Diese werden typischerweise im Säuglingsalter aufgrund von hervorstechenden Entwicklungsverzögerungen und biologischen Anomalien wie asymmetrische Gesichtszüge identifiziert. In der Kindheit zeigen sie massive Beeinträchtigungen in der Sensomotorik und beinahe keine bzw. sehr wenig Sprachentwicklung auf (Schmidt, 2002).
Im Alter von vier Jahren zeigen die Betroffenen zum Beispiel die Ansprechbarkeit eines einjährigen Säuglings. Sie können nur die Grundlagen der sprachlichen Fertigkeiten erlernen und brauchen intensives Training, um Tätigkeiten wie selbständiges Essen, Körperpflege und auf die Toilette gehen zu erlernen (Mash & Wolfe, 2013). Personen mit tiefgreifender IB benötigen lebenslange Pflege und Betreuung (Dilling et al., 2011). Alle Personen dieser Gruppe zeigen organische Ursachen für ihre Beeinträchtigung und viele von ihnen haben zusätzlich schwere körperliche Erkrankungen wie Epilepsie oder einen angeborenen Herzfehler, die manchmal sogar während der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter zum Tode führen (Mash & Wolfe, 2013).

2.3 Ursachen für die Entstehung von intellektueller Beeinträchtigung

Über 1000 genetische Störungen werden mit intellektueller Beeinträchtigung in Verbindung gebracht (Hodapp & Dykens, 2009). Für beinahe zwei Drittel der Personen mit mittelstarker oder schwerer IB sind genetische oder umweltbedingte Ursachen bekannt, während für die Entstehung von schwacher intellektueller Beeinträchtigung oft Ursachen nicht nachgewiesen werden können (McDermott, Durkin, Schupf, & Stein, 2007). Man kann zwischen pränatalen, geburtsbedingten (wie Sauerstoffmangel bei der Geburt oder Frühgeburten) und postnatalen Risikofaktoren, z.B. Meningitis und Hirntraumata, unterscheiden. (Mash & Wolfe, 2013).

Organisch bedingte IB wird normalerweise als schwer und tiefgreifend betrachtet, während IB mit kulturell-familiären Ursachen üblicherweise als schwache Form betrachtet wird (Hodapp, Kazemi, Rosner, & Dykens, 2006). Der Wissenstand über IB, der auf biologischen Faktoren beruht, ist heutzutage sehr hoch. Im Gegensatz dazu sind die Ursachen für die kulturell-familiär bedingte intellektuelle Beeinträchtigung kaum bekannt, obwohl diese bis zu zwei Drittel aller Fälle ausmachen (Mash & Wolfe, 2013).

Die AAIDD (2010) hat vier Hauptkategorien von Risikofaktoren identifiziert, die zur Entstehung von IB beitragen: biomedizinische, soziale, verhaltensbezogene und das Ausbildungsniveau der Eltern. Diese Faktoren werden sogar über Generationen hinweg in der Familie weitergegeben (Chapman, Scott, & Stanton-Chapman, 2008).

Biomedizinische Faktoren

In der pränatalen Phase werden das Alter der Eltern, Krankheiten der Mutter (z.B. metabolische Störungen wie Diabetes mellitus), genetische Veränderungen etc. als Risikofaktoren angesehen. Auch das Cytomegalie Virus steht unter Verdacht die Entstehung einer intellektuellen Beeinträchtigung verursachen zu können. Perinatale biomedizinische Ursachen sind z.B. Plazentainsuffizienz, Frühgeburt oder eine Verletzung bei der Geburt. Postnatale biomedizinische Risikofaktoren sind zum Beispiel traumatische Gehirnverletzungen, Fehlernährung, degenerative Störungen, Meningoenzephalitis, etc. (Karch, 2002; Mash & Wolfe, 2013).

Soziale Faktoren

In der pränatalen Phase begünstigen mütterlich Fehlernährung oder häusliche Gewalt die Entstehung von IB, in der postnatalen Armut der Familie, Fehlen von angemessener

Stimulation, chronische Krankheit in der Familie und eine beeinträchtigte Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson. (Mash & Wolfe, 2013)

Verhaltensbezogene Faktoren

In der pränatalen Phase sind Drogen- und Alkoholkonsum der Eltern, elterliches Rauchen und Unreife zu nennen, in der perinatalen Phase die elterliche Ablehnung, für das Neugeborene Sorge zu tragen, und das elterliche Verlassen des Kindes und in der postnatalen Phase Kindesmisshandlung, Kinderverwahrlosung, häusliche Gewalt, unangemessene Sicherheitsmaßnahmen und soziale Deprivation. (Mash & Wolfe, 2013)

Bildungsbezogene Faktoren

In der pränatalen Phase werden kognitive Einschränkung der Eltern und ein Fehlen der Vorbereitung auf die Elternschaft, in der postnatalen Phase eine geminderte Elternkompetenz, und verspätete Diagnostik angeführt. (Karch, 2002; Mash & Wolfe, 2013)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass 85 Prozent der intellektuell beeinträchtigten Individuen dem leichten Schweregrad zuzuordnen sind, während zehn Prozent eine mittelstarke, drei bis vier Prozent eine schwere und ein bis drei Prozent eine tiefgreifende IB aufweisen. Alle Personen mit einer tiefgreifenden IB zeigen organische Ursachen für ihre Beeinträchtigung und haben zusätzlich schwere Erkrankungen wie Epilepsie oder einen angeborenen Herzfehler. Auch für die Gruppe mit schwerer IB sind oft auch organische Ursachen wie ein genetischer Defekt für die Entwicklung dieser Störung verantwortlich. Für die Entstehung von schwacher IB können Ursachen oft nicht nachgewiesen werden. Individuen, die an einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung leiden, können ihren Alltag entweder vollkommen eigenständig oder in überwachtem Umfeld in der Gesellschaft meistern. Es wird zwischen pränatalen, geburtsbedingten und postnatalen Risikofaktoren unterschieden. Der Wissensstand über IB, der auf biologischen Faktoren beruht, ist heutzutage sehr hoch. Im Gegensatz dazu sind die Ursachen für die kulturell-familiär bedingte IB kaum bekannt, obwohl sie zwei Drittel aller Erkrankungen ausmachen.

2.4 Probleme bei der Diagnostik intellektuell beeinträchtigter Personen

Ein wichtiger Indikator für die Diagnose von Symptomen ist in erster Linie ihr Sichtbarwerden im Verhalten der Betroffenen und weniger eine vorab festgelegte Altersgrenze (Petermann & Eid, 2006). Ein eindrucksvolles Beispiel liefert hierfür das „Little-Albert-Experiment“ von Watson und Rayner (1920). Die Autoren zeigen in ihrem Experiment die Möglichkeit klassischer Konditionierung von Menschen, speziell der Erlernbarkeit und Generalisierbarkeit von Angstreaktionen am Beispiel des ca. acht Monate alten Alberts.

Die Diagnostik von IB ist ein komplexer Prozess, der auf mehreren Ebenen mit unterschiedlichen Methoden ablaufen muss (Hennicke, Buscher, Hässler, & Roosen-Runge, 2009). Die Diagnostik des Schweregrades der intellektuellen Beeinträchtigung und die damit verbundenen körperlichen, sozialen und psychologischen Beeinträchtigungen ist eine entscheidende Grundvoraussetzung für alle weiteren Therapien, Förderungen und pädagogischen Maßnahmen (Hennicke et al., 2009). Die Fremdanamnese wird bei der Exploration intellektuell Beeinträchtigter deutlich mehr gewichtet, als die Anamnese des intellektuell Beeinträchtigten selbst, da die Exploration durch Einschränkungen in der Kommunikation, sowohl durch ein vermindertes Sprachverständnis, als auch durch unzulängliche sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten und teilweise durch Dysarthrie und individuellen Jargon, und unzureichender Introspektion deutlich erschwert ist (Schmidt, 2007; Weber, 1997).

Oft werden die Fragen von intellektuell beeinträchtigten Personen im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet, oder sind teilweise nur Wiederholungen der letzten Worte der gestellten Frage, die dadurch beantwortet wird. Infolge dieser Besonderheiten ist die Explorationsdauer auf der einen Seite deutlich verringert, da Denk- und Sprechtempo der Personen mit IB meist unterdurchschnittlich sind. Auf der anderen Seite wird mehr Zeit bei der Exploration benötigt, da man sich viel länger mit der intellektuell beeinträchtigten Person beschäftigen muss, bis genug brauchbare Daten gesammelt worden sind. Je stärker ausgeprägt die intellektuelle Beeinträchtigung ist, desto häufiger fehlt aufgrund mangelnder Einsicht in die eigene Erkrankung die Kooperationsbereitschaft des Betroffenen (Schmidt, 2007).

Aufgrund der Besonderheiten der Diagnostik bei Menschen mit IB, wurden spezielle Verfahren zur Diagnose der psychischen Gesundheit bei Menschen mit IB entwickelt, da diagnostische Systeme und Kriterien der Allgemeinbevölkerung, wie sie etwa der ICD-10

(Dilling et al., 2011) oder das DSM-IV (APA, 1996) darstellen, unter Bedacht der Besonderheiten von Personen mit IB nicht, oder nur mit Einschränkungen anwendbar sind. Deshalb wurde etwa von der „National Association for the Dually Diagnosed“ (NADD) in Zusammenarbeit mit der „American Psychiatric Association“ (APA) eine adaptierte Version des DSM-IV-TR (APA, 2003), das „Diagnostic Manual – Intellectual Disability“ (DM-ID) (Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007) entwickelt, um auch bei Menschen mit IB, eine hinreichend genaue Diagnose zu erhalten. Fletcher et al. (2009) erzielten in einer ersten Studie Ergebnisse, die eine Anwendung des DM-ID aufgrund seiner hohen Sensitivität und Spezifität, also der Fähigkeit eines Instrumentes betroffene Menschen auch als solche zu erkennen, bzw. Nichtbetroffene auch tatsächlich als gesund erkannt werden, unterstützen.

2.4.1 Diagnostisch- methodische Probleme bei Personen mit IB.

Es folgt ein kurzer Überblick zu den häufigsten diagnostisch-methodischen Herausforderungen bei Personen mit IB.

Overshadowing

Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe oder Bewegungsstereotypien sind bei vielen intellektuell beeinträchtigten Personen vorzufinden, ohne dass eine behandlungsbedürftige Erkrankung zugrunde liegt. Durch dieses erhöhte Auftreten von auffälligen Verhaltensweisen werden andere pathologische Symptome fälschlicherweise dem aus der intellektuellen Beeinträchtigung resultierenden Verhalten zugeordnet und werden als Folge daher nicht als eigenständige psychische Störung erkannt (Sturmey, 1999).

Baseline exaggeration

Durch den Beginn einer psychischen Störung werden bereits vorhandene Verhaltensweisen verstärkt, sodass sich weniger die Qualität der Verhaltensauffälligkeiten, sondern vielmehr die Quantität wie die Häufigkeit oder der Ausprägungsgrad bestimmter Verhaltensweisen erhöht (Sovner, 1986).

Underreporting

Durch eingeschränkte Fähigkeiten der Kommunikation und der Introspektion können pathologische Phänomene von den Betroffenen nur unzureichend mitgeteilt werden, wie z.B. Zwangsgedanken oder Halluzinationen. Diese Phänomene können nicht diagnostiziert werden, solange sie nicht durch Beobachtung erschlossen werden können, wodurch die Gefahr des Nichterkennens einer psychischen Störung besteht (Schmidt, 2007).

Psychosocial masking

Die verminderten sozialen Fähigkeiten und die eingeschränkten Möglichkeiten vielseitige Lebenssituationen differenziert zu erfassen, können zu stark vereinfachten und wenig abgestuften Ausprägungen psychiatrischer Störungen führen, die dann wiederum nicht als solche diagnostiziert werden (Sturmey, 1999).

Cognitive disintegration

Ein weiteres Phänomen intellektueller Beeinträchtigung ist, dass ein Übermaß an Außenreizen nicht in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden können, was wiederum einen Zerfall der kognitiven Prozesse zur Folge haben kann. Dieser Zerfall soll bizarre, psychoseähnliche Verhaltensweisen auslösen (Sturmey, 1999).

2.4.2 Abhilfen bei der psychologischen Diagnostik intellektuell Beeinträchtigter.

Um diese methodischen Probleme zu vermeiden, hat es sich bewährt, multiprofessionelle Teams aus unterschiedlichen Berufsgruppen einzubeziehen (Schmidt, 2007). Auch die ausreichend lange und unter verschiedenen Gesichtspunkten durchgeführte Beobachtung des Patienten erhält eine stärkere Gewichtung als bei nicht intellektuell beeinträchtigten Patienten, da sich psychische Störungen vor allem bei schwerwiegender IB oft in vielen psychomotorischen Auffälligkeiten zeigen (Schmidt, 2007). Zwei diagnostische Ansätze haben sich bezüglich operationalisierter Diagnostik bewährt:

Syndromer Ansatz:

Der syndrome Ansatz beinhaltet in einem ersten Schritt die Zusammenfassung der psychopathologischen Phänomene zu einem Syndrom. In einem zweiten Schritt wird unter Berücksichtigung sämtlicher Informationen und Ausschluss bestimmter Faktoren, z.B. körperliche Erkrankungen, Medikamenteneinflüsse usw., eine Arbeitsdiagnose erstellt, die immer wieder kritisch zu hinterfragen ist (Schmidt, 2007).

Typologische Diagnostik:

Anhand charakteristischer Querschnitts- und Verlaufssymptomen wird ein möglicher Prägnanztyp herangezogen, um die Erfahrungen mit diesem auf aktuelle Patienten zu übertragen. Auch diese Form der Diagnostik erweist sich zur Einleitung weiterer therapeutischer Schritte als hilfreich (Dilling, 1999; zitiert nach Schmidt, 2007).

3 Psychische Störungen im ChA-PAS (Moss et al., 2007)

(Pavel Straka)

In diesem Abschnitt soll, analog zu den anderen Störungsdimensionen (Angststörungen, Zwangsstörungen, Autismus-Spektrum Störung, Störung des Sozialverhaltens, sowie psychotische Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des ChA-PAS (Moss et al, 2007), die Störungsdimension der „Affektiven Störungen" näher beschrieben werden. Die möglichen Symptomkonstellationen, die bei affektiven Störungen auftreten können, sollen entlang der diagnostischen Kategorien für Manie und Depression, in unipolare und bipolare affektive Störungen gegliedert und dargestellt werden.

Die Klassifikation soll anhand der beiden Klassifikationssysteme, ICD-10 (Dilling et al., 2010) und DSM-IV (APA, 1996) vorgenommen werden. Aus aktuellem Anlass, soll auf die Änderungen, in der Kategorie affektive Störungen, in der im Mai 2013 erschienenen Version, dem DSM-V (APA, 2013) übersichtsmäßig eingegangen werden.

Epidemiologische und ätiologische Daten sollen zum umfassenderen Bild dieses Störungskomplexes beitragen. Zudem sollen einige gängige diagnostische Verfahren, die zur Diagnostik affektiver Störungen eingesetzt werden können, kurz beschrieben werden. Es soll auch auf die Besonderheiten bei affektiven Störungen, im speziellen in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit intellektueller Beeinträchtigung eingegangen werden. Ergänzend sollen auf die Items des ChA-PAS (Moss et al., 2007), die zur Identifikation bestimmter Symptome bzw. Symptomgruppen affektiver Störung konzipiert wurden, beschrieben werden.

3.1 Affektive Störungen

Erkrankungen des Affekts sind seit Jahrtausenden bekannt und wurden bereits in der Antike präzise beschrieben. Hippokrates unterschied im vierten Jahrhundert vor Christus die Symptome der Depression und der Manie, die er als Störungen der schwarzen und gelben Galle ansah (Guntermann, 2001). Der Begriff Melancholie (vom griechischen μελας melas, „schwarz" und χολη cholé, „Galle") erinnert immer noch an das von Hippokrates beschriebene Konzept der humoralen Störungen (Viersäftelehre), in welchem er als Ursache für die Melancholie einen Überschuss an schwarzer Galle im Körper vermutete (Guntermann, 2001). Der griechische Arzt Aretaeus von Kappadokien nahm ähnliche körperliche Ursachen an, erkannte aber bereits im ersten Jahrhundert nach

Christus, eine Zusammengehörigkeit der beiden extremen Zustände, die als Gegenpole so weit auseinander liegen, und beschrieb somit als erster die bipolare Störung: „*Meiner Ansicht nach ist die Melancholie ohne Zweifel Anfang oder sogar Teil der Krankheit, die Manie genannt wird"* (Wormer, 2002, S. 47).
Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin nannte 1899 diese Erkrankung des circulären Irreseins auch manisch-depressives Irresein, wobei er auch schon Mischzustände erkannte, bei denen manische und depressive Symptome gleichzeitig vorkommen. Auch für Kraepelin waren Manien und Depressionen Ausdrucksformen ein und derselben Krankheit (Walden & Grunze, 2006). Im folgenden Kapitel soll eine einleitende begriffliche Differenzierung vorgenommen werden.

3.1 Begriffserklärung

Unter Affektivität (*lateinisch: affektus = gestimmt*) oder auch Emotionalität (*lateinisch: emovare = aufwühlen*) wird die Gesamtheit der Affekte, Stimmungen und Gefühle verstanden. Diese sind nicht weiter rückführbare seelische Zustände, die den Denkvorgängen und Erlebnisinhalten eine besondere, lust- bzw. unlustbetonte Tönung verleihen (Payk, 2007). Gefühle zählen zu den „primären Reaktionen" wie zum Beispiel: Glück, Freude, Trauer, Ekel, Furcht, Wut und Überraschung. Sie dauern in der Regel nur einige Sekunden an und sind durch messbare physiologische Reaktionen (z.B. Herzschlag) begleitet. Stimmungen hingegen sind länger anhaltende (Stunden, Tage, Wochen) emotionale Reaktionstendenzen, die das Auftreten einer Emotion wahrscheinlicher machen (gereizte Stimmung führt z.B. häufiger zu Ärger). (Birbaumer & Schmidt, 2006)

3.2 Allgemeine Merkmale Affektiver Störungen

Bei affektiven Störungen gibt es zwei zentrale Stimmungslagen: die Manie, die oft durch intensive und unrealistische Gefühle von Begeisterung und Euphorie gekennzeichnet ist, und die Depression, die Gefühle außergewöhnlicher Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und emotionaler Leere beinhaltet. Manche Menschen erleben beide Stimmungslagen, andere hingegen nur die der Depression (Butcher et al., 2009). Viel häufiger tritt die Manie in Verbindung mit einer depressiven Störung auf. Affektive Störungen – angefangen von der Traurigkeit bei Depressionen bis zu der Hochstimmung

und Reizbarkeit bei Manie – sind Störungen der Stimmungslage, die die Betroffenen in der Lebensführung beeinträchtigen und einen starken Leidensdruck zu Folge haben (Butcher et al., 2009). Affektive Störungen gehören zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen (Hautzinger, Davison, & Neale, 2007). Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Viele dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2010).

Affektive Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, ähneln denen bei Menschen, ohne eine entsprechende Beeinträchtigung. In manchen Fällen kann sich jedoch die Symptomatik – auch in Abhängigkeit von der Schwere der Beeinträchtigung – anders gestalten (Došen, 2010). Affektive Störungen werden anhand der Richtung des vorherrschenden Affekts bzw. der Affektkombination in unipolare- und bipolare affektive Störungen unterteilt. Im folgenden Kapitel sollen die unipolaren affektiven Störungen näher beschrieben werden.

3.3 Unipolare Affektive Störung

Die meisten Menschen fühlen sich ab und zu niedergeschlagen oder sie sind aufgrund eines erfreulichen Ereignisses freudig erregt. Bei affektiven Störungen kommt es im Vergleich dazu zu einer tiefgreifenden Veränderung der Stimmungslage, die auch viel länger andauert (Butcher et al., 2009). Bei affektiven Störungen gibt es zwei zentrale Stimmungslagen: die Manie, die durch intensive und unrealistische Gefühle von Begeisterung und Euphorie gekennzeichnet ist und die Depression, die durch außergewöhnliche Gefühle von Traurigkeit, emotionaler Leere, Hoffnungs- und Antriebslosigkeit gekennzeichnet ist (Butcher et al., 2009).

Affektive Störungen werden üblicherweise anhand des (1) *Schweregrades* – gemessen an der Anzahl der erlebten Dysfunktionen und dem Ausmaß der Beeinträchtigung, und (2) der *Dauer* – ist die Störung akut, chronisch oder rezidivierend, wobei letztere auch immer wieder Phasen relativ normalen Funktionalität beinhaltet, beurteilt (Butcher et al., 2009). Manche Menschen erleben beide Stimmungslagen. Diese Symptomkonstellationen sollen im Kapitel 3.5 (Bipolare Störungen) näher beschrieben werden. Im folgenden Kapitel soll das Störungsbild der Depression, mit seinen zahlreichen Erscheinungsformen dargestellt werden.

3.3.1 Depression.

Die Begriffe deprimierend, depressiv oder Depression, sind aus dem alltäglichen Sprachgebrauch nicht mehr wegzudenken. Der Zustand der Depression (vom lateinischen ‚depressio': niederdrücken) ist allerdings eine ernstzunehmende affektive Erkrankung (Kasper & Hauk, 2006). Für das Störungsbild der Depression wurden traditionell unterschiedliche Begriffe verwendet. Zum Beispiel: schwere Depression, endogene Depression, depressive Erkrankung, endogene Depression oder vitale Depression. Beim Vorliegen psychotischer Symptome (ausführlich beschrieben in der Diplomarbeit von Georg Teuschler), wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, spricht man von einer psychotischen Depression (Došen, 2010).

Bei einer Depression handelt es sich um einen emotionalen Zustand, der durch starke Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Gefühle der Wertlosigkeit, Schuld, und sozialen Rückzug gekennzeichnet ist. Zudem leiden die Betroffenen unter Schlafstörungen, Appetitverlust, sexuellen Dysfunktionen und Verlust von Interesse und Freude an alltäglichen Aktivitäten (Hautzinger et al., 2007).

In dem Ausmaß, in dem „normale Empfindungen" bei den Betroffenen verschwinden, können diverse Befindlichkeitsstörungen an Bedeutung gewinnen. Die Betroffenen leiden an unterschiedlichsten diffusen Beschwerden wie zum Beispiel: Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen oder Verstopfung. In diesem Fall spricht man von einer Somatisierung der Symptome. Den Angehörigen fällt mit der Zeit auf, dass es den Betroffenen nicht mehr gelingt, in der früher gewohnten Art und Weise auf Ereignisse, Erlebnisse und Stimmungen zu reagieren. Die Mimik der Betroffenen ist der Depression entsprechend starr, müde und ernsthaft wirkend. (Kasper & Hauk, 2006)

Der Energielevel der Betroffenen ist niedrig, sie fühlen sich lethargisch und kraftlos und möchten am liebsten im Bett bleiben. Selbst die einfachsten Dinge des täglichen Lebens, wie zum Beispiel duschen, Zähne putzen, Wäsche waschen, scheinen als unüberwindbare Hindernisse, für die keine Kraft aufgebracht werden kann (Hautzinger, 2003).

Die Psychomotorik ist verlangsamt oder sogar gehemmt (Stupor), aber sie kann auch unruhig oder gesteigert sein, dann spricht man von einer „agitierten" Depression (Došen, 2010).

Depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl an heterogenen Symptomen gekennzeichnet. Charakteristisch ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. Die Symptome lassen sich weiter in vegetativ-somatische, motorische-behaviorale, emotionale, motivationale, kognitive und interaktive unterteilen

(Hautzinger, 2003) Im Folgenden werden die verschiedenen Erlebens- und Verhaltensebenen dargestellt, auf denen Symptome einer Depression, zum Ausdruck kommen können (Hautzinger, 2003, S. 7):

- somatische Beschwerden (z.B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Kopf und Bauchbereich, Magen- und Darmbeschwerden),
- motorische Beschwerden (z. B. Agitation, Verlangsamung, Hemmung und Inaktivität),
- emotionale Beschwerden (z. B. Leere, Verzweiflung, niedergeschlagene Stimmung, Angst),
- motivationale Beschwerden (z.B. Interessensverlust, Antriebslosigkeit, Entschluss-fähigkeit, Selbstmordgedanken),
- kognitive Beschwerden (z. B. Gedächtnisschwäche, Konzentrations-Schwierigkeiten, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Zukunftssorgen, Gesundheitssorgen und Unterschätzen der eigenen Fähigkeiten),
- interaktionale Beschwerden (z. B. sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten).

Die bedrohlichsten Symptome einer Depression sind Suizidgedanken bzw. Suizidimpulse, bis hin zum Suizid selbst. Den Schätzungen zu Folge sterben mehr Menschen an einer unbehandelten Depression als bei Autounfällen (Kasper & Hauk, 2006). Wie die Abgrenzung zur nicht pathologischen Trauer vorgenommen werden kann, wird im folgenden Kapitel erläutert.

3.3.1.1 Abgrenzung zur gewöhnlichen Trauer.

Traurigkeit, Pessimismus und Hoffnungslosigkeit sind Gefühle, die alle Menschen im Verlauf ihres Lebens durchleben. Leichte depressive Verstimmungen werden als unangenehm erlebt und verschwinden nach dem Erreichen einer gewissen Intensität nach einigen Tagen oder Wochen von selbst. Diese Phasen der Traurigkeit bzw. depressiven Verstimmung haben durchaus eine wichtige adaptive Funktion um Gedanken, Gefühle, Emotionen und Vorstellungen, die normalerweise vermieden worden wären, in die eigene Person zu integrieren, um so das innere Gleichgewicht wieder herzustellen. (Butcher et al., 2009) Es gibt Depressionen, die keine affektiven Störungen sind und diese sind von Depressionen mit einem pathologischen Krankheitswert zu unterscheiden. Grundsätzlich

ist die Trauer, als emotionale Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person, von der Depression zu unterscheiden und läuft nach Bowlby (1980, zitiert nach Butcher, 2009, S. 281) in vier Phasen ab:

1. Emotionale Taubheit und Unvermögen, die wenige Stunden bis zu einer Woche andauern und durch Phasen intensiven Leidens, Panik oder Wut unterbrochen werden können.
2. Verlangen und Suchen nach der verstorbenen oder vermissten Person (eher Angst als depressive Verstimmung) für Wochen oder Monate. Typische Symptome sind: Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit und gedankliche Beschäftigung mit der vermissten Person (oder Wut auf diese).
3. Nach dem das Verlangen und Suchen nach der vermissten Person nachgelassen haben, setzen Desorientiertheit und Verzweiflung ein. Zu diesem Zeitpunkt akzeptieren die betroffenen Personen den Verlust als dauerhaft und beginnen eine neue Identität zu entwickeln (z. B. als Witwe oder Witwer). In dieser Phase könnten die diagnostischen Kriterien für eine Major Depression erfüllt sein.
4. Reorganisierung, bei der die Betroffenen nach und nach ihr Leben neu strukturieren. Die Trauer lässt nach und die Freude am Leben kehrt zurück.

Dieser Verlauf wird nach Bowlby (1980; zitiert nach Butcher) als normaler Verlauf betrachtet. Manche Menschen können jedoch irgendwann, im Durchlaufen der vier Phasen stecken bleiben und eine Major Depression entwickeln. Da die Symptome einer Major Depression im Verlauf der Trauer normal sind, sollte nach DSM-IV (APA, 1996) innerhalb von zwei Monaten, auch beim Erfüllen der Diagnosekriterien eine Major Depression nicht diagnostiziert werden.

3.3.1.2 Postpartale Depression

Die Postpartale (auch postnatale) Depression stellt eine spezielle Form der Depression dar. Bei der Geburt eines Kindes – die in der Regel ein freudiges Ereignis darstellt – kann eine postpartale Depression ausgelöst werden, die in der Symptomausprägung der einer Major Depression sehr ähnlich ist, die Kriterien einer Major Depression Diagnose nach DSM-IV (APA, 1996) aber nicht erfüllt. Die Symptome einer postpartalen Depression beinhalten emotionale Instabilität, häufiges Weinen, Gereiztheit, die sich mit Glücksgefühlen abwechseln können (Miller, 2002; O'Hara et al., 1991). Bei 50 bis 70 Prozent aller Frauen treten nach der Geburt entsprechende Depressionssymptome auf, die aber in der Regel innerhalb von zehn Tagen von selbst wieder verschwinden (APA, 2000; Miller, 2002).

Nach Hobfoll et al. (1995) und O'Hara et al. (1991) tritt die postpartale Depression nach einer Geburt bei Frauen nicht häufiger auf, als im Vergleich zu Frauen, die ein identisches Alter und einen ähnlichen sozioökonomischen Status aufweisen, welche jedoch kein Kind zu Welt gebracht haben.

3.3.1.3 Depressionen bei Kindern und Jugendlichen.

Die Existenz depressiver Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wurde lange Zeit in Frage gestellt, was auf die unspezifische Symptompräsentation bei Kindern und Jugendlichen zurückgeführt werden kann. Je jünger die Betroffenen sind, desto mehr weicht das Bild der typischen Symptome, die mit einer Depression assoziiert werden, ab. In der Fachliteratur kam das Thema „Depression bei Kinder und Jugendlichen" erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf. (Mehler-Wex, 2008)

Der Wiener Psychiater Rene A. Spitz beschrieb 1946 psychosomatische Beschwerden bei deprivierten Kindern. Er sah in den Dreimonatskoliken und Säuglingsekzemen das Äquivalent zu depressiven Verstimmungen und nannte diese Syndrome „psychotoxische Störungen". Als Grund sah er eine feindselige und schädliche Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind (Mehler-Max, 2008).

Bei Kindern und Jugendlichen können die Gefühle stärker ausgeprägt sein und auch länger andauern, sie sind von den typischen Symptomen der Depression begleitet und bestimmen ihr Erleben und Verhalten. Die sozialen Kompetenzen, die schulischen Leistungen und Beziehungen zu Gleichaltrigen und Familienmitgliedern werden in Mitleidenschaft gezogen. Auch bei Kindern und Jugendlichen ist die Depression ein weit verbreitetes und ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem. Nicht selten haben Depressionen im Erwachsenenalter Vorläufer im Kindes- und Jugendalter. (Petermann, 2008)

Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt die Depression zu den schwerwiegendsten Erkrankungen, was die Lebenszeit und Lebensqualität der Betroffenen betrifft (Petermann, 2008). Eine einheitliche Definition, wird den Symptomen, die im Einzelfall auftreten können, kaum gerecht. Die möglichen Erscheinungsbilder einer Depression bei Kindern und Jugendlichen sind vielseitig und heterogen (Groen & Petermann, 2002; zitiert nach Petermann, 2008).

Die altersspezifischen Unterschiede der depressiven Symptomatik, die bei Kindern und Jugendlichen dazu kommen können, werden von Birmaher et al. (1996) und Ihle et al. (2004) wie folgt zusammengefasst: Reizbarkeit, Trennungsängste, häufige körperliche Beschwerden (z.B. Kopf- und Bauchschmerzen), Rückzug, Isolation, wenig Kontakte zu

Gleichaltrigen und Schwierigkeiten in bestehenden Beziehungen und gelangweilt sein.
Der ChA-PAS (Moss et al., 2007) erhebt die depressive Symptomatik mit den Items (7 bis 17). Es wird neben der Stimmungslage, Freudeempfinden, soziale Interaktion, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein auch energetische und motivationale Aspekte, sowie die suizidale Tendenz erhoben. Das DSM-IV-TR (APA, 2003) fordert ausdrücklich eine depressive Stimmung oder Interessensverlust; das ICD-10 (Dilling et al., 2011) fordert zwei Punkte von den Folgenden: depressive Stimmung, Interessenverlust oder Energieverlust (Siehe Item 7, 8 und 16), die erfüllt sein müssen, um eine depressive Episode diagnostizieren zu können (Moss et al., 2007).

3.3.1.4 Depressionen bei Kindern und Jugendlichen mit IB

Die depressiven Symptome von Kindern mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung ähneln denen ohne Beeinträchtigung. Bei Kindern mit schweren intellektuellen Beeinträchtigungen sind die depressiven Symptome aufgrund der meist multiplen körperlichen und Verhaltensauffälligkeiten und den daraus resultierenden Problemen im Lebensumfeld, oft schwer zu erkennen. Schwere depressive Störungen kommen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung verhältnismäßig oft vor. (Došen, 2010) Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und einer zusätzlichen psychischen Störung sind grundsätzlich in gleicher Weise wie nicht intellektuell beeinträchtigte Menschen in ihren Lebensbereichen, der persönlichen Aktivität und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Arbeit, Familie, Freizeit) beeinträchtigt. Es gibt einen Unterschied und der liegt darin, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung abhängig von ihrem Entwicklungsniveau die Störung subjektiv und in ihren Ausdrucksformen anders wahrnehmen können. So kann zum Beispiel ein Minderwertigkeitsgefühl als Symptom nur entstehen bzw. wahrgenommen werden, wenn ein Bewusstsein vom eigenen Wert entwickelt werden konnte. (Došen, 2010)
Weitere Mechanismen, die an der Entstehung affektiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung beteiligt sein können, werden im Kapitel 3.4 (Ätiologie affektiver Störungen) ausführlich beschrieben. Es gibt auch eine leichtere Form der Depression, die zwar einen „milderen“ Verlauf aufweist, aber ebenfalls einen Krankheitswert hat. Diese soll im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

3.3.2 Dysthymie.

Ab wann eine Stimmungsveränderung eine „krankheitswertige“ diagnostizierbare affektive Störung darstellt, hängt in erster Linie von der klinischen Beurteilung ab, bei der berücksichtigt werden muss, wie sehr der Betroffene an der Einschränkung seiner Funktionalität leidet (Butcher et al., 2009). Die Dysthymie wird als eine mittelschwere depressive Beeinträchtigung mit allen ihren möglichen Symptomkonstellationen angesehen, bei der das herausragende Merkmal ihre Chronifizierung darstellt. Um die Kriterien einer Dysthymie zu erfüllen, muss der Betroffene mindesten zwei Jahre lang an der Mehrzahl der Tage und einen Großteil des Tages depressiv verstimmt sein. Bei Kindern und Jugendlichen verkürzt sich der Bewertungszeitraum auf ein Jahr. (Butcher et al., 2009) Bei der Dysthymie können kurzzeitig Phasen normaler Stimmungslagen auftreten und dauern in der Regel nur Tage bis Wochen (jedoch maximal zwei Monate) an. Genau diese Phasen relativ normaler Stimmungslage sind die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale der Dysthymie zu einer Major Depression (Butcher et al., 2009).

Bei der dysthymen Störung handelt es sich um eine Form der Depression, die die Lebensführung der Betroffenen stark beeinträchtigt. Viele erleiden dabei auch die Vollsymptome einer Major Depression. Folgt die Major Depression auf eine dysthyme Episode, kann zur Beschreibung dieses Syndroms auch der Begriff „Double Depression“ verwendet werden (Hautzinger et al., 2007). Nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) ist die Dysthymie eine leichte Unterform der Depression und eigentlich eine Kategorie des Erwachsenenalters, da sie laut ICD-10 (Dilling et al., 2010) das erstmalige Auftreten im jungen Erwachsenenalter definiert. Beim DSM-IV (APA, 1996) hingegen, ist diese Diagnose auch für Minderjährige vorgesehen, sofern die Symptome länger als ein Jahr vorherrschen und mehr als 50 Prozent des Tages negativ prägen bzw. beeinträchtigen. Zudem müssen auch noch einige zusätzliche Symptome vorhanden sein (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2007).

In Abbildung 1 wird die mildere aber chronifizierte Verlaufsform der Dysthymie im Vergleich zu einer Major Depression bzw. rezidivierender depressiver Episode dargestellt.

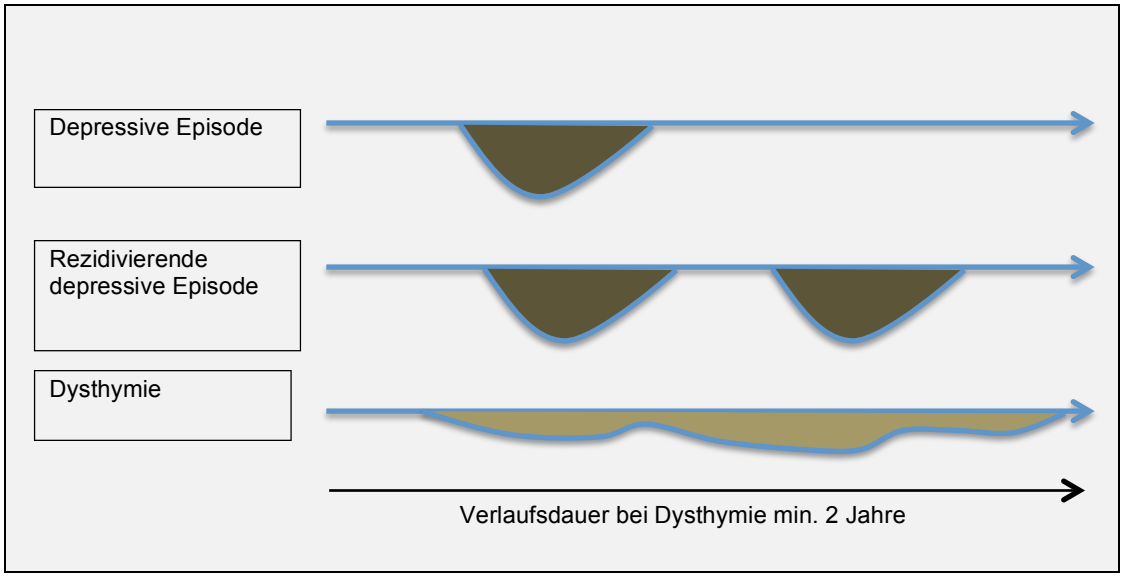

Abbildung 1: Verlaufsform Dysthymie, Major Depression und rezidivierende Episode (Montano, 1994).

3.3.2.1 Dysthyme Störung bei Kindern mit IB

Für den Fall, dass die Dysthymie im Kindesalter oder in der Adoleszenz beginnt (Došen & Gielen, 1993), hat Došen (1990, zitiert nach Došen, 2010) den Begriff „Entwicklungsdepression" eingeführt. Die Gründe, die zur Bezeichnung „Entwicklungsdepression" geführt haben, sind im frühen Beginn, langen Verlauf, sowie im Stillstand der psychosozialen Entwicklung zu sehen. Nissen (1973) sprach bei depressiven Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung von Affektarmut. Fletcher et al. (2007) vermuten, dass Menschen mit einem niedrig entwickelten intellektuellen Niveau nicht in der Lage sind, die entsprechenden Symptome der Dysthymie zu empfinden und zu äußern.
Došen (1984) hat stationär aufgenommene intellektuell beeinträchtigte Kinder mit psychischen Auffälligkeiten untersucht. Dabei fand er heraus, dass 16 Prozent der Kinder zwischen fünf bis 16 Jahren und einem Entwicklungsalter zwischen drei bis elf Jahren (entspricht einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung) Symptome einer Dysthymie aufwiesen. Diese Kinder zeigten eher eine gleichgültige als traurige Stimmung. Auch zeigten sie weder echte Trauer noch richtige Freude. Wenn sie weinten, schienen sie eher wütend als traurig zu sein.
Bei allen Kindern mit der Diagnose „Entwicklungsdepression", konnte ein gewisser „Affekthunger", also ein erhöhtes Bedürfnis nach positiver, emotionaler Zuwendung beobachtet werden. Interessant war auch, dass bei Kindern mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, ein negatives Selbstbild und Schuldgefühle fehlten (Došen, 2010). Ein möglicher Grund dafür kann ihr niedriges Entwicklungsniveau sein, denn für das Gefühl

von „Selbstwert“ ist eine kognitive Repräsentation des „Selbst“ nötig (Bamporad & Wilson, 1978).

McConville et al. (1973) fanden ein negatives Selbstbild erst bei Kinder mit einem Entwicklungsalter von neun Jahren, Schuldgefühle erst ab einem Entwicklungsalter von über elf Jahren. Dies könnte die Erklärung sein, dass diese Dimensionen bei intellektuell beeinträchtigten Kindern, die dieses Entwicklungsalter aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht bzw. noch nicht erreicht haben, nicht entwickelt waren (Došen, 2010). Das Affekt-Gegenstück zu Depression ist die Manie. Sie soll im Folgenden näher beschrieben werden.

3.3.3 Manie

Der Begriff leitet sich aus dem griechischen *maníā* ab, was so viel wie „Raserei, Wut, Wahnsinn“ bedeutet. Schon Hippokrates (460 v. Chr.) verwendete den Ausdruck *Mania* (Manie), um einen Zustand der Ekstase und Raserei zu beschreiben. Auch für Kraepelin (1856–1926) waren Manien und Depressionen Ausdrucksformen ein und derselben Krankheit (Walden & Grunze, 2003). Während die Depression fest im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankert ist, kennt kaum jemand die Manie, als das Gegenstück der Depression. Manie ist ein emotionaler Zustand von intensiver, aber unbegründeter gehobener Stimmung, der sich in Hyperaktivität, Geschwätzigkeit, Ideenflucht, Ablenkbarkeit oder nicht durchführbaren großartigen Plänen ausdrückt (Hautzinger et al., 2007).

Die krankhafte Hochstimmung erzeugt bei den Betroffenen in ihrer akuten Phase subjektiv weniger Leidensdruck, für die unmittelbare Umgebung aber kann es hingegen sehr belastend werden und die partnerschaftlichen, familiären, beruflichen, finanziellen und gesellschaftlichen Folgen können enorm sein. Auch die Krankheits- bzw. Problemeinsicht hält sich bei den Betroffenen in Grenzen. Das man den größten Teil der Maniker erst gar nicht erkennt, kann mit dem vorherrschenden gesellschaftlichen Idealen zu tun haben, die das permanente Stimmungs- und Hochleistungshoch zum Lebensziel erklärt haben. (Kasper & Hauk, 2006)

Viele manische Zustände sind durch eine überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Menschen in einer manischen Episode können oft innerhalb kurzer Zeit Arbeitsberge abarbeiten und beträchtliches schaffen. Typisch für die Manie ist auch das Springen von einem Thema zum anderen (Kasper & Hauk, 2006). Maniker sind im Übermaß witzig, schlagfertig und sprudeln nur so von originellen Einfällen. Der manische Redeschwall ist durch das erhöhte Sprechtempo gekennzeichnet. Versuche haben gezeigt,

dass Betroffene in einer manischen Episode 180 bis 200 Silben in der Minute vorbringen können. Eine gesunde Person kann im Schnitt 122 bis 150 Silben hervorbringen. Nicht immer ist die manische Episode durch eine positive, überschwängliche Stimmung gekennzeichnet, auch aggressive und gereizte Stimmung bis hin zu Angriffslust und Gewalttätigkeit sind keine Seltenheit. (Kasper & Hauk, 2006) Die wichtigsten Symptome die eine manischen Episode kennzeichnen können, werden von Kasper und Hauk (2006, S. 16) wie folgt zusammengefasst:

- die Stimmung ist unangemessen gehoben, euphorisch (kann auch gereizt bis aggressiv sein),
- Ablenkbarkeit und Unfähigkeit Angefangenes zu beenden, starker Bewegungsdrang (laut, schnell, lebhaft, rastlos, ausdauernd, wagemutig),
- viel beschäftigt (z.B. reisen), Rede- und Schreibdrang, ständiges Telefonieren, enthemmt (unangemessene Vertraulichkeit, Prahlerei, Schwindeln, gesellschaftliche „Ausrutscher“),
- vermindertes Schlafbedürfnis und verminderter Appetit, gesteigerter Sexualtrieb (Libidosteigerung),
- eingeschränktes Urteilsvermögen, Psychose (Wahnvorstellungen, Wahnideen, Größenwahn) und Halluzinationen (z.B. Stimmenhören).

Schätzungen zufolge weisen nahezu alle Kinder, bei denen Symptome einer manischen Episode identifiziert wurden auch die Kriterien von Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf. Allerdings bei jenen, die Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigen, ist es weniger wahrscheinlich (20 Prozent), dass sie auch die Kriterien einer manischen Episode erfüllen (Wozniak et al., 1995; zitiert nach Moss et al., 2007). Die Items 18-25 des ChA-PAS (Moss et al., 2007) können sowohl Hinweise auf eine manische Episode als auch für eine Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) liefern.

Der Beginn und die Dauer einer manischen Episode können sich mitunter unterschiedlich gestalten. Die manische Episode kann sich langsam über Tage bzw. Wochen aufbauen oder überraschend schnell, sogar innerhalb von wenigen Stunden eintreten. Sehr eindrucksvoll und für den Betroffenen und sein soziales Umfeld sehr belastend, kann das plötzliche Umschlagen von der depressiven in eine manische Episode (englisch: Switch) erlebt werden (Kasper & Hauk, 2006). Dieses Phänomen wir in Kapitel 3.5 „Bipolare Störungen“ noch ausführlich beschrieben. Ebenso wie Dysthymie eine mildere Form der Depression darstellt, wird die Hypomanie als die mildere Form der Manischen Episode angesehen.

3.3.4 Hypomanie

Der deutsche Psychiater Mendel beschrieb Ende des 19. Jahrhunderts erstmals die leicht gehobene, euphorische und getriebene Stimmung und nannte sie Hypomanie. Die Stimmung wird als „high“ oder „gut drauf“ beschrieben. Das Selbstwertgefühl ist übersteigert, der Energielevel analog zur manischen Episode erhöht. Die Kreativität und Produktivität sind ebenfalls gesteigert. Der Rededrang, das beschleunigte Denken und die Tendenz zu riskanten Unternehmungen sind als Symptome ebenfalls vorhanden. Der „manische Leerlauf“ (unzusammenhängende Inhalte und Handlungen) fehlt jedoch im Vergleich zur manischen Episode. Im Gegensatz zur manischen Episode folgen die Handlugen einem Ziel. Kaufexzesse und Verschuldungen sind bei der Hypermanie eher selten. (Kasper & Hauk, 2006)

Für Unbeteiligte mag gute Stimmung ansteckend wirken, für die soziale Umgebung ist sie jedoch verwirrend, da die Euphorie keinen erkennbaren Grund zu haben scheint. Die Betroffenen fühlen sich in der akuten Phase überhaupt nicht krank, sondern im Gegenteil sehr wohl und dynamisch und haben dementsprechend keine Krankheits- bzw. Problemeinsicht (Kasper & Hauk, 2006). Die wichtigsten Symptome die eine hypomanischen Episode kennzeichnen können, werden von Kasper und Hauk (2006, S. 18) wie folgt zusammengefasst:

- länger andauernde leicht gehobene Stimmung (die wenigstens einige Tage hintereinander andauert),
- gesteigerter Antrieb und Aktivität, auffallend erhöhtes Gefühl von Wohlbefinden, gesteigerte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, gesteigerte Geselligkeit,
- gesteigerter Rededrang, unangemessene Vertraulichkeit, vermindertes Schlafbedürfnis und gesteigertes sexuelles Verlangen (Libidosteigerung),
- alles bewegt sich aber noch in einem vertretbaren Rahmen, folgenschwere Aktionen wie zum Beispiel hohe Verschuldung bei der manischen Episode sind selten.

Eine weitere wichtige Säule, neben der Beschreibung von psychischen Störungen ist die Ätiologie, die sich mit den Entstehungsbedingungen von psychischen Störungen befasst. In Abbildung 2 werden die Manie und die Hypomanie, als Gegenpol zu einer depressiven Episode im Verlaufsspektrum einer bipolaren affektiven Störung dargestellt.

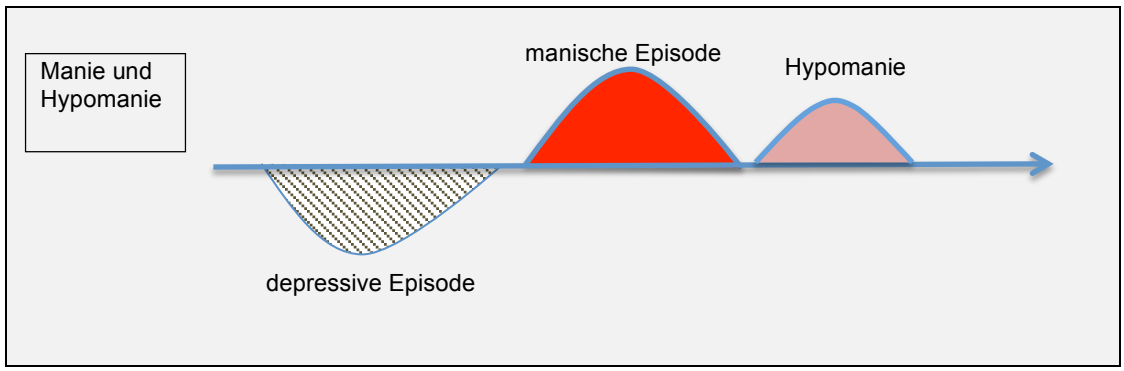

Abbildung 2: Manie und Hypomanie als Gegenpol zur Depression (Montano, 1994).

3.4 Ätiologie unipolarer Affektiver Störungen

Die Entstehungsbedingungen von unipolaren affektiven Störungen lassen sich nicht scharf von den Entstehungsbedingungen der bipolaren affektiven Störungen trennen. So weit diese Differenzierung möglich ist soll die Ätiologie dieser Störungen anhand der vorherrschenden Erklärungsmodelle, die sich in biologische und psychosoziale Erklärungsmodelle unterteilen lassen beschrieben werden. Als Risikofaktoren um an einer affektiven Störung zu erkranken, werden das Geschlecht der Betroffenen (Frauen zeigen ein höheres Erkrankungs- und Rückfallrisiko als Männer), das Lebensalter (der Altersgipfel liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr), familiären Belastungen mit affektiven Störungen, aversive soziale Umstände, Stress und Traumatisierung zusammengefasst. (Hautzinger, 2006)

Eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den Fachleuten besteht dahingehend, dass die hohe Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, mit einer Vielzahl von neurologischen, psychologischen, sozialen und persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren im Zusammenhang steht (Hautzinger, 2006). Auch die kognitiven Defizite, die Kommunikationsprobleme und die familiären Belastungsfaktoren müssen bei dieser Population stärker berücksichtigt werden (Došen, 2010).

Aschenbach und Ziegler (1968) betonen die Rolle der sozialen Kompetenz, bei der Entstehung von intra- und interpsychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Menolascino (1977) ging von einer Bio-Entwicklungstheorie aus, unter Verweis auf unterschiedliche neurologische und psychologische Prozesse, welche sich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung mit einem anderen Tempo und in eine andere Richtung als bei normaler Entwicklung gestalten können. Matson (1985) stellte eine

soziale Theorie vor, die von einem Zusammenwirken von biologischen und sozialen und psychologischen Faktoren ausgeht. Die spezifische Psychopathologie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kann in vielerlei Hinsicht von der nichtbeeinträchtigter Menschen abweichen. Nach heutigem Kenntnisstand der Wissenschaft kann angenommen werden, dass bei der Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, mehr oder weniger alle (biologische, soziale, psychologische und Entwicklungs-) Bereiche beteiligt sind (Došen, 2010).

3.4.1 Biologische Bedingungsfaktoren.

Das Konzept, dass biologische Faktoren an der Entstehung affektiver Störungen beteiligt sein müssen geht bereits auf Hippokrates zurück, der annahm, dass ein Übermaß an „schwarzer Galle“ im Körper, die Depression verursacht (Butcher et al., 2009). Genetische und biologische Faktoren scheinen einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen zu haben. So wird zum Beispiel in der Katecholamin-Mangel-Hypothese der Depression von Schildkaut (1965), der Mangel an Katecholaminen, im speziellen des Neurotransmitters Noradrenalin als biologische Grundlage der Depression gesehen. Entsprechend sollte der Überschuss dieser Stoffe mit gehobener Stimmung einhergehen (Köhler, 1999a).
Bei der Manie gibt es ebenfalls Hinweise, die auf eine Beteiligung verschiedener Neurotransmittersysteme, wie zum Beispiel: Serotonin, Katecholamin, Gamma-Aminobuttersäure schließen lassen. Genetische und soziale Faktoren sollten bei der Entstehung der manischen Störung ebenfalls berücksichtigt werden (Bräunig & Gerd, 2004). Die möglichen biologischen Ursachen die an der Genese von affektiven Störungen beteiligt sein können, werden wie folgt unterteilt.

3.4.1.1 Genetische Faktoren.

Untersuchungen der Familiengeschichte (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000; Wallace, Schneider, & McGuffin, 2002) zeigen, dass die Beteiligung von genetischen Faktoren, auf die Vererbung von affektiven Störungen sehr wahrscheinlich ist. Die Prävalenz von affektiven Störungen (klinisch diagnostizierte unipolare Depression) unter Blutsverwandten ist dreimal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zwillingsstudien können noch einen besseren Aufschluss über den Einfluss von Genen bei der Entstehung von affektiven Störungen geben.

Sullivan et al. (2000) führten eine Metaanalyse von Zwillingsstudien durch und fanden dabei heraus, dass eineiige Zwillingsgeschwister eines an unipolarer Depression erkrankten Geschwisterpaares, zweimal so hohes Risiko haben an eine Major Depression zu erkranken als zweieiige Zwillingsgeschwister. Die genaue Analyse der Daten ergab, dass 31 bis 42 Prozent der Varianz bei der Verursachung einer unipolaren Depression, durch genetische Faktoren erklärt werden konnten. Bei schweren wiederkehrenden Depressionen, waren die Schätzungen Anhand der Ergebnisse noch höher. Interessant war dabei, dass bei einer Major Depression ein noch höherer Varianzanteil durch individuelle Umwelteinflüsse als durch genetische erklärt wird (Sullivan et al., 2000).

In den letzten Jahren wurden auch vermehrt Adoptivstudien zur Untersuchung von affektiven Störungen betrieben. Wender et al. (1986) konnten in ihrer Studie zeigen, dass eine unipolare Depression sieben Mal häufiger bei biologisch verwandten Personen von Kindern mit der Diagnose Major Depression auftrat, als bei den biologisch verwandten der adoptierten Kinder der Kontrollgruppe. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Übersichtsarbeit von Shih, Belmonte, und Zandi (2004).

Die Ergebnisse der Zwillings- und Adoptivstudien und die Untersuchungen von Familiengeschichten liefern profunde Belege, für eine moderate Beteiligung von Genen bei der Entstehung einer unipolaren Major Depression. Bei der bipolaren affektiven Störung soll dieser Beitrag noch größer sein (Farmer, Eley, & McGuffin, 2005).

3.4.1.2 Neurochemische Faktoren.

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts werden auch vermehrt bestimmte Neurotransmitter, bzw. ihre Aktivität an den Synapsen und andere Aktivitäten im Gehirn mit affektiven Störungen in Verbindung gebracht, was in der Entwicklung neurochemischer Theorien zur Entstehung der Major Depression geführt hat (Butcher et al., 2009).

Die wichtigsten Neurotransmitter die in diesem Zusammenhang gebracht werden, gehören der Gruppe der Monoamine an, wie zum Beispiel: Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Ihre Konzentration an bestimmten Rezeptoren im Gehirn, kann in vielen Fällen mit der Depression in Verbindung gebracht werden (Thase & Howland, 1995; Thase, Jindal, & Howland, 2002).

Die jüngere Forschung konzentriert sich unter anderem auf die komplexen Interaktionen zwischen den beteiligten Neurotransmitter- und hormonellen Systemen und circadianen Rhythmen (Garlow & Nemeroff, 2003).

3.4.1.3 Hormonelle Regulationssysteme.

Eine besondere Aufmerksamkeit bekam hierbei die *Hypothalamische-Hypophysäre-Adrenale-Achse* und im Speziellen das Hormon Cortisol, das von der äußeren Nebennierenrinde produziert wird und auf komplexen Rückkopplungswegen reguliert wird. Cortisol ist bei der Aktivierung des Organismus und bei Stress maßgeblich beteiligt (Butcher et al., 2009). Die Cortisolwerte im Blutplasma sind bei 20 bis 40 Prozent der stationär behandelten schwer depressiven Patienten deutlich erhöht (These et al., 2002). Die Theorie des Versagens der Cortisol Rückkoppelungsmechanismen bei anhaltendem Stress, das eine Erhöhung des Cortisolspiegels über einen längeren Zeitraum zur Folge hat, stützt sich auf Befunde (Holsboer, 1992) bei denen 45 Prozent der schwer depressiven Patienten Dysfunktionen im Cortikalsystem auswiesen. Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass anhaltender Stress im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit zu chronischen bzw. langfristigen Veränderungen in der *Hypothalamischen-Hypophysären-Adrenalen-Achse* führen kann. Kinder die schon früh starken emotionalen Widrigkeiten bzw. Stressoren ausgesetzt waren, haben ein erhöhtes Risiko später eine Depression zu entwickeln (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005).

Auch das zweite endokrine System die *Hypothalamische-Hypophysäre-Thyreotrope-Achse* hat einen Bezug zu Depression. Störungen dieses endokrinen Systems können ebenfalls zur Entstehung affektiver Störungen führen. Personen mit einem niedrigen Schilddrüsenhormon-Spiegel (Hypothyreose), leiden ebenfalls oft an Depressionen (Garlow & Nemeroff, 2003; These et al., 2002). Im Hypothalamus wird das Thyreotropin-Releasing-Hormon (TRH) gebildet, welches die Freisetzung von TSH (Thyreoidea-stimulierendes-Hormon) in der Hypophyse anregt. Die Folge ist die Ausschüttung der Hormone T3 und T4 durch die Schilddrüse (Mehler-Wex, 2008). Dysfunktionen der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse werden als pathogenetische Faktoren, die an der Entstehung von Depression beteiligt sind vermutet. Depressive Erwachsene zeigen eine verringerte hypophysäre Ausschüttung von TSH bei TRH Simulationstest. Bei Kindern und Jugendlichen konnten diese Werte jedoch nicht repliziert werden (Garcia et al., 1991).

3.4.1.4 Neurophysiologische und neuroanatomische Einflüsse.

Schon frühere neurologische Befunde zeigten, dass Schädigungen des linken - jedoch nicht des rechten anterioren oder präfrontalen Cortex (z.B. Schlaganfall) – zu Depressionen führen könnten (Butcher et al., 2009). Auch neuere Forschungen die diesen Ansatz

weiterverfolgten, kamen zu ähnlichen interessanten Ergebnissen (Davidson, 2000; Robinson & Downhill, 1995). Depressive Personen zeigen zum Beispiel in den Regionen der linken Hemisphäre relativ niedrige Aktivitäten, in der rechten Hemisphäre hingegen relativ hohe Aktivitäten (Davidson et al., 2002a; 2002b). Es wird angenommen, dass die relativ niedrige Aktivität der linken Seite des präfrontalen Cortex, bei depressiven Menschen mit einem herabgesetzten positiven Affekt und die gesteigerte Aktivität der rechten Seite des präfrontalen Cortex mit einer gesteigerten Angstsymptomatik zusammen hängen (Pizzagalli et al., 2002).

Steingart et al. (1996) zeigten in einer MRT-(Magnetresonanztomographie) Studie an depressiven Kindern, dass sie im Vergleich zu gesunden Kindern eine reduzierte Ratio des frontalen Cortex und eine erhöhte Ratio von lateralen Ventrikeln zum Gesamtzerebralvolumen aufwiesen. Das spricht für lokale atrophische Vorgänge die im Zusammenhang mit depressiven Symptomen stehen. Nolan et al. (2002) konnten in einer MRT-Studie an unbehandelten depressiven Kinder und Jugendlichen von 9 bis 17 Jahren zeigen, dass sie im Vergleich zur Kotrollgruppe, ein um 11 Prozent vergrößertes Volumen des linken präfrontalen Cortex mit einer besonderen Ausprägung von 17 Prozent Vergrößerung in der Untergruppe „familiäre Vorbelastung“, auswiesen.

Eine weitere beteiligte Region ist der Hippocampus. Eine chronische Depression führt zur einer Verringerung des Volumens dieser Struktur, ähnlich wie bei einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), was auf Absterben von Nervenzellen zurückzuführen sein könnte (Southwick et al., 2005). MacMaster et al. (2006) haben in einer MRT- Studie bei depressiven Buben und Mädchen im Alter von acht bis 21 Jahren im Vergleich zur Kontrollgruppe ein beidseitig verringertes Hippocampus Volumen, jedoch nicht der Amygdala festgestellt. Ein genau umgekehrter Befund ergab sich bei Rosso et al. (2005). Bei depressiven Personen zeigte die Amygdala eine erhöhte Aktivität, was mit der Verzerrung der Aufmerksamkeit auf negative emotionale Informationen in Zusammenhang stehen könnte (Phillips et al., 2003).

Obwohl Schlafstörungen bei Menschen mit Depressionen immer wieder festzustellen sind, werden erst in jüngerer Zeit Störungen des Biorhythmus mit depressiven Symptomen in Verbindung gebracht. Der physiologische Schlaf setzt sich aus vier bis sechs Schlafzyklen zusammen. Bei Kindern dauert der Schlafzyklus ca. 50 Minuten, bei Erwachsenen ca. 90 Minuten und er besteht aus der ruhigen Non-REM Phase und der vegetativ und motorisch aktiveren REM (rapid eye movement) Phase. (Butcher et al., 2009) Bei depressiven Patienten zeigt sich ein breites Spektrum an Schlafstörungen, das sich von frühem

morgendlichem Erwachen und Durschlafstörungen bis hin zu Einschlafstörungen erstreckt. Bei etwa 80 Prozent der depressiven Patienten in stationärer Behandlung und bei ca. 50 Prozent in ambulanter Behandlung sind unterschiedliche Schlafstörungen zu beobachten (Butcher et al., 2009).

3.4.1.5 Circadiane Rhythmen.

Der circadiane Rhythmus steuert viele (tägliche) Zyklen, wie zum Beispiel die Wach-Schlaf Phasen, die Körpertemperatur, die Neigung zum REM-Schlaf, sowie die Freisetzung von Cortisol, Thyreotropin und Somatotropin (Thase et al., 2002). Der circadiane Rhythmus fungiert wie eine biologische innere Uhr und steuert somit auch den Schlaf-Wach Rhythmus. In Untersuchungen zeigten fast alle depressive Patienten Störungen in den Bereichen circadianer Rhythmen (Howland & Thase, 1999; Thase & Howland, 1995). Eine besondere Art der Störung des circadianen Rhythmus zeigt sich bei den saisonalen affektiven Störungen, bei der die meisten Patienten darauf reagieren wie viel Licht insgesamt in ihrer Umgebung zur Verfügung steht (Oren & Rosenthal, 1992).

3.4.1.6 Iatrogene Faktoren.

Bestimmte Arzneimittelgruppen können zu unerwünschten Nebenwirkunken, wie Schlafstörungen und einer Depression führen. Zum Beispiel können Glukokortikoid-Behandlungen mit psychischen Nebenwirkunken verbunden sein, im Speziellen mit affektiven Veränderungen. Auch im Rahmen einer Kortison-Therapie kann es zu einer erhöhten Ausschüttung von Glukokortikoiden kommen, was eine Hemmung der Neurogenese im Hippocampus induziert (Mehler-Wax, 2008). Antidepressiva fördern diese hingegen (Qiu et al., 2007).

3.4.1.7 Somatogene Faktoren.

Unter somatogenen Faktoren werden alle körperlichen Erkrankungen subsumiert, die in Zusammenhang mit der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen stehen. Dazu zählen zum Beispiel: schwere Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Typhus, HIV), chronische Stoffwechselerkrankungen (Leukämie, Leberinsuffizienz), Autoimmun-Erkrankungen (Autoimmunhepatitis), kardiopulmonale Erkrankungen (Schlafapnoe-Syndrom, Herzinsuffizienz). Auch andere chronisch-somatische Erkrankungen werden dazu gezählt, wie zum Beispiel: Asthma Bronchiale, Diabetes Mellitus, Neurodermitis,

maligne Erkrankungen. (Mehler-Wax, 2008) Lavigne und Faier-Routman (1992) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass durch das Vorliegen einer somatischen Grunderkrankung, das Risiko für die Entwicklung einer sekundären psychischen Störung, im Vergleich zu nichterkrankten Population, vor allem bei Kindern um das Zwei- bis Dreifache ansteigt.

3.4.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren.

Personen mit einem geringeren sozioökonomischen Status (wenige materielle und ökonomische Ressourcen) und einem geringeren Ausbildungsstand, weisen ein erhöhtes Risiko auf an einer affektiven Störung zu erkranken. (Wittchen & Jacobi, 2006). Auch die Migration, die in vielen Fällen durch Arbeitslosigkeit und Armut begleitet ist, kann als maladaptiver Faktor angesehen werden (Mehler-Wex, 2008). Der Einfluss von Umweltfaktoren, als Auslöser für die Entstehung einer Depression ist bei frühkindlichen Depressionen stärker als in der Pubertät (Harrington et al., 1997).

3.4.2.1 Belastende Lebensereignisse.

Kritische Lebensereignisse (Live Events) sind bei 70 Prozent der depressiv Erkrankten, als prämorbide Risikofaktoren nachzuweisen (Goodyer, 1995; zitiert nach Mehler-Wax, 2008). Bei Kindern und Jugendlichen verhält es sich ähnlich (Essau & Petermann, 1999). Psychosoziale Stressoren sind an der Entstehung von vielen psychischen Störungen beteiligt (z.B. Angststörungen und Schizophrenie) und ihre Rolle, wurde insbesondere bei der unipolaren Depression sehr genau untersucht. Es gibt Studien die zeigen, dass starke und lang andauernde und stressbehaftete Lebensereignisse, an der Entstehung, am Ausbruch und an der Aufrechterhaltung der unipolaren Depression maßgeblich beteiligt sind (Hammen, 2005; Monroe & Harkness, 2005).

Zu den bedeutsamsten familiären Faktoren zählen nach Birmaher et al. (1996, zitiert nach Mehler-Wex, 2008, S 54): der Verlust eines Elternteils, eine konflikthafte Elternbeziehung oder Scheidung, alleinerziehender Elternteil, psychische oder körperliche Erkrankung eines Elternteils, Deprivation oder längerfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr, sowie Misshandlungserlebnisse.

Zwillingsstudien haben interessanterweise gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleiden oder an einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu erkranken, genetisch determiniert ist (Stein et al., 2002; Taylor et al., 2002). Ebenso stehen

Dysfunktionen in der Eltern-Kind-Interaktion, besonders in der Kindheit und im Jugendalter in einem engen kausalen Zusammenhang mit depressiven Störungen (Blöschl, 1998; Reicher, 1998).
Die individuellen Unterschiede in der Reaktion auf innere und äußere Stressoren, hängen auch von der Vulnerabilität bzw. Invulnerabilität (Resilienz) eines Individuums ab (Butcher et al., 2009). In einer umfangreichen Studien fanden Kendler et al. (1995) heraus, dass Frauen mit einem genetischen Risiko, mit einer dreimal so hohen Wahrscheinlichkeit auf innere und äußere Stressoren mit einer Depression reagieren als die Kontrollgruppe.
Es wurden unterschiedliche Arten von Diathese für die Genese unipolarer Depression untersucht und sie mündeten in verschiedenen Diathese-Modellen. Zusammenfassend kann man festhalten, dass sowohl genetische Risikofaktoren, junges Alter, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, als auch die Umweltgegebenheiten, für die Vulnerabilität eines Individuum, an einer unipolaren Depression zu erkranken beteiligt sein müssen (Butcher et al., 2009). In Untersuchungen konnten Korrelationen zwischen genetischen Prädispositionen und dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus, sowie Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus und Pessimismus, gezeigt werden (Clark et al., 1994; Luten et al., 1997).

3.4.2.2 Psychologische Faktoren.

Es gibt mehrere psychologische Modelle, die sich mit den Entstehungsbedingungen der unipolaren Depression befassen. Sie lassen sich in kognitive, behaviorale und psychodynamische Modelle zusammenfassen. Auf Grund der Komplexität dieses Themas, sollen sie hier nur exemplarisch dargestellt werden.

Bei den kognitiven Theorien werden dysfunktionale Kognitionen, wie zum Beispiel willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Wahrnehmung, Personalisieren und Schwarz-weiß-sehen, als Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen gesehen. Depressionen werden als Folge früherer belastender Lebensereignisse gesehen. Demzufolge haben Depressive eine verzerrte Wahrnehmung der Realität. Sie haben eine verzerrte Wahrnehmung, von der Welt und von sich selbst. Dies führt zu automatischen Gedanken und Schemata, die verallgemeinernd, unlogisch, verzerrt und unangemessen sind. (Hautzinger, 2006)
Zu den bekanntesten zählt die kognitive Theorie nach Beck (1976). Beck (1976) postuliert das Vorhandensein irrationaler Überzeugungen, als handlungsanleitende und in der

emotionalen Wahrnehmung ausschlaggebende Instanz. Die negativen Überzeugungen und Gedanken laufen automatisch ab. Nach Beck (1976, zitiert nach Butcher et al., 2009, S. 294) drehen sich diese pessimistischen Vorhersagen, um drei Themen (negative-kognitive-Triade): das Selbst („ich bin hässlich, wertlos“), die eigenen Erlebnisse und die Welt („niemand mag mich“) und die Zukunft („ich bin hoffnungslos“).

Die behavioralen Theoretiker gingen in den Siebziger- und Achtzigerjahren davon aus, dass die Entstehung der Depression, aufgrund des Ausbleibens positiver Verstärkung bzw. aufgrund der Zunahme negativer Verstärkung (aversive Verstärkung), wie belastende Familien- und Lebensereignisse, begünstigt werden kann (Ferster, 1974; Lewinsohn et al., 1985; Lewinsohn & Gotlib, 1995; zitiert nach Butcher et al., 2009).
Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) basiert auf einem prägenden Grunderlebnis der Hilflosigkeit, welches die Entstehung von ungünstigen Persönlichkeitsstilen begünstigen kann. Ebenso fördert sie auch die Entwicklung von suboptimalen Attributionsstilen, welche in Verbindung mit negativen Erwartungshaltungen zu einem „depressiven Explorationsstil“ führen können (Mehler-Wax, 2008).
In der psychodynamischen Vorstellung nach Freud (1917; 1957, zitiert nach Butcher et al., 2009), handelt es sich bei der Depression um internalisierten Ärger und Wut. Freud wies auch auf die Bedeutung der Ähnlichkeit zwischen der Symptomatik der Depression und Trauer hin (Butcher et al., 2009).

3.4.3 Komorbidität

Depressive Störungen werden oft von anderen psychischen Störungen begleitet. Die Komorbidität von depressiven Störungen ist sehr hoch und liegt bei 75 bis 90 Prozent (Schauenburg et al., 2010). Die häufigsten dieser psychischen Erkrankungen sind: Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen Substanzmissbrauch und Abhängigkeit, Schlafstörungen, sexuelle Störungen, somatoforme Störungen, psychophysiologische Störungen, schizophrene Störungen, hirnorganische Störungen, zerebraler Abbau und verschiedene Persönlichkeitsstörungen (Schauenburg et al., 2010). Das Spektrum der möglichen Affektkombination, soll im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

3.5 Bipolare Affektive Störungen

Stimmungen haben generell einen bipolaren Verlauf. Alle Menschen erleben im Laufe ihres Lebens Hochs oder Tiefs und diese Stimmungsschwankungen werden als normal betrachtet. Bipolare affektive Störungen unterscheiden sich von den unipolaren affektiven Störungen durch das Vorhandensein, sowohl depressiver bzw. dysthymer Symptome, als auch manischer bzw. hypomanischer Symptome, die im Kapitel 3.3 bereits beschrieben wurden. Die depressiven und manischen Phasen können einander abwechseln und unterschiedlich lange andauern. Auslöser können belastende emotionale Ereignisse, wie zum Beispiel Wechsel der Umgebung, zu viele sensorische Reize oder auch Wechsel der Jahreszeiten sein. (Došen, 2010)

Die Betroffenen fallen von einem Gefühl der Euphorie, plötzlich in ein Gefühl tiefer Trauer und Verzweiflung oder sind starr vor Angst und unfähig zu handeln. Dazwischen können Phasen völliger Unauffälligkeit liegen. Diese Symptome können Anzeichen für eine bipolare affektive Störung sein (Kasper & Hauk, 2006). Die Dynamik der Übergänge von der einen in die andere Phase, kann unterschiedlich ausgeprägt sein und wird im Anschluss ausführlich beschrieben.

Bipolare affektive Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind schwerer zur Diagnostizieren, da die typischen depressiven bzw. manischen Leitsymptome oft nicht besonders auffallen (Došen, 2010). Sovner (1990) weist bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auf eher uncharakteristisch gemischte klinische Symptombilder hin, ohne dass eine ausgeprägte depressive oder manische Symptomatik vorliegen muss. Folgende Symptome manischer Zustände können bei Menschen mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung nach Sovner (1990) unterschieden werden: Gespanntheit, Reizbarkeit, aggressives und selbstverletzendes Verhalten, Zunahme von Aktivitäten, Lautieren oder Sprechen, Schlafstörungen und Selbstüberschätzungen. Diese Symptome können sich mit depressiven Symptomen abwechseln. Es ist aber auch möglich, dass eine manische Episode auch jahrelang andauert (chronische Manie).

Im ChA-PAS Manual wird für die Interviewauswertung gefordert, wenn Depression und Manie in zwei verschiedenen Episoden oder in derselben vorhanden sind, sollte eine bipolare Störung in Betracht gezogen werden (Moss et al., 2007).

Wenn sich manische und depressive Episoden einander schnell abwechseln (mindestens viermal pro Jahr), spricht man von einer Rapid-Cycling-Störung (APA, 1996). Diese kommt bei Menschen mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung häufiger vor, als bei Menschen mit einer leichten oder keinen intellektuellen Beeinträchtigung (Došen,

2010). Dies könnte auch mit hirnorganischen oder auch endokrinen Störungen, sowie chromosomalen Veränderungen zusammenhängen (Raghavan et al., 1995; Sovner, 1990).

3.5.1 Bipolar-I und Bipolar-II Störung

Das DSM-IV (APA, 1996) unterschiedet zwischen Bipolar-I und Bipolar-II Störung. Der Verlauf der Bipolar-I Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass im Unterschied zur Major Depression, mindestens eine manische oder gemischte Episode aufgetreten ist. Die Dauer der Episoden sollte mindestens eine Woche andauern, entweder gemischt auftreten oder alle paar Tage wechseln. Bei der Bipolar-II Störung erlebt der Betroffenen keine ausgeprägte manische Episode, jedoch aber hypomanische Episoden, sowie Episoden einer Major Depression wie bei der Bipolar-I Störung (Akiskal & Benazzi, 2005). Die Bipolar-I Störung wird nur in etwa 15 Prozent aller Fälle zu einer Bipolar-II Störung, was wiederum nahe legt, dass es sich hierbei mit hoher Wahrscheinlichkeit um unterschiedliche Formen einer Störung handelt (APA, 1996; Endicott et al., 1995 zitiert nach Butcher 2009).

3.5.2 Die zyklothyme Störung

Als zyklothyme Persönlichkeit werden Menschen mit einer ausgeprägten Tendenz, zwischen den beiden Stimmungspolen, Trauer und Freude hin und her zu wechseln, bezeichnet. Die Schwankungen mögen belastend sein, erreichen aber noch nicht den klinischen Krankheitswert einer zyklothymen Störung (Butcher et al., 2009). Die Zyklothymie ist durch zyklische Stimmungsschwankungen, zwischen depressiven und manischen Phasen gekennzeichnet, die deutlich schwächer ausgeprägt sind als die der bipolaren Störung. Menschen mit einer zyklothymen Störung haben später ein erhöhtes Risiko an eine bipolare Störung zu entwickeln (APA, 1996; Endicott et al., 1995 zitiert nach Butcher 2009).

Im DSM-IV (APA, 1996) ist die Zyklothymie als die weniger schwere Form - abzüglich bestimmter psychotischer und wahnhafter Symptome, die durch die voll ausgeprägte Manie bzw. Major Depression hervorgerufen werden können - der bipolaren Störung definiert (Butcher et al., 2009). Die depressive Phase der Zyklothymie ist durch niedergedrückte Stimmung, den deutlichen Verlust von Interesse und Freude an den sonst üblichen Tätigkeiten und Aktivitäten des alltäglichen Lebens gekennzeichnet. Die depressiven Symptome der zyklothymen Störung, sind im Wesentlichen dieselben wie bei der dysthymen Störung, bis auf die Dauer der Symptomatik. Die hypomanische Phase der

zyklothymen Störung ist durch erhöhte körperliche und mentale Leitungsfähigkeit gekennzeichnet. (Hautzinger et al., 2007) Die Betroffenen können in der hypomanischen Phase sehr kreativ und produktiv sein, aber auch erhöhte Reizbarkeit zeigen. Die Symptome der hypomanischen Phase in der zyklothymen Störung, unterscheiden sich bis auf die Dauer (mindestens zwei Jahre mit zahlreichen Episoden) und die Mischsymptomatik der gemischten Episode, kaum von denen einer unipolaren Hypomanie. Bei Kindern und Jugendlichen verkürzt sich der Beurteilungszeitraum auf ein Jahr (Hautzinger et al., 2007). Die Phasen können gemischt, sich abwechselnd oder mit Unterbrechungen (Phasen normaler Stimmung) auftreten. Die Möglichkeit einer ausschließlichen hypomanischen Phase wird zwar angenommen (Solomon, Leon, & Endicott et al., 2003), es werden jedoch auch Argumente angeführt, dass die betroffenen Patienten sehr wohl an einer unerkannten milden Depression leiden könnten (Winokur & Tsuang, 1996). Die Zyklothymie geht in 15-50 Prozent alle Fälle in eine bipolare Störung über (Kasper & Hauk, 2006).

3.5.3 Rapid Cycling

Menschen mit bipolaren Störungen erleiden in ihrer Lebenspanne, in Summe mehrere Störungs-Episoden, als Menschen mit einer unipolaren Störung, obwohl ihre Episoden etwas kürzer andauern, im Schnitt drei bis vier Monate (Angst & Sellaro, 2000). Ein Muster von mindestens vier und mehr Episoden (manisch oder depressiv) pro Jahr, wird als Rapid-Cycling bezeichnet. In der Regel erleben die Betroffenen deutlich mehr als vier Episoden pro Jahr (Butcher et al., 2009). 15 bis 20 Prozent bei denen eine bipolare Störung diagnostiziert wurde, zeigen das Rapid-Cycling Verlaufsmuster. Frauen sind häufiger betroffen als Männer und die Prognosen sind ungünstiger (Altshuler, 2003).
Zudem werden noch Untergruppen des Rapid-Cycling differenziert. Ultra Rapid Cycling (URC): Wechsel innerhalb von Tagen oder Wochen. Ultra Ultra Rapid Cycling: Wechsel innerhalb von Stunden. Das „Kippen“: 10 Prozent aller Patienten kippen ohne dazwischenliegende symptomfreie Phase direkt in Manie oder Depression. Und das „Switchen“: plötzliches Umschlagen der Stimmung in die manischen Episode unter Pharmakotherapie mit Antidepressiver (Altshuler et al., 2003). Die Prognosen lassen sich nach Altshuler et al. (2003) wie folg zusammenfassen: bei ca. 30 Prozent der Betroffenen liegt eine vollständige Remission und Wiederherstellung des psychosozialen Leistungsniveaus vor, bei ca. 20 Prozent ein chronischer Verlauf und bei ca. 50 Prozent erfolgen krankheitsbedingte Einschränkungen und verschiedene Restsymptome zwischen

den Episoden. Als Prädiktoren für einen ungünstigeren Verlauf lassen sich, ein frühes Ersterkrankungsalter, Substanzmissbrauch und andere komorbide Störungen, negative psychosoziale Faktoren, sowie belastende Lebensereignisse anführen (Altshuler et al., 2003). In Abbildung 3 werden die möglichen Verlaufsformen bipolarer Störungen dargestellt.

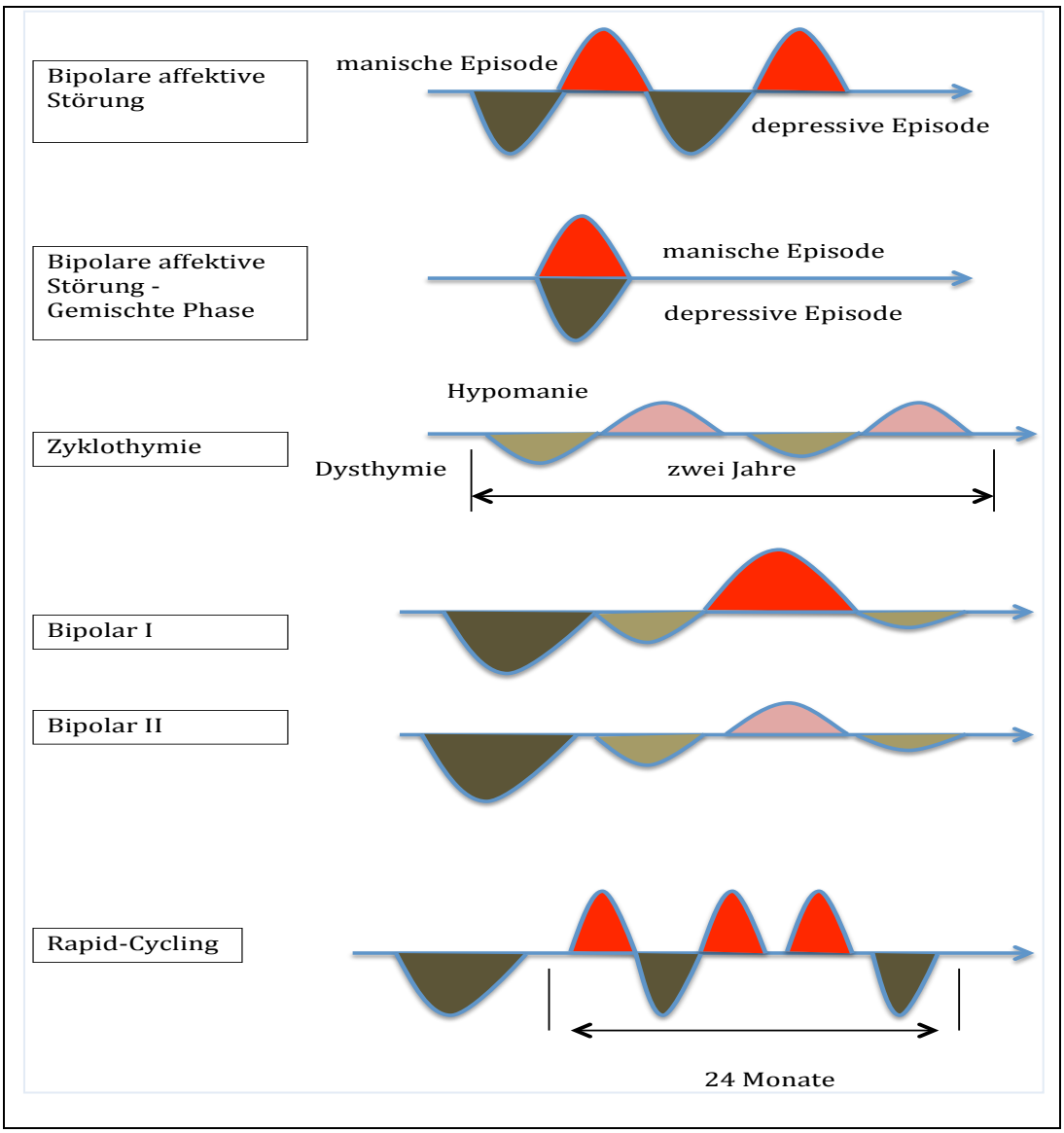

Abbildung 3: Mögliche Verlaufsformen bipolarer Störungen (Montano, 1994).

3.5.4 Bipolare Störungen bei Menschen mit IB

Bipolare Störungen und Rapid-Cycling Störungen, werden bei jungen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger beobachte (Došen, 2010). Berney und Jones (1988, zitiert nach Došen, 2010) berichteten von Fällen junger Adoleszenter mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung, bei denen die Rapid-Cycling-Störung schon im

elften bzw. zwölften Lebensjahr zu beobachten war. Die manischen und depressiven Episoden, wechselten sich innerhalb einiger Tage, bis hin zu einigen Monaten ab. Zwischen den Perioden gab es symptomfreie Phasen, die bis zur einigen Monaten dauern konnten. Alle Jugendlichen reagierten positiv auf die Behandlung mit Lithium oder Lithium Carbamezapin Kombination. (Došen, 2010)

Die manische Symptomatik wird im ChA-PAS (Moss et al., 2007), aufgrund der sich überschneidenden Symptommerkmale, einerseits im Abschnitt Hyperaktivität und gehobene Stimmung (Item 18-25) und anderseits auch mit einigen Item des Abschnitt Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erhoben. Die möglichen Bedingungen, die zur Entstehung einer bipolaren Störung führen können, sollen in folgendem Kapitel diskutiert werden.

3.6 Ätiologie bipolarer Störungen

Wie bei unipolaren Störungen, ist während des letzten Jahrhunderts eine Vielzahl an möglichen Bedingungsfaktoren vorgeschlagen und diskutiert worden. Das Ergebnis ist eine Dominanz der biologischen Faktoren, als mögliche Bedingungsfaktoren. Den psychosozialen Faktoren wurde hinsichtlich ihrer Bedeutung, bei der Entstehung bipolaren Störungen weniger Aufmerksamkeit gewidmet. (Butcher et al., 2009)

3.6.1 Biologische Bedingungsfaktoren

Bei bipolaren Störungen wird den genetischen Faktoren größerer Beitrag postuliert, als bei unipolaren Störungen. Untersuchungen (Katz & McGuffin., 1993; Plomin et al., 2001) deuten darauf hin, dass um die zehn Prozent der Verwandten des ersten Grades auch an bipolaren Störungen leiden, im Vergleich zu nur einem Prozent in der Allgemeinbevölkerung. Die Verwandten ersten Grades einer Person mit bipolarer Störung, haben auch ein erhöhtes Risiko an einer unipolaren Major Depression zu erkranken (Akiskal & Banazzi., 2005). Ebenso unterstützen Ergebnisse aus Adoptivstudien die Annahme, dass bipolare Störungen eine genetische Komponente haben. Diese und andere Studien (Maier et al., 2005; McGuffin et al., 2003) legen den Schluss nahe, dass die Gene in etwa 80 bis 90 Prozent der Varianz der Tendenz zur Entwicklung einer bipolaren Störung erklären. Es gibt auch alternative Erklärungsansätze für das Vorliegen erhöhter Raten bipolarer und unipolrarer Störungen bei verwandten Personen mit einer bipolaren

Störung. Plomin et al. (2001) stellten eine Hypothese auf, in der diese erhöhten Raten so erklärt werden, dass die bipolare Störung lediglich eine schwerere Form einer zur Grunde liegenden Störung ist, die auch die Grundlage für die unipolare Störung bildet und demzufolge nicht alle Verwandten an der gleichen „Schwere“ der Erkrankung leiden müssen.

Die möglichen neurochemischen Bedingungsfaktoren der unipolaren Störungen werden auf die bipolaren Störungen ausgeweitet. Laut der Monoamin-Hypothese der unipolaren Störungen, wird der Mangel an Noradrenalin und Serotonin für die Entstehung von Depression verantwortlich gemacht, hingegen der Überschuss dieser Neurotransmitter als neurochemische Grundlage der Manie angesehen (Butcher et al., 2009). Es gibt einige Belege, die diese These der gesteigerten Noradrenalin Ausschüttung in einer Manie unterstützen (Manji & Lenox, 2000). Ebenso wird die Rolle des Dopamins, der zunehmende Spiegel bei der Manie und der abnehmende Spiegel dieses Neurotransmitter bei der Depression und sein Einfluss auf das Funktionsniveau der Betroffenen diskutiert (Howland & Thase, 1999; Manji & Lenox, 2000).

Andere Forschungen konzentrieren sich zum Beispiel auf die Hypothalamisch-Hypophysäre-Achse, da auch Dysfunktionen in der Schilddrüse, üblicherweise zur Stimmungsschwankungen führen können. Viele Betroffene mit einer bipolaren Störung, weisen Abnormitäten und Dysfunktionen auf dieser Achse auf. Die Gabe von Schilddrüsenhormonen verbessert in vielen Fällen die Wirksamkeit von Antidepressiva (Althustler et al., 2001; Goodwin & Jamison, 1987; zitiert nach Butcher et al., 2009).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass hinsichtlich der Erklärungsansätze über die Beteiligung biologische Faktoren bei unipolaren uns bipolaren Störungen, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bestehen.

3.6.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren

Stressoren wie belastende Lebensereignisse scheinen bei der Auslösung von unipolaren, als auch bipolaren Störungen eine wichtige Rolle zu spielen. Johnson und Miller (1997) konnten in einer Studie zeigen, dass Patienten die schweren Stressoren ausgesetzt waren, für die Genesung von manischen, depressiven aber auch gemischten Episoden, drei Mal so lange benötigten als die Kontrollgruppe. Selbst kleinere Stressoren hatten negativen Einfluss auch die Dauer der Genesung.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Anzahl der bereits erlebten Krankheitsepisoden, einen Einfluss auf die Resilienz gegenüber Stressoren und so die

Auftrittswahrscheinlichkeit eines Rezidivs haben. Ebenso gibt es Belege, dass auch andere soziale Faktoren einen Einfluss auf den Verlauf einer bipolaren Störung zu haben scheinen. (Hammen & Gitlin, 1997)

Cohen, Hammen, Henry, und Daley (2004) zeigen beispielweise in einer Studie, dass Patienten mit einer bipolaren Störung und schwacher sozialer Unterstützung, innerhalb eines Follow-up-Zeitraumes von einem Jahr, mehr depressive Episoden erlitten, unabhängig davon ob sie Stressoren ausgesetzt waren oder nicht. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass persönlichkeitsbezogene und kognitive Variablen einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs haben können (Butcher et al., 2009).

In anderen Untersuchungen (Lozano & Johnson, 2001; Meyer et al., 2001) konnte der Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus und der Zunahme depressive Symptome bei bipolaren Patienten und ebenso bei unipolar depressiven Patienten gezeigt werden.

Aus der psychodynamischen Perspektive (Neale, 1988), wird die Manie als eine interpersonale Abwehrreaktion bzw. Stützfunktion, des durch die Depression bedrohten Selbstwerts verstanden.

3.6.3 Soziokulturelle Einflussfaktoren auf unipolare und bipolare Störungen

Die Prävalenz affektiver Störungen kann in den verschiedenen Kulturen und Gesellschaften unterschiedlich ausgeprägt sein. In manchen ist die Manie häufiger zu finden, in anderen wiederrum die Depression. Aufgrund methodischer Probleme ist es jedoch schwierig zu eindeutigen Befunden zu kommen. So gibt es große Unterschiede hinsichtlich der diagnostischen Verfahren die eingesetzt werden, auch die Symptomatik der Störungen (z. B. Depression), kann stark schwanken. (Kaelber et al., 1995; Chentsova-Dutton, 2002; zitiert nach Butcher et al., 2009) Die Verbreitung von Affektiven Störungen soll im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben werden.

3.7 Epidemiologie Affektiver Störungen

Nur etwa fünf Prozent der affektiven Störungen entfallen auf monopolare Verlaufsformen mit ausschließlich manischen Phasen. Die Einjahresprävalenz der manischen Episoden wird mit 1,2 Prozent beziffert. Werden hypomanische Zustandsbilder mit einbezogen, ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 1,2 bis 3,1 Prozent. Aufgrund der großen

Dunkelziffer sind die Zahlen eher als Richtwerte anzusehen (Wehling, 2005).

Die Prävalenz dieser Erkrankung wird im Kindes- und Jugendalter mit einem Wert von unter 0,1 Prozent, als relativ gering eingeschätzt (Remschmidt, 2000). Man kann jedoch davon ausgehen, dass dieser Wert die tatsächliche Auftrittshäufigkeit bei weitem unterschätzt. Als Grund dafür wird angenommen, dass in der kinderpsychiatrischen- und psychologischen Praxis, das Beschwerdebild häufig zugunsten einer allgemein häufiger diagnostizierten Erkrankungen, wie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder einer Verhaltensstörung fehlinterpretiert wird (Carlson, 1990).

Im DSM-IV (APA, 1996) wird das Lebenszeitrisiko an einer Major Depression zu erkranken bei Männern zwischen fünf und zwölf Prozent und bei Frauen zwischen zehn und 25 Prozent beschrieben. In der erwachsenen Normalbevölkerung schwankt die Punktprävalenz für Major Depression von fünf bis neun Prozent. Die aktuellen Daten des DSM-V (APA, 2013) liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Es ist aber anzunehmen, dass sich an den epidemiologischen Daten, diesbezüglich nicht viel geändert haben wird.

Bei Dysthymie werden die Punktprävalenz mit drei Prozent und die Lebenszeitprävalenz mit sechs Prozent angegeben. Bei Bipolar-I Störungen liegt die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 0.4 bis 1.6 Prozent, bei Bipolar-II Störungen bei ca. 0.5 Prozent und bei zyklothymen Störungen bei 0.4 bis 1 Prozent (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003). Baumeister und Härter (2007) berichteten in ihrem Review über eine Häufigkeit von 6.6 bis 11.9 Prozent affektiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung.

Die Lebenszeitprävalenz für unipolare Depression liegt bei 16 bis 26 Prozent, für bipolare Störung bei 3.9 bis 4.4 Prozent (Jacobi et al., 2004). Die chronische Depression, bei der die Symptomatik nach DSM-IV (APA, 1996) über mindestens zwei Jahre vorhanden sein muss, wird in der Allgemeinbevölkerung mit 2 bis 6 Prozent und bei 20 bis 30 Prozent aller Depressionen angegeben (Kessler et al., 2007). Die Lebenszeitprävalenz der Dysthymie liegt bei sechs bis zehn Prozent, davon entwickeln im Laufe von fünf Jahren 75 Prozent der Betroffenen eine depressive Episode („Double Depression“).

Die Zyklothymie wird mit 0.4 bis 1 Prozent angegeben wovon wiederrum 15 bis 50 Prozent in Bipolar-I oder Bipolar-II Störung übergehen. Die Suizidalität liegt bei 2,2 Prozent, Depressionen treten in jedem Lebensalter auf, 50 Prozent vor dem 30. Lebensjahr, seltener ist der Beginn nach dem 60. Lebensjahr. Ersterkrankungsgipfel ist zwischen 18 und 25 Jahren. Frauen haben ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko. (Angst et al., 2011)

Lewinsohn, Clarke, Seeley, und Rohde (1994) berichteten, dass das Durchschnittsalter der

Erstmanifestation von Major Depression bei 14.9 Jahren und für die dysthyme Störung bei 11 Jahren liegt. Weltweit zeigen Studien, dass das Risiko an einer Depression zu erkranken gestiegen ist (Weissman et al., 1993) und dass sich der Störungsbeginn vorverlagert hat (Klerman & Weissman, 1989).

Rapid-Cycling tritt zum Beispiel bei fünf bis 20 Prozent aller erwachsenen bipolaren Patienten auf, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. In einer Studie erlebten 72 Prozent aller weiblichen Patienten und nur 28 Prozent der männlichen Rapid Cycling (Suppes et al., 2000). Der Rapid Cycling Verlauf einer bipolaren Störung, wird häufiger bei der Erstmanifestation einer bipolaren Störung in der Jugend beobachtet, wobei sich die Perioden im Laufe der Zeit stabilisieren. Eine frühe Erstmanifestation depressiver Episoden wurde auch mit einem höheren Risiko später an einer bipolaren Störung zu erkranken verknüpft (Suppes et al., 2000). Ungefähr zehn Prozent aller Patienten „kippen" (ohne dazwischenliegende Normalphase) direkt in die Manie oder Depression (Altshuler & Ghaemi, 2004).

Bipolare affektive Störungen und Rapid-Cycling-Störungen, kommen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen mit einem IQ unter 50 häufiger vor. Dies hat vermutlich genetische bzw. organische Ursachen (Došen, 2010). Die Prävalenz der Dysthymie bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung, die in psychiatrische Behandlung überwiesen werden, liegt bei 15 bis 33 Prozent (Benson et al., 1985; Bregman & Harris, 1996; Day, 1990; zitiert nach Došen, 2010). Die Prävalenzraten sind bei mittelgradigen intellektuellen Beeinträchtigungen niedriger. Bei schweren intellektuellen Beeinträchtigungen wird dieses Störungsbild kaum beobachtet. Dabei ist unklar, ob die Dysthymie bei dieser Population nicht vorkommt, oder nur nicht richtig erkannt wird (Došen, 2010).

An bipolaren Störungen leidende Menschen haben generell ein um ein Vielfaches erhöhtes Suizidrisiko. Die Lebenszeitprävalenz von Suizid bei Patienten mit bipolarer Störung liegt bei 15 Prozent, verglichen mit sehcs Prozent bei Patienten mit unipolaren affektiven Störungen. Bei Frauen werden Suizidversuche zwei bis drei Mal häufiger beobachtet als bei Männern, wenn auch mit weniger gewaltsamen Mitteln. 25 bis 50 Prozent aller Patienten mit bipolarer Störung, unternehmen wenigstens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch, der vom Patienten häufig sorgfältig geplant und von einem festen Willen zu sterben begleitet ist. (Jamison, 2000)

In manchen Gegenden (z. B. in Schottland) ist die Suizidrate von Betroffenen 23 Mal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt. In einem bestimmten Lebensabschnitt,

beispielsweise im Zeitraum von zwei bis fünf Jahren nach der Erstmanifestation, ereignen sich besonders viele Suizide (Walden & Grunze, 2003). Besonders riskant sind Depressionen, bei denen die Lähmung des Antriebs noch nicht vorhanden oder bereits wieder etwas verbessert ist, so dass die Selbsttötung umgesetzt werden kann. Auch gemischte Phasen bei denen in quälender Weise manische und depressive Symptome zugleich vorhanden sind, bergen infolge der dysphorischen bzw. verzweifelten Stimmung und des enorm hohen Antriebsniveaus, ein höheres Selbsttötungs-Risiko (Walden & Grunze, 2003). Wie schon unipolare affektive Störungen (siehe Kapitel 3.4.3), können auch bipolare affektive Störungen mit anderen psychischen Störungen gemeinsam auftreten. Darauf soll im folgenden Kapitel genauer eingegangen werden.

3.7.1 Komorbidität

In ihrer Untersuchung konnten Grant et al. (2005) signifikante Zusammenhänge zwischen bipolaren affektiven Störungen und Substanzmissbrauch bzw. Angst- und Persönlichkeitsstörungen zeigen. Merlatin et al. (2002) berichteten bei Major Depression über folgende Komorbiditäten: Angststörungen mit 57 Prozent, Alkoholerkrankungen mit 25 Prozent und Persönlichkeitsstörungen mit 44 Prozent. Untersuchungen von Lewinsohn et al. (1994) haben gezeigt, dass Jugendliche mit einer bipolaren Störung eine signifikant höhere funktionale Beeinträchtigung aufweisen, eine erhöhte Komorbidität mit anderen Erkrankungen (Angststörungen, aggressive Verhaltensstörungen) und eine erhöhte Suizidgefährdung, als rein unipolar depressive und psychisch gesunde Jugendliche der Vergleichspopulation. Anhand welche Kriterien affektive Störungen klassifiziert und diagnostiziert werden können, soll im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben werden.

3.7 Klassifikation und Diagnostik affektiver Störungen

Die zwei verbreitetsten Klassifikationssysteme mit Hilfe derer affektive Störungen diagnostiziert werden können sind, das ICD-10 (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation WHO (Dilling et al., 2010) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association APA (1996). Die beiden Diagnosesysteme unterscheiden sich leicht in ihren Kriterien und Terminologie, die sie für die Beschreibung affektiver Störungen verwenden. Während das ICD-10 (Dilling et al., 2010) zum Beispiel eine wiederkehrende depressive Symptomatik

als “Rezidivierende depressive Störung” (F33) klassifizieren würde, benennt das DSM-IV (APA, 1996) diese Symptomatik als “Major Depression” (296.2x). Im Mai 2013 ist die komplett überarbeitet Version des DSM-IV (APA, 1996) das DSM-V (APA, 2013) erschienen. Welche Kriterien das ICD-10 (Dilling et al., 2010) zur Klassifikation von Affektiven Störungen heranzieht soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

3.7.1 Diagnosekriterien für affektive Störungen nach ICD–10 (Dilling et al., 2010) Kapitel V

Im ICD-10 (Dilling et al., 2010) wird das Krankheitsbild der affektiven Störungen (F30-39) als Gruppe von Störungen beschrieben, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, entweder zur Depression hin (mit oder ohne begleitender Angst) oder zur gehobenen Stimmung (Hypo-) Manie bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Grundsätzlich lassen sich affektive Störungen im ICD-10 (Dilling et al., 2010) in folgende Zustandsbilder einordnen: Unipolarer Verlauf (nur manische bzw. depressive Episoden) und bipolarer Verlauf (Wechsel manischer und depressiver bzw. gemischter Episoden). Alle Untergruppen der Kategorie manische Episoden (F30.-) des ICD-10 (Dilling et al., 2010), dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolaren affektiven Störung (F31.-) zu klassifizieren (Dilling et al., 2010).

Manie (F30.-) ist gemäß der Definition im ICD-10 (Dilling et al., 2010) eine abgrenzbare, mindestens eine Woche andauernde Periode, mit gehobener, expansiver oder gereizter Stimmung. Bei der Hypomanie (F30.0) handelt es sich um eine Störung, die durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb, gesteigerter Libido und deutlicher Aktivität charakterisiert ist. Zu unterscheiden sind noch die Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) und die Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2), sonstige manische Episoden (F30.8) und manische Episoden, nicht näher bezeichnet (F30.9).

Die ICD-10 (Dilling et al., 2010) Kriterien einer depressiven Episode erfordern neben den Hauptsymptomen, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Verlust von Interesse und Freude, auch das Vorliegen einer Reihe weiterer Symptome. Zu den Hauptsymptomen im ICD-10 (Dilling et al., 2010) wird auch der klinisch bedeutsame Verlust von Antrieb und Energie

gezählt. Neben diesen sind zumindest einige weitere Symptome körperlicher, affektiver, kognitiver und verhaltensbezogener Art erforderlich, um eine depressive Episode nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) zu diagnostizieren. Hierzu gehören: Störungen von Appetit und Gewicht, Schlafstörungen, psychomotorische Störungen, Verlust des Selbstwertgefühls, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwierigkeiten sowie suizidales Verhalten (Dilling et al., 2010).

Wenn mindestens fünf dieser Symptome zwei Wochen oder länger vorliegen, wird von depressiver Episode (bzw. Major Depression) gesprochen. Laut ICD-10 (Dilling et al., 2010) handelt es sich bei der Depression (F32.-) um eine psychische Störung, die vor allem durch psychische Niedergeschlagenheit gekennzeichnet ist. Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Bei der schwergradigen depressiven Episode, können auch Wahnideen, Halluzinationen oder ein Stupor (völlige Erstarrung) auftreten, was die Diagnosestellung einer schwergradigen Depression mit psychotischen Merkmalen (F32.3) erlaubt (Dilling et al., 2010). Diese Schweregraddifferenzierungen werden, sowohl für die einmalige depressive Episode (F32), als auch für die rezidivierende Form (F33) angewendet.

Weiter werden affektive Störungen, in anhaltende affektive Störungen (F 34.-), in andere affektive Störungen (F38.-) - hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien (F30 - F34), in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen - und in nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39) gegliedert (Dilling et al., 2010). In dieser letzten Kategorie werden affektive Psychosen und auch diejenigen Affektiven Störungen angeführt, die an anderer Stelle nicht verschlüsselt werden konnten oder für die keine eigene ICD-10 (Dilling et al., 2010) Kodes existiert. Oft wird dieser benutzt, wenn die Praktiker zu Beginn einer seelischen Erkrankung, diese noch nicht eindeutig zuordnen konnten. In Tabelle 3 werden exemplarisch die diagnostischen Einschlusskriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) Kapitel V dargestellt.

Tabelle 3: Diagnostische Einschlusskriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling et al., 2011)

Einschlusskriterien einer depressiven Episode sind erfüllt, wenn während mindestens ca. 2 Wochen:	
A) mindestens 2 (für schwere Episode 3) der folgenden Symptome vorliegen:	B) und zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome vorliegt, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 bis 8 beträgt (siehe unten).
○ Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag und im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen. ○ Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren. ○ Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.	○ Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls. ○ Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle. ○ Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten ○ Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder ○ Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit. ○ Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv). ○ Schlafstörungen jeder Art. ○ Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

In Abbildung 4 werden die detaillierten Diagnosekodes des ICD-10 (Dilling et al., 2010) für Affektive Störungen Kapitel F30 bis F39 dargestellt.

F30	**Manische Episode**
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episode
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31	**Bipolare affektive Störungen** (gegenwärtig)
F31.0	Hypomanische Episode
F31.1	Manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Schwere depressive Episode mit psychotische Symptome
F31.6	Gemischte Episode
F31.7	Remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

F32	**Depressive Episode**
F32.1	Leichte depressive Episode
F32.2	Mittelgradige depressive Episode
F32.3	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.4	Schwere depressive Episode mit psychotische Symptome
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33	**Rezidivierende depressive Störung** (gegenwärtig)
F33.0	Leichte Episode
F33.1	Mittelgradige Episode
F33.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störung
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34	**Anhaltende affektive Störung**
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störung
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F38	**Andere affektive Störungen**
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störung
F39	**Nicht näher bez. affektive Störungen**

Abbildung 4: ICD-10 Internationaler Krankheiten-Katalog 10. Revision Kapitel F Affektive Störungen (Dilling et al., 2011)

Ebenso sieht das ICD-10 (Dilling et al., 2010) eine Abstufung der Depression in Schweregrade vor. Leichte Depression (F32.0): ein Symptome der ersten drei, Gesamtzahl mindestens vier. Mittelgradige Depression (F32.1): zwei Symptome der ersten drei, Gesamtzahl mindestens sechs. Schwere Depression (F32.2): drei Symptome der ersten drei, Gesamtzahl mindestens acht (Dilling et al., 2010).

3.7.2 Diagnosekriterien nach DSM-IV (APA, 1996)

Als Achse-I Störungen bezeichnet man im DSM-IV (APA, 1996) aktuelle psychische Störungen, die das Leben des Patienten gravierend beeinflussen und fakultativ zu starken Behinderungen des sozialen Lebens führen. Sie unterscheiden sich von Achse-II Störungen insofern, dass diese immer über einen längeren Zeitraum andauern. Zu den Achse-II Störungen gehören Persönlichkeitsstörungen (z. B. paranoide-, schizoide-, dependente-

oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen) und leichte geistige Beeinträchtigung (Behinderung).
Moss et al. (2007) weisen auf den geringen Unterschied zwischen ICD-10 (Dilling et al., 2011) und DSM-IV-TR (APA, 2003) Kriterien für die Depression hin. So verlangt das DSM-IV-TR (APA, 2003) ausdrücklich, entweder eine depressive Stimmung oder Interessensverlust, während das ICD-10 (Dilling et al., 2011) speziell zwei Kriterien für eine depressive Stimmungslage fordert, Interessenverlust und erhöhte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich werden im DSM-IV (APA, 1996) die Depression, Manie, Zyklothymia (Zyklothymie) und die Dysthymia (Dysthymie) als so genannte „Mood Disorders“ zusammengefasst und innerhalb des Krankheitsbildes zwischen zwei Typen bipolarer Störung unterschieden. Die Bipolar-I Störung zeichnet sich durch das Vorhandensein einer oder mehrerer manischer Episoden aus, die mit einer oder mehreren depressiven Episoden einhergehen. Die Bipolar-II Störung hingegen, ist durch das Auftreten einer oder mehrerer depressiven Episoden einhergehend und mit mindestens einer hypomanen Episode gekennzeichnet (Saß et al., 2003).
Die Dynamik einer bipolaren Störung kann in Abhängigkeit ihrer Ausprägung, aber auch dem Alter der Betroffenen, in unterschiedlichen zeitlichen Mustern ausgedrückt werden. So zeigen Kinder bei einer bipolaren Störung, manchmal ein anderes zeitliches Muster als Erwachsene (Findling et al., 2001).
Sowohl im DSM-IV (APA, 1996) als auch im ICD-10 (Dilling et al., 2010) werden zusätzlich sogenannte gemischte Episoden beschrieben, die durch einen raschen (täglichen oder stündlichen) Wechsel manischer, hypomaner oder depressiver Symptome gekennzeichnet sind. Übersichtsmäßig sollen hier die Diagnosekriterien einer Major Depression nach DSM-IV (APA, 1996) dargestellt werden.
Nach dem DSM-IV (APA, 1996) müssen für die Diagnose einer Major Depression (296.xx), von den im folgenden genannten Symptomen (eins bis neun) mindestens fünf, für eine Perioden von mindestens zwei Wochen angedauert haben. Darunter müssen auf jeden Fall die Symptome eins oder zwei gewesen sein. Alle Symptome müssen sich auf dieselbe zwei-Wochen-Periode beziehen. Jedes Symptom muss eine Änderung gegenüber früher darstellen. Die Symptome dürfen nicht eindeutig durch einen körperlichen Krankheitsfaktor, stimmungskongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sein. Alle Symptome (mit Ausnahme von Punkt neun) müssen fast täglich vorhanden sein (APA, 1996):

1. Depressive Verstimmung fast den ganzen Tag.
2. Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, fast den ganzen Tag deutlich vermindert.
3. Appetit vermindert oder gesteigert oder deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (> 5 Prozent/Monat).
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf.
5. Durch andere beobachtbare psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung.
6. Müdigkeit oder Energieverlust.
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen der Krankheit).
8. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit oder verminderte Entscheidungsfähigkeit.
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen, genaue Planung eines Suizids oder tatsächlicher Suizidversuch.

Zusätzlich müssen die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- In der Vorgeschichte bestanden keine Symptome einer manischen, gemischten oder hypomanen Episode. Bei der gemischten Episode bestehen fast täglich und mindestens eine Woche lang, sowohl die depressive Symptomatik wie auch Symptome einer manischen Episode.
- Die Symptome werden nicht besser als einfache Trauer erklärt. Bei der einfachen Trauer entwickeln sich die Symptome nach den Tod einer geliebten Person für maximal zwei Monate und es fehlen die deutliche Funktionsbeeinträchtigung, Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken und psychotische Symptome.
- Die Symptome treten nicht im Verlauf einer chronischen Störung auf. Die psychotischen Symptome werden nicht besser durch eine andere schizoaffektive Störung erklärt.
- Die Symptome bestehen nicht aufgrund der direkten körperlichen Wirkung einer Substanz (wie z.B. Medikamente oder Drogen) oder aufgrund eines körperlichen Krankheitsfaktors.
- Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die Major Depression wird im DSM-IV (APA, 1996) weiter differenziert in eine: Einzelne Episode (296.2x) bei einer einzigen bzw. ersten Episode einer Major Depression oder eine Rezidivierende Major Depression (296.3x), bei zwei oder mehreren Episoden auftreten können. Damit depressive Phasen als getrennte Episoden gewertet werden können, dürfen in einem Intervall von mindestens zwei Monaten keine Symptome bestanden haben, welche die Kriterien für eine Major Depression erfüllen würden. Der Schweregrad der Major Depression wird unterteilt in: leicht ausgeprägt (296.x1), mittelschwer ausgeprägt (296.x2), schwer ausgeprägt ohne psychotische Merkmale (296.x3), Schwer ausgeprägt mit psychotischen Merkmale (296.x4), teilremittiert (296.x5), vollremittiert (296.x6), unspezifisch (296.x0) (Saß et al., 2003). In Abbildung 5 werden die detaillierten Diagnosecodes für affektive Störungen gemäß DSM-IV (APA, 1996) dargestellt.

296.0x	Bipolar-I-Störung, einzelne manische Episode
296.40	Bipolar-I-Störung, letzte Episode hypoman
296.89	o*der* Bipolar-II-Störung
296.4x	Bipolar-I-Störung, letzte Episode manisch
296.5x	Bipolar-I-Störung, letzte Episode depressiv
296.6x	Bipolar-I-Störung, letzte Episode gemischt
296.89	Bipolar-II-Störung
296.7	Bipolar-I-Störung, letzte Episode unspezifisch
296.80	*oder* Nicht näher bezeichnete Bipolare Störung
296.2x	**Major Depression, einzelne Episode**
296.21	Leicht
296.22	Mittelschwer
296.23	Schwer ohne psychotische Merkmale
296.24	Schwer mit psychotischen Merkmalen
311	Nicht näher bezeichnete depressive Störung
296.3x	**Major Depression, rezidivierend**
296.31	Leicht
296.32	Mittelschwer
296.33	Schwer ohne psychotische Merkmale
296.34	Schwer mit psychotischen Merkmalen
301.13	Zyklothyme Störung
300.4	Dysthyme Störung
296.90	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
295.70	Schizoaffektive Störung
293.83	Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
	Substanzinduzierte affektive Störungen:
291.89	Alkohol
292.84	Amphetamine, Kokain, Opiate etc.

Abbildung 5: Diagnosekodes für affektive Störungen im DSM-IV (APA, 1996)

3.7.3 Aktuelle Änderungen gemäß DSM-V (APA, 2013)

In der aktuellen Version dem DSM-V (APA, 2013), welche im Mai erschienen ist, gibt es einige Änderungen im Kapitel affektive Störungen, die hier übersichtsmäßig beschrieben werden sollen. Neben den bekannten depressiven Störungen, wurden mehrere weitere depressive Erkrankungen in das DSM-V (APA, 2013) aufgenommen, wie zum Beispiel: *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* und *Premenstrual Dysphoric Disorder.* Bei der Diagnose einer Major Depression Episode, galt im DSM-IV (APA, 1996) die Trauerphase (Symptome treten innerhalb der ersten zwei Monate nach dem Tod einer nahen Bezugsperson auf) als Ausschlusskriterium. Dieses Ausschlusskriterium wurde im DSM-V (APA, 2013) gestrichen.

Das Kapitel der Depressiven Störungen umfasst im DSM-V (APA, 2013) nun die folgenden Diagnosen: *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*, *Major Depressive Disorder, Single and Recurrent Episodes, Persistent Depressive Disorder (Dysthymia), Premenstrual Dysphoric Disorder, Substance/Medication-Induced Depressive Disorder, Depressive Disorder Due to Another Medical Condition, Other Specified Depressive Disorder, Unspecified Depressive Disorder* (Psychotherapie-Lehrbuch, 2013).

Die Kriterien einer Major Depression im DSM-V (APA, 2013) wurden im Vergleich zum DSM-IV (APA, 1996) nur geringfügig verändert. Das Kriterium A blieb unverändert, einige der vormals im Kriterium C aufgeführten Items, finden sich jetzt im Kriterium B. Darüber hinaus dürfen nach dem DSM-V (APA, 2013) während einer Episode einer Major Depression, drei manische Symptome (die nicht die Kriterien einer manischen Episode erfüllen) bestehen. Neben den oben genannten "neuen" Störungsbildern *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* und *Premenstrual Dysphoric Disorder* der depressiven Störungen, wurden zusätzlich in der Sektion Drei des DSM-V (APA, 2013), unter den so genannten Störungsbildern, die eine weitere wissenschaftliche Erforschung benötigen, die Störungsbilder *Depressive Episodes With Short-Duration Hypomania, Persistent Complex Bereavement Disorder* und *Suicidal Behavioral Disorder* aufgenommen (Psychotherapie-Lehrbuch, 2013).

Im Vergleich zum DSM-IV (APA, 1996), gibt es auch einige Änderungen in den DSM-V (APA, 2013) Diagnosekriterien für bipolare Störungen. So wurden unter anderem im Kriterium A (manischen und hypomanen Episoden), neben dem Stimmungswechsel, auch eine Änderungen der Aktivität und der Energie als Kriterium eingeführt. Unter *Episode with mixed features* wurden einige Verlaufsbesonderheiten der affektiven Störungen neu subsumiert bzw. weggelassen. Die Diagnose Bipolar-I Störung, gemischte Episode, bei der

die Betroffenen gleichzeitig sowohl die Kriterien einer manischen und einer depressiven Episode erfüllen mussten, wurde gestrichen. Stattdessen wurde der neue Anhang *with mixed features* eingeführt, bei dem sowohl während einer manischen bzw. hypomanen Episode, depressive Symptome (sowie auch bei einer depressiven Episode, einer Major Depression, einer bipolaren Störung, manische bzw. hypomane Symptome) auftreten dürfen. Die einzelne manische Episode wird im DSM-V (APA, 2013) nicht mehr als eigenständige Diagnose geführt. Das Kapitel der Bipolaren Störungen (Bipolar and Related Disorders) umfasst nun im DSM-V (APA, 2013) die folgenden Diagnosen: *Bipolar-I Disorder, Bipolar-II Disorder, Cyclothymic Disorder, Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder, Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition, Other Specified Bipolar and Related Disorder, Unspecified Bipolar and Related Disorder* (PsycheOnline, 2013).

3.7.4 Diagnostische Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen mit IB

Zur Diagnostik bipolarer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sollten die von Anthony und Scott (1960) erarbeiteten Kriterien herangezogen werden (Remschmidt, 2000). Laut Grunze und Severus (2005) wird nur ein geringer Teil aller bipolar Erkrankten derzeit korrekt diagnostiziert. Grundsätzlich werden psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im ICD-10 (Dilling et al., 2010) und DSM-IV (APA, 1996), bis auf einige Ausnahmen, mit Hilfe der Erwachsenenkriterien diagnostiziert.

So zum Beispiel wird im DSM IV-TR (APA, 2003), eine dysthyme Störung bei Kindern schon nach einer Symptomdauer von einem Jahr (bei Erwachsenen erst nach zwei Jahren) diagnostiziert. Um der eingeschränkten Anwendbarkeit des ICD-10 (Dilling et al., 2010) und DSM-IV (APA, 1996) in Bezug auf intellektuelle Beeinträchtigung entgegen zu wirken, haben Fletcher et al. (2007) das Diagnostic Manual - Intellectual Disability DM-ID von der National Association for the Dually Diagnosed (NADD) in Zusammenarbeit mit der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben, das als Begleitheft zum DSM-IV-TR (APA, 2003) gedacht ist. Es enthält ein angepasstes Diagnoseschema für Personen mit eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprachfertigkeit. Der Hauptunterschied liegt darin, dass das DM-ID (Fletcher, 2007) Anleitungen enthält, wie DSM-IV-TR (APA, 1996) Kriterien auf Personen mit einer Intellektueller Beeinträchtigung anzuwenden sind. Ein weiteres Diagnose-Klassifikationssystem für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung stellt das DC-LD „Diagnostic Criteria - Learning Disabiliry“ (Royal College of Psychiatrists, 2001) dar, das sich an den

Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling et al., 2010) und des DSM-IV (APA, 1996) orientiert. Fletcher et al. (2009) konnten zeigen an welche Grenzen die gängigen diagnostischen Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling et al., 2010) und DSM-IV (APA, 1996), bei der Anwendung auf die Zielgruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen stoßen können. Neben den hier diskutierten Klassifikationssystemen, gibt es noch eine Vielzahl an differenzial- diagnostischen Verfahren, die im folgenden Kapitel exemplarisch dargestellt werden sollen.

3.7.5 Diagnostische Erhebungsinstrumente

Standardisierte Fragebögen und Fremdeinschätzungsskalen helfen dabei, die Schwere der Erkrankung abzuschätzen um bessere Diagnosen stellen zu können. Exemplarisch sollen hier der Patient Health Questionnaire Depression PHQ-D; Löwe, Spitzer, Zipfel, und Herzog (2002), das Beck-Depressions-Inventar BDI-II; Hautzinger, Keller, und Kühner (2009) oder die Hamilton Depression Rating Scale HDRS; Hamilton (1960) genannt werden. Als effektiv erweist sich auch das speziell für erwachsene Personen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelte Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability PASS-ADD; Moss (2002), oder der etwas ältere Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, 1988) und der speziell für Kinder ohne intellektuelle Beeinträchtigung entwickelte Childrens Depression Inventory CDI; Kovacs (1992).

Grundsätzlich ist ein ausführliches Anamnesegespräch für die Diagnose einer reinen manischen Episode bzw. bipolaren Störung ratsam. Bei der „Young Mania Rating Scale“ (YMRS) vom Young, Biggs, Ziegler, und Meyer (2000), handelt es sich um ein differenzialdiagnostisches Verfahren für Erwachsene, das sich an der „Hamilton Rating Scale for Depression“ (HAM-D) (Hamilton, 1996) orientiert. Ein weiteres diagnostisches Verfahren ist die „Parent General Behavior Inventory-10-Item Mania Scale“ (PGBI-10M) von Youngstrom, Frazier, Demeter, Calabrese, und Findling (2008). Es stellt eine Erweiterung des „Parent General Behavior Inventory“ (P-GBI) von Kahana et al. (2003) um die 10-Item Manie Skala dar. Beim „Child Bipolar Questionnaire“ (CBQ) von Papolos, Hennen, Cockerham, Thode, und Youngstrom (2006) handelt es sich um einen schnellen Screening-Test für bipolare Störungen bei Kindern, der sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV (APA, 1996) der American Psychiatric Association (1996) orientiert.

Ebenfalls soll hier auch der ChA-PAS (Moss et al., 2007), der im Zuge der vier Diplomarbeiten (Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler) in die deutsche Sprache übersetzt

worden ist, erwähnt werden. Vor Beginn einer Therapie ist eine sorgfältige internistische und neurologische Untersuchung sinnvoll, damit Stoffwechselerkrankungen wie z. B. Diabetes oder bestimmte Arzneimittel (z. B. blutdrucksenkende Medikamente, Steroidhormone), oder andere körperliche Ursachen als Grund für die depressive Symptomatik ausgeschlossen werden können (Butcher et al, 2009). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Vielzahl an Diagnoseinstrumenten zur Erfassung von depressiven und/oder manischen Störungen für Kinder/Jugendliche und Erwachsene zur Verfügung stehen. Für die Population der intellektuell beeinträchtigten Menschen (Erwachsene, Jugendliche und Kinder), gibt es hingegen zum jetzigen Zeitpunkt, nur eine überschaubare Anzahl an adäquaten Diagnoseverfahren. Genau aus diesem Grund soll die Wichtigkeit des ChA-PAS (Moss et al., 2007) mit der aktuellen Übersetzungen in die deutsche Sprache betont werden.

4 Durchführung der Interviews

(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Rekrutierung der Stichprobe, der Durchführung der Interviews, sowie dem Übersetzungsprozess. Es erläutert wie die Diplomanden die Interviewpersonen rekrutiert haben, wie viele Interviews durchgeführt wurden und welche Einschlusskriterien getroffen wurden. Ebenso wird hier der Übersetzungsprozess ausführlich beschrieben.

4.1 Stichprobe

Im Rahmen der Diplomarbeiten werden insgesamt 20 Personen befragt. Laut ChA-PAS (Moss et al., 2007) sollen die primären Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung interviewt werden, beziehungsweise ist bei Verdacht auf ADHS auch die Befragung einer zweiten Quelle, meistens von einem Lehrer, vorgesehen.
Die Rekrutierung der Zielgruppe sollte durch bestehende Kontakte zu Sonderschullehrern und verschiedenen therapeutischen Institutionen erfolgen. Das diesbezügliche Ansuchen beim Wiener Stadtschulrat wurde leider negativ beantwortet. Deshalb erfolgte die letztendliche Rekrutierung aus dem Bekanntenkreis, wodurch die Ergebnisse in dieser Studie auf einer Gelegenheitsstichprobe beruhen. Die Interviews selbst wurden in den

Räumlichkeiten der Studienteilnehmer durchgeführt und es wurde besonders Wert auf eine ruhige Atmosphäre gelegt.

Nachdem es sich beim ChA-PAS (Moss et al., 2007) um ein klinisches Interview handelt, das keiner Normierung unterliegt, gibt es auch für die gewünschte Zielgruppe keine genaue Altersangabe. Im Handbuch des ChA-PAS (Moss et al., 2007) wird von einer Anwendbarkeit bei Kindern und Jugendlichen gesprochen. Nachdem Auffälligkeiten meist erst durch einen Wechsel des Kontextes zu beobachten sind, oft mit dem Schuleintritt, befanden sich die entsprechenden Kinder und Jugendlichen zu Interviewzeitpunkt im Schulalter (sechs bis 18 Jahre).

4.2 Instrument

Vorgegeben wurde die erstmalige deutsche Übersetzung des Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule ChA-PAS; (Moss et al., 2007), der ausführlich im ersten Kapitel beschrieben wurde.

4.3 Untersuchungsdesign

In diesem Kapitel soll kurz dargestellt werden wie ein Übersetzungsprozess eines Erhebungsinstrumentes von statten geht, auf welche Einzelheiten man während dieses Prozesses achten muss und wie die teilnehmenden Personen dies in diesem konkreten Fall gehandhabt haben.

4.3.1 Cross-kulturelle Anpassung.

Die interkulturelle Adaption eines Fragebogens für den Einsatz in einem neuen Land bedingt die Anwendung einheitlicher Methoden zur kulturellen und / oder sprachlichen Angleichung (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Bosi Ferraz, 2002). Die Autoren gehen davon aus, dass anhand dieser Methodik, eine Gleichwertigkeit zwischen der ursprünglichen Quell- und der angestrebten Zielversion des Erhebungsinstruments gewährleistet werden kann. Diese Gleichwertigkeit bezieht sich auch auf die Gütekriterien der Validität, der Reliabilität und das sowohl auf Item- als auch auf Skalenebene. Des Weiteren nehmen sie an, dass durch eine kulturelle Anpassung die inhaltliche Gültigkeit des Instruments auf konzeptioneller Ebene über verschiedene Kulturen hinweg erhalten

bleibt. Durch den Begriff "cross-kulturelle Anpassung" beschreiben sie einen Prozess, der sowohl die sprachlichen (Übersetzung), als auch die kulturellen Anpassungsprobleme während der Adaption eines Fragebogens für die Verwendung in einer neuen Umgebung umfasst.

Nach Guillemin, Bombardier, und Beaton (1993) gibt es fünf mögliche Fälle, in denen dem Vergleich zwischen Anwendungsziel und der Quellsprache bzw. –Kultur, Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte (siehe Abbildung 6).

Wird ein Fragebogen in einer neuen Population angewendet, wie folgt beschrieben:		Führt zu einer Änderung in			Erforderliche Anpassung	
		Kultur	Sprache	Anwendungs-land	Übersetzung	Kulturelle Anpassung
A	Anwendung in der gleichen Population. Keine Änderung in der Kultur, Sprache oder dem Land gegenüber der ursprünglichen Version	-	-	-	-	-
B	Anwendung an ansässigen Einwanderern im Ursprungsland	✓	-	-	-	✓
C	Anwendung in einem anderen Land gleicher Sprache	✓	✓	✓	-	✓
D	Anwendung an neuen Einwanderern, die nicht englischsprachig sind, aber im Ursprungsland	✓	✓	-	✓	✓
E	Anwendung in einem anderen Land und anderer Sprache	✓	✓	✓	✓	✓

Abbildung 6: Mögliche Fälle in denen interkulturelle Anpassung unabdingbar ist nach Guillemin et al. (1993)

In Abbildung 3 sieht man beispielsweise, dass selbst, wenn ein Fragebogen in seinem Ursprungsland in einer Stichprobe mit Immigranten eingesetzt werden soll (Fall B), zumindest eine kulturelle Anpassung notwendig wäre, um valide und somit vergleichbare Ergebnisse zu liefern. Würde man nun ein Erhebungsinstrument, wie im Falle dieser Arbeit (Fall E), in einem anderen Land mit einer anderen Sprache und Kultur anwenden wollen, bedarf es sowohl einer sprachlichen als auch einer kulturellen Anpassung. Eine mögliche Vorgehensweise, stellt die Methode der interkulturellen Adaption, wie sie derzeit beispielsweise vom American Association of Orthopaedic Surgeons Outcomes Ausschuss (AAOS) eingesetzt wird, dar, um die Übersetzung von Fragebögen bestmöglich koordinieren zu können (Beaton et al., 2002).

Van de Vijver und Hambleton (1996) bzw. Van Vijver und Tanzer (2004) gehen von drei möglichen Fehlerquellen bei der Überführung eines Fragebogens von einer Sprache und Kultur in eine andere aus. Und zwar kann es zu einem Konstruktbias kommen, indem die Äquivalenz zwischen der Übersetzung und dem Original bzw. auch der unterschiedlichen Kulturen nicht vorliegt. Dies ist dann der Fall, wenn nicht vernachlässigbare Differenzen, sowohl auf konzeptueller, als auch auf Verhaltensebene zwischen zwei unterschiedlichen kulturellen Gruppen beobachtet werden. Die Häufigkeit, dass ein solcher Fehler auftritt ist vor allem dann gegeben, wenn ein bereits bestehendes Instrument sprachlich und kulturell adaptiert werden soll, als wenn mehrere Versionen simultan entwickelt werden (van de Vijver & Hambleton, 1996). Eine mögliche Hilfe, um einen Fehler ethnozentrischer Tendenzen weitestgehend umgehen zu können, wäre zum Beispiel nach Van de Vijver und Poortinga (1997) der Einsatz eines multikulturellen und mehrsprachigen Teams mit einem gewissen Grad an fachlicher Expertise im jeweiligen Bereich.

Des Weiteren sprechen van de Vijver und Hambleton (1996) auch von einem Methodenbias der einen Einfluss auf die Validität eines Instruments haben könnte. Damit sind allgemeine Fehlerquellen gemeint, wie beispielsweise Unterschiede zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen im Ausmaß der sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten, oder auch Testleitereffekte bzw. sprachliche Probleme zwischen Testleiter und Proband, oder auch der Motivation und allgemeinem Verhalten seitens der Untersuchungsteilnehmer. Dazu kommt, dass ein solcher Bias nicht nur ein einzelnes Item beeinflusst, sondern meistens wird die Aussagekraft bei einer Vielzahl an Items negativ beeinflusst.

Van de Vijver und Hambleton (1996) schlagen deshalb vor, in Studien, die Gruppen mit unterschiedlicher kultureller und sprachlicher Herkunft beinhalten, die Installation weiterer Methoden, wie z.B. zusätzlicher Fragebögen, um zusätzliche Informationen über die interessierende Eigenschaft in Erfahrung zu bringen. Ein solches Vorgehen wird in der Sozialforschung als Triangulation bezeichnet (Flick, 2001).

Ein dritter Bias der zum Tragen kommen könnte, wird von van de Vijver und Poortinga (1997) als Itembias bezeichnet. Den Autoren zufolge, ist dieser Fehler auf Anomalien auf Itemebene zurückzuführen, und zwar einer nicht adäquaten Übersetzung oder eine Unangemessenheit der Iteminhalte in Bezug auf eine bestimmte kulturelle Gruppe. Ein solcher Fehler kann nachgewiesen werden, wenn zwei Personen unterschiedlicher kultureller Gruppen zwar auf Konstruktebene denselben Wert erhalten, aber die Ergebnisse in einem bestimmten Item sehr voneinander abweichen. Aus diesem Grund könnte man

anhand dieses fehlerbehafteten Items, Rückschlüsse auf die Gruppenzugehörigkeit ziehen, was aber im Idealfall nicht möglich sein sollte. Dieser Fehler stellt allerdings den am wenigsten schwerwiegendsten dar, da es eine Vielzahl an statistischen Methoden gibt, um diesem Itembias entgegenwirken zu können.

Je nachdem, wie schwer ein jeder dieser Fehler zum Tragen kommt - manifestiert sich in ersten Pilotstudien - gilt es entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Weichen die Ergebnisse über verschiedene kulturelle und anders sprachliche Gruppen hinweg nur wenig voneinander ab, so reicht eine gewöhnliche Übersetzung in die Zielsprache. Sollten schwerwiegendere Fehler festgestellt werden, empfehlen van de Vijver und Hambleton (1996) eine größer angelegte Adaption der Items bis hin zu einer kompletten Neuentwicklung des Instruments, um die jeweilige Eigenschaft operationalisieren zu können.

Bevor noch der konkrete Übersetzungsprozess beschrieben wird, ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass jeder einzelne Schritt, der während des Prozederes gemacht wird, dokumentiert werden sollte. Einerseits hilft es im Nachhinein beweisen zu können, dass alle Schritte, die gefordert werden, auch tatsächlich durchgeführt wurden, andererseits können die Aufzeichnungen auch als Erinnerungshilfe dienen. Denkbar wäre zum Beispiel ein Fall, dass ein Item in ersten Praxistests nicht adäquat funktioniert hat und dann könnten eben diese Aufzeichnungen herangezogen werden, um eruieren zu können, ob es bereits bei der Übersetzung zu Schwierigkeiten gekommen ist bzw. ob diese zu Problemen bei der Synthese, der diversen Versionen bei diesem Item geführt haben, und wie diese Komplikationen zum damaligen Zeitpunkt gelöst wurde.

Der erste Schritt einer „Cross-kulturellen"-Testanpassung besteht darin, die Ursprungsversion in die jeweilige Zielsprache zu übersetzten. Es wird empfohlen, dass diese Übersetzung von zwei unabhängigen Personen, deren Muttersprache der Zielsprache entspricht, gleichzeitig vorgenommen werden sollte (Stufe I). Diese Vorgehensweise erlaubt es, dass die beiden Versionen miteinander verglichen werden können, um etwaige Abweichungen oder Unstimmigkeiten feststellen zu können, die aufgrund von nicht immer eindeutigen Formulierungen in der ursprünglichen Fassung vorkommen könnten. Solche Probleme sollen identifiziert werden und dann anhand einer fachlichen Diskussion im Konsens zwischen den beiden Übersetzern geklärt werden. Wie schon weiter oben angedeutet, ist es wichtig, dass in solchen markanten Fällen, die Beweggründe für eine getroffene Entscheidung auch schriftlich dokumentiert werden (Stufe II). Aufgrund der enormen Bedeutung wird darauf hingewiesen, dass Probleme bei der Synthese der

Übersetzungen der am Prozess beteiligten Personen, durch einen fachlichen Diskurs gelöst werden und die Einigung nicht durch die dominanten Gefühlen und Emotionen einer Person herbeigeführt werden.
Die weiteren Schritte (die allerdings nicht Teil dieser Diplomarbeiten sind) beinhalten eine Rückübersetzung der übersetzten Version in die Ursprungssprache von ebenfalls zwei voneinander unabhängigen Personen. Anhand dieses Schrittes können unter Umständen Unklarheiten, die sich im Zuge des Übersetzungsprozesses ergeben haben, aufgezeigt werden, wenn diese Version, die in der ursprünglichen Sprache gehalten ist, anschließend mit der Originalversion abgeglichen wird (Stufe III).
Auf der 4. Ebene tritt eine Expertenkommission zusammen. Diese Kommission setzt sich üblicherweise aus erfahrenen Medizinern, Klinkern, Sprachexperten und den einzelnen Übersetzungsteams zusammen. Aus diesem Fachausschuss geht dann die finale Version hervor, die auch in ersten Feldtests eingesetzt wird (Stufe V).
Die Entscheidungen werden anhand von Übereinstimmungen in vier Bereichen getroffen und zwar einem semantischen, idiomatischen, experimentellen und konzeptionellen. In der finalen Phase (Stufe VI) findet ein Beurteilungsprozess statt, bei dem ein beratender Ausschuss und/oder die Entwickler überprüfen müssen, ob der Vorgang der Übersetzung akzeptabel war. Es ist nicht Aufgabe dieses Komitees die Übersetzung nochmals zu ändern, sondern einzig und alleine festzustellen, ob der Prozess der Adaption zu einem angemessenen Ergebnis geführt hat.

4.3.2 Durchführung des Übersetzungsprozesses

Im Folgenden soll nun auf den konkreten Vorgang des Übersetzungsprozesses in der vorliegenden Diplomarbeit eingegangen werden. Die beteiligten Personen orientierten sich bei der Translation vor allem an den Empfehlungen von Brislin (1986, pp. 143-150; zitiert nach van de Vijver & Hambleton, 1996), der verschiedene Richtlinien formulierte, die der Optimierung der Erstübersetzung in die deutsche Sprache dienen sollen. Einige Richtlinien soll nun kurz angeführt werden:

- Verwenden Sie kurze und einfache Sätze, bzw. vermeiden Sie unnötige Wörter.
- Verwenden Sie eher die Aktivform bei der Bildung von Sätzen, da diese leichter verständlich ist als die Passivform.
- Verwenden und wiederholen Sie Substantive anstelle von Pronomina, da diese nicht eindeutige Bezugsobjekte haben können, wie z. B. das Englische "you", das sich auf einen Einzelnen oder auf eine Gruppe von Personen beziehen kann.

- Vermeiden Sie die Verwendung von Metaphern und Redewendungen. In den meisten Fällen wirkt die Übersetzung solcher Textpassagen nicht so klar und verständlich. Vermeiden Sie Verben und Präpositionen, die über das „Wo“ und „Wann“ Auskunft geben und keine genaue Bedeutung beinhalten, wie beispielsweise „bald“ oder „oft“
- Vermeiden Sie, wo immer es möglich ist, besitzanzeigende Fürwörter, da es unter Umständen schwierig sein kann zu beurteilen, auf wen oder was sie sich beziehen, da sie meist aus dem Kontext des Satzes abgeleitet werden müssen, und Sprachen sich in ihren Bezugssystemen unterschieden.
- Wenn möglich verwenden Sie spezifische anstatt allgemeiner Begriffe. Wer z.B. mit „Mitglieder der Familie“ gemeint ist, kann von Kultur zu Kultur unterschiedlich aufgefasst werden. Um dieses Problem zu umgehen, sollten präzise Terminologien verwendet werden.

Von der International Test Commission (ICT) wurden unter Mithilfe diverser internationaler psychologischer Institutionen insgesamt 22 Richtlinien, unterteilt in die Kategorien Kontext (2), Testentwicklung und –Adaption (10), Administration (6) und Dokumentation/Ergebnis Interpretation (4) herausgegeben (International Test Commission, 2010.)

1. Schritt: „Einteilung der Arbeitsteams und erste Übersetzung“

Zu Beginn wurden nach dem Prinzip einer „Committee Translation“ (Guillemin et al., 1993) zwei Teams zu je zwei Personen gebildet. Bei der Einteilung der Gruppen wurde darauf geachtet, dass die beiden Subteammitglieder so wenig wie möglich miteinander bekannt waren, damit beim Abgleichen der beiden Erstversionen größtmögliche Objektivität zwischen den betroffenen Personen bestand, die nicht durch Vorerfahrungen, die eventuell bei früheren gemeinsamen Projekten im Laufe des Studiums gemacht wurden, verzerrt wurde.

Das Handbuch sowie der Frage- und der Auswertungsbogen wurden ungefähr in der Hälfte geteilt und von den beiden Gruppen übersetzt. Bei der Erstübersetzung ergab sich daher folgende Gliederung:

- Die *Einleitung* (Seite 3 bis 7) und die *Verwendung des ChA-PAS (Moss et al., 2007)* (Seite 8 bis 17) wurden von Georg Teuschler und Kathrin Scheidl übersetzt.

- Daniela Fischer und Pavel Straka übersetzten die *Anmerkungen zur Handhabung der spezifischen Abschnitte* (Seite 18 bis 23), die *Interpretation der Punkte* (Seite 24 bis 29) und den *ersten Teil des Interviews* (Seite 31 bis Seite 54).
- Der *zweite Teil des Interviews* (Seite 55 bis 79) wurde von Georg Teuschler und Kathrin Scheidl übersetzt.
- Den *Anhang* (Seite 80 bis 84) übersetzten Daniela Fischer und Pavel Straka.
- Der gesamte *Auswertungsbogen* wurde von Daniela Fischer und Kathrin Scheidl übersetzt.

Zunächst übersetzte jeder am Projekt Beteiligte seinen Teil alleine. Das bedeutet, dass jeder Teil des ChA-PAS (Moss et al., 2007) insgesamt zweimal übersetzt wurde. Im Anschluss daran wurde die eigene Übersetzung mit der des entsprechenden Subteammitglieds abgeglichen und bei möglicher Nicht-Übereinstimmung kommentiert. So wurde aus anfänglich zwei Übersetzungsversionen durch die Integration der Kommentare bzw. Vorschläge eine neue erarbeitet. Eingangs wurde die „augenscheinlich" geeignetere Übersetzung durch Konsens ausgewählt. Für diesen Vorgang wurde eine übersetzte Version auf eine Internetplattform hochgeladen. Durch diese Vorgehensweise konnte sichergestellt werden, dass jetzt beide Teammitglieder immer an derselben und aktuellsten Version arbeiten konnten und Änderungen bzw. Vorschläge für jeden sofort sichtbar waren und diskutiert werden konnten. Zusätzlich wurde von den Projektmitgliedern in dieser Arbeitsweise der Vorteil gesehen, dass strittige Passagen, bei denen Uneinigkeit zwischen den beiden Übersetzungsversionen bestand, auf einer rein sachlichen Ebene diskutiert werden konnten, so wie es auch von Beaton et al. (2002) ausdrücklich empfohlen wird. Zu den Kommentaren wurde so lange Stellung genommen, bis es zu einer Einigung kam. In Abbildung 7 ein Beispiel der gemeinsamen Vorgangsweise; der Text stammt aus der Übersetzung von Pavel Straka und die Kommentare von Daniela Fischer:

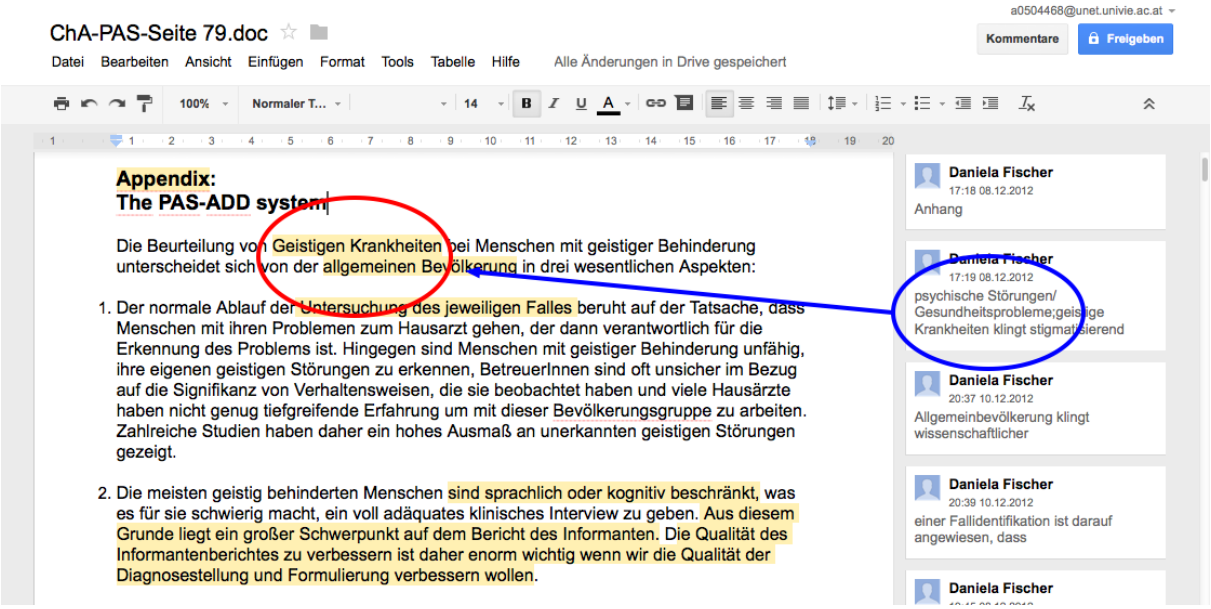

Abbildung 7: Auszug aus der kommentierten Erstübersetzung von Pavel Straka

Strittige Fachterminologien und Begriffe wurden anhand des ICD-10 (Dilling et al., 2011), des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) und mit Hilfe des Wörterbuchs für Psychologie und Psychiatrie (Haas, 2013) so weit Übereinstimmung gefunden werden konnte im Konsens geklärt. Nicht zu klärende Passagen wurden entsprechend als solche markiert.

2. Schritt: Überprüfung der Übersetzung des jeweils anderen Zweierteams

Anschließend wurden die übersetzten Passagen der anderen Gruppe gegengelesen und wieder, wie schon davor, über die Interviewplattform kommentiert und bei Übereinstimmung korrigiert und die Kommentare gelöscht. Es wurde zu Beginn und am Schluss jeder Sitzung ein digitales Backup erstellt, um bei Bedarf auf diese Daten zurückgreifen zu können. In Abbildung 8 wir die von Daniel Fischer und Pavel Straka bearbeitete Passage von Georg Teuschler und Kathrin Scheidl kommentiert.

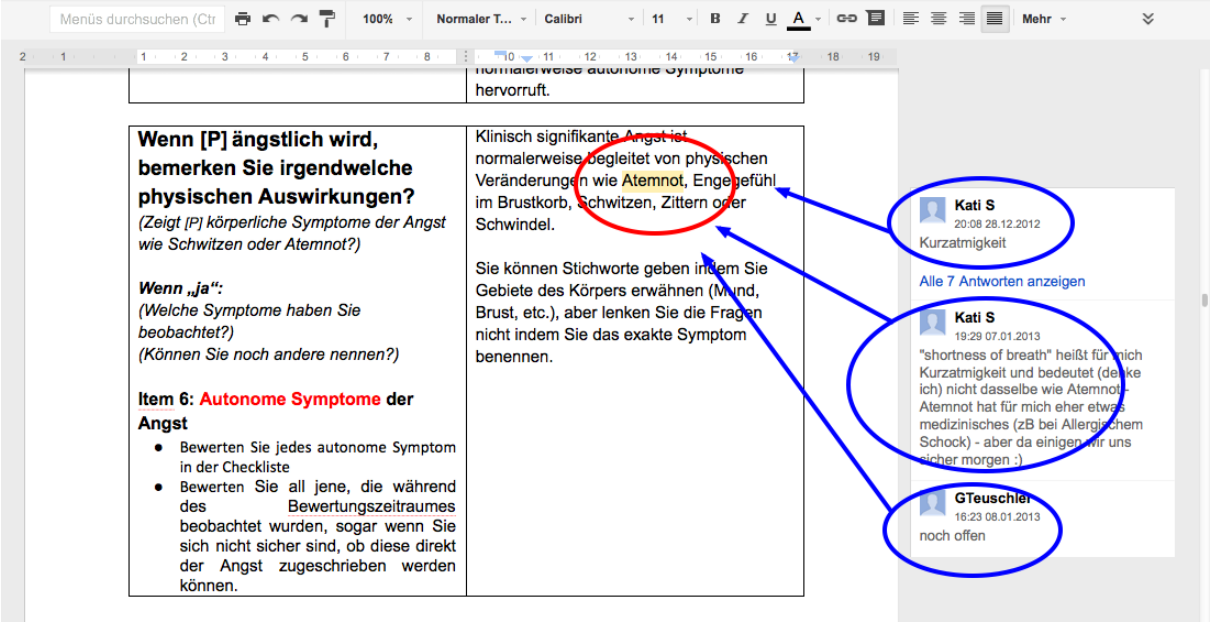

Abbildung 8: Auszug aus der Version von Pavel Straka und Daniela Fischer, kommentiert durch Georg Teuschler und Kathrin Scheidl

Zum Abschluss dieses Vorgangs wurde in einem persönlichen Treffen, an dem alle vier Projektmitglieder teilnahmen, die letzten Unklarheiten, die zuvor nicht gelöst werden konnten, diskutiert und nach Möglichkeit im Konsens gelöst. Es wurde ebenfalls auf einen einheitlichen Übersetzungsstil geachtet. Insgesamt wurde also jede Translation von vier verschiedenen Personen bearbeitet.

3. Schritt: Überprüfung der Übersetzung durch den Diplomarbeitsbetreuer

Stellen im Text, bei denen kein Konsens innerhalb des Projektteams erreicht wurde, wurden offen gelassen und anschließend gemeinsam mit dem zuständigen Diplomarbeitsbetreuer seitens der Universität diskutiert und geklärt. Die Korrekturen und Verbesserungsvorschläge unseres Professors und des mit unserer Arbeit betrauten Assistenten wurden abermals über die Internetplattform diskutiert und meist angenommen, nur in seltenen Fällen, wenn innerhalb unserer Gruppe eine völliger Konsens bestand, wurden sie mit einer argumentativen Begründung abgelehnt.

4. Schritt: Erprobung der Übersetzung und Rekrutierung der Stichprobe

Mit Hilfe der „finalen“ Übersetzung wurden, abweichend zum oben beschriebenen Prozess der „cross kulturellen Anpassung“, von jedem Mitglied fünf Interviews geführt, um erste Daten hinsichtlich der Verständlichkeit des Fragebogens sammeln zu können. Darauf wird in Kapitel 5.1.2 noch näher eingegangen werden. Die Rekrutierung der Stichprobe erwies

sich als langwierig und schwierig, da unser Ansuchen vom Landesschulrat nach langem Warten abgelehnt wurde. Georg Teuschler, Kathrin Scheidl wandten sich gezielt an Personen aus ihren Bekanntenkreis, die mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung arbeiten, um geeignete Interviewpartner zu rekrutieren. Pavel Straka konnte seine Kontakte zum ÖHTB (Österreichischen Hilfswerk für Taubblinde und hochrangig Seh- und Hörbehinderte) nutzen und über diese Institution zu einigen Interviewpartnern zu kommen. Daniela Fischer wurde über eine Bekannte, die im pädagogischen Bereich tätig ist, an die Einrichtung Neue Wege weitergeleitet. Der Teamleiter in Wien setzte sich mit Bezugsbetreuern zusammen, die in Frage kommende Probanden betreuten, um deren Einverständnis einzuholen. Diese Bezugsbetreuer wiederum kümmerten sich um die Einwilligung der Eltern der Probanden.

Die Interviews haben zu individuell vereinbarten Terminen stattgefunden und wurden in den Räumlichkeiten der Diplomanden oder des Interviewten durchgeführt. Dabei wurde vor allem auf eine ruhige Atmosphäre, in der möglichst wenige Störeinflüsse vorhanden waren, Wert gelegt. Zu Gunsten der Überprüfung der Verständlichkeit der Items wurde von den vorgesehenen Sprungregeln abgesehen, weil nur so alle Items abgefragt werden konnten. Anhand dieser insgesamt 20 durchgeführten Interviews wurde eine Reliabilitätsanalyse und Analyse auf Itemebene durchgeführt. Allerdings müssen die Ergebnisse dieser Untersuchung aufgrund des Weglassens der eigentlich vorgeschriebenen Sprungregeln und der für Reliabilitätsanalysen zu geringen Stichprobengröße mit Vorsicht interpretiert werden. Näheres dazu im Kapitel Kritik.

5 Empirischer Teil *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)*

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen dargestellt und abschließend diskutiert. Einleitend soll die deskriptive Analyse der Stichprobe vorgenommen werden.

5.1 Deskriptive Betrachtung

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten der Stichprobe näher erläutert. Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt 20 Personen zusammen. Es konnten vier Lehrer für die Beantwortung der ADHS-Items (2. Informant) rekrutiert werden.

5.1.1 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe.

Die Gesamtstichprobe, exkl. der Lehrer von denen keine soziodemographischen Daten vorliegen, weist einen Altersdurchschnitt von 41,35 Jahren mit einer Standardabweichung von 12,8 auf. Der jüngste Informant war 22 und der älteste 72. Die Kinder bzw. Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung weisen einen Altersdurchschnitt von 12,45 Jahren und eine Standardabweichung von 5,42 auf. Der Jüngste war 5 Jahre und der Älteste 24 Jahre alt.

Ein Großteil der Interviewpartner war weiblich (w = 17, m = 3). Die Geschlechtsverteilung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zeigt, dass in der Regel mehr Männer als Frauen betroffen sind (Weber, 1997). Hier waren es zwölf Buben (60 Prozent) und acht Mädchen (40 Prozent).

Bei vorliegender Stichprobe konnten nicht alle Teilnehmer eine abgesicherte Diagnose über die Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung aufweisen. Einigen Interviewpartnern waren Verhaltensbesonderheiten bei den Kindern bzw. Jugendlichen aufgefallen, doch gab es im Vorfeld nicht bei allen eine entsprechende diagnostische Abklärung. Von den zwanzig Kindern und Jugendlichen war die Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung bei acht nicht bekannt (40 Prozent), neun hatten eine diagnostizierte intellektuelle Beeinträchtigung (45 Prozent) zwei eine diagnostizierte psychische Störung (10 Prozent) und ein Kind bzw. Jugendlicher eine intellektuelle Beeinträchtigung und psychische Störung (5 Prozent).

Tabelle 4: Erfassung der Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung und psychischer Störungen bei den Kindern und jugendlichen

Ausprägung IB und psychische Störungen	%	Häufigkeit
IB Ausprägung nicht bekannt	40%	8
Diagnostizierte IB	45%	9
Diagnostizierte psychische Störung	10%	2
Diagnostizierte IB und psychische Störung	5%	1

Die höchst abgeschlossene Ausbildung der jeweiligen Interviewpartner ist wie folgt: acht Personen (40 Prozent) Matura, drei Personen (15 Prozent) Lehrabschluss, zwei Personen (10 Prozent) berufsbildende Schule und sieben Personen (35 Prozent) Hochschulabschluss.

Tabelle 5: Höchst abgeschlossene Schulbildung der Interviewpartner

Ausbildungsgrad	%	Häufigkeit
Matura	40%	8
Lehrabschluss	15%	3
Berufsbildende Schule	10%	2
Hochschulabschluss	35%	7

Der Beziehungsstatus zwischen den Interviewpartnern und dem beeinträchtigten Kind / Jugendlichen zeigt sich folgendermaßen: zehn Betreuer (50 Prozent), acht Eltern (40 Prozent) und zwei Großeltern (10 Prozent).

Tabelle 6: Beziehungsstatus zwischen den Interviewpartnern und dem intellektuell beeinträchtigten Kind / Jugendlichen

Beziehungsstatus	%	Häufigkeit
Betreuer	50%	10
Eltern	40%	8
Großeltern	10%	2

5.1.2 Verständlichkeit der Interviews.

Um auch einen Gesamteindruck von den Interviewpartnern zum ChA-PAS (Moss et al., 2007) zu erhalten, wurde anschließend eine offene Frage gestellt, wie sie das Interview empfunden hatten. Anhand der Antworten wurden neun verschiedene Kategorien (siehe Abb. 9) gebildet: interessant, zumutbar, verständlich, seriös, langatmig, zu intim, manche Fragen nicht „schwarz-weiß“ zu beantworten, manche Fragen zu allgemein und unspezifisch sowie Zeitangaben schwierig.

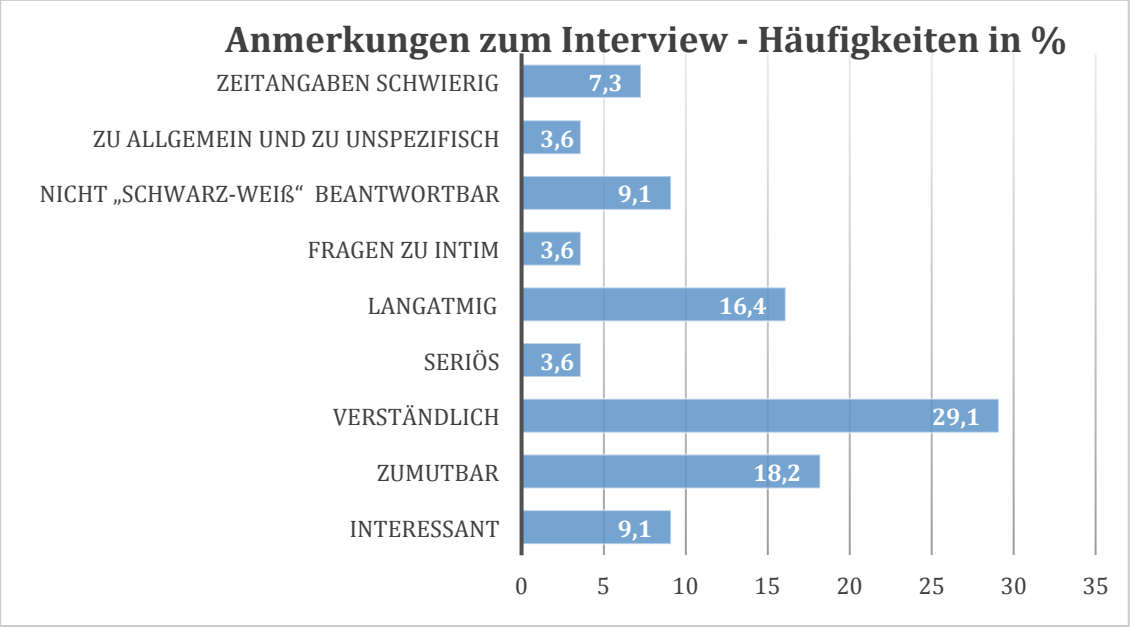

Abbildung 9: Anmerkungen zum Interview

Diese Subkategorien wurden in zwei Gruppen, positives Feedback und negatives Feedback zusammengefasst. Von den insgesamt 55 Wortmeldungen fielen 60 Prozent positiv und 40 Prozent negativ aus (Abb. 10).

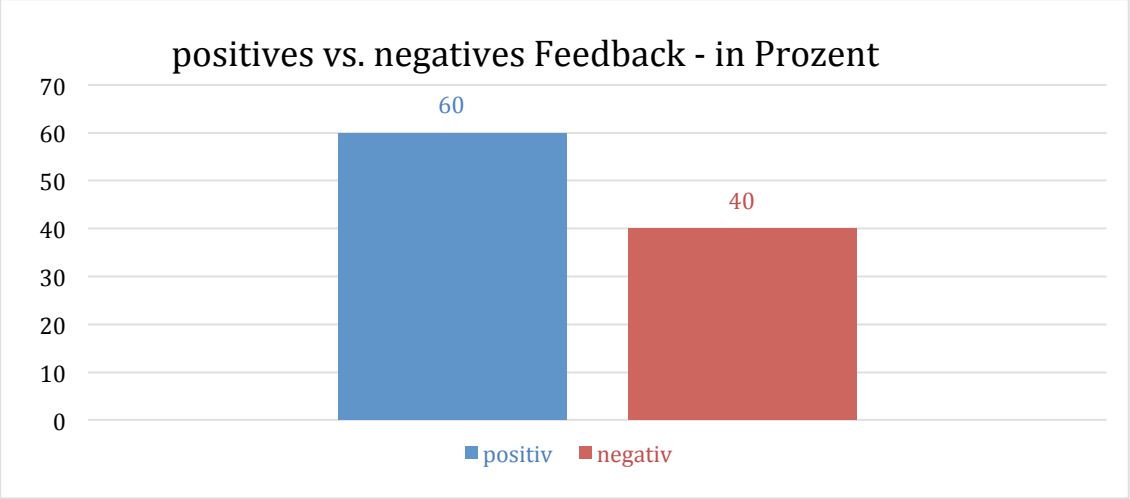

Abbildung 10: Feedback nach den Kategorien positiv vs. negativ

Speziell die Antwort *langatmig*, welche allein 41 Prozent des negativen Feedbacks ausmacht, muss relativiert werden. Bei diesen Werten muss berücksichtig werden, dass die Testpersonen keine „hilfesuchenden" Klienten waren, sondern von den Diplomanden aus dem Freundes- und Bekanntenkreis akquiriert wurden. Es ist anzunehmen, dass die Interviews bei hilfesuchenden Klienten, die einen offensichtlichen Leidensdruck haben, weitaus weniger negativ bewertet worden wären. Des Weiteren sieht das Interview normalerweise Sprungregeln vor, die aufgrund der Verständlichkeitsprüfung der Interviewfragen in dieser Diplomarbeit nicht beachtet wurden. Nimmt man diese Antwort aus der Berechnung, erhält man 72 Prozent positive und 28 Prozent negative Reaktionen (Abb. 10). Die genauen Wortmeldungen mit den entsprechenden Häufigkeiten können im Anhang auf Seite 118 nachgelesen werden. Die Verständlichkeit der Items wurde sowohl während als auch nach dem Interview überprüft. Bei insgesamt 19 Items konnten Verständnisschwierigkeiten beobachtet werden. Hier wird nur auf jene Items näher eingegangen, die von mehr als zwei Personen missverstanden wurden (siehe Tabelle 4). Eine genaue Beschreibung aller auffälligen Items und der entsprechenden Problematik befindet sich im Anhang auf Seite 118-119. Allgemein kann festgehalten werden, dass es den Interviewpersonen schwer gefallen ist konkrete Mengenangaben zu machen (zum Beispiel: mehr als üblich / weniger als normal), dass gewisse Begriffe zu unspezifisch formuliert waren beziehungsweise auch der Gebrauch von Fachbegriffen (zum Beispiel Suizidgedanken) zu Verständnisschwierigkeiten geführt hat.

Tabelle 7: Beschreibung der häufigsten Verständnisschwierigkeiten

Item	Problembeschreibung	Häufigkeit
Einleitende Diskussion	unterschiedliche Definition von Begriffen z.B.: was sind „zwanghafte Verhaltensweisen", was bedeutet „Muster von Veränderungen"	4
Item 11	„Hat [P] einen Selbstwert?" – Antw.: Hat das nicht jede Person?	3
Item 17	„Wie viel isst [P] mehr?" – Mengenangabe schwierig, Bezug unklar	4
Item 18	„Wie viel Zeit des Tages hat [P] viel Energie?" – Mengenangabe schwierig	5
Item 23	„Scheint [P]s Verhalten außer Kontrolle?" – Bezug unklar zu sozialem Verhalten, zu weit gefasst	3
Item 58	„Welche Dinge lösen üblicherweise einen Kampf aus?" – Begriff Kampf unpassend	4

Im Folgenden werden die in Tabelle 4 beschriebenen Items ausführlicher erläutert und auch mögliche Alternativformulierungen angeführt.

5.1.2.1 Verständnisschwierigkeiten „Einleitende Diskussion".

In der einleitenden Diskussion gaben 20 Prozent (N = 4) der Interviewpartner Verständnisprobleme an. Hauptsächlich wurde nachgefragt was der Interviewer unter: zwanghaften Verhaltensweisen, oder Muster von Veränderungen versteht. Die Verständnisprobleme in der einleitenden Diskussion ließen sich durch praktische Beispiele beheben, wodurch die Thematik der Frage besser veranschaulicht werden konnte. Möglicherweise zeigte sich zu diesem Zeitpunkt des Interviews auch noch eine gewisse Scheu der Interviewpartner gegenüber dem Interviewer.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
zwanghafte Verhaltensweisen	Macht [P] gewisse Dinge immer auf dieselbe Art und Weise? Gibt es gewisse Dinge, die [P] immer auf dieselbe Art und Weise erledigt?
Muster von Veränderungen	Haben Sie eine Veränderung in [P]s Problemverhalten bemerkt? Gab es bei den Verhaltensänderungen gewisse Merkmale?

Abbildung 11: Alternativvorschlag Einleitende Diskussion

5.1.2.2 Item 11 Hat [P] einen Selbstwert?

Dieses Item wurde von 15 Prozent (N = 3) mit der Gegenfrage „Hat das nicht jeder?" beantwortet. Der Selbstwert schien bei dieser Stichprobe ein ohnehin vorhandenes Konstrukt der Persönlichkeit zu sein, das mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
Hat [P] einen Selbstwert?	Wie schätzen Sie [P]s Selbstwert ein? Wie ausgeprägt ist [P]s Selbstwert?

Abbildung 12: Alternativvorschlag Item 11

5.1.2.3 Item 17 Wie viel isst [P] mehr?

Bei diesem Item hatten 20 Prozent (N = 4) der Befragten Schwierigkeiten mit der Mengenangabe. Scheinbar fiel es den Interviewpartnern auch schwer Vergleiche zu finden.

Die Unklarheit resultierte möglicherweise auch daraus, dass die vorgesehenen Sprungregeln nicht eingehalten wurden. So wurde die Frage auch gestellt, selbst wenn die Frage zuvor (Wie ist [P]s Appetit nach Essen? Isst er/sie genug? Isst er/sie mehr als gewöhnlich?) negiert wurde.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
Wie viel isst [P] mehr?	Wie viel höher ist der Nahrungsmittel-verbrauch für [P]? Wie viel kann [P] mehr essen?

Abbildung 13: Alternativvorschlag Item 17

5.1.2.4 Item 18 Wie viel Zeit des Tages hat [P] viel Energie?

Dieses Item zählt zu dem ADHS-Abschnitt und führte bei 25 Prozent (N = 5) der Befragten zu Verständnisproblemen und wurde meist mit „Das ist schwer zu sagen“ oder „Das kann ich nicht beurteilen“ beantwortet. Item 18 stellte somit auch jenes Item dar, welches am häufigsten missverstanden wurde. Auch hier war es den Befragten nur sehr schwer möglich Mengenangaben zu machen. Vor allem die Einschätzung innerhalb der verschiedenen Kontexten, Freizeit – Schule – zu Hause, dürfte den Interviewpartnern schwer gefallen sein. Auch in diesem Fall könnte das Missachten der Sprungregeln ausschlaggebend für das häufige Nachfragen sein.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
Wie viel Zeit des Tages hat [P] viel Energie?	Wie viel Zeit des Tages hat [P] zu hohe Energie? Über welchen Zeitraum verfügt [P] über hohe Energie am Tag?

Abbildung 14: Alternativvorschlag Item 18

5.1.2.5 Item 23 Scheint [P]s Verhalten außer Kontrolle?

Hier fragten 15 Prozent (N = 3) der Interviewpartner nach der genauen Bedeutung der Frage. Ihnen war der Bezug zum Thema unklar und im weiteren Verlauf stellte sich heraus, dass die Befragten dies als zu weit gefasst empfunden hatten. Mit Hilfe eines Beispiels konnte den Interviewpartnern das Beantworten der Frage erleichtert werden.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
Scheint [P]s Verhalten außer Kontrolle?	Wie gelingt es [P] sein Verhalten in bestimmten Situationen zu kontrollieren? Haben Sie den Eindruck, dass [P] sein/ihr Verhalten nicht leicht kontrollieren kann?

Abbildung 15: Alternativvorschlag Item 23

5.1.2.6 Item 58 Welche Dinge lösen üblicherweise einen Kampf aus?

Bei dieser Fragestellung haben 20 Prozent (N = 4) der Befragten den Begriff „Kampf" als unpassend empfunden. Auch wurde der Sinn der Frage durch das Wort Situationen besser erfasst.

In der Erstübersetzung verwendete Termini	Alternativvorschlag
Welche Dinge lösen üblicherweise einen Kampf aus?	Welche Situationen führen üblicherweise zu Handgreiflichkeiten? Welche Situationen führen üblicherweise dazu, dass [P] rauft?

Abbildung 16: Alternativvorschlag Item 58

Insgesamt wurden also bei sechs Items von mehr als 10 Prozent der Interviewpartner Verständnisschwierigkeiten beobachtet. Diese Unklarheiten konnten durch Alternativformulierungen oder durch praktische Beispiele behoben werden. Im nächsten Kapitel wird ausführlich auf die statistischen Kennwerte, Reliabilität und Itemtrennschärfe, der einzelnen Items eingegangen.

5.2 Reliabilität der Erstübersetzung

In einem ersten Schritt der Qualitätsprüfung der Erstübersetzung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) wurde anhand der Daten, die aus den 20 durchgeführten Interviews gewonnen wurden eine Item- und Skalenanalyse durchgeführt. Die Reliabilität wird nach Rost (2004, S. 33) folgendermaßen definiert:

> Mit Reliabilität (Zuverlässigkeit) ist das Ausmaß gemeint, wie genau der Test das misst, was er misst (egal, was er misst). Es ist hier lediglich die Messgenauigkeit, die numerische Präzision der Messung angesprochen, unabhängig davon, was der Test überhaupt misst. Als Messgenauigkeit wird dabei nicht die Zahl der Dezimalstellen der

Messwerte bezeichnet, sondern die Zuverlässigkeit, mit der bei einer wiederholten Messung unter gleichen Bedingungen dasselbe Messergebnis herauskommt.

Rechnerisch ergibt sich der Wert der Reliabilität auf Basis von Korrelationskoeffizienten aus dem Verhältnis der wahren Werte und der Varianz der tatsächlich gemessenen Werte (siehe Abbildung 12) (Bühner, 2010):

$$\mathrm{Re}\,l(x) = \frac{Var(Tx)}{Var(x)}$$

Abbildung 17: Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten

In diesem Fall stellt Var (Tx) die Varianz der wahren Werte dar und Var (x) die der Testergebnisse. Die Obergrenze der Reliabilität beträgt eins, da die Varianz der wahren Werte maximal so hoch sein kann, wie die der beobachteten Varianz (Bühner, 2010).
Betrachtet man nun den theoretischen Fall, dass eine Reliabilität von Rel(x) = 0,50 vorliegen würde, würde das bedeuten, dass die systematische Varianz und die Varianz, die auf den Messfehler zurückzuführen ist, die Unterschiede, die zwischen den Testpersonen in einem Messwert aufgetreten sind, von diesen beiden Varianzen zu gleichen Teilen bestimmt worden sind (Bühner, 2010).
Aufgrund der Itemanzahl in den einzelnen Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) wurde für die praktische Bestimmung der Reliabilität in dieser Arbeit die der Internen Konsistenz gewählt. Diese Methode sollte immer dann angewendet werden, wenn nur wenige Items zur Reliabilitätsbestimmung vorliegen. Im diesem konkreten Fall wird ein Test in beliebig viele Teile aufgeteilt, womit jedes Item als ein eigenständiger Testteil betrachtet werden kann (Bühner, 2010). Aufgrund dessen kann nach Bühner (2010) durch die innere Konsistenzanalyse, der Zusammenhang zwischen den einzelnen Items und der Testlänge berücksichtigt werden und die errechnete Reliabilität kann somit als ein Maß für die Messgenauigkeit eines Tests, zu einem bestimmten Messzeitpunk angesehen werden.
Die Schätzung der internen Konsistenz folgt auf Basis der Formel von Cronbach (1951) (Cronbach's Alpha). Cronbach's α kann einen Wert von -1 bis +1 annehmen, wobei angeführt werden muss, dass negative Werte zwar theoretisch möglich sind, aber inhaltlich keine Aussagekraft besitzen und eher auf einen Fehler in der Berechnung zurückzuführen sind, wie beispielsweise falsch kodierte oder entgegengepolte Items (Field, 2005). Reliabilitätswerte um eins würde ein ausgezeichnetes Genauigkeitsmaß für einen Test oder

eine Skala bedeuten und umgekehrt null ein schlechtes. Cronbach's α lässt sich durch folgende Formel berechnen (Cronbach, 1951, S. 299):

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \cdot \left(1 - \frac{\sum \sigma^2{}_i}{\sigma^2{}_x}\right)$$

Mit

n ……..Anzahl der Items
$\sigma^2{}_i$ … .Varianz des *i*-ten Items
$\sigma^2{}_x$ … Varianz des gesamten Tests

Abbildung 18: Berechnung der internen Konsistenz nach Chronbach

Ob man nun aufgrund eines Reliabilitätswertes behaupten kann, ob ein Test auch wirklich genau misst, hängt davon ab, was gemessen wird. Je nachdem, ob es sich um Fähigkeits- oder Intelligenztests mit sehr präzisen Messungen handelt, oder um Fragebögen, mit dem Ziel Persönlichkeitsfaktoren zu erheben, können und müssen die Ergebnisse von Reliabilitätsanalysen gesondert betrachtet werden (Perleth & Sierwald, 2005). Die Autoren gehen z.B. bei Persönlichkeitsfragebögen bei einem Wert von 0,75 - 0,90 von einer guten Reliabilität aus, wenn sie auf einer Berechnung der inneren Konsistenz beruht und bei einem Fähigkeitstest von 0,85 - 0,95. Moosbrugger und Kelava (2007) empfehlen diesbezüglich auch eine errechnete Reliabilität immer in Relation zu anderen bereits existierenden Reliabilitätswerten vergleichbarer Verfahren zu interpretieren.
Aman (1991) schlägt in seinem Review, das Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit IB zum Thema hatte, folgende Einteilung vor:

Tabelle 8: Einteilung der Reliabilitätskoeffizienten nach Aman (1991)

Reliabilitätskoeffizienten	Klinische Signifikanz
< ,40	**schlecht**
,40 - ,59	**mittelmäßig**
,60 - ,74	**gut**
> ,74	**hervorragend**

Diese Einteilung ist für diese Arbeit deswegen von Bedeutung, da die Einteilung von Aman (1991) auf Testinstrumente zurückgeht, die eine große Ähnlichkeit mit dem ChA-PAS (Moss et al., 2007) aufweisen. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Reliabilitäten der Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) werden diese Bewertungsrichtlinien als

Orientierungshilfe dienen. Allerdings muss in dieser Arbeit auch erwähnt werden, dass das Ergebnis einer Reliabilitätsanalyse zu einem gewissen Teil auch von der Art und der Zusammensetzung der Stichprobe abhängt und somit bei der Interpretation der Ergebnisse in dieser Arbeit, gerade bei einer Gelegenheitsstichprobe mit einer eher geringen Stichprobengröße von 20 Testpersonen, Sorgfalt geboten ist. Generell lässt sich sagen, dass eine geringe Anzahl an Probanden auch einen größeren Stichprobenfehler mit sich bringt und somit die Ergebnisse verzerren kann (Bühner, 2010).

Den Analysen ist eine Überprüfung auf Vollständigkeit der Daten vorangegangen und zwar anhand einer Missing Value Analysis (MVA), wobei zehn Prozent fehlende Daten einen Grenzwert darstellen, unter dem es keinen besonderen Umgang mit fehlenden Werten bedarf (Schäfer & Graham, 2002). Die Analyse ergab, dass der Datensatz keine fehlenden Werte aufwies. Nachdem die MVA abgeschlossen wurde, wurden die Reliabilitäten berechnet. Die Ergebnisse können in Tabelle 9 eingesehen werden.

Tabelle 9: Innere Konsistenzanalyse des ChA-PAS (Moss et al., 2007)

Skala des ChA-PAS	Itemanzahl	Reliabilität (Cronbach's α) N = 20
Angststörungen	5	0,586
Depression	12	0,806
ADHS	8	0,863
Konzentration, Ruhelosigkeit und Schlaf	7	0,756
Zwänge und Zwangsvorstellungen	4	---
ADHS (nur 2. Informant)	20	0,957 (N = 5)
Störungen des Sozialverhaltens	16	0,640
Psychotische Symptome	5	---

Anmerkung: *N* = Stichprobengröße

Die Reliabilität der Skalen für Zwänge und Zwangsvorstellungen sowie für Psychotische Symptome konnte nicht berechnet werden, da zu viele Items eine Varianz von Null aufwiesen und folglich aus der Berechnung gestrichen wurden.

Dies ergibt sich daraus, dass die Reliabilität per Definition (siehe Abbildung 12) direkt von der Varianz der wahren Werte abhängig ist. Nimmt diese Varianz, wie es in den Skalen der Zwangsvorstellungen und der Psychotischen Symptome der Fall ist, den Wert null (Var (Tx) = 0) an, so resultiert auch eine Reliabilität von null. Aufgrund dieser Tatsache fällt das Genauigkeitsmaß in homogenen Gruppen niedriger aus, als in heterogenen Gruppen (Rost, 2004).

Betrachtet man nun die Inneren Konsistenzen der Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) unter dem Gesichtspunkt der Bewertungsrichtlinien von Aman (1991), weist einzig die Skala Angststörungen mit einer Reliabilität von $\alpha = 0{,}586$ eine nicht zufriedenstellende Messgenauigkeit auf. Die Skala Störungen des Sozialverhaltens, kann laut Aman (1991) als zufriedenstellend bezeichnet werden. Eine gute bis sehr gute Reliabilität zeigen die Skalen Depression, ADHS, Konzentration, Ruhelosigkeit und Schlaf und die ADHS-Skala, die nur von einem zusätzlichen Informanten, in der Regel einem Lehrer oder Betreuer, zu beantworten ist.

5.2.1 Itemtrennschärfen.

Zusätzlich zur Schätzung der Reliabilität wurden auf Itemebene auch noch die Itemtrennschärfen berechnet. Anhand von Korrelationen können diese Trennschärfen Auskunft darüber geben, wie gut ein Item eine Eigenschaft oder Fähigkeit in der Lage ist zu messen (Bühner, 2010). Die Trennschärfe stellt somit die Korrelation eines einzelnen Items mit der Gesamtsumme der restlichen Items dar und da die Berechnung auf Korrelationen beruht sind Werte zwischen [-1 und +1] denkbar. Aufgrund dieser Tatsache kann man schlussfolgern, dass beispielsweise bei einem Item mit einer Trennschärfe, die nahe bei eins liegt, „gute“ Probanden in Intelligenztests gut abschneiden würden, wonach „schlechte“ Probanden dementsprechend ein schlechtes Ergebnis in diesem Item erzielen würden. Bei einem solchen Item ist davon auszugehen, dass dieses Ähnliches misst wie der Gesamttest. Allgemein spricht man bei Trennschärfen in einem Bereich von 0.4 bis 0.7 von „guten“ Trennschärfen (Moosbrugger & Kelava, 2007).

Bevor noch auf die Ergebnisse der Itemanalysen näher eingegangen wird, soll erwähnt werden, dass eine niedrige oder negative Trennschärfe nicht zwangsläufig bedeuten muss, dass das Item nicht zur jeweiligen Skala passt und folglich umgepolt oder entfernt werden müsste, sondern es könnte gerade in einer solchen Übersetzungsarbeit der Fall vorliegen, dass die Übersetzung des Items nicht adäquat war und somit unweigerlich ein schlechtes , Ergebnis mit sich bringen würde (Bühner, 2010).

Tabelle 10: Ergebnisse der Itemstrennschärfen der Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007)

		Skalen des ChA-PAS					
Item-anzahl		**Angst-störungen**	**Depression**	**ADHS**	**Konzentration Ruhelosigkeit Schlaf**	**ADHS (2. Informant)**	**Störungen d. Sozial-verhaltens**
1	Trenn-schärfen	,619	,738	,769	,481	,714	,200
2		,226	,705	,586	,588	,714	,324
3		,000	,705	,468	,718	,890	,277
4		,739	,668	,887	,435	,714	,277
5		,129	,526	,494	,808	,456	,125
6			,698	,593	,137	,714	,272
7			-,099	,674	,783	,714	,726
8			,741	,680		,714	,189
9			,456			,714	-,182
10			-,054			,890	,000
11			-,154			,714	,000
12			,760			,890	,053
13						,714	,261
14						,714	,000
15						,890	,389
16						,714	,544
17						,335	
18						,890	
19						,379	
20						,890	

Es soll darauf hingewiesen werden, dass in die Berechnung nur Items mit eingeflossen sind, die auch bei der Diagnosefindung miteinbezogen werden. D.h., dass in Tabelle 10 in der Skala Angststörungen Item 1 im eigentlichen ChA-PAS-Interview Item 2 ist. Des Weiteren wurden, wie im Manual empfohlen, bei den Fragen zu den Psychotischen Symptomen die Items 76 bis 80 nicht in der Analyse berücksichtigt, da sie auch nicht in den Gesamtscore mit einfließen. Die Nummerierung in Tabelle bezieht sich immer nur auf die jeweilige Skala. Item 1 der Skala Depression wäre im ChA-PAS-Interview (Moss et al., 2007) Item 7.

Für Item 3 der Skala Angststörungen und die Items 10, 11 und 14 der Skala Störungen des Sozialverhaltens ergab sich eine Trennschärfe von null, da die Itemvarianz dieser Items null betrug. Bei den Items zu den Störungen im Sozialverhalten wären dies Fragen, ob es in den letzten 12 Monaten zu einem Fall einer sexuellen Nötigung gekommen ist (Item 10),

oder ob ein Fall von Brandstiftung (Item 11) vorlag, oder ein Einbruch begangen wurde (Item 14). Die Items 7, 10 und 11 in der Skala Depression und Item 9 der Skala Störungen des Sozialverhaltens verfügen über negative Itemtrennschärfen. Ansonsten lässt sich sagen, dass die Skalen zu den Störungsbildern der Depression, von ADHS, zu den allgemeinen Fragen zu Konzentration, Ruhelosigkeit, Schlaf und den Items der ADHS-Skala für einen 2. Informanten gute bis sehr gute Trennschärfen aufwiesen. Die beiden anderen Skalen (Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens) zeigten als Gesamtes gesehen unzureichende Itemtrennschärfen. Vor allem die mäßigen Trennschärfen in der Skala Störungen des Sozialverhaltens könnten auch auf die Länge des Interviews zurückzuführen sein, da diese Fragen im hinteren Teil des Interviews vorkommen und die Länge von manchen interviewten Personen auch bemängelt wurde (siehe Kapitel „Verständlichkeit der Interviews“ 5.1.2).

Auf Basis der Daten, die durch die insgesamt 20 Interviews gewonnen wurden, wurden alle Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Die Reliabilitätskoeffizienten wurden aufgrund der Zusammensetzung des verwendeten Testes anhand der internen Konsistenz nach Cronbach berechnet. Zusätzlich wurde eine Trennschärfenanalyse der Items durchgeführt, um auch auf Itemebene die Daten analysieren zu können.

5.3 Interpretation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Item- und Skalenanalyse interpretiert. Zweck dieser Studie war die erstmalige Übersetzung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) aus dem Englischen ins Deutsche und eine erste psychometrische Überprüfung der Übersetzung hinsichtlich der Genauigkeit der Items bzw. der Skalen.

Die einzelnen Skalen des ChA-PAS (Moss et al, 2007) setzen sich, wie es aufgrund eines Screnning-Verfahrens auch zu erwarten ist, aus heterogenen Bereichen (bei der Depressionsskala z.B. Fragen zum Appetit, dem Selbstvertrauen oder auch über Suizidgedanken) zusammen. Deswegen und auch aufgrund weiterer Faktoren, die hier eine Rolle spielen könnten, dürfen die berechneten Trennschärfekoeffizienten nicht überinterpretiert werden.

Die Skalen zur Störungen des Sozialverhaltens und den Angststörungen wiesen Trennschärfen mit einem Wert von null auf. Diese Items könnten somit als zu „schwer“ interpretiert werden, oder man könnte auch davon ausgehen, dass kein Zusammenhang mit

dem Gesamttest besteht, da sie nicht zu einer klaren Differenzierung führen und aus diesem Grund auch niedrige Varianzen in dieser Stichprobe zur Folge haben. Grundsätzlich geht man davon aus, dass eine hohe Itemvarianz auch eine hohe Trennschärfe mit sich bringt (Moosbrugger & Kelava, 2007). Hier könnte man aber auch entgegenhalten, dass diese Fragen zu persönlich sein könnten und die Informanten hier ihr Antwortverhalten gemäß der sozialen Erwünschtheit angepasst haben. Bortz und Döring (2002) verstehen darunter die Tendenz, sich in einer Befragung besonders positiv darzustellen und gleichzeitig möglichst keine negativen Eigenschaften zu zeigen.

Bei den negativen Trennschärfen, die sich in der Skala Depression (Item 7, 10 und 11 der Skala) und in Item 9 der Skala Störungen des Sozialverhaltens zeigten, könnten, wie schon weiter oben erwähnt, darauf zurückzuführen sein, dass die Übersetzung der Items noch gewisse Schwächen aufweist und der interviewten Person nicht klar war, was durch die Frage genau gemeint war. Es könnte aber auch der Fall vorliegen, dass die Items Inhalte des Lebens der interessierenden Person betreffen, die der befragten Person nicht bekannt sind, oder nur schwer zugänglich sind und die Antworten deswegen nur sehr vage und ungenau ausgefallen sind und in weiterer Folge das Ergebnis der Analysen verzehrt haben. Ein weiterer Grund für das Vorliegen von negativen Trennschärfen könnten Fehler in der Durchführung des Interviews sein. Mögliche Fehlerquellen könnten die Formulierung der Fragen betreffen, oder falsch interpretierte Antworten der interviewten Person, die in der Auswertung zu falschen Scores führen und somit das Bild der Itemscores verzerren. Es soll hier darauf hingewiesen werden, dass die Diplomanden, die die Interviews geleitet haben, weder über ausreichende Erfahrung im Führen von klinischen Interviews verfügen, noch eine entsprechende Schulung in der Anwendung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) erhalten haben, wie sie von den Autoren Moss et al. (2007) ausdrücklich empfohlen werden. Dementsprechend gilt es in den weiteren Schritten des Übersetzungsprozesses, wie es in Kapitel „Untersuchungsdesign“ 4.3 beschrieben wurde, eben jene Items, die negative oder Null-Trennschärfen in der Datenanalyse dieser Arbeit aufwiesen, nachzugehen und besondere Beachtung zu schenken.

Auf Skalenebene lässt sich sagen, wenn man sich auf die Bewertungsrichtlinien von Aman (1991) bezieht, dass die Skalen, in denen es bereits zu mangelhaften Itemtrennschärfen gekommen ist, folglich auch die Reliabilitäten in Form der Skala Angststörungen (α = 0,586) als unterdurchschnittlich und der Skala Störungen des Sozialverhaltens (α = 0,640) bestenfalls als genügend einzuordnen sind. Vor allem das Ergebnis der Angstskala könnte darauf hindeuten, dass die entsprechenden Items unterschiedliche Faktoren erheben. Die

restlichen Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) wiesen gute bis sehr gute Alpha-Koeffizienten auf, woraus man schließen könnte, dass diese Items auch die jeweilige Dimension der Skala erfassen.
Um gesicherte Aussagen über die Güte der Skalen treffen zu können, bedarf es unter Umständen einer Überarbeitung der Items der indizierten Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) und einer psychometrischen Überprüfung an einer größeren und repräsentativeren Stichprobe, unter der Anleitung eines geschulten und erfahrenen Personals.
Diese und weitere Schritte sollen neben den Problemen, die sich während der Umsetzung der einzelnen Arbeitsschritte bei diesem Projekt ergeben haben, sollen im letzten Abschnitt kurz besprochen werden.

6 Diskussion *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)*

In diesem Kapitel sollen die Probleme, die sich bei der Umsetzung dieses Projekts ergeben haben, diskutiert werden. Es soll weiter auf die Besonderheiten der semantischen Integration bei mehreren Übersetzern und die Akquirierung der benötigten Testpersonen eingegangen werden. Auch die organisatorischen Herausforderungen, die sich im Zuge des Übersetzungsprozesses ergeben haben, sollen kurz Erwähnung finden. Im Unterkapitel „Kritik“ sollen die erhobenen psychometrischen Kennwerte und die Zusammensetzung der Gelegenheitsstichprobe einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Abschließend soll eine erste Bewertung der deutschen Version des ChA-PAS (Moss et al, 2007) gegeben werden.

6.1 Probleme bei der Umsetzung

Als Erstes soll auf die Besonderheit der Zielgruppe, für die der ChA-PAS (Moss et al., 2007) konzipiert wurde, diskutiert werden. Es ist generell schwierig, Kinder und Jugendliche als Testpersonen für wissenschaftliche Projekte zu akquirieren. Auch bei den primären Bezugspersonen dieser Zielgruppe, in dem Fall waren es die Betreuer, Eltern bzw. Großeltern, verhielt es sich ähnlich. Die Rücklaufquote auf Inserate in speziellen Eltern-Foren war äußerst gering. Das kann zum einen mit dem Gefühl von Scham, das die Eltern gegenüber Fremden für die Beeinträchtigung des eigenen Kindes empfinden und

zum anderen mit dem zu erwartenden Zeitaufwand - da die Durchführung des Interviews mit ungefähr zwei Stunden veranlagt wurde - zusammen hängen.
Zum einen sieht der Gesetzgeber - natürlich zu recht - einen besonderen Schutz von Kindern und Jugendlichen, unabhängig davon ob sie intellektuell beeinträchtigt sind oder nicht, vor. In Österreich zum Beispiel wird das Jugendschutzgesetz auf der Landesebene geregelt. So gilt für das Bundesland Wien, das Wiener Jugendschutzgesetz (WrJSchG, 2002). Ohne eine ausdrückliche Genehmigung des Wiener Stadtschulrats, gibt es keine Möglichkeiten, Kinder oder Jugendliche an den Wiener Sonderschulen für solche Interviews zu akquirieren. Die Kommunikation mit der zuständigen Behörde zog sich über mehrere Monate hin und es war nicht möglich den zuständigen Sektionsleiter des Wiener Stadtschulrats von dem Nutzen dieses Projekts für die oben beschriebene Population zu überzeugen. Zum anderen kam hinzu, dass der ChA-PAS (Moss et al., 2007) eine Fremdbeurteilung, in der Regel die der Eltern und bei Verdacht auf ADHS, auch der Lehrer vorsieht. In Folge dessen wurde für die Durchführung der Interviews nicht nur das Einverständnis der primären Bezugspersonen, sondern auch die der Lehrer benötigt. Die Konsequenz war eine Gelegenheitsstichprobe aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis der vier Diplomanden, deren mögliche Folgen in Kapitel 6.2 noch diskutiert werden.

Um eine qualitativ fachlich-hochwertige Übersetzung des gesamten Manuals, das für die richtige und fachgerechte Anwendung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) von grundlegender Bedeutung ist, gewährleisten zu können, mussten bei der Übersetzung einige vorgegebene Schritte durchgeführt werden. So war das in Kapitel Durchführung beschriebene Übersetzungsprozedere für alle beteiligten Diplomanden nicht nur eine semantische sondern auch eine organisatorische Herausforderung. Es gibt in der deutschen Sprache viele Möglichkeiten um etwas auszudrücken. Jeder der hier mitwirkenden Diplomanden hat seine persönliche Präferenz bezüglich des Satzbaus, oder der Verwendung bestimmter Vokabeln, um bestimmte Inhalte, Gegebenheiten oder Umstände auszudrücken.
Sowohl das psychologisch-fachliche Hintergrundwissen der Diplomanden, als auch eine unterstützende Fachliteratur, wie zum Beispiel das psychologische Wörterbuch (Dorsch) von Häcker und Stampf (2009), war in vielen Fällen von großem Nutzen, um adäquate psychologische Begriffsentsprechungen für die Übersetzung zu finden. Es mussten in vielen Diskussionsrunden Formulierungen und passende Vokabel gefunden werden, in denen sich jeder der mitwirkenden Diplomanden in einem für ihn akzeptablen Umfang

wiederfand. Konnte innerhalb der Diplomarbeitsgruppe kein Konsens gefunden werden, wurde das Anliegen an Prof. Weber und seine Mitarbeiter weiter getragen.

6.2 Kritik

In diesem Kapitel sollen die Beschaffenheit der Stichprobe, die Durchführung der ersten 20 deutschsprachigen ChA-PAS (Moss et al., 2007) Interviews und die Auswertung der daraus gewonnen Daten einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Zusammenfassend soll auch ein erster Eindruck zur Anwendbarkeit des ChA-PAS (Moss et al., 2007) auf eine deutschsprachige Population gegeben werden. Die interviewten Personen wurden vorab darüber informiert, dass die Diplomanden auf Grund ihres Ausbildungsstandes rechtlich nicht befugt sind Diagnosen zu stellen, und dass die in dieser Arbeit durchgeführten Interviews Pilotcharakter besitzen. Ausschließlich diejenigen, die ausdrücklich über die Auswertung des geführten Interviews informiert werden wollten, wurden über die Ergebnisse verständigt und in einigen Fällen wurde eine weitere diagnostische Abklärung empfohlen. Die in Kapitel 6.1 erwähnten Probleme, die sich bei der Akquirierung der Testpersonen ergeben haben, haben zu einer kleinen Gelegenheitsstichprobe (N = 20) geführt, die als nicht repräsentativ für die Population der Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung angesehen werden kann.

Ebenso müssen die erhobenen psychometrischen Kennwerte (Reliabilität, Itemtrennschärfen) aus der Auswertung der ersten deutschsprachigen Stichprobe relativiert werden. Es wurde bewusst (aufgrund des befürchtetet Datenverlustes, da evtl. manche Störungsbilder überhaupt nicht behandelt worden wären) auf die Anwendung der Sprungregeln verzichtet, wodurch es unter Umständen zu verzerrten Ergebnissen gekommen sein könnte, da es inhaltlich, wie auch methodisch als wenig sinnvoll angesehen werden kann, eine Person zu einem bestimmten Störungsbild zu befragen, obwohl aufgrund der einleitenden Anamnese, keine Notwendigkeit dazu bestehen würde. Somit wurden bei allen 20 Personen alle 80 Items des Interviews abgefragt.
Auf die Durchführung des Autismus-Screening wurde aus konzeptuellen Gründen gänzlich verzichtet, da das Screening eine erweiterte Anamnese mit den Eltern vorsieht. Diese sieht nämlich eine direkte Verhaltensbeobachtung der Kinder bzw. Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung vor. Abschließend kann hier noch angeführt werden, dass sich das PAS-ADD System (Moos et al., 1996, 1998; Moss, 2002) mit seinem

Auswertungslogarithmen, auf denen auch die Auswertung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) basiert, nicht nur im englischsprachigen Raum gut bewährt hat (Edwards, 2004; Gerber & Carminati, 2013; Gonzalez-Gordon et al., 2002; Moos et al., 1996; 1997; 1998; Sturmey et al., 2005).

Auf die direkte Befragung der betroffenen Kinder und Jugendlichen wurde bewusst verzichtet, da das Manual eindeutig eine Anpassung der Interviewfragen in solchen Fällen vorsieht und es in den vorliegenden Diplomarbeiten um eine Verständlichkeit der Erstübersetzung ging. Der ursprünglich vorgesehene Altersbereich (6-18 Jahre) wurde bis auf vier Ausreißer (einer war jünger; drei waren älter) gut abgedeckt. Abschließend kann hier noch angeführt werden, dass auch die Autoren des ChA-PAS (Moss et al., 2007), aufgrund der konzeptuellen Wurzeln des Instruments, auf eine gute Anwendbarkeit in der Allgemeinbevölkerung hinweisen (Moss et al., 2007).

Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt wurde, liegt der Schwerpunkt dieses Projekts auf der inhaltlich-fachlichen Übersetzung des englischen Manuals – gemäß der ersten beiden Stufen der "Cross-kulturellen" Anpassung nach Beaton et al. (2002) - in die deutsche Sprache. Trotz der oben beschriebenen methodischen Probleme, geben die erstmals im deutschen Sprachraum ermittelten psychometrischen Daten einen ersten Einblick in die Qualität und Beschaffenheit dieser ersten deutschen Version des ChA-PAS (Moss et al., 2007). Weitere psychometrische Analysen sind im fünften und letzten Schritt der "Cross-kulturellen" Anpassung vorgesehen.

6.3 Zusammenfassung und Ausblick

Um valide und reliable Ergebnisse zu erzielen, erscheint es als unerlässlich, dass sowohl bei der Vorbereitung und Durchführung des Interviews, als auch bei der Auswertung der erhobenen Daten, die sachgemäße Anwendung, der im Manual beschriebenen Regeln und auch gute klinisch- psychologische Fachkenntnisse, speziell in Bezug auf intellektuelle Beeinträchtigungen sowie auf psychische Störungen, essentiell sind. Ein ausführliches Training der Anwender sollte diesen Anspruch sicherstellen. Mit dieser Übersetzung des ChA-PAS (Moss et al., 2007) ist der erste Schritt getan, um dieses Instrument im deutschsprachigen Raum zu etablieren, um damit die Diagnostik von psychischen Störungen bei Kinder- und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung zu verbessern.

Gemäß der nächsten Schritte der „cross-kulturellen“ Anpassung (Beaton et al., 2002), soll die erste deutsche Übersetzung, einschließlich der in Kapitel 5.1.2 beschriebenen Verständnisprobleme einiger Items, durch eine Expertenkommission bewertet werden. Die ermittelten psychometrischen Daten dieser Studie, können als Grundlage für den zweiten erweiterten Feldtest - fünften Stufe der „cross-kulturellen“ - Anpassung (Beaton et al., 2002) - herangezogen werden.

Es ist interessant zu beobachten, welcher Wandlung und Ausdifferenzierung sich der Begriff des “geistig-behinderten Menschen“ im Laufe der letzten Jahre unterzogen hat (Weber & Rojahn, 2009). Katzenbach und Schroeder (2007) sehen in der sozialen Inklusion die Vision einer Gesellschaft, die gleichberechtigte, gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen, ungeachtet sozialer und kultureller Herkunft, sexueller Präferenzen, des Geschlechts, der Begabungen und der Schwächen ermöglicht.

Auch Bielefeld (2007) thematisiert das Konzept der sozialen Inklusion und betont dabei den Begriff der Würde, der in der UN Behindertenrechtskonvention (UN, o.J.) wiederholt, analog zu den Begriffen Autonomie und Unabhängigkeit gebracht wird. Es ist als ein positives Zeichen zu sehen, dass sich die gesellschaftliche Sicht bzw. Wahrnehmung der Menschen mit IB, langsam aber stetig wandelt. Beobachten lässt sich dieser Prozess auch daran, dass sich das Vokabular bzw. die Begrifflichkeiten, mit Hilfe derer Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beschrieben werden, sich in einer positiven Weise wandelt. Und genau diesem Trend sollten sich auch Entwickler diagnostischer Verfahren anschließen. So wurde bei der Übersetzung dieses Manuals speziell darauf geachtet, dass das verwendete Vokabular, das die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beschreibt, diesem Beispiel folgt. Abschließend soll hier die Wichtigkeit von qualitativ hochwertigen diagnostischen Verfahren für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unterstrichen werden.

Literaturverzeichnis

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports* (11th). Washington, DC: Author.

Achenbach, T. M., & Zigler, E. F. (1968). Cue-learning and problem-learning strategies in normal and retarted children. *Child Development, 39*, 827-848.

Akiskal, H. S., & Benazzi, F. (2005). Atypical depression: A variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II. *Journal of Affective Disorder, 84,* 209-217.

Akiskal, H.S., & Pinto, O., 1999. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America, 22*, 517–534.

Altshuler, L.*,* Suppes, T.*, &* Black, D*. (2003).* Impact of antidepressant discontinuation after acute remission from bipolar depression on rates of depressive relapse at one-year follow-up*. American Journal of Psychiatry, 160,* 1252–1262*.*

Altshuler, L., & Ghaemi, S. N. (2004). Prescribing Antidepressants for Depression in Bipolar Disorder-Point/Counterpoint. *Psychiatric Times*, *21*(99), 88-90.

Alyahri, A., & Goodman, R. (2006). Validation of the Arabic Strengths and Difficulties Questionnaire and the Development and Well-Being Assessment. *Eastern Mediterranean Health Journal, 12*, 138–146.

Aman, M. (1991). *Assessing psychopathology and behavior problems in persons with mental retardation: A review of available instruments.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).* Arlington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).* Arlington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Arlington: American Psychiatric Publishing.

Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry, 48*(6), 445-457.

Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A., & Young, A. H. (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 791-798.

Anthony, J., & Scott, P. (1960). Manic- depressive psychosis in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1*, 53-72.

APA (1996). DSM IV. Abgerufen 28.01.2013, von http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=22

Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(7), 537-546.
Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.* Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons.

Bemporad, J., & Wilson, C. A. (1978). A developmental approach to depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 6*, 325-352.

Bielefeldt, H. (2009). *Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention.* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Deutsches Institut Für Menschenrechte.

Birbaumer, N., & Schmidt, F. (2006). *Biologische Psychologie* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.

Birmaher, B., Ryam, N. D., Wiliamson, D. E., Brent., Kaufmann, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 year. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1427-1439.

Blöschl, L. (1998). Soziale Interaktion und Depression im Kindes- und Jugendalter. In W. Lenz (Hrsg.), *Bildungswege. Vor der Schule zur Weiterbildung*. Innsbruck: Studienverlag.

Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Bräunig, P., & Gerd, D. (2004). *Leben mit Bipolaren Störungen* (S. 42–47). Stuttgart: Trias-Verlag

Brislin, R.W. (1986). The Wording of Translation of Research Instruments. In: W. J. Lonner, & J. W. Berry (Eds.), *Field Methods in Cross-Cultural Research* (pp. 137-164). Beverly Hills: Sage.

Butcher, J. N., Minela, S., & Hooly, J. M. (2009). *Klinische Psychologie* (13. Auflage). München: Pearson Studium.

Bühner, M. (2010). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson.

Carlson, G.A. (1990). Annotation: child and adolescent mania- diagnostic considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 331-341.

Chapman, D. A., Scott, K. G., & Stanton-Chapman, T. L. (2008). Public Health Approach to the Study of Mental Retardation. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 113,* 102-116.

Clark, L.A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament and personality in mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.

Cohen, A., Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 82,* 143–147.

Costello, H., Moss, S., Prosser, H., & Hatton, C. (1997). Reliability of the ICD 10 version of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33,* 339-343.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297-334.

Davidson, R.J. (2000). Affektive style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist, 55*, 1196-1214.

Davidson, R.J., Pizzagalli, D., Nitschke, J.B., & Putman, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology, 53*, 545-574.

Davidson, R.J., Pizzagalli, D., & Nitschke, J.B. (2002). The representation and regulation of emotion in depression: Perspectives from affective neuroscience. In: I. Gotlib, & C. Hammen (Hrsg.), *Handbook of Depression* (219-244). New York: Guilford

Deb, S., Dhaliwal, A.-J., & Roy, M. (2008). The usefulness of Conners' Rating Scales-Revised in screening for attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*, 950-965.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007). Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33), Anhaltende affektive Störungen (F34). In A. Warnke, & G. Lehmkuhl (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (3. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Dekker, M. C., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhuslt, F. C. (2002). Emotional and behavioural problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines , 43*, 1087-1098.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* Bern: Hogrefe.

Došen, A. (1984). Depressive conditions in mentally handicapped children. *Acta Paedopsychiatrica, 59,* 29-40.

Došen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung.* Göttingen: Hogrefe.

Edwards, R. (2004). Review of Mini PAS-ADD Interview Pack. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 59-60.

Emerson, E., & Hatton, C. (2007). *The Mental Health of Children and Adolescents with Learning Disabilities in Britain*. Lancaster: Institute for Health Research.

Essau, C. A., & Petermann, U. (1999). Depression. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Psychotherapie* (4. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Farmer, A., Eley, T., & McGuffin, P. (2005). "Current strategies for investigating the genetic and environmental risk factors for affective disorders." *British Journal of Psychiatry, 186*, 179-181.

Fletcher, R.J., Loschen, E., Starvtakaki, Ch., First, M. (Hrsg.) (2007). *Diagnostic Manual Intellectual Disability. National Association for the Dually Diagnosed*. New York: NADD Press.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007*). Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.

Fletcher, R.J., Havercamp, S.M., Ruedrich, S.L., Benson, B.A., Barnhill, L.J., Cooper, S. A., & Stavrakaki, C. (2009). Clinical usefulness of the diagnostic manual-intellectual disability for mental disorders in persons with intellectual disability: results from a brief field survey. *Journal for Clinical Psychiatry, 70*(7), 967-974.

Fletcher, R.J., Havercamp, S. M., Ruedrich, S. L., Benson, B. A., Barnhill, J. L., Cooper, S. A. (2009). Clinical usefulness for the diagnostic manual-intellectual disability for mental disorders in persons with intellectual disability: Results from a brief field survey. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 964-967.

Findling, R. L., Gracious, B.L., McNamara, N. K., Youngstrom, E. A., Demeter, C. A., Branicky, L. A., & Calabrese, J. R. (2001). "Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar I disorder". *Journal for Bipolar Disorder, 4*(3), 202-210.

Flick, U. (2001). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fuchs, M., Bösch, A., Hausmann, A., & Steiner, H. (2013). The Child is Father of the Man. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *41*(1), 45-57.

Garcia, H. H., Martinez, M., Gilman, R., Herrera, G., Tsang, V. C., Pilcher, J. B., … Porras, M. (1991). Diagnosis of cysticercosis in endemic regions. *Lancet, 338*, 549-551.

Garlow, S. J., & Nemeroff, C. B. (2003). Neurobiology of depressive disorders. Ch. 54. In R. J. Davidson; K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Hrsg.) *Handbook of Affective Sciences* (1021-1043). Oxford: Oxford University Press.

Gerber, F., & Carminati, G. (2013). The Psychiatric Assessment Schedule for Adult with Devolomental Disability (PAS-ADD) Checklist: reliability and validity of French version. *Journal of Intellectual Disabilities Research, 57*(3), 758–765.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., … Severus, E. (2005). Bipolare Störungen erkennen. Die Kunst der korrekten Diagnose. *Der Neurologe & Psychiater, Sonderheft 1,* 15-19.

Gonzalez-Gordon, R. G., Salvador-Carulla, L., Romero, C., Gonzalez-Saiz, F., & Romero, D. (2002). Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability: a structured psychiatric interview for intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 46,* 209-217.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*, 1417–1432.

Guntermann, I. (2001). *Mysterium Melancholie: Studien zum Werk Innokentij Annenskijs.* Köln: Böhlau.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-62.

Hamilton, M. (1996). Hamilton Anxiety Scale (HAMA). In: CIPS (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie* (S. 19-21). Göttingen: Beltz.

Hammen, C., (2005). Stress und Depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319.

Hammen, C., & Gitlin, M. (1997). Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 856-857.

Harringteon, R. C., Rutter, M., & Weissman, M. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probants, comparison of prepubertal, adolescent and adult onset forms. *Journal o f affective Disorders, 42,* 9-12.

Haas, R. (2013). *Dictionary of psychology and psychiatry. Englisch – German.* Toronto: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (S. 7). 3. Auflage. Weinheim: Beltz.

Hautzinger, M. (2006). Affektive Störung – Neuropsychologie. In H. Förstl, M. Hautzinger, & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. 447-480). Heidelberg: Springer.

Hautzinger, M., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2007). *Klinische Psychologie.* Weinheim-Basel: Beltz.

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision.* 2. Auflage. Pearson Assessment: Frankfurt.

Häcker, H.O., & Stapf K.-H. (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.

Hennicke, K., Buscher, M., Häßler, F., & Roosen-Runge, G. (2009). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.* Berlin: MWV.

Hodapp, R. M., Kazemi, E., Rosner, B. A., & Dykens, E. M. (2006). Mental retardation. In D. A. Wolfe, & E. J. Mash (Eds), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 283-409). New York: Guilford Press.

Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2009). Intellectual disabilities and child psychiatry: looking to the future. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50,* 99-107.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *50*(5-6), 784-793.

Hobfoll, S., Ritter, C., Lavin, J., & Hulsizer, M. et al. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 3,* 445-453.

Holsboer, F. (1992). The hypothalamic-pituitary.adrenocortical system. In E. S. Paykel, (Hrsg). *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

Howland, R.H., & Thase, M.E. (1999). Affective disorders: Biological aspects. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. Davis (Hrsg.), *Oxford textbook of psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(10), 1205-1215.

Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53*(4), 159-169.

Ihle, W., Ahle, M. A., Jahnke, D. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13,* 64-79.

International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Abgerufen 05. 12. 2012, von http://www.intestcom.org

Jacobi, F., Klose, K., & Wittchen, H.U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, 47*, 736-744.

Jamison, K.R. (2000). *Night falls fast – understanding suicide*. New York: Vintage Books.

Johnson, S., & Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 449-457.

Kahana, S.Y., Youngstrom, E.A., Findling, R.L., & Calabrese, J.R. (2003). Employing parent, teacher, and youth self-report checklists in identifying pediatric bipolar spectrum disorders: an examination of diagnostic accuracy and clinical utility. *Journal for Child Adolescent Psychopharmacology*, *13,* 471–488.

Karch, D. (2002). *Ursachen der mentalen Retardierung.* Abgerufen 24.04.2009, von http://www.kize.de/5-downloads/publikation33.pdf

Kasper, S., & Hauk, P. (2006). *Bipolare Erkrankungen: Zwischen Manie und Depression.* Wien: Verlagshaus der Ärzte.

Katzenbach, D., & Schroeder, J. (2007). Ohne Angst verschieden sein können. Über Inklusion und ihre Machbarkeit. *Zeitschrift für Inklusion, 1*. Abgerufen 17.05.2013, von www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/2/2

Katz, R., & McGuffin, P. (1993). The genetic of affective disorder. In L. J. Chapman, J. P. Chapman, & D. C. Fowles (Hrsg.), *Progress in experimental personality and psychopathology research Vol. 16.* New York: Springer.

Kendler, K.S., Walters, E.E. Neale, M.C., & Kessler, R.C. (1995). The stricture of the genetic and environmental risk factors for six major psychotic disorders in women. Phobie, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archive of Genetic Psychaitry, 52*, 374-383.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*, 168-176.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association, 261*, 2229-2235.

Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Köhler, T. (1999). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen*. Stuttgart: Thieme.

Lavigne, J. V., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorder: A meta-analysis review. *Journal of pediatric Psychology, 17*, 133-157.

Kubinger, K.D. (2009). *Psychologische Diagnostik - Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens.* Göttingen: Hogrefe.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 809-818.

Lozano, B. E., & Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *Journal of affective Disorder, 63(*1-3), 103-111.

Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen* (2. Auflage). Karlsruhe: Pfizer.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Luten, A., Ralph, J., & Mineka, S. (1997). Depressive attributional style: Is it specific to depression vs. anxiety ve negative affect? *Behaviour Research and Therapy, 35,* 703-719.

MacMaster FP, Russell A, Mirza Y et al. (2006) Pituitary volume in treatment-naïve pediatric major depression. *Biological Psychiatry 60*(8), 863-866.Matson, J. L. (1985). Bio-*social* Theory of psychopathology: A tree by tree factor model. *Applied research in Mental retardation, 6,* 199-227.

Maier ,W., Höfgen, B., Zobel, A., & Rietschel, M. (2005). Genetic models of schizophrenia and bipolar disorder: overlapping inheritance or discrete genotypes? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255*(3), 159-166.

Manji, H.K., & Lenox, R.H. (2000). The nature of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(13), 42-57.

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2013). *Abnormal Child Psychology (5th ed.).* Wadsworth: Cengage Learning.

McGuffin, P., Rijsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003): The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archive of Genetic Psychiatry, 60*, 497–502.

McConville, B. J., Boag, L. C., & Purohit, A. P. (1973). Tree Type childhood depression. *The Canadian Psychiatric Association Journal, 18*(2), 133-138.

McDermott, S., Durkin, M. S., Schupf, N., & Stein, Z. A. (2007). Epidemiology and etiology of mental retardation. In J. W. Jacobsen, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 3–40). New York: Springer.

Mehler-Wex, C. (2008). Depressive Störungen. Heidelberg: Springer.

Menolascino, F. J. (1977). *Chellenges in mental retardation: Progressive ideologies and services.* New York: Human Sciences Press.

Merlatin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., & Isometsä, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(2), 126-134.

Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay,G., Moreland, K., & Diess, R. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.

Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA, 287*(6), 762-765.

Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychology review, 112*(2), 417-445.

Montano, C.B. (1994). Recognition and Treatment of Depression in a Primary Care Setting. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*(12), 18-34.

Moss, S. (2002). *The PAS-ADD checklist (revised).* Brighton: Pavilion Publishing.

Moss, S., Prosser, H., & Goldberg, D. (1996). Validity oft the schizophrenia diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with developmental Disability (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry, 168*(3), 359-367.

Moss, S., Ibbotson, B., Prosser, H., Goldberg, D., Patel, P., & Simpson, N. (1997). Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability (mental retardation). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(6), 344-354.

Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., … Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 42,* 173-183.

Moss, S. (2002). *The mini PAS-ADD Interview Assessment Pack.* Brighton: Pavilion Publishing.

Moss, S. (2002). *The PAS-ADD Checklist (revised).* Brighton: Pavilion Publishing.

Moss, S., Frielander, R., & Lee, P. (2007). *The Cha-PAS Interview.* Brighton: Pavilion Publishers.

Moosbrugger, H., & Kelava, A., (Hrsg.) (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.

Neale, J. M. (1988). Defensive funktions of manic episods. In T. F. Oltmanns, B. A. Mahler (Hrsg.) *Delusional beliefs* (S. 56-130). NewYork: Wiley.

Nissen, G. (1973). Masked depression in children and adolescence. In P. Kilholz (Hrsg.) *Masked depression* (S. 35-50). Bern: Huber.O'Hara, M., Schlecte, J., Lewis, D., & Varner, M. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorder: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 3-15.

Nolan, C. L., Moore, G. J., & Madden, R. (2002). Prefrontal cortical volume in childhood-onset major depression: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry, 59*(2), 173-179.

Oren, D. A., & Rosenthal, N. E. (1992). Seasonal affective disorders. In E. S. Paykel (Hrsg*.), Handbook of effective disorders* (551-567). New York: Guilford.

Papolos, P., Hennen, J., Cockerham, M. S., Thode, H. C., & Youngstrom, E. A. jr. (2006). The child bipolar questionnaire: A dimensional approach to screening for pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 95(1–3*), 149–158

Parmenter, T. R. (2011). What is Intellectual Disability? How is it Assessed and Classified? International Journal of Disability. *Development and Education, 58,* 303-319.

Payk, T. R. (2007). *Psychopathologie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
Petermann, F. (Hrsg.) (2008). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Perleth, Ch., & Sierwald,W. (2005). *Testtheoretische Konzepte der Begabungsdiagnostik*. In: *Heller, K. A.,* (Hrsg.), *Begabungsdiagnostik in der Schul- und Erziehungsberatung* (S. 41-95). Bern: Huber.

Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception II: implications for major psychiatric disorders. *Biological Psychiatry, 54*(5), 515–528.

Pizzagalli, D. A., Nitschke, J. B., Oakes, T.R., Hendrick, A. M., Horras, K. A., Larson, C. L., ... Davidson, R. J. (2002). Brain electrical tomography in depression: The importance of symptom severity, anxiety, and melancholic features. *Biological Psychiatry, 52*, 73-85.

Plomin, R., DeFries, J. C., & McClearn, G. E. (2001) *Behavioral Genetics.*. New York: Worth.

Psychotherapie-Lehrbuch, 2013. *Diagnosekriterien Depression nach DSM-5*. Abgerufen von http://psychotherapie-lehrbuch.de/ depressionen.html# Depressionen-DSM-

Qiu, G., Helmeste, D. M., & Samaranayake, A. N. (2007). Modulation of the suppressive effect of corticosterone on adult rat hippocampal cell proliferation by paroxetine. *Neuroscience Bulletin, 23*(3), 131-136.

Raghavan., R., Day, K., & Perry, R. H. (1995). Rapid cycling bipolar disorder and familial learning disability associated with temporal lobe cortical dysplasia. *Journal of Intellectual Disability Research, 39,* 509-519.

Raicher, H. (1998). *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. Münster: Waxmann.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *50*(5-6), 871-878.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., ... Döpfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 22-33.

Reiss, S. (1988). *Test manual for the Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. International Diagnostic Systems: Orland Park, IL.

Remschmidt, H. (2000). Affektive Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.); G. Niebergall, & K. Quaschner, (Mitarb.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eine praktische Einführung.* (S. 196-206). Stuttgart: Thieme.

Robinson, R. G., & Downhill, J. E. (1995). Lateralization of psychopathology in response to focal brain injury. In R.J. Davidson, & K. Hugdahl (Hrsg.), *Brain Asymmetry* (S. 693-711). Cambridge, MA: MIT Press.

Rosso, I.M., Citron, C.M. Steingard, R.J. (2005). Amygdala and hippocampus volumes in pediatric major depression. *Biological Psychiatry, 57*(1), 21-26.

Rost, J. (2004). *Lehrbuch: Testtheorie - Testkonstruktion*. (2., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.

Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation. *Royal College of Psychiatrists Occasional Paper OP 48,* (pp.128). London: Gaskell.

Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 276–295.

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., & Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR.* Göttingen, Bern: Hogrefe.

Schalock, R. L., Luckasson, R. L., & Shogren, K. A. (2007). Perspectives. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term of Intellectual Disability. *Intellectual and developmental disabilities, 45,* 116-121.

Schauenburg H., Leiendecker, C., Simon, R., Küchenhoff, J. & Franz, M. (2010) *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 56*(4), 343-347.

Schildkraut, J.J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry, 122*, 509-522.

Schmidt, H. (2007). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze, (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits-und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und-pädagogen (S.* 25-27*).* Stuttgart: Schattauer.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.

Shih, R.A., Belmonte, P.L., & Zandi, P.P. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *International Review of Psychiatry, 16*(4), 260–283.

Solomon, D. A., Leon, & Endicott, J. (2003). Unipolar mania over the course of a 20 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 160*(11), 2049-2051.

Southwick, S.M., Vythilingam, M., & Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 255–291.

Sovner, R. (1990). Bipolar disorder in persons with developmental disorder: A review. In A. Došen, & F. J. Menolascino (Hrsg.), *Depression in mentally retarded children and adults* (S. 175-198). Leiden: Logon.

Steinberg, H. (2005). Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In M. C. Angermeyer, & H. Steinber (Hrsg.), *200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte* (S. 1-80). Heidelberg: Springer.

Steingard, R. J., Renshaw, P. F., & Yurgelun-Todd, D. (1996). Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(3), 307-311.

Stein, M. B., Jang, K. L., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2002). Genetic and enviromental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1675-1681.

Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2005). Der Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen (VFE). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*, 266-276.

Sturmey, P. (1999). Correlates of restraint use in an institutional population. *Research in Development Disabilities, 20,* 339-346.

Sturmey, P., Newton, J., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005). The PAS-ADD Checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 186*, 319-323.

Sullivan, P.F., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1552-1562.

Suppes, T., Denneby, E. B., & Gibbson, E. W. (2000). The longitudinal course of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61(9),* 23-30

Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesly, W. J. (2002). Genetic and enviromental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: twin study. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1675-1681.

Thase, M. E., & Howland, R. H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Hrsg.), *Handbook of Depression* (S.213-279). New York: Guilford Press.

Thase, M.E., Jindal, R., & Howland, R.H. (2002). Biological aspects of depression. In I.H. Gotlib., C.L. Hammen (Hrsg). *Handbook of Depression* (S. 192-218). New York: Guilford.

Theunissen, G. (2011). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (4th ed.). Stuttgart: Klinkhardt UTB.

UN (o.J.). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. o.O.: United Nations.

Van de Vijver, F. J. R., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1*, 89-99.

Van de Vijver, F. J., & Poortinga, Y. H. (1997). Towards an integrated analysis of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, *13*(1), 29-37.

Van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, *54*(2), 119-135.

Wallace, J., Schneider, T., & McGuffin, P. (2002). "The Genetics of Depression." In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Hrsg.). *Handbook of Depression* (S. 169-91), New York: Guilford.

Walden, J., & Grunze, H. (2003). *Bipolare affektive Störungen. Ursachen und Behandlung* (S. 11). Stuttgart-New York: Thieme.

Walden, J., & Grunze, H. (2006). *Bipolare affektive Störungen. Ursachen und Behandlung* (S. 7). Stuttgart-New York: Thieme

Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter.* Wien: WUV.

Weber, G., & Rojahn, J. (2009). Intellektuelle Beeinträchtigung. In S. Schneider, & J. Margraf, (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3 Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Heidelberg: Springer.

Wehling, M. (2005). *Klinische Pharmakologie* (S. 470-471). Stuttgart: Thieme.

Weissman, M. M., Bland, R., Joyce, P. R., Newman, S., Wells, J. E., & Wittchen, H-U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspective. *Journal of Affective Disorders, 29*, 77-84.

Wender, P., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J. & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 43*, 923–929.

World Health Organization (1979*). International Classification of Diseases, 9th revision*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization) (1992). *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization.

WHO, (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance.* Geneva: World Health Organization.

WHO (2006). ICD-10 Version: 2006. Abgerufen 17.11.2012, von http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2006/

Winokur, G., & Tsuang, M. T., (1996). *The Natural History of Mania, Depression and Schizophrenia.* Washington, DS: American Psychiatric Press.

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2006). *Epidemiologie der Depression.* In G. Stoppe, A. Bramesfeld, & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 15–38). Berlin: Springer.

Wormer, E. J. (2002). *Bipolar. Leben mit extremen Emotionen. Depression und Manie. Ein Manual für Betroffene und Angehörige* (S. 47–54). München: Knaur.

WrJSchG (Wiener Jugendschutzgesetz) (2002). *Bundeskanzleramt Rechtsinformationen.* Abgerufen 17.02.2013, von www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S280_000

Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., Meyer, D. A. (2000). *Mania Rating Scale. In: Handbook of Psychiatric Measures* (S. 540-542). Washington, DC: APA.

Youngstrom, E.A., Frazier, T.W., Demeter, C., Calabrese, J.R., Findling, R.L. (2008). Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behaviour Inventory for children and adolescents. *Journal for Clinical Psychiatry, 69(5)*, 831-839.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlaufsform Dysthymie, Major Depression und rezidivierende Episode (Montano, 1994).....39

Abbildung 2: Manie und Hypomanie als Gegenpol zur Depression (Montano, 1994).....43

Abbildung 3: Mögliche Verlaufsformen bipolarer Störungen (Montano, 1994) 55

Abbildung 4: ICD-10 Internationaler Krankheiten-Katalog 10. Revision Kapitel F Affektive Störungen (Dilling et al., 2011) 65

Abbildung 5: Diagnosekodes für affektive Störungen im DSM-IV (APA, 1996).....68

Abbildung 6: Mögliche Fälle in denen interkulturelle Anpassung unabdingbar ist nach Guillemin et al. (1993) 74

Abbildung 7: Auszug aus der kommentierten Erstübersetzung von Pavel Straka 80

Abbildung 8: Auszug aus der Version von Pavel Straka und Daniela Fischer, kommentiert durch Georg Teuschler und Kathrin Scheidl.....81

Abbildung 9: Anmerkungen zum Interview.....85

Abbildung 10: Feedback nach den Kategorien positiv vs. negativ 85

Abbildung 11: Alternativvorschlag Einleitende Diskussion 87

Abbildung 12: Alternativvorschlag Item 11.....87

Abbildung 13: Alternativvorschlag Item 17.....88

Abbildung 14: Alternativvorschlag Item 18.....88

Abbildung 15: Alternativvorschlag Item 23.....89

Abbildung 16: Alternativvorschlag Item 58.....89

Abbildung 17: Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten.....90

Abbildung 18: Berechnung der internen Konsistenz nach Chronbach 91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung der IB im ICD-10 (Dilling et al., 2011) 20

Tabelle 2: Klassifizierung der IB im DSM-V (APA, 2013) und IQ-Bereiche nach DSM-IV (APA, 1996) 22

Tabelle 3: Diagnostische Einschlusskriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling et al., 2011) 64

Tabelle 4: Erfassung der Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung und psychischer Störungen bei den Kindern und jugendlichen 84

Tabelle 5: Höchst abgeschlossene Schulbildung der Interviewpartner 84

Tabelle 6: Beziehungsstatus zwischen den Interviewpartnern und dem intellektuell beeinträchtigten Kind / Jugendlichen 84

Tabelle 7: Beschreibung der häufigsten Verständnisschwierigkeiten 86

Tabelle 8: Einteilung der Reliabilitätskoeffizienten nach Aman (1991) 91

Tabelle 9: Innere Konsistenzanalyse des ChA-PAS (Moss et al., 2007) 92

Tabelle 10: Ergebnisse der Itemstrennschärfen der Skalen des ChA-PAS (Moss et al., 2007) 94

Angang *(Fischer, Scheidl, Straka, Teuschler)*

Anhang A: Deutsche Version ChA-PAS (Moss et al., 2007)

Im Anhang A befindet sich die deutsche Version des ChA-PAS (Moss et al., 2007) und der dazugehörige Auswertungsbogen „Score Form“. Das englische Originalmanual wurde, wie schon im Kapitel 4.3.2 beschrieben, für die Übersetzungsarbeit unter den beteiligten Diplomanden wie folg aufgeteilt: Die *Einleitung* (Seite 1 bis 7) und die *Verwendung des ChA-PAS* (Seite 8 bis 17) wurden von Georg Teuschler und Kathrin Scheidl übersetzt. Daniela Fischer und Pavel Straka übersetzten die *Anmerkungen zur Handhabung der spezifischen Abschnitte* (Seite 18 bis 23), die *Interpretation der Punkte* (Seite 24 bis 29) und den *ersten Teil des Interviews* von Seite 31 bis einschließlich Seite 54. Der *zweite Teil des Interviews* (Seite 55 bis 79) wurde von Georg Teuschler und Kathrin Scheidl übersetzt. Den *Anhang* (Seite 80 bis 84) übersetzten Daniela Fischer und Pavel Straka. Der *Auswertungsbogen* wurde von Daniela Fischer und Kathrin Scheidl übersetzt. Die Seitenzahlen der deutschen Version des Manuals und des Auswertungsbogens „Score Form“ stimmen mit denen der Originalversion 1:1 überein. Aus Gründen der bestmöglichen Layout-Übertragung des Originalmanuals des ChA-PAS (Moss et al., 2007) auf die deutsche Version, konnte der zum Binden der Diplomarbeit vorgesehene linksseitige Abstand von 3,5 cm beim übersetzten Manual des ChA-PAS (Moss et al., 2007) nicht eingehalten werden.

Das

ChA-PAS

Interview

Für die Untersuchung von psychischen

Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen

Handbuch und klinisches Interview

Steve Moss

Robin Friedlander

Pauline Lee

Das ChA-PAS Interview für die Untersuchung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen

Handbuch und klinisches Interview

Erstmalige deutsche Übersetzung von:

Daniela Fischer

Kathrin Scheidl

Pavel Straka

Georg Teuschler

Wien, 2013

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3

Überblick 3

Hintergrund des ChA-PAS 4

Entwicklung des ChA-PAS 5

Verwendung des ChA-PAS 8

Anmerkungen zur Handhabung der spezifischen Abschnitte 18

Interpretation der Punkte 24

Das ChA-PAS semi-strukturierte Interview und Glossar 31

Einleitende Diskussion 32

Angststörungen 35

Gedrückte Stimmung, Depression 39

Hyperaktivität, gesteigerte Stimmung, Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 45

Konzentration, Ruhelosigkeit, Schlaf 49

Zwänge und Zwangsvorstellungen 53

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 55

Verhaltensstörung 64

Psychotische Symptome 70

Symptome Autismusspektrum-Störung 75

Anhang: Das PAS-ADD System 79

Literaturverzeichnis 85

Einleitung

Überblick

- Der „Children and Adolescence Psychiatric Assessment Schedule“ (ChA-PAS) wurde entwickelt, um psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen zu beurteilen. Der ChA-PAS basiert auf dem PAS-ADD System, welches in erster Linie für Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) entwickelt wurde. Obwohl die im Interview verwendeten Glossardefinitionen entworfen wurden, um die Kodierung von Symptomen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung zu unterstützen, ist die Begutachtung gleichermaßen auf die Allgemeinbevölkerung anwendbar.

- Der ChA-PAS wurde entwickelt um die Qualität der Informationen durch Dritte zu verbessern. Allerdings kann ein/e erfahrene/r Kliniker/in, wenn es angemessen erscheint, auch Antworten direkt von einem/r Kind/Jugendlichen/r mit einbeziehen.

- Diese Version deckt folgende Störungsbilder ab:
  - Angststörung
  - Depressive Episoden
  - Manische Episoden
  - Zwangsstörungen
  - Psychosen
  - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
  - Störungen des Sozialverhaltens
  - Autismusspektrum-Störung (nur Screening)

- Der ChA-PAS wurde entwickelt, um den Prozess der qualifizierten Diagnosefindung und Formulierung zu unterstützen, nicht um ihn zu ersetzen. Die berechneten Werte stellen nicht nur ausschließlich Richtlinien und Schwellenwerte für Diagnosen dar, sondern genügen auch den spezifischen Anforderungen der ICD-10 und DSM-IV-TR.

- Die Berechnung der Symptomstärke wird durch ein klinisches Glossar (eingeschlossen in den grau unterlegten Teilen des Interviews) geleitet, um die Reliabilität zu verbessern. Das macht es zu einem leistungsstarken Instrument und führt zu guten Einschätzungen, um Symptomveränderungen in Abhängigkeit einer Behandlung feststellen zu können.

- Obwohl der ChA-PAS auch von Nicht-Psychologen/innen und Nicht-Psychiatern/innen durchgeführt werden kann, sollten die Anwender entsprechend geschult sein um valide Ergebnisse zu erzielen.

Hintergrund des ChA-PAS

Die Instrumente des PAS-ADD haben sich als ein gängiges und weit verbreitetes System zur Beurteilung der psychischen Probleme von Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) erwiesen. Drei Messinstrumente für deutlich verschiedene Zwecke wurden im Laufe von ungefähr 12 Jahren entwickelt, einer Periode, in der ein riesiges Wachstum in der Entwicklung der psychosozialen Dienste stattfand und auch eine auf diese besondere Population zugeschnittene Forschung beobachtet werden konnte. Seit dieser Zeit ist man zunehmend zu der Erkenntnis gelangt, dass es auch einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung für die jungen Menschen dieser Population bedarf, und als Antwort auf diese Notwendigkeit wurde der ChA-PAS entwickelt. Der ChA-PAS basiert hauptsächlich auf dem Mini PAS-ADD, ergänzt um die Abschnitte Störung im Sozialverhalten und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Die Entwicklung des ChA-PAS stützte sich auf die gesamte PAS-ADD Serie, nützt jedoch zusätzlich auch die Fülle von Erfahrungen, die über viele Jahre in der Ausbildung von professionellen Anwendern/innen im Umgang mit diesem Messinstrument gemacht wurden.

Das PAS-ADD Instrument (siehe Anhang: Das PAS-ADD-System für weitere Informationen und Literaturhinweise)

Das PAS-ADD Programm wurde entwickelt, um drei grundlegende Aspekte der Einschätzung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit IB zu verbessern: Fallerkennung, Fremdbeurteilung und Selbstbeurteilung der betroffenen Person selbst. Jedes der Instrumente konzentriert sich auf einen dieser Punkte, zur Bereitstellung eines strukturierten Rahmens, in dem Informanten/innen, Kliniker/innen und andere Fachleute des Gesundheitswesen, standardisierte Informationen über psychische Probleme sammeln können. Das System wurde in großem Umfang in psychosozialen Diensten für intellektuell Beeinträchtigte in Großbritannien und Australien adaptiert, sowie auch in anderen Ländern, um die Identifizierung und Bewertung von psychischen Problemen zu verbessern. Im Allgemeinen wurde das Instrument entwickelt, um den Informationsfluss von den Betreuern/innen und Gesundheitsexperten/innen hin zu den Klinikern/innen zu gewährleisten, welche dann für die Formulierung von Diagnosen verantwortlich sind. Seit dem Ursprungsprojekt wurden überarbeitete Versionen der Checkliste und des Mini PAS-ADD herausgegeben. Die aktuellen Instrumente sind:

a.) Die überarbeitete PAS-ADD Checkliste (Fallerkennung)
Ein Fragebogen, der in der Alltagssprache formuliert wurde, ist vor allem für den Einsatz beim Pflegepersonal und in Familien geeignet - jene Personen, die am ehesten Verhaltensänderungen bei Menschen, für die sie sorgen, wahrnehmen. Die überarbeitete Fassung der PAS-ADD Checkliste soll Mitarbeitern und dem Pflegepersonal helfen, fundierte Entscheidungen in Bezug auf beobachtbare Verhaltensweisen zu treffen.

b.) Das Mini PAS-ADD Interview (Fremdbeurteilung)
Entwickelt, um die Qualität von Fremdbeurteilungen zu verbessern, stellt dies eine hoch entwickelte Begutachtung dar, die ein Glossar an Symptom-Definitionen verwendet, um die Kodierung anzuleiten. Das Mini PAS-ADD Interview kann auch von Mitarbeiter/innen verwendet werden, die nicht über ein Hintergrundwissen in Psychiatrie oder Psychologie verfügen. Ungeachtet dessen, sollten alle Anwender/innen ein entsprechendes Training absolvieren.

c.) Der PAS-ADD 10 (Selbstbeurteilung)
Hierbei handelt es sich um ein halbstrukturiertes klinisches Interview für den Einsatz bei Personen, die eine intellektuelle Beeinträchtigung aufweisen. Dies stellt das komplexeste der PAS-ADD Instrumente dar und wurde in erster Linie für Kliniker/innen mit entsprechender Fachkenntnis in Psychopathologie und entsprechender Erfahrung im Umgang mit Menschen mit IB entworfen. Allerdings wurden auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe geschult um entsprechende Einschätzungen vorzunehmen.

Der Mini PAS-ADD ist aus einer Vielzahl von Gründen weiter verbreitet als der vollständige PAS-ADD 10. Der wichtigste dieser Gründe war wohl der Wandel der Leistungserbringung im Gesundheitssystem. Seit dem ursprünglichen PAS-ADD Projekt sind Krankenschwestern, Sozialarbeiter/innen und andere verwandte Fachkräfte im Umgang mit Fragen über psychische Gesundheitsprobleme immer professioneller geworden und nehmen in diesem Bereich eine zunehmend zentrale Rolle ein. Infolgedessen ist die Beurteilung von psychischen Problemen ein zunehmend kollaboratives Unterfangen geworden. Der Erfolg des Mini PAS-ADD ist wahrscheinlich weitestgehend darauf zurückzuführen, dass es speziell aus diesem Verständnis heraus entworfen wurde. Die straff strukturierten Glossardefinitionen der Symptome und deren Schweregrade, gekoppelt mit einem Training in ihrer Anwendung, ermöglichen es Menschen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, verlässliche und valide Darstellungen der Symptome von Informanten zu sammeln. Diese Informationen können dann von Klinikern/innen, in Kombination mit anderen Informationsquellen (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, der Umwelt, frühere Ansätze) verwendet werden, um umfassende Formulierungen und Diagnosen zu erstellen.

Entwicklung des ChA-PAS

Der ChA-PAS basiert in erster Linie auf dem Mini PAS-ADD. Benutzer, die mit dem Mini PAS-ADD vertraut sind, werden sofort die Ähnlichkeiten erkennen. Beide Instrumente sind halbstrukturierte Interviews und verwenden eine reguläre 4-Punkt Skala, um die Schwere der Symptome zu bewerten. Beiden liegt ein Handbuch bei, das die Glossardefinitionen der Symptome und ihre verschiedenen Schweregrade beinhaltet. Einige Änderungen wurden im ChA-PAS vorgenommen, teilweise aus dem Grund heraus, weil es zur Einschätzung von verschiedenen Altersgruppen kommt und teilweise weil die gewonnenen Erfahrungen von Anwendern der PAS-ADD Instrumente Berücksichtigung gefunden haben.

Störungsbilder, die durch den ChA-PAS abgedeckt werden

Keines der PAS-ADD Instrumente versucht, alle möglichen Störungen, die auftreten könnten, abzudecken. Vielmehr wurde das Ziel verfolgt, sich auf die Kernerkrankungen zu konzentrieren, wobei weitere Probleme gegebenenfalls durch ergänzende Instrumente näher betrachtet werden sollten. Diese Entscheidung wurde getroffen, da Versuche einer umfassenderen Beurteilung oft zu Überkomplexität führten und zur Entwicklung von Einschätzungen, die in der klinischen Praxis kaum Anwendung finden würden. Im Falle des ChA-PAS werden bis auf eine Erkrankung alle abgedeckt, die auch im Mini PAS-ADD enthalten sind. Wegegefallen ist die Kategorie der "unspezifischen Störungen“. Diese Kategorie entstand durch statistische Analysen von Feldversuchen mit dem PAS-ADD 10, die allerdings mit organischen Problemen aus der ursprünglichen Stichprobe in Zusammenhang steht, die an einer Demenz litten.

Der ChA-PAS enthält zusätzlich Abschnitte zur Diagnose von Verhaltensweisen, die im Allgemeinen bei Kindern beobachtet werden, und zwar beinhalten sie die Störungen des Sozialverhaltens und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten wurden jedoch nicht mit eingeschlossen, weil es als sehr schwierig empfunden wurde, die Kriterien für diese Bevölkerungsgruppe sinnvoll geltend machen zu können. Die vollständige Liste der Erkrankungen, die durch den ChA-PAS abgedeckt werden, ist in der **Übersicht** auf Seite 3 aufgeführt.

Wenn der/die Beurteiler/in andere Störungen, die möglicherweise vorliegen, identifiziert, können diese auf dem Auswertungsbogen angegeben werden, um sie einer nachträglichen Beurteilung mit Hilfe von anderen Instrumenten unterziehen zu können. Dazu gehören Enuresis, Tic-Störungen und Essstörungen.

Weder das PAS-ADD System, noch der ChA-PAS umfassen herausfordernde Verhaltensweisen. Dies war eine bewusste Entscheidung, basierend auf der Wichtigkeit der Unterscheidung dieser Verhaltensweisen von psychiatrischen Symptomen (Emerson, Moss, & Kiernan, 1999).

Die Nutzung des ChA-PAS durch erfahrene Kliniker/innen

Dieses Beurteilungsinstrument wurde entwickelt, um die Bedürfnisse von erfahrenen Klinkern/innen zu erfüllen, aber auch zur Beibehaltung der notwendigen Strukturen und Informationen, damit es auch von weniger qualifiziertem Personal angewandt werden kann. Dies wurde erreicht durch:

- Das Interview wurde in seiner Struktur so gestaltet, dass es einem erfahrenen Krankenhausarzt so einfach wie möglich gemacht wird, Abschnitte, die für eine bestimmte Person nicht relevant sind, zu überspringen. Das soll die Dauer der Einschätzung wesentlich verkürzen.

- Inkludiert zusätzliche Checklisten im Abschnitt für psychotische Störungen, um eine bessere Kodierung der Merkmale von Wahnvorstellungen und Halluzinationen zu ermöglichen.

- Reduzierung des Glossars und der dazugehörigen Bewertungsinformationen auf die grundlegenden Informationen, die benötigt werden, um ein Item bewerten zu können.

Glossar

Die Glossardefinitionen wurden in dieser Version für die entsprechende Altersgruppe umgeschrieben und sind in den schattierten Teilen des Interviews enthalten. Die bei der Schulung von Anwendern/innen mit dem Mini PAS-ADD gewonnenen Erfahrungen, zeigten einige Bereiche auf, in denen die Formulierungen unklar waren, welche aber mittlerweile geklärt werden konnten.

Einsatz von zwei Informanten/innen

Der ChA-PAS wurde entwickelt, um ausdrücklich die Antworten von zwei Informanten/innen zu kodieren - in der Regel ein Elternteil und ein/e Lehrer/in - dies ermöglicht einen formellen Vergleich der Konsistenz von Verhaltensweisen in unterschiedlichen Situationen.

Verwendung des ChA-PAS

Der ChA-PAS besteht aus zwei Teilen: diesem Handbuch, das die Interview-Fragen, das Glossar und die Bewertungsinformationen enthält und dem Auswertungsbogen zur Erfassung der Ratings und anderer Einzelheiten.

Der Auswertungsbogen besteht hauptsächlich aus Symptomtabellen, die in Abschnitte unterteilt sind. Jedes Symptom im Auswertungsbogen hat eine entsprechende Glossardefinition in diesem Handbuch (diese sind in den grau schattierten Teilen des Interviews enthalten). Durch das Glossar erfahren Sie, worauf Sie achten müssen, um ein Symptom identifizieren zu können und es leitet ebenso die Bewertung des Schweregrads eines Symptoms an. Die Reihe von Kodierungen unmittelbar rechts eines jeden Symptoms im Auswertungsbogen zeigen an, welcher Wert in die Beurteilungsspalte eingetragen werden sollte, und zwar abhängig von der Schwere des Symptoms.

Es gibt drei Beurteilungsspalten, zwei für die primäre Auskunftsperson und eine für einen weiteren Informanten (für gewöhnlich ein/e Lehrer/in). Jede Auskunftsperson sollte eine Spalte für den gegenwärtigen Zustand ausfüllen. Die dritte Spalte dient dem primären Informanten, um eine weitere Episode zu bewerten; dies ermöglicht die Bewertung von zwei unterschiedlichen Zeiträumen. Im Falle einer fluktuierenden affektiven Störung bedeutet das, dass bestimmt werden kann, ob die Kriterien sowohl für eine manische als auch für eine depressive Episode erfüllt wurden. In anderen Fällen kann die Verwendung von zwei Episoden helfen, Klarheit darüber zu bekommen, ob eine Veränderung der Symptome über einen bestimmten Zeitraum aufgetreten ist.

Das Interview stellt ein halb strukturiertes klinisches Interview dar, d.h. die Fragen und Aufforderungen sind zur Orientierung vorgesehen, müssen aber nicht starr eingehalten werden. Viele der Fragen wurden in adaptierter Form aus dem Mini PAS-ADD Interview übernommen, außer den neuen Abschnitten **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** (Seiten 55-63) und **Störungen im Sozialverhalten** (Seiten 64-69).

Das Kind bzw. der/die Jugendliche/r welche/r im Mittelpunkt des Interviews steht, wird durchgehend als [P] bezeichnet.

Die grundlegenden Schritte zur Durchführung eines ChA-PAS Interviews

1 Auswahl des/der primären Informanten/in (für gewöhnlich ein Elternteil)
2 Einführung in das Interview

3 Erstgespräch: Spontane Darstellung der Probleme des Kindes durch den/die Informanten/in und deren Aufzeichnung
   - die wichtigsten ChA-PAS Symptomkonstellationen aus Sicht des/der Informanten/in
   - der sichtbare zeitliche Verlauf der Symptome
4 Entscheidung über die Zeitspanne, die bewertet werden soll
5 Durchführung des Hauptteiles des Interviews mit dem/der primären Informanten/in und Ausfüllen der Ratings in den entsprechenden Sektionen
6 Die primäre Auskunftsperson bitten, die Lebensereignis-Checkliste fertig auszufüllen
7 Eine zweite Auskunftsperson interviewen, sofern es angebracht erscheint (für gewöhnlich einen/eine Lehrer/in) und Wiederholung der Schritte 2,3 und 5
8 Vervollständigung der Werte im Auswertungsbogen (Addieren der Teilbewertungen, Berechnung der Endergebnisse und Übertragung dieser in die Zusammenfassung des Auswertungsbogens auf Seite 12)
9 Erfassung jeglicher Symptombereiche, die nicht durch den ChA-PAS gedeckt sind und weiterer Informationen bedürfen

1 Auswahl des primären Informanten

In den meisten Fällen wird die Wahl des/der primären Informanten/in als offensichtlich erachtet werden und zwar wird es die Bezugsperson sein - in den meisten Fällen ein Elternteil. Ob die Befragung einer weiteren Person notwendig ist, wird erst nach Beendigung des Interviews mit der primären Auskunftsperson entschieden, und zwar ob aufgrund einer zusätzlichen Perspektive noch zusätzliche Informationen gewonnen werden können. Wenn es um die Abklärung einer ADHS-Problematik geht, sollte die zweite Auskunftsperson der Lehrer sein, weil die Items in Bezug auf ADHS (**Items 37-54**) nur im Vergleich mit anderen Kindern, die gleich alt sind und den gleichen Entwicklungsstand haben, beurteilt werden können. Die Lehrer sind in der Regel eine gute Wahl, weil die Schule normalerweise die wichtigste Umgebung ist, in der [P] Zeit fern von seinen Eltern verbringt und daher ein Vergleich zwischen verschiedenen Situationen leichter hergestellt werden kann.

Kinder, die sprachlich kompetent sind

Im Falle von Kindern, die sprachlich kompetent sind, kann es sinnvoller sein, auf Grund der eigenen Aussagen dieser Kinder anstatt der Aussagen der Informanten hin zu kodieren. Erstuntersuchungen haben gezeigt, dass erfahrene Kliniker/innen in der Lage sind, das Interview auf diese Art und Weise durchzuführen, wobei sie die Fragen in der zweiten Person stellen und die Sprache entsprechend anpassen. Es gibt so viele potenzielle Fähigkeitslevel, sowohl kognitive als auch sprachliche, so dass keine spezifischen Vorgaben diesbezüglich gemacht werden können. Insgesamt gibt es keinen Zweifel, dass die eigenen Ansichten von [P] eine hohe Wertigkeit haben und soweit als möglich einbezogen werden sollten. Auf Seite 1 des Auswertungsbogens wurde ein Freiraum gelassen, um die Beteiligung von [P] erfassen zu können.

Im Allgemeinen sind Kinder die besseren Informanten von internalisierten Symptomen, während die Erwachsenen besser Auskunft über externalisierte Symptome des Kindes geben können, wie ADHS und Störungen des Sozialverhaltens.

2 Einführung in das Interview

Der Beginn eines klinischen Interviews ist sehr wichtig, weil er den Rahmen für das folgende Gespräch vorgibt. Die innere Einstellung von jemandem der interviewt wird, wird wahrscheinlich durch seine Erwartungen an die Interaktion bestimmt. Erklären Sie, was Sie mit den Informationen zu tun beabsichtigen, und heben Sie die Verschwiegenheitspflicht hervor! Das Interview selbst bietet eine Liste an Punkten, die beim Erstgespräch geklärt werden müssen (siehe **Punkte, die in Ihrem einleitenden Gespräch mit dem/der Informanten/in und [P] abgedeckt sein sollten** auf Seite 32).

Das Erstgespräch gibt Ihnen die Gelegenheit, etwas über die Probleme von [P] aus der Sicht des/der Informanten/in in Erfahrung bringen zu können. Es gibt Ihnen auch die Gelegenheit, etwas über [P] zu erfahren und seine oder ihre Interessen kennen zu lernen. Dies wird Ihnen helfen die darauffolgenden Fragen einzurahmen.

3 Erstgespräch

Das Erstgespräch spielt eine entscheidende Rolle im Interviewprozess und führt zur Aufzeichnung von:

i) Symptomkonstellationen, die vorhanden sein können
ii) zeitliche Verläufe der Probleme
iii) [P]s Interessen

Diese Punkte werden auf Seite 2 des Auswertungsbogens protokolliert.

i) Konstellation der Hauptsymptome

Um die betroffenen Symptomkonstellationen zu erkennen, werden spezifische Untersuchungen bereitgestellt. Nachfolgende Interviews können natürlich weitere Bereiche beleuchten, die nicht während der anfänglichen Diskussion erfragt werden konnten, sodass die Checkliste (**Punkt i** auf Seite 2 des Auswertungsbogens) jederzeit während des Interviews hinzugezogen werden kann. **Wenn es irgendeinen Zweifel über das Vorhandensein einer Symptomkonstellation gibt, ist es besser, auf Nummer sicher zu gehen und den Abschnitt fertig auszufüllen, anstatt ihn zu überspringen.**

Durch den ChA-PAS können nicht alle möglichen Störungen identifiziert werden, deshalb gibt es auf Seite 15 des Auswertungsbogens (betitelt mit **Zusätzlich erkannte Probleme, über die weitere Informationen eingeholt werden müssen und nicht vom ChA-PAS abgedeckt werden**) eine eigene Checkliste in der alle Symptomkonstellationen aufgezeichnet werden können, die durch dieses Instrument nicht abgedeckt werden.

ii) Zeitlicher Verlauf der Probleme

Ziel dieses Abschnittes (**Item ii** auf Seite 2 des Auswertungsbogens und Seite 29 des Interviews) ist es den zeitlichen Verlauf von Symptomen zu bestimmen: hat sich [P] immer so verhalten? Wann haben die Probleme begonnen? War der Beginn plötzlich? Hat es sich über einen längeren Zeitraum entwickelt? Zeigt [P] wiederkehrende Stimmungsschwankungen? Abgesehen von der diagnostischen Wichtigkeit dieser Informationen, stellen sie auch gleichzeitig die Basis dar, aufgrund derer der/die Beurteiler/in entscheiden muss, welche Zeitperiode für die Einschätzung gewählt wird. Die Konzeption der entsprechenden Interviewfragen wurde so gewählt, um diese Entscheidung zu erleichtern.

iii) Hauptinteressen von [P]

Bei der Formulierung einiger Fragen im Interview ist es wichtig die Interessen von [P] zu kennen (**Item iii** auf Seite 2 des Auswertungsbogens und Seite 29 des Interviews)

4 Entscheidung über die Zeitperiode(n), die bewertet werden soll

Die Auswahl der Bewertungsperioden hängt von den Informationen über die zeitliche Entwicklung und die Manifestation der Symptome ab, die aus dem Erstgespräch hervorgegangen sind (Items i und ii). In den meisten Fällen wird eine dieser Perioden dem gegenwärtigen Zustand des/der Klienten/in entsprechen, in vielen Fällen können dies die vergangenen vier Wochen sein. Im Falle einer zyklischen Störung könnte dieser Zeitrahmen verschoben werden müssen. Wenn zum Beispiel die Stimmung des Klienten innerhalb der letzten vier Wochen zyklisch verlaufen ist, kann es nötig sein, die Länge der Zeitperiode, die als gegenwärtiger Zustand berücksichtigt wird, zu verkürzen, um zu vermeiden, dass die Untersuchung beide Phasen behandelt. Durchlebt der/die Klient/in aktuell eine Stimmungsschwankung, wird es notwendig sein, den Zeitraum zu verlagern.

In einigen Fällen wird es sinnvoll sein, nur den gegenwärtigen Zustand zu untersuchen. Zum Beispiel, wenn es keine Hinweise für eine zyklische Störung gibt, und die Symptome von [P] mehr oder weniger konstant sind, seit sie zum ersten Mal erschienen sind, ist wahrscheinlich ein Interview über eine Episode ausreichend. Ein Interview über zwei Episoden wird bei allen zyklischen Störungen notwendig sein. Es gibt auch noch andere Fälle, bei denen ein Zwei-Episoden Interview angebracht ist, wenn zum Beispiel bei [P] eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes über einen längeren Zeitraum beobachtet wurde.

Hier könnte es sinnvoll sein, den/die Informanten/in zu bitten, auf seine / ihre Erinnerungen zu einem früheren Zeitpunkt zurückzugreifen - vielleicht vor einem Jahr - für die zweite zu bewertende Episode. Dies ermöglicht eine Prüfung der genauen Beschaffenheit der Änderungen, die in diesem Zeitraum aufgetreten sind. Weitere komplexe klinische Störungsbilder, welche einen zweiten Zeitraum zur Einschätzung benötigen, werden in den Trainingskursen für den ChA-PAS durchgemacht.

5 Durchführung des Hauptteils des Interviews

Reihenfolge der Abschnitte

Ein effektives und sensitives Interview muss in der Lage sein, Rücksicht auf die Sorgen, die durch den/die Informanten/in oder durch [P] selbst identifiziert werden, zu nehmen. Aus diesem Grund ist es nicht angemessen, anzugeben, ob die Abschnitte in einer bestimmten festen Reihenfolge durchgeführt werden sollten. Manchmal kann es sinnvoll sein, mit sehr ernsten Problemen (wie Psychosen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu beginnen, weil diese aus Sicht des/der Interviewten am meisten präsent sind. Unter anderen Umständen kann es sinnvoller sein, das Interview ein wenig vorsichtiger zu gestalten und mit Problemen wie Angst, Depression und geringem Selbstwertgefühl, die bei Kindern oft als psychisches Gesundheitsproblem auftreten, zu beginnen, bevor man zu den wesentlichen Fragen kommt. Einzelne Interviewer werden sich in ihrer bevorzugten Vorgehensweise ebenfalls unterscheiden.
Aus diesen Gründen **können die einzelnen Abschnitte im ChA-PAS in beliebiger Reihenfolge ausgeführt werden, je nach Ermessen des/der Interviewers/in.**

Die Reihenfolge, in welcher die Symptome im Interview organisiert sind, reflektiert den Ansatz wieder, bei dem mit gewöhnlicheren Problemen begonnen wird, um dann im weiteren Verlauf des Interviews zu schwerwiegenderen Problemen überzuleiten.

Die Entscheidung einen Abschnitt zu überspringen

Jeder Abschnitt des Interviews beginnt mit einer Notiz, die Sie auf den nächsten Abschnitt verweist, so dass es leicht gemacht wird irrelevante Abschnitte zu überspringen, sofern es als angemessen erscheint. Beachten Sie jedoch, dass der Abschnitt über **Konzentration, Unruhe und Schlafstörungen** auf jeden Fall abgeschlossen werden sollte, da diese Faktoren viel zur Diagnose-Konstellationen beitragen.

Seien Sie sehr vorsichtig beim Überspringen von Abschnitten! Der ganze Sinn der Strukturierung dieser Untersuchung geht verloren, wenn nicht alle Abschnitte ausreichend untersucht werden. Es gibt eine große Anzahl an Hinweise, die die Unzuverlässigkeit von unstrukturierten klinischen Interviews unterstreichen. Ein Großteil dieser Unzuverlässigkeit entsteht, weil die Leute denken sie wissen die Antwort schon, bevor sie die Beurteilung durchgeführt haben und führen in der Tat die Befragung nur durch, um ihre Meinung zu bestätigen. Seien Sie vorsichtig, beim Weglassen von Abschnitten, nur weil sie nichts zur Hauptdiagnose beitragen könnten. Beachten Sie, dass die Behandlung von [P] effektiver sein wird, wenn sie auf einem vollständigen Krankheitsbild beruht, anstatt auf einer Diagnose allein.

Das Stellen der Fragen

Alle Fragen sind auf die gleiche Weise formuliert, und zwar mit einer ersten Basisfrage gefolgt von einer Reihe weiterführender Fragen, die gestellt werden sollten, wenn es als nützlich erachtet wird. Das grundlegende Ziel ist es, ein zielorientiertes Gespräch über die Symptome durchzuführen, durch welche Folgendes entschieden wird:

a) Ist das Symptom vorhanden?
b) Wenn es vorhanden ist, wie stark ist es ausgeprägt?

Das oberste Ziel ist es, eine valide Symptomkodierung zu erreichen. Aus diesem Grund muss der/die Interviewer/in große Aufmerksamkeit auf die Glossardefinitionen in den schattierten Teilen des Interviews richten (siehe Symptomkodierung unten), sowie auf die empfohlenen Formulierungen der Fragen.

Symptomkodierung

Das Wesen der validen und reliablen Kodierung ist es, sehr genau mit den Glossardefinitionen zu arbeiten. Selbst wenn Sie ein/e erfahrener/r Kliniker/in sind, sollten Sie immer die Definitions- und Ratingkategorien verwenden. Die Validität des Scoring-Systems hängt von der Verwendung dieser Definitionen ab.

Gehen Sie an jedes Symptom so heran, als ob es isoliert bewertet werden würde. Folgern Sie nicht aus der Anwesenheit von gewissen Symptomen, dass deshalb noch weitere bei [P] vorhanden sein müssen.

Die meisten Items werden anhand einer 4-Punkt Skala bewertet:

- nicht vorhanden
- leicht
- mittel
- schwer

Die Bewertungen der Interviewfragen sind nach dem Schweregrad farblich kodiert, und entsprechen den farbigen Codes im Auswertungsteil. Dies soll Ihnen helfen, leicht zwischen dem Auswertungsteil und dem Glossar hin und her zu wechseln.

Häufig gestellte Fragen zur Kodierung

Warum erhöhen sich die Codes nicht progressiv mit dem Schweregrad der Symptome?

Das hat mit der Funktionsweise des Diagnosesystems zu tun. In vielen Fällen erfolgt die wichtigste klinische Entscheidung über ein Symptom dahingehend, ob es in einem ausreichenden Schweregrad vorliegt und so diagnostisch signifikant ist. Sobald ein Symptom diesen Level des Schweregrads erreicht, erhöht ein weiterer Anstieg des Schweregrads nicht die diagnostische Aussagekraft. (Wenn dem so wäre, wäre es möglich, dass eine Mindestpunktzahl erreicht wird, ohne dass die erforderliche Anzahl von Symptomen vorliegt.) Daher verläuft die Bewertung bei vielen Items von einer Null-Bewertung bis hin zu einer Positiven, für gewöhnlich zwischen einer leichten und mittelschweren Ausprägung.

(Manchmal genügt es schon, dass ein Symptom schwach ausgeprägt ist, damit man es als signifikant ansehen kann, und somit der Wechsel zwischen „nicht vorhanden“ und „leicht“ vollzogen ist.)

Verschiedene Bewertungskategorien erhalten daher häufig denselben Code. Allerdings sollte man immer die Symptome so genau wie möglich kodieren. Wenn man das nicht tut, würden wertvolle klinische Informationen verloren gehen. Beispielsweise kann eine Person tatsächlich eine Verbesserung infolge einer Behandlung erzielen, indem sich der Schweregrad vieler Symptome von schwer bis mäßig reduziert. Obwohl es immer noch einen diagnostizierbaren Zustand darstellt, ermöglicht eine exakte Einteilung, dass der ChA-PAS zur genauen Überwachung der Beschwerden eingesetzt werden kann. Um sich daran zu erinnern, aus welcher Spalte der Wert des Schweregrads gezogen wurde, sollte man immer die entsprechende Bewertung mit einem Häkchen, Kreis oder einem Kreuz markieren, sowie es in die Spalte für Bewertungen eintragen.

Sie werden auch feststellen, dass die Zahlen in den Spalten von Item zu Item variieren, mit einigen, die eine Wertung mit einem Maximum von 1 haben. Darin spiegelt sich die relative Gewichtung, die den verschiedenen Symptomen zugedacht wurde, wieder. Einige sind diagnostisch sehr wichtig und spezifisch, andere sind weniger bedeutend und können mit einer Reihe von verschiedenen Störungen assoziiert sein.

Die Bewertungen für die Psychose-Items verlangen eine etwas andere Herangehensweise an die 4-Punkt Skala und werden auf den Seiten 21 bis 22 näher diskutiert.

Weshalb werden manche Items nicht gewertet?

Zum Beispiel, **Item 1: „Umstände, unter denen Angst oder Panik ausgelöst werden (wurden)“** wird nicht gezählt. Das ist deswegen so, weil die spezifischen Umstände, unter denen die Angst auftritt, an sich nichts darüber aussagen, ob die Diagnosekriterien erfüllt sind oder nicht. Dennoch bleiben sie ein wichtiger Bestandteil der klinischen Aufzeichnungen. Eine Person kann zwar die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung für einen gewissen Zeitraum erfüllen, aber es können auch Verbesserungen der Angstzustände aufgetreten sein, weil er jetzt in der Lage ist, Situationen zu bewältigen, mit denen er zuvor nicht zurecht gekommen ist.

Was ist, wenn ich nicht genügend Informationen zur Verfügung habe, um ein Item sicher einstufen zu können?

Die beste Lösung wäre es zu überprüfen, ob man die Informationen von einer anderen Quelle in Erfahrung bringen kann. Falls ein/e Informant/in keine Angaben über das Sozialverhalten machen kann, ist unter Umständen vielleicht jemand anderes dazu in der Lage. Wenn alle Informationen zur Verfügung stehen, aber immer noch Zweifel bestehen bleiben, dann lautet die Regel, es als geringer zu bewerten (d.h. niedrigerer Schweregrad) oder man bewertet es als nicht vorhanden. Wenn man ein Item nicht sicher bewerten kann, sollte man dies im Auswertungsteil vermerken und mit Null bewerten.

6 Den/die primäre/n Informanten/in bitten die Lebensereignis-Checkliste auszufüllen

Bis zum Ende der Befragung, sollte der/die primäre Informant/in in der Lage sein, die verschiedenen Ereignisse, die in den vergangenen beiden Jahren in [P]s Leben stattgefunden haben, wiedergeben zu können. Eine einfache Möglichkeit dies zu gewährleisten, ist diesen Auswertungsteil an die Auskunftsperson zu übergeben, so dass er/sie die **Lebensereignis-Checkliste** auf Seite 15 des Auswertungsbogens selbst vervollständigen kann. Wenn Sie nicht möchten, dass der/die Informant/in Einsicht in den Auswertungsteil bekommen soll, wird es notwendig sein, die **Lebensereignis-Checkliste** als Teil des Interviews zu durchlaufen. Wenn ein Ereignis aufgetreten ist, das nicht von der Liste der Kategorien erfasst wird, kreuzen Sie das Kästchen am Ende der Liste ("Jedes andere Ereignis ...") an und beschreiben Sie das Ereignis in dem dafür bereitgestellten Platz.

7 Eine zweite Person interviewen

Die Gründe für den Einsatz von zwei Informanten/innen

Es ist wichtig zu erkennen, dass die erste und zweite Befragung verschiedene Zwecke in Bezug auf den diagnostischen Prozesses haben. Es bestehen einige Überschneidungen, aber beide sind nicht ident.

Die primäre Auskunftsperson wird zu den verschiedenen Episoden (sollte der/die Interviewer/in dies als notwendig erachten) **befragt.** Die primäre Betreuungsperson ist die Person, die über eingehendes und langfristiges Wissen verfügt, das notwendig ist, um Vergleiche zwischen den Zeitperioden zu machen. In vielen Fällen könnte die zweite Auskunftsperson auch über zwei Zeitabschnitte Auskunft geben, aber dies würde einen nicht notwendigen Arbeitsaufwand bedeuten.

Der Hauptgrund für die Befragung einer zweiten Auskunftsperson ist es, verschiedene Perspektiven zu erhalten. Beobachten die zwei Informanten/innen die gleichen Verhaltensweisen und Zeichen? Wenn nicht, kann das einen wichtigen Anhaltspunkt für die Formulierung von [P]s Fall darstellen. Der einfachste Weg dies zu tun, ist der Vergleich der Auffassungen, die die beiden Informanten/innen für die gegenwärtige Situation haben, deshalb wird der/die zweite Informant/in nur über den gegenwärtigen Zustand befragt.

Wann ist ein/e zweite/r Informant/in erforderlich?

Die Entscheidung, ob eine zweite Auskunftsperson zu befragen ist, unterliegt dem Ermessen des/der Beurteilers/in. Allerdings benötigt jedes klinische Bild, welches Störungen im Sozialverhalten oder ADHS anzeigt, unbedingt ein zweites Interview. Dies liegt zum Teil daran, dass es zwingend notwendig ist, zu überprüfen, ob das Verhalten kontext-spezifisch ist oder nicht. Die Items für ADHS verlangen außerdem Urteile, die im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters und Entwicklungsfähigkeit gemacht werden, so dass sich die Bewertung für dieses Krankheitsbild hauptsächlich auf den Bericht eines/r Lehrers/in, mit übereinstimmenden Angaben von den Eltern, stützt.

In Bezug auf die psychiatrischen Konstellationen (Psychosen, manische Episode, depressive Episode, Angststörungen, Zwangsstörungen) kann die Entscheidung über die zweite Auskunftsperson möglicherweise weniger eindeutig sein. Für diese Erkrankungen werden Bewertungen von einer zweiten Auskunftsperson als nicht notwendig erachtet, um die Ergebnisse zu vervollständigen. Jedoch kann es in einigen Fällen von Bedeutung sein, zu überprüfen, ob und inwieweit beispielsweise Angstsymptome speziell mit der Familie oder anderen Umständen zusammenhängen, oder aber eine allgemeine Erscheinung darstellen.

Screening für Autismusspektrum-Störung

Der Abschnitt über die Autismusspektrum-Störung (**Item 81 bis 97**) ist nicht Teil des Interviews, aber für die Durchführung durch den/die Beurteiler/in gedacht, auf der Grundlage von vorhandenem persönlichen Wissen über [P]. Dies liegt daran, dass eine vollständige Bewertung eine ausführliche Befragung der Eltern über [P]s Entwicklungsgeschichte erfordern würde, die sich außerhalb des Geltungsbereichs des ChA-PAS befindet. Es gibt bereits eine Reihe von ausgezeichneten Instrumenten, die zur Verfügung stehen, um diese Beurteilung durchzuführen.

Obwohl es auf ein Beobachtungs-Screening begrenzt ist, kann dieser Teil des ChA-PAS bei der Identifizierung einer möglichen Autismus Störung sehr nützlich sein. Die Items wurden aus den diagnostischen Kriterien des „Autism Diagnostic Interview“ (Rutter, Lord & LeCouteur, 1991) abgeleitet, das als Teil des ursprünglichen Projekts, dem PAS-ADD Interview (siehe **Anhang: Das PAS-ADD System**) entwickelt wurde. Die Items, die von Rutter (persönliche Mitteilung) vorgeschlagen wurden, waren jene Items, die sich als am effektivsten bei der Unterscheidung von Personen mit und ohne Autismus herausgestellt hatten. Er stellte auch den Bewertungsschlüssel zur Verfügung.

Um den Abschnitt Autismusspektrum-Störung abzuschließen, muss der/die Beurteiler/in eine gute Kenntnis von [P] besitzen und die Möglichkeit gehabt haben, ihn oder sie in einer Vielzahl von Situationen beobachten zu können, sowohl gesellschaftlich als auch alleine. Die drei Abschnitte beziehen sich auf die Triade von Beeinträchtigungen:

- Beeinträchtigung in sozialen Interaktionen **(gesellschaftliche Anerkennung)**
- Beeinträchtigung in der Kommunikation **(gesellschaftliche Sprache)**
- sich wiederholende stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten **(Vorstellungskraft und Vergnügen)**

Die Items zur Überprüfung von Autismus sind schwieriger zu verwenden, als die in den anderen Abschnitten, teils deswegen, weil viele der charakteristischen Verhaltensweisen auch aus anderen Gründen als Autismus auftreten können. Das adäquate Verwenden dieser Items ist ein wichtiger Teil der Schulung.

8 Fertigstellung der Auswertung

Sobald das Interview abgeschlossen ist, müssen alle Zwischenergebnisse von **A** bis **V** berechnet und in den Raster auf Seite 11 des Auswertungsbogens eingetragen werden. Auch die Schlaf-Items müssen hinzugefügt werden (wie auf Seite 6 des Auswertungsbogens angegeben). Die Auswertung sollte dann wie auf den Seiten 12-14 des Auswertungsbogens angegeben, durchgeführt werden. Die Interpretation dieser Werte wird auf den Seiten 24-29 dieses Handbuchs besprochen.

9 Aufzeichnung aller Symptombereiche, die weitere Informationen benötigten

Der Cha-PAS versucht nicht, alle möglichen Diagnosen abzudecken, so wird es Fälle geben, bei denen Probleme identifiziert werden, die einer weiteren Untersuchung mit anderen Diagnoseinstrumenten bedürfen. Einige von diesen (z. B. Enuresis) werden nicht durch den ChA-PAS abgedeckt. Für andere (wie primäre Schlafstörung, Trennungsangst und post-traumatische Belastungsstörung) kann es Teilinformationen zur Verfügung stellen. Weitere Fragen müssen separat abgeklärt werden.

Die Checkliste am oberen Rand der Seite 15 des Auswertungsbogens (**Zusätzlich identifizierte Probleme, die weiterer Informationen bedürfen und nicht durch den ChA-PAS abgedeckt werden**) ist vorgesehen, um diese Beobachtungen am Ende des Interviews aufzuzeichnen.

Anmerkungen zur Handhabung der spezifischen Abschnitte

Diese Hinweise betreffen die spezifischen Themenbereiche, die in den folgenden Abschnitten auftreten:

- Hyperaktivität, gehobene Stimmung
- Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Störungen des Sozialverhaltens
- Psychotische Symptome
- Autismusspektrum-Störung

Hyperaktivität, gehobene Stimmung

Die Items in diesem Abschnitt (**Item 18-25**) können sowohl Hinweise auf eine manische Episode, als auch für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) liefern.
(Es ist ebenso möglich, dass im Eingangsgespräch mit der Bezugsperson diese Möglichkeit bereits angedeutet wurde.) Die Differentialdiagnose dieser zwei Störungen kann aufgrund der großen Überschneidung der Symptome schwierig sein. Aus diesem Grund muss der/die Interviewer/in entscheiden, ob die im Anschluss folgenden ADHS Items bearbeitet werden sollen.

Schätzungen zufolge weisen nahezu alle Kinder, bei denen Symptome einer manischen Episode identifiziert wurden, auch die Kriterien von ADHS auf. Allerdings bei jenen, die Symptome einer ADHS zeigen, ist es weniger wahrscheinlich (20%), dass sie auch die Kriterien einer manischen Episode erfüllen (Wozniak et al., 1995). Die logische Schlussfolgerung ist, dass es nicht notwendig ist, die ADHS Items zu vervollständigen, wenn die Kriterien für eine Manie schon erfüllt wurden. Wenn jedoch diese Entscheidung getroffen wird, ist es ebenso wichtig die individuellen Symptome in Betracht zu ziehen. *Geller et. al., (1998) haben festgestellt, dass die folgenden vier Symptome eher Indikatoren für eine manische Episode als für ADHS sind: gesteigerte Stimmung, Größenwahn, hypersexuelles Verhalten und Gedankenflucht.*

Aufmerksamkeitsdefizit -/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) **(Items 37-54)** ist ein anhaltendes und ständig präsentes Verhaltensmuster von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität-Impulsivität oder beidem, das in der frühen Kindheit beginnt. Dieses Verhaltensmuster wird häufiger gezeigt und ist gravierender als es bei Personen mit vergleichbarem Entwicklungsstand üblicherweise beobachtet wird. Die Kriterien beziehen sich schon auf das Verhalten, daher können sie bei Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) leichter angewendet werden als bei Personen, bei denen man sich hauptsächlich auf deren eigenen verbalen Bericht stützt. Das wirkliche Problem liegt an der Tatsache, dass IB selbst mit Verhaltensweisen assoziiert wird, die in der Allgemeinbevölkerung auf ADHS hinweisen. Kinder mit IB sind oft hyperaktiv und zeigen ein höheres Maß an störendem Verhalten, Unruhe und Aktivität, besonders wenn man von ihnen verlangt, dass sie selbstständiger arbeiten. **Um brauchbare Daten zu bekommen, ist es wichtig, die Ergebnisse mit Peers ähnlichen Alters bzw. ähnlicher Entwicklungsstadien zu vergleichen.** Eltern sind nicht immer in der Lage, diese Informationen zu geben, da es, obwohl sie ein tiefgreifendes Wissen über ihr eigenes Kind haben, unwahrscheinlich ist, dass sie adäquates Wissen über vergleichbare Peers besitzen. Deshalb sollte für diesen Abschnitt der/die Lehrer/in und nicht die primäre Bezugsperson der/die Informant/in sein.

Kodierung

Die Mehrheit der ADHS erfassenden Items wird anhand der 4-Punkt Skala bewertet. Die einzige Ausnahme ist ***Item 45: Kurze Aufmerksamkeitsspanne für Aufgaben oder Spiele,*** das eine 2-Punkt Skala hat. Das ist so, weil viele Kinder mit IB dieses Verhalten zu einem gewissen Grad zeigen, sodass die Bewertung „schwach" keinen informativen Wert darstellt. Nur jene, die dieses Verhalten zu einem extremen Grad zeigen, sollten hier als positiv kodiert werden.

Um die Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsfragen im ADHS-Abschnitt fertig zu stellen, muss man zwei Items mit einbeziehen, die schon in dem Abschnitt **Hyperaktivität, gesteigerte Stimmung, ADHS** erfragt worden sind. Diese sind **Item 18: Hohe Energie** und **Item 19: Rededrang.** Die Punkte für diese Items sollten wieder kodiert und wie angegeben nach **Item 40** bzw**. Item 43** auf Seite 7 des Auswertungsbogens eingefügt werden.

Das Stellen der Fragen

Die Diagnosekriterien für ADHS verlangen, dass die Symptome *nicht dem Entwicklungsstand entsprechen*. Es ist daher wichtig, mit dem/der Informanten/in zu klären, dass er/sie das Verhalten von [P] mit dem der Peers vergleichen sollte, die einen ähnlichen Entwicklungsstand aufweisen. Für eine/n Lehrer/in in einer Schule für Kinder mit besonderen Bedürfnissen sollte dies kein Problem sein. Wenn [P] auf eine allgemeine Schule geht, könnte es jedoch schwieriger sein. Es ist nicht angebracht Orientierungshilfen für die Beantwortung der Fragen zu geben. Grundsätzlich sollte der/die Interviewer/in während des Interviews den/die Informanten/in ausführlich befragen und die gegebenen Antworten gut abwägen.

Es ist wichtig über die Anwendbarkeit der verschiedenen Items nachzudenken, bevor die Fragen gestellt werden. Manche von diesen Items, die Hyperaktivität erheben, können auch für nicht-mobile Individuen eingesetzt werden, andere nicht. ***Item 43: Platzt mit den Antworten heraus*** ist bei Individuen ohne verständliche Sprache nicht anwendbar. Manche der Items müssen spezifische Bedingungen erfüllen, um anwendbar zu sein; zum Beispiel, ***Item 52: Verliert oft Dinge für Schulaufgaben*** setzt voraus, dass [P] eine Schultasche zur Schule mit sich trägt. Das Interview gibt Anleitungen zu allen Voraussetzungen für jedes Item.

Störungen des Sozialverhaltens

Das wesentliche Merkmal einer Störung des Sozialverhaltens (**Items 55 – 70**) ist ein sich wiederholendes und anhaltendes Verhaltensmuster, das die wesentlichen Rechte von Anderen verletzt oder bedeutende altersadäquate gesellschaftliche Normen oder Regeln missachtet. Die festgelegten diagnostischen Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens gehen davon aus, dass [P] die wesentlichen Rechte von Anderen und gängige soziale Normen *versteht*; und dies stellt das fundamentale Problem dar, wenn diese Kriterien bei Individuen mit IB angewendet werden sollen. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Aggressionen gegen andere Menschen oder Tiere zeigen oder Eigentum beschädigen, es gibt aber wesentlich weniger Fälle, in denen Hinterlist oder andere ernsthafte Verletzungen von Regel und Normen nachweisbar sind. Klarerweise liegt der Unterschied in der Natur der Absicht, bzw. des *Vorsatzes.* Aggression und Zerstörung können einfach erfolgen, weil [P] frustriert ist und über keine anderen Bewältigungsstrategien verfügt, was bei vielen herausfordernden Verhaltensweisen durchaus der Fall sein kann. Gesetzesverstöße können ebenso bei Fehlen einer Absicht auftreten, entweder weil [P] die Regeln nicht versteht, oder weil er/sie die Konsequenzen seiner/ihrer Handlungen nicht richtig einschätzen kann. Betrug hingegen gilt per Definition als eine vorsätzliche Handlung.

Die Interpretation von Verhaltensproblemen bei Personen mit IB ist sehr problematisch. Eine besonders hilfreiche Informationsquelle, die bei der Interpretation spezifischer Verhaltensweisen bei IB hilft, ist das *Diagnostic Manual –Intellectual Disability (DM-ID)* (National Association for the Dually Diagnosed, 2007). Sie werden eindringlich gebeten, die relevanten Kapitel aus diesem Buch zu lesen, bevor Sie mit der Durchführung des Interviews beginnen.

Kodierung

Alle Items in diesem Abschnitt sind anhand einer 2-Punkt Skala kodiert („Kriterium ist erfüllt“ oder „Kriterium ist nicht erfüllt“).

Fragen über die Verhaltensweisen

Jedes potentiell bewertbare Item muss bis ins kleinste Detail betrachtet werden. Das beinhaltet auch die Situationen, in denen das zu bewertende Verhalten auftritt, die anwesenden Personen und auch die Einschätzung der Kontrolle, die [P] über sein/ihr Verhalten in der Situation hat. Versuchen Sie alle relevanten Informationen, die mit [P] problematischen Verhalten in Verbindung stehen könnten zu erheben. Bewerten Sie nur jenes Verhalten als vorhanden, wenn deutlich ersichtlich ist, dass [P] das Ausmaß seines/ihres Verhaltens versteht und es dennoch bewusst ausführt.

Ein wichtiges Thema ist auch die Altersangemessenheit. In der Allgemeinbevölkerung zeigt sich die Tendenz, dass viele dieser problematischen Verhaltensweisen mit dem Alter abnehmen. Diese umfassen: Grausamkeit zu Tieren, Einfordern von Aufmerksamkeit, physische Attacken, Wutanfälle und Ungehorsam zu Hause. Es ist besser, dass der/die Beurteiler/in jedes Verhalten genau exploriert und versucht, dessen Bedeutung in Bezug auf die Absicht zu verstehen, als zu versuchen, ein kompliziertes System für das Abstimmen auf das Entwicklungsstadium zu entwickeln. Je stärker die IB ausgeprägt ist, umso schwieriger wird es sein, dies zu erreichen. Wie schwer die IB auch ausgebildet sein mag, es ist von entscheidender Bedeutung, zweifellos nachzuweisen, dass eine Absicht vorhanden war, bevor das Item als vorhanden bewertet wird.

Psychotische Symptome

Kodierung

Die Kodierung in dem Abschnitt Psychotische Symptome *(**Items 71-80**)* ist auf die Identifikation von Halluzinationen und Wahnvorstellungen begrenzt, mit einer kurzen Checkliste für andere ungewöhnliche Verhaltensweisen, die die Diagnose von Psychosen unterstützen können *(**Items 78-80**).* Halluzinationen können anhand von vier Modalitäten kodiert werden: Hören, Sehen, Riechen und Berühren. Wenn [P] Stimmen hört, gibt es eine Checkliste um die Charakteristika der Stimmen zu protokollieren.

Es gibt nur ein einziges Item *(**Item 75: Wahnhafte Überzeugungen***) um die Anwesenheit von Wahnvorstellungen zu bewerten, zur Identifikation der Hauptsymptome von Wahnvorstellungen, gibt es aber eine Checkliste *(**Item 77: Charakteristika von Wahnvorstellungen**)*.

Der Abschnitt **Psychotische Symptome** hat auch eine 4-Punkte-Skala, aber diese Skalierung ist anders zu werten, als in den anderen Abschnitten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das Bewerten des *Schweregrades* der psychotischen Symptome nicht besonders nützlich ist und oft auch wenig Sinn macht (z.B. zu bewerten wie „stark“ jemand eine Stimme hört). Die *Sicherheit,* mit der eine Bewertung gemacht werden kann, ist von großer Wichtigkeit, wahrscheinlich bei Kindern in einem größeren Ausmaß als bei Erwachsenen. Daher entsprechen in dem Abschnitt Psychotische Symptome die Bewertungspunkte dem zunehmenden Ausmaß der Sicherheit, dass ein Symptom vorhanden ist. So hat dieser Abschnitt anstatt der Bewertung „mild“ eine Bewertung „mit Fragezeichen versehen“, was bedeutet, dass es Anzeichen gibt, dass das Symptom vorhanden sein könnte, aber die Überzeugung nicht groß genug ist, um endgültig sicher zu sein.

Mit Fragezeichen versehene Ratings tragen nicht zur Punktezahl bei, dennoch werden sie in der Zusammenfassung angeführt. Die nachfolgenden zwei Stufen zeigen eine wachsende Sicherheit an. Die vierte Bewertung wird dann gemacht, wenn [P] selbst fähig ist das Symptom zu bestätigen.

Das Stellen der Fragen

Es ist nicht praktikabel für jedes psychotische Phänomen, auf das man treffen könnte, strukturierte Fragen zu stellen. Das Ziel dieses Abschnittes sollte es sein, **eine so weit wie möglich klare Beschreibung der Details zu gewinnen und diese** auf Seite 16 des Auswertungsbogens **zu dokumentieren.**

Das Kodieren von [P] eigenen Antworten

Wenn das Kind bzw. der/die Jugendliche verbal gut in der Lage ist an dem Interview teilzunehmen, ist es möglich sehr detaillierte Information über die Natur der Halluzinationen und/oder den Inhalt der Wahnvorstellungen zu gewinnen. In solchen Fällen könnte es angemessen sein, ein Exemplar vom PAS-ADD 10 Interview zu verwenden und dessen Abschnitt für Psychosen zu vervollständigen; dieser macht es möglich, alle Details (z.B. Folgerichtigkeit von Wahnvorstellungen mit Affekt, spezifische Typen von Denkstörungen und der spezifische Inhalt von Wahnvorstellungen) getrennt zu erheben.

Autismusspektrum-Störung

Das Bewerten der Items in dem Abschnitt Autismusspektrum-Störung *(**Items 81-97**)* ist deutlich schwieriger als viele andere Abschnitte beim ChA-PAS. Der prinzipielle Grund dafür ist, dass viele der bewerteten Items auf andere Ursachen als Autismus zurückzuführen sind. Zum Beispiel gibt es viele Gründe, warum eine Person keinen Blickkontakt aufnehmen möchte – sie könnten schüchtern sein, oder wütend. In gleicher Weise könnte eine Person keine Hilfe bei anderen suchen, weil er/sie missbraucht worden ist, oder zu stolz ist die Anderen zu fragen. Um dieses korrekt zu kodieren, ist es notwendig sich daran zu erinnern, dass ein zentrales Symptom von Autismus, die Beeinträchtigung des Mechanismus der sozialen Wahrnehmung ist, im speziellen der Fähigkeit den mimischen Ausdruck von anderen Menschen zu deuten und ihn als etwas interessantes an zu sehen. Personen mit Autismus erscheinen oft unnahbar und distanziert und es ist genau dieses Verhalten, das durch die Items der Autismusspektrum-Störung fokussiert und kodiert werden und nicht Feindseligkeit, Angst oder Schüchternheit.

Manche der autistischen Verhaltensweisen werden nur für eine kurze Zeit während des Lebens einer Person sichtbar. Bewerten Sie daher nicht nur Verhaltensweisen, die gerade auftreten. Gibt es irgendeinen Hinweise auf das Symptom zu irgendeiner Zeit in [P]s Leben? Autistische Symptome sind normalerweise im Alter zwischen vier und fünf am klarsten ersichtlich. Wenn der/die Informant/in ein älteres Kinder oder einen Teenager beurteilt, wäre es von Vorteil, wenn er/sie [P] auch im Alter von vier bis fünf Jahren gekannt hat .Natürlich wird dies nicht oft der Fall sein.

Wägen Sie grundsätzlich jeden Hinweis für jedes einzelne Symptom gut ab. Deutet das alleinige Vorhandensein eindeutig auf Autismus hin? Ist das Symptom weit verbreitet – z.B. ist es in mehr als nur in einem einzigen Beispiel ersichtlich? Ist das Symptom eher bedingt durch die Begrenzungen von [P]s Lebensumständen oder ist es eher durch Autismus verursacht? (Zum Beispiel, hat [P] das Hobby Dinge zu sammeln, die seltsam erscheinen, weil für ihn/sie sonst wenig verfügbar ist, was er/sie sonst sammeln könnte?)

Es muss betont werden, dass ein Training in der Anwendung dieser Items von entscheidender Bedeutung ist, um valide Ergebnisse zu erhalten.

Interpretation der Punkte

Die Wichtigkeit der klinischen Interpretation und zusätzliche Informationsquellen

Das Ziel der Zusammenfassung (Seiten 12-14 des Auswertungsbogens) ist es, die Ergebnisse des ChA-PAS so klar wie möglich darzustellen, um dem/r Kliniker/in eine explizite Anleitung für die Auswertung zu bieten. Es muss jedoch wiederholt werden, dass der einzige Weg eine valide und umfassende Diagnose zu erstellen, der ist, die Daten des Interviews in Verbindung mit anderen relevanten Informationen zu nutzen. Am wichtigsten ist, dass man bedenkt, dass ICD 10 und DSM-IV-TR im Allgemeinen mehr Informationen erfordern, als die Erfüllung von Symptomkriterien. Für die meisten Störungen gibt es zusätzliche Kriterien, die ebenso erfüllt sein müssen. Zum Beispiel, für die Diagnose von Schizophrenie, fordert DSM-IV-TR, dass es eine Verschlechterung im sozialen und beruflichen Funktionieren gibt die für eine Dauer von mindestens 6 Monaten nachweisbar sein muss. Der Fokus vom ChA-PAS liegt auf den Symptomen. Er versucht nicht alle Kriterien mit einzuschließen, insbesondere nicht jene, die es notwendig machen, dass man zusätzliche Informationsquellen und Expertisen heranzieht. **Daher ist es wichtig, dass die Kliniker/innen, die die Punkte interpretieren, ein grundlegendes Wissen von allen relevanten Diagnosekriterien haben. Im Zweifelsfall nehmen Sie das entsprechende Kapitel zur Hand.**

Punkte, die in der Zusammenfassung des Auswertungsbogens in die blaue Zone eingetragen werden, sind dazu gedacht, dass sie die Punktezahl für die Diagnosekriterien dieser speziellen Störung erreichen oder überschreiten. Diese Grenzwerte werden in den verschiedenen Störungskategorien unterschiedlich festgelegt. Wenn [P] diesen Grenzwert überschreitet, sollte die Schlussfolgerung sein, dass er/sie möglicherweise eine psychische Störung in der jeweiligen Kategorie aufweist.

Der Wissensstand über psychische Störungen und der spezifischen Diagnoseverfahren entwickelt sich konstant weiter. Das macht es auch möglich, die gegenwärtigen Grenzwerte im Licht der aktuellen Forschungsergebnisse immer wieder modifizieren zu können.

Obwohl ICD-10 und DSM-IV-TR in den meisten Fällen sehr ähnlich sind, gibt es spezifische Aspekte, in denen sie sich unterscheiden können. Wo dies der Fall ist, beinhaltet die Zusammenfassung des Auswertungsformulars diagnostische Leitlinien, die die Diagnosekriterien der beiden Klassifikationssysteme erfordern.

Das Vergleichen der Antworten von zwei Informanten

Durch zwei Auskunftspersonen, hat man die Möglichkeit mehr Informationen über die Symptome in den verschiedenen Lebenslagen zu erhalten. Jede größere Diskrepanz zwischen den zwei Auskunftspersonen muss genau betrachtet werden, nicht nur hinsichtlich des Erstellens einer Diagnose, sondern auch, weil sie spezifische Probleme zu Hause oder in der Schule aufzeigen kann, die eine weitgehende Aufmerksamkeit verdient. Der letzte Punkt ist vermutlich von besonderer Bedeutung bei Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und ADHS, denn jede von diesen Störungen kann stark von Umweltfaktoren beeinflusst werden. In der Praxis ist es jedoch keine leichte Aufgabe die Aussagen von Eltern und Lehrern/innen zu den Items für Störungen des Sozialverhaltens oder ADHS zu vergleichen. Nur eine Untergruppe der Items deckt sich genau in Bezug auf Verhaltensweisen, die von den zwei Auskunftspersonen persönlich beobachtet werden können. Viele der Items beziehen sich auf örtliche Gegebenheiten oder haben mit dem Missachten von Gesetzen zu tun, was bereits von einer externen Behörde festgelegt worden ist. Spezifische Items, die sinnvoll verglichen werden können, werden im Zusammenhang mit den relevanten Abschnitten diskutiert.

Weiterhin gilt es zu bedenken, dass [P] beim Interview mit dem/der ersten Informant/in anwesend sein kann, jedoch nicht beim Interview mit dem/der zweiten Informant/in. Das Kodieren dieser Items könnte möglicherweise von den eigenen Beobachtungen der Auskunftsperson von [P]s Verhalten abhängig sein, was zu möglichen Fehlern und Verzerrungen zwischen den zwei Berichten führen kann. Hier wird keine spezifische Empfehlung gemacht, außer, dies zu bedenken, wenn die Punkte interpretiert werden.

Grenzwerte

Die einfachste Herangehensweise einen Grenzwert zu bestimmen ist, ihn direkt mit den Diagnosekriterien von ICD - 10 oder DSM-IV-TR in Beziehung zu setzen (zum Beispiel [P] überschreitet den Grenzwert, wenn er/sie die erforderliche Anzahl von Symptomen gemäß den Kriterien für diese Störung erfüllt). Eine Einschränkung davon ist, dass ICD 10 und DSM-IV-TR nicht genau festsetzen, wie schwer oder wie kombiniert die spezifischen Symptome sein sollten, um zu entscheiden, ob ein spezifisches Kriterium erfüllt ist. Die *Schedules for Clinical Assessment in Psychiatry (SCAN 1)* der World Health Organization (1992), von welchen der PAS-ADD abgeleitet worden ist, liefern ein sorgfältig ausgearbeitetes System der Symptombewertungen und -Kombinationen, um festzustellen, ob jedes Kriterium in der *ICD-10 Klassifikation von mentalen und Verhaltensstörungen: Diagnostische Kriterien für die Forschung* (World Health Organization, 1993) erfüllt worden ist. Obwohl das für die Forschung hervorragend ist, führt es zu einem Punktesystem, das sehr streng ist und typischerweise weit weniger diagnostizierbare Störungen identifiziert, als ein/e Kliniker/in identifizieren würde, der/die routinemäßige Methoden anwendet. Der Mini PAS–ADD für Erwachsene entspricht einem Kompromiss zwischen diesen beiden Standpunkten; er behielt das Set an Items für jede Störung wie im PAS–ADD bei, aber das komplexe Set der Entscheidungsregeln wurde durch einen einzigen Punkt für jede Störung, der auf der Summe der Punkte der relevanten Items beruht, ersetzt.

Die Gewichtung der Items wurde abgestimmt, um die Kerneigenschaften der spezifischen Störung vorrangig zu behandeln (so wie die Kernitems der Depression in ICD-10), und dann wurde ein theoretischer Grenzwert für jede Störung berechnet. Die Grenzwerte des Mini PAS-ADD wurden in Anbetracht der Ergebnisse aus Feldversuchen unter Expertenmeinung angepasst.

Grenzwerte für die psychiatrischen Störungen: Psychosen, manische Episode, depressive Episode, Angststörung und Zwangsstörungen

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wurden Grenzwerte für alle psychiatrischen Störungen ohne Veränderung gegenüber dem Mini PAS-ADD für Erwachsene übernommen. Diese Basis wurde gewählt, da sie die beste Beurteilung darstellt, die verfügbar ist. Die Begründung dafür war, dass die Feldversuche der PAS-ADD Instrumente, viele Informationen über die Durchführung und Auswertung der Items lieferten. Bewertungen für Kinder benutzen die gleichen Entscheidungsregeln wie die für Erwachsene, die Hauptunterschiede bestehen in der Bewertung der Symptomausprägung. Diese Unterschiede werden unter der Verwendung der jeweiligen Wörterbuchdefinition des ICD-10 und DSM-IV analysiert. In der Zukunft wird das Bewerten der Grenzwerte sicherlich weiter untersucht werden, aber es wird nicht davon ausgegangen, dass größere Veränderungen notwendig werden. Allgemein gesprochen zeigt jedoch die starke Streuung von Altersstufen und Entwicklungsstadien innerhalb der Population von Kindern und Jugendlichen mit IB die Notwendigkeit an, die Interpretation der Grenzwerte nicht allzu wörtlich auszulegen.

Grenzwerte für die Störungen im sozialen Verhalten: Störung des Sozialverhaltens und ADHS

Alle Items in diesem Abschnitt wurden vom DSM-IV-TR abgeleitet und haben eine eins-zu-eins Beziehung zu den Kriterien – ein Item pro Kriterium. Die Grenzwerte sind direkt von den DSM-IV-TR Entscheidungsregeln für die zwei Störungen abgeleitet.

Richtlinien bei der Interpretation von spezifischen Störungspunkten

Diese Abschnitte werden hier in der Reihenfolge diskutiert, in der sie in der Zusammenfassung des Auswertungsformulars (Seiten 12-14) aufgelistet sind und nicht in der Reihenfolge der Items des Interviews.

Angststörungen

Die Angstzustände werden in den **Items 2-5 (Score A)** und **Item 6 (Score B)** bewertet. Die Checkliste in **Item 1: Umstände, die Angst und Panik provozieren(ten),** wird nicht bewertet, erlaubt aber dem/der Interviewer/in die Umstände zu erfassen, die die Angstsymptome hervorrufen. Es ist wichtig, diese zu protokollieren, um nicht nur das klinische Bild zu vervollständigen, sondern auch für die weiteren Beobachtungen. Eine Person, die vor der Behandlung in einer Anzahl von Situationen starke Angstzustände hatte, könnte auf eine Reduktion der Umstände, die diese Symptome produzieren, positiv ansprechen, sogar dann wenn sie noch Punkte über dem Grenzwert für eine Angststörung erzielt.

Wenn eine spezifische Diagnose (wie eine Agoraphobie oder eine Panikstörung) gemacht werden muss, ist es die Aufgabe des/der Klinikers/in die Item-Punkte zu überprüfen und diese Diagnose zu stellen. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es einige Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV-TR gibt, diese aber im Auswertungsformular nicht explizit aufgelistet sind. Im Besonderen unterscheiden sie sich in den Anforderungen an die einzelnen Symptome. Beide Systeme legen spezifische Anforderungen für die Anzahl von solchen Symptomen fest. Das ICD-10 verlangt beispielsweise das Vorhandensein autonomer Symptome, die in sozialen und spezifischen Phobien präsent sein müssen, während der DSM-IV-TR das nicht tut. Kliniker/innen, die den ChA-PAS benutzen, können, wenn sie am DSM-IV-TR festhalten wollen, **Item 6**:**Checkliste der autonomen Symptome** auf Seite 4 des Auswertungsformulars wie folgt bewerten:

Wenn vier oder mehr Symptome übereinstimmen **Score B** = 3

Wenn weniger als vier Symptome übereinstimmen **Score B=** 0

Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die Feldversuche des PAS-ADD 10 zeigten, dass Auskunftspersonen oft Probleme beim Identifizieren von autonomen Symptomen bei Personen mit IB haben: Ein Erhöhen des Grenzwertes wird daher Auswirkungen auf die Sensitivität und Spezifität der Diagnose haben.

Depressive und manische Episoden

Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV-TR ziehen die Diagnose einer bipolaren Störung in Betracht, wenn [P] zu irgendeinem Zeitpunkt die Kriterien für beide Episoden erreicht hat (und sie können beide innerhalb der gleichen Periode auftreten). Dieser letzte Punkt ist im Zusammenhang mit Kindern wichtig, da Kliniker/innen berichtet haben, dass sich bei Kindern eine bipolare Störung manchmal in einem anderen zeitlichen Muster ausdrücken kann als bei Erwachsenen (Findling & Calabrese, 2000). Eher als das klassische periodische Durchlaufen über Tage oder Wochen, durchlaufen Kinder manchmal beide Stadien an einem einzigen Tag, indem sie extreme Schwerfälligkeit und gedrückte Stimmung am Morgen erleben, gefolgt von extremer Energie am Abend, sodass das Schlafen zur Schlafenszeit unmöglich wird.

Wenn die Punkte für manische und depressive Episoden eine bipolare Störung nahelegen, ist es auch wichtig, die Informationen aus dem Erstgespräch der Symptome nochmals zu überprüfen. Haben sie ein durchlaufendes Muster von Symptomveränderungen gezeigt? (**Item ii** auf Seite 2 des Auswertungsformulars.)

Beachten Sie den geringen Unterschied zwischen ICD-10- und DSM-IV-TR-Kriterien für Depression. DSM-IV-TR verlangt ausdrücklich entweder eine depressive Stimmung oder Interessensverlust, während ICD-10 speziell zwei Kriterien für eine depressive Stimmungslage fordert, Interessenverlust und erhöhte Ermüdbarkeit.

Zwangsstörung

Für diesen Abschnitt wird ein Grenzwert angeboten, der auf den klinischen Studien des Mini PAS-ADD beruht. Weder DSM-IV-TR noch ICD-10 setzen die eigentliche Anzahl der Symptome, die präsent sein müssen, fest. DSM-IV-TR spezifiziert, dass die Zwangsvorstellungen zumindest eine Stunde pro Tag andauern müssen. Diese Bedingung ist schon in die Bewertungsanforderung eingearbeitet. ([P] wird nicht bewertet wenn diese Bedingung nicht erfüllt ist.)

Psychose

Im Rahmen von ICD-10 und DSM-IV-TR kann man eine Diagnose der Schizophrenie auf Basis eines einzigen Kriteriums, das vorhanden ist, erlangen. Dies findet seinen Niederschlag in der Tatsache, dass der Grenzwert sehr niedrig angesetzt ist. Gepaart mit der Überlegung, dass es leicht ist Phantasien mit echten Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zu verwechseln, ist es unverzichtbar a) komplett geschulte Beurteiler/innen zu haben und b) abzusichern, dass ein/e qualifizierte/r Kliniker/in die verfügbaren Informationen interpretiert, bevor eine Diagnose gestellt wird. Auf Seite 9 des Auswertungsformulars werden Checklisten bereitgestellt, um die Merkmale von jeglichen Stimmen, die gehört werden ***(Item 76),*** und um mögliche Wahnvorstellungen, die erlebt werden ***(Item 77),*** zu charakterisieren. Hier wird keine spezifische Belehrung über die klinische Signifikanz dieser verschiedenartigen Merkmale gegeben, aber es wird vorausgesetzt, dass der/die interpretierende Kliniker/in über dieses Wissen verfügt.

Insgesamt ist die wichtigste Aufgabe, dass der/die Jenige, der/die die Informationen über Psychosen sammelt, dies so detailliert wie möglich tut, einschließlich [P]s mündlichem Bericht, falls möglich.

Die Hauptitems im Abschnitt **Psychotische Symptome** (***Items 71-75***) bilden ***Score P*** des Auswertungsformulars, und es sind diese, an denen sich der Grenzwert orientiert. Die Items, die zu ***Score R*** **(Items 78-80)** führen, sind nicht Teil der Diagnosekriterien, aber sie können Hinweise auf mögliche Psychosen bei Kindern liefern.

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die zweite Auskunftsperson liefert die Hauptbewertung der Items für diesen Abschnitt, aber bei der Punktezusammenfassung für ADHS wird angeraten, nach bestätigenden Anzeichen auch bei den elterlichen (ersten) Auskunftspersonen zu suchen. Es wird vorgeschlagen, dass die Angaben der spezifischen Items der ersten Auskunftsperson überprüft werden sollen. In der Regel wird der/die Beurteiler/in schon die Informationen der ersten Auskunftsperson genutzt haben, um die Entscheidung zu treffen, die diesen Abschnitt vervollständigt. Wichtig sind diese Informationen vor allem für den/diejenige/n, der/die die Ergebnisse interpretiert.

Ein Hauptproblem beim Interpretieren der ADHS-Punkte ist jenes der Differentialdiagnose zur bipolaren Störung. Dies wird einleitend im Abschnitt ***Hyperaktivität***, ***gesteigerte Stimmung*** (Seite 18) diskutiert. Abgesehen davon, gibt es natürlich einen umfangreichen wissenschaftlichen Diskurs über die generelle Anwendbarkeit der ADHS-Diagnose für Kinder mit IB. Dieses Thema wird hier nicht explizit diskutiert, aber, wie auch bei anderen Diagnosen, wird die Anwendbarkeit dieses Konzeptes für Kinder und Jugendliche mit einer leichten IB größer sein.

Störung des Sozialverhaltens

Die hauptsächliche Arbeit Items zu Störungen des Sozialverhaltens zu interpretieren, findet zum Zeitpunkt des Interviews und der Kodierung statt. Die Wichtigkeit der gründlichen Prüfung der Absicht und der Unterscheidung zwischen Problemverhalten und aggressivem Verhalten, wurde bereits diskutiert. Vorausgesetzt, dass bei der Beschaffung und der Bewertung der Informationen gebührende Sorgfalt angewendet wurde, ist die Interpretation dieser Kriterien eindeutig.

Autismusspektrum-Störung

Wie auch bei den Items zu Störungen des Sozialverhaltens liegt ein Großteil der Schwierigkeiten in diesen Abschnitten ***(Items 81-97)*** in der Bewertung und Interpretation der Informationen. Um die Kriterien vollständig zu erfüllen, muss [P] in allen drei Kategorien den Grenzwert auf Seite 10 des Auswertungsformulars erreichen (***Soziale Wahrnehmung, soziale Sprache*** und ***Vorstellung und Spiel).***

Wenn bei [P] alle drei Grenzwerte erreicht werden, oder er/sie an alle drei nahe herankommt, sollte er/sie allerdings von einem/einer Kliniker/in untersucht werden, der/die ausgebildet und spezialisiert in der Diagnostik von Autismusspektrum-Störungen ist. Das Screening selbst, ist nicht ausreichend, um eine Diagnose zu stellen.

References

Emerson E, Moss SC & Kiernan CK (1999) The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities. In: N Bouras (Ed) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Mental Retardation*. Cambridge: CUP.

Findling R & Calabrese J (2000) Rapid-cycling bipolar disorder in children. *American Journal of Psychiatry* **157** 1526–1527.

Geller B, Williams M, Zimerman B, Frazier J, Beringer L & Warner KL (1998) Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorders* **51** 81–91.

National Association for the Dually Diagnosed (2007) *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. New York: NADD.

Rutter M, Lord C & LeCouteur A (1991) *Autism Diagnostic Interview – Revised*. London: Institute of Psychiatry.

World Health Organization (1992) *Schedules for Clinical Assessment in Psychiatry (SCAN-1)*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.

Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E & Mennin D (1995) Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **34** 867–876.

Der
ChA-PAS

halbstrukturiertes Interview und Glossar

Das Glossar ist in den grauen Bereichen rechts von jedem Item zu finden

Kapitelbeginn der Hauptsymptomkonstellationen

Angststörungen **(Items 1-6)** [35]

Gedrückte Stimmung, Depression **(Items 7-17)** [39]

Hyperaktivität, gesteigerte Stimmung, ADHS **(Items18-25)** [45]

Zwänge und Zwangsvorstellungen **(Items 33-36)** [53]

Verhaltensstörungen **(Items 55-70)** [64]

Psychotische Symptome **(Items 71-80)** [70]

Symptome Autismusspektrum-Störung **(Items 81-97)** [75]

Einleitende Diskussion

Das Kind/ der Jugendliche, das/der im Fokus des Interviews steht, wird durchgehend als [P] bezeichnet.

Punkte, die bei Ihrem Explorationsgespräch mit dem/der InformantIn und [P] behandelt werden müssen.

- Stellen Sie sich selbst vor.
- Erklären Sie den Ablauf des Interviews.
- Unterstreichen sie den Zweck des Interviews.
- Machen Sie deutlich, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt.
- Falls angebracht, versichern Sie der Auskunftsperson ausdrücklich, dass das Interview vertraulich ist.
- Erklären Sie, wie die Informationen genutzt werden.
- Bitten Sie die Auskunftsperson Ihnen mitzuteilen, wenn ihr die Bedeutung irgendeiner Frage unklar ist.

Können Sie mir einen groben Überblick über [P]s Probleme geben?

Angststörung
(Bekommt [P] oft starke Angst?)
(Hindert die Angst [P], gewisse Dinge zu tun?)

Gedrückte Stimmung, Depression
(Wird [P] niedergeschlagen oder depressiv?)
(Verliert er/sie das Interesse daran, Dinge zu tun?)
(Scheint er/sie müde und teilnahmslos?)
(Geschieht dies oft?)

Hyperaktivität, gesteigerte Stimmung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
(Wie ist [P]s Energielevel? Ist es oft sehr hoch?)
(Scheint seine/ihre Stimmung unnatürlich hoch?)
(Ist er/sie leicht ablenkbar?)
(Ist der Umgang mit [P] aufgrund des hohen Energielevels schwierig?)

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken
(Zeigt [P] zwanghafte Verhaltensweisen?)
(Zeigt er/sie rituelle Verhaltensweisen, wie Dinge auf eine bestimmte Weise tun zu müssen?)

Störung des Sozialverhaltens
(Hat [P] irgendwelche Verhaltensauffälligkeiten?)
(- wie das Verletzen von Menschen, grausam sein, Stehlen oder Zerstören von Eigentum?)

Psychotische Symptome
(Hat [P] irgendwelche seltsamen Überzeugungen oder Verhaltensweisen?)
(Zum Beispiel: hört oder sieht [P] Dinge?)
(- glaubt [P], dass Menschen dabei sind ihn/sie zu verletzen?)
(- lacht oder flucht [P] ohne einen ersichtlichen Grund?)
(- nimmt [P] ohne offensichtlichen Grund seltsame Körperhaltungen an?)

i) Kreuzen Sie die Symptomkonstellationen an, die vorhanden sein könnten. Sie können später zu diesen zurückkehren und sie ergänzen, wenn während des Interviews weitere Bedenken auftreten.

Nützen Sie die ersten Fragen um die Hauptsymptomgruppen auf ihr Vorhandensein zu untersuchen.

Verwenden Sie die links angeführten Punkte um jene Gebiete abzuklären, die nicht spontan von der Auskunftsperson erwähnt worden sind.

Es gibt keine Untersuchung für die Störungen des autistischen Spektrums, aber Sie können diese Symptomgruppen identifizieren, wenn Sie [P] selbst kennen. (Das Autismusspektrum-Screening [**Items 81-97**] wird in diesem einleitenden Interviewteil nicht behandelt).

Sind diese Probleme jeden Tag gleich? *(Variieren Sie während des Tages, oder über eine Zeitperiode? Wie?)* *(War [P] letzte Woche auch schon so? Letztes Monat?)* *(Gibt es Phasen, in denen [P]s Verhalten sehr unterschiedlich zum Vortag ist? Wie ist dieses?)* *(Haben sie ein Muster von Veränderungen bemerkt?)* **Wenn es einen Hinweis für eine über eine Periode von Tagen oder Wochen schwankende Störung gibt, bringen Sie der Auskunftsperson in Erinnerung, was über die zwei verschiedenen Phasen gesagt worden ist, und fragen Sie dann:** *(Wann war es das letzte Mal, dass [P]s Verhalten so war [die andere Phase]?)* *(Gab es eine Zeit, als [P] sehr wenige Probleme hatte?)* ***Falls „ja“:*** *(Wann war das das letzte Mal?)* **Falls es mehr als ein paar Wochen zurückliegt:** *(Haben Sie einen klaren Rückgang dieses Verhaltens seit [erwähnter Zeit] beobachtet?)* **ii) Notieren Sie die zeitlichen Merkmale der Probleme**	Bestimmen Sie die zeitlichen Merkmale des Problems („immer so gewesen“; „grundsätzlich stabil“; „fluktuierend; „schwache Abnahme“ etc.) Wann begann das Problem? (Oder war es immer schon vorhanden?)

Bevor wir mit den spezifischen Fragen beginnen wäre es hilfreich, wenn Sie mir etwas über [P]s Interessen erzählen könnten. *(Welche Art von Dingen tut [P] normalerweise gerne?)* *(Wie verbringt er/sie seinen/ihren Tag?)* *(Welche Art von sozialen Aktivitäten* geht er/sie nach*?)* **iii) Notieren Sie [P]s Hauptinteressen**

Angststörungen

Falls es keinen Hinweis für Angstsymptome gibt, gehen sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 39.

Wird [P] manchmal sehr ängstlich (verängstigt/erschrocken?) *(Passiert dies an speziellen Orten oder in speziellen Situationen?)* *(- beim Getrenntsein von den Eltern?)* *(- im Bus?)* *(- in der Schule?)* *(- zu den Mahlzeiten?)* *(- wenn er/sie alleine außer Haus ist?)* *(- Nachts allein im Bett?)* *(Sorgt sich [P], dass die Leute ihn/sie auslachen?)* *(Können Sie sich an irgendwelche anderen Situationen erinnern, in denen [P] ängstlich wird?)* **Item 1: Umstände, die Angst oder Panik provozieren** ☐ Haken Sie jede relevante Situation auf der Checkliste ab Falls keine Hinweise für Angstsymptome vorliegen, gehen Sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 39 weiter. **Falls mehr als eine Situation erwähnt wird:** *(Welche Situation erzeugt für [P] am meisten Angst?)*	Die Auskunftspersonen könnten durch andere Begriffe wie „Nervosität“, „schreckhaft“ oder „furchtvoll“ auf eine Angststörung hinweisen. Beachten Sie, dass Angst mehr sein muss als eine Abneigung, irgendwohin zu gehen oder irgendetwas zu machen (was durch Depression und Fehlen von Motivation verursacht sein könnte). Suchen Sie nach klaren Hinweisen für Angst oder Panik, oder nach körperlichen Symptomen von Angst bevor Sie eine Bewertung durchführen. Angst kann auch in Abwesenheit von spezifischen Umständen auftreten, oder in der Form von exzessiven Sorgen über Zukunftsereignisse.

Wie stark ist [P]s Angst in dieser Situation? *(Wie reagiert er/sie? Was macht er/sie?)* *(Reagiert er/sie immer so?)* *(Ist es manchmal schwächer?)* *(Ist es manchmal stärker?)* **Item 2: Intensität der Angst** ☐ *Schwache Angst oder gelegentlich mittelmäßige. Die Symptome der Angst sind sichtbar, können aber normalerweise bewältigt werden.* ☐ *Mittelmäßige Angst oder schwere in weniger als der Hälfte der Situationen. Das Level der Angst ist so, dass [P] manchmal aus der Situation herausgenommen werden muss, oder viel Beruhigung braucht.* ☐ *Starke Angst in mehr als der Hälfte der Situationen. In der Situation zu sein, führt normalerweise zu einer sehr starken Angstreaktion.*	Bewerten Sie die Intensität der Angst nach der stärksten Ausprägung in diesen Situationen.
Versucht [P] [diese Situation] zu vermeiden? *(Sucht er/sie [diese Situation] noch immer auf?)* ***Falls Hinweise auf ein Vermeidungsverhalten vorliegen:*** *(Sind Sie manchmal in der Lage ihn/sie zu überreden [diese Situation] aufzusuchen?* **Item 3: Vermeiden von bestimmten Dingen, Orten oder Aktivitäten aufgrund von Angst** ☐ *Hinweise auf Vermeidung, kann aber normalerweise überzeugt werden die Situation aufzusuchen* ☐ *Mäßige Vermeidung, kann aber gelegentlich überzeugt werden die Situation aufzusuchen* ☐ *Totale Verweigerung*	Bewerten Sie nur die Frequenz und Schwere der phobischen Vermeidung und nicht die durch die Phobie selbst induzierte Angst, welche in ***Item 2*** bewertet wird.

Wie schnell tritt [P]s Angst auf?

(Ist es manchmal sehr plötzlich?)
(Ist es wie eine Panikattacke?)

Falls „ja“:
(Was passiert genau?)
(Wie schnell tritt es auf?)
(Wie lange dauert es an?)
(Wie oft ist es passiert während des [Beurteilungszeitraumes]?)

Item 4: Panikattacken

☐ *Durchschnittlich weniger als eine pro Woche*

☐ *Durchschnittlich mehr als eine pro Woche*

☐ *Zumindest viermal in der Woche*

Panikattacken beginnen plötzlich, erreichen eine Spitze und sinken dann graduell ab. Eine Panikattacke kann von ein paar Minuten bis zu einer Stunde andauern.

Wenn [P]s Angst nicht diesem Muster entspricht, bewerten Sie hier nicht.

Wird [P] manchmal ohne offensichtlichen Grund ängstlich?

(Können Sie beschreiben was passiert?)
(Wie lange dauert dies an?)
(Wann war es das letzte Mal so?)
(Gibt es irgendetwas was sie tun können um [P] bei seiner/ihrer Angst zu helfen, wie beispielsweise ihn/sie abzulenken?)
(Ist [P] selbst in der Lage irgendetwas zu tun, damit es besser wird? Wenn ja, was?)
(Helfen diese Dinge?)

Item 5: Angst, die nicht von Situationen oder Dingen ausgelöst wird

☐ schwache Angst oder gelegentlich mittelmäßige

☐ Mittelmäßige bis starke Angst für weniger als die Hälfte der Zeit

☐ Starke Angst für mehr als die Hälfte der Periode

Hier sollte die generalisierte Angststörung (GAD) bewertet werden. Diese Form der Angst neigt eher dazu anhaltend zu sein, anstatt die intensive Form einer Panikattacke zu haben und ist weniger an spezifische Umstände gebunden. Manchmal wird die Angst durch besorgte Gedanken ausgelöst, wenn [P] nicht von anderen Dingen um sich herum abgelenkt ist (z.B. wenn er/sie im Bett liegt). DSM-IV bezieht sich auf eine „besorgte Erwartungshaltung, die schwierig zu kontrollieren ist“.

Ein niedriger Level kann mit einer typisch angespannten Körperhaltung und zusammengezogenen Augenbrauen assoziiert sein. Bewerten Sie die Angst nicht als mittelmäßig oder stark wenn die Angst nicht ein klinisch signifikanten Level erreicht, der normalerweise autonome Symptome hervorruft.

Wenn [P] ängstlich wird, bemerken Sie irgendwelche physischen Auswirkungen? *(Zeigt [P] körperliche Symptome der Angst wie Schwitzen oder erschwerte Atmung?)* ***Wenn „ja“:*** *(Welche Symptome haben Sie beobachtet?) (Können Sie noch andere nennen?)* **Item 6: Autonome Symptome der Angst** ☐ Bewerten Sie jedes (genannte) Symptom mit 1 in der Checkliste. ☐ Bewerten Sie all jene, die während des Bewertungszeitraumes beobachtet wurden, sogar wenn Sie sich nicht sicher sind, ob diese direkt der Angst zugeschrieben werden können.	Klinisch signifikante Angst ist normalerweise begleitet von physischen Veränderungen wie, Kurzatmigkeit, Gefühl der Enge im Brustkorb, Schwitzen, Zittern oder Schwindel. Sie können Stichworte geben indem Sie Gebiete des Körpers erwähnen (Mund, Brust, etc.), aber lenken Sie die Fragen nicht, indem Sie das exakte Symptom benennen.

Gedrückte Stimmung, Depression

Falls es keinen Hinweis für gedrückte Stimmung oder Interessenverlust gibt, gehen Sie weiter auf Seite 45.

Ist [P] glücklich?

(Fühlt sich [P] depressiv (gedrückt)?)
(Wie zeigt er/sie dies?)
(Was tut er/sie?)
(Weint er/sie?)

Falls Hinweise auf Depression:
(Wie lange dauert die gedrückte Stimmung normalerweise?)
(Kann [P] sich selbst herausholen/aufheitern?)
(Wie oft ist er/sie depressiv?)

Item 7: Depressive Stimmung

- ☐ Episoden von depressiver Stimmung treten an den meisten Tage auf, [P] kann aber oft durch die Interventionen anderer aufgeheitert werden
- ☐ Depressive Stimmung ist an den meisten Tagen ein signifikantes Problem und Versuche [P] aufzuheitern haben oft wenig Wirkung
- ☐ Die depressive Stimmung ist schwer, anhaltend und [P] spricht nicht auf Versuche an ihn/sie aufzuheitern, und war während des letzten Monats für mindestens zwei Wochen lang tagsüber zu beobachten.

Gedrückte Stimmung kann im Gesicht und an der Körperhaltung und an [P]s Antwort auf angenehme Reize und den Versuchen der anderen, ihn/sie aufzuheitern erkannt werden. Bewerten Sie eher auf dieser Grundlage anstatt nach den assoziierten Symptomen wie Gefühle von Hoffnungslosigkeit, die später spezifisch bewertet werden.

Häufiges Weinen kann auftreten, aber dies ist nicht immer der Fall.

Bevor die nächsten Fragen gestellt werden, denken Sie an die Interessen, an denen [P] normalerweise Gefallen findet.

Genießt es [P] seinen/ihren Lieblingsbeschäftigungen nachzugehen?

(Hat er/sie aufgehört Dinge zu tun, weil er/sie sich bedrückt fühlt?)
(Macht er/sie diese seltener als zuvor?)
(Was hat [P] aufgehört zu tun?)
(Warum hat er/sie aufgehört diesen [Tätigkeiten] nachzugehen?)
(Hat er/sie das Interesse verloren?)
(Gibt es irgendwelche Tätigkeiten, denen [P] noch immer nachgeht?)

Item 8: Verlust der Freude

- ☐ Verlust von Interesse, aber es gelingt noch immer die meisten Aktivitäten fortzusetzen.
- ☐ Verlust von Interesse resultierend in einer signifikanten Veränderung von [P]s normalem Lebensstil
- ☐ Schwerer Verlust von Interesse an den meisten oder allen Aktivitäten

Ist [P] gerne unter Menschen?

Falls „nein“:
(War [P] immer schon eine wenig gesellige Person?)
(- oder hat es eine Veränderung zum normalen/üblichen Level gegeben?)

Falls [P] immer so war, springen sie zu dem nächsten Item **(Item 10).**

(Verbringt [P] immer noch Zeit mit Freunden?)
(Akzeptiert [P] die Gesellschaft von anderen, wenn Sie in der Nähe sind?)
(- oder meidet [P] bewusst die Gesellschaft anderer?)
(Hat [P] mehr oder weniger aufgehört unter Leute zu gehen?)

Item 9: Vermeidet Gesellschaft oder sozialen Kontakt mehr als sonst

- ☐ Eindeutige Reduktion von Geselligkeit, aber so gering, dass es noch keinen Einfluss auf das normale Leben hat
- ☐ Deutlicher Anstieg der Vermeidung von Gesellschaft
- ☐ Vermeidet meistens Interaktion mit Anderen

Bewerten Sie nur den Verlust von sozialem Interesse. Wenn es eine beherrschende Gleichgültigkeit an sozialer Interaktion gibt, kann es angemessen sein, das Autismusspektrum-Screening im weiteren Verlauf auszufüllen.

Wie ist [P]s Selbstvertrauen?

(Ist er/sie selbstsicher?)

Falls Mangel an Selbstvertrauen:
(Wie zeigt sich dies?)
(Sorgt er/sie sich, was Leute über ihn/sie sagen?)
(War er/sie immer schon so?)
(- oder hat eine Veränderung zum normalen/üblichen Level stattgefunden?)

Falls eine Veränderung zum normalen/üblichen Level stattfand:
(Beeinflusst der Verlust von Selbstvertrauen [P]s Leben auf irgendeine Weise? Falls ja, wie?)

Item 10: Verlust von Selbstvertrauen

- ☐ geringer Verlust von Selbstvertrauen, aber keine Auswirkung auf Aktivitäten
- ☐ Mittelmäßiger Verlust von Selbstvertrauen für längere Zeit, der einen ausgeprägten Einfluss auf [P]s Leben hat
- ☐ Schwerer Verlust von Selbstvertrauen für längere Zeit

Personen jeden Alters mit IB sind besonders anfällig für ein schwaches Selbstvertrauen, welches ein lebenslanges Persönlichkeitsmerkmal sein kann. Eine lebenslange Eigenschaft sollte hier nicht bewertet werden.

Es ist wichtig so weit wie möglich zu versuchen, zwischen dem Verlust von **Selbstvertrauen** und dem Verlust von **Selbstwertgefühl** zu unterscheiden (welches als nächstes bewertet wird). Es ist möglich, dass eine Person Selbstvertrauen verlieren kann, sogar wenn ihr Sinn für Selbstwertgefühl intakt ist. Eine Person mit niedrigem Selbstwert wird jedoch sehr wahrscheinlich einen Mangel an Selbstvertrauen haben. Selbstvertrauen äußert sich bei Kindern in der Art und Weise, wie sie sich anderen nähern und diese ansehen, und ebenso in dem Ausmaß, wie sehr sie sich in der Gesellschaft von Anderen akzeptiert fühlen.

Hat [P] ein Selbstwertgefühl?

(Glaubt er/sie, dass er/sie schlechter ist als andere Leute?)
(Glaubt er/sie, dass er/sie dumm ist?)
(Hat er/sie sich immer schon so gefühlt?)
(- oder hat eine Veränderung zum normalen/üblichen Level stattgefunden?)

Item 11: Verlust des Selbstwertgefühls

- ☐ Geringer Verlust des Selbstwertgefühls, aber geringe Auswirkungen auf [P]s Leben
- ☐ Entweder (i) macht der Verlust des Selbstwertgefühls, [P] deutlich widerwilliger bei der Durchführung bestimmter Aufgaben oder in der Kommunikation mit anderen; und/oder (ii) [P] macht oft selbstkritische Bemerkungen
- ☐ Sehr niedriges Selbstwertgefühl ist für die meiste Zeit des Beurteilungszeitraumes ersichtlich.

Individuen mit dieser Erfahrung entwickeln negative Bilder von sich selbst und lassen es sich oft anmerken, dass sie sich minderwertig gegenüber anderen fühlen. Sie können Gefühle von Wertlosigkeit äußern, sogar wenn die Anderen sie an ihre guten Qualitäten erinnern.

Äußerungen von schwachem Selbstwert stützen sich hauptsächlich auf die Sprache (Aussagen wie „Ich tauge nichts"; „Ich bin dumm"). Sie können Gefühle von Wertlosigkeit ausdrücken, sogar, wenn andere sie an ihre guten Qualitäten erinnern. Unter Umständen ist es möglich aus den Reaktionen, die [P] in Situationen zeigt, in denen er/sie glaubt, dass diese über seinen/ihren Fähigkeiten liegen, auf ein schwaches Selbstwertgefühl zu schließen.

Machen Sie jedoch nur dann eine positive Bewertung, wenn Sie sich sicher sind. Gehen Sie bei einer gereizten Reaktion nicht davon aus, dass das Selbstwertgefühl das Problem ist, es sei denn die Hinweise sind eindeutig.

Fühlt sich [P] wegen irgendetwas schuldig?

(Glaubt [P], dass er/sie irgendetwas Schlechtes getan hat?)
(Was glaubt er/sie, was er/sie gemacht hat?)
(Fühlt [P] sich schuldig, wenn es keinen guten Grund dafür gibt sich so zu fühlen?)

Falls es keine unangemessenen Schuldgefühle gibt, gehen sie zum nächsten Item über **(Item 13).**

(Wie stark ist dieses Gefühl?)
(Beschäftigt es [P]?)
(- gelegentlich?)
(- die meiste Zeit?)
(Können Sie [P] manchmal überzeugen, dass es nicht wahr ist?)

Item 12: Gefühl unverhältnismäßiger Schuld

- ☐ Schuldgefühle sind oft vorhanden aber schwach; [P] kann normalerweise überzeugt werden, dass sie unbegründet sind
- ☐ Mäßige oder zeitweise starke Schuldgefühl
- ☐ Die meiste Zeit über starke Schuldgefühle

[P] fühlt sich schuldig und macht sich selbst zu sehr für etwas verantwortlich, das üblicherweise als ein belangloses Ereignis betrachtet werden würde, oder für etwas, das außerhalb seiner/ihrer Kontrolle war. Wenn dieses Gefühl sehr stark ist, kann [P] sich für fast alles, was in seinem/ihrem eigenen Leben oder dem von anderen schief geht, verantwortlich fühlen.

Falls die Schuldgefühle eine angemessene Reaktion auf reale Ereignisse sind, bewerten Sie das Merkmal als nicht vorhanden.

Freut sich [P] auf Dinge?

(Denkt er/sie darüber nach, was nach dem heutigen Tag passieren wird?)
(Hat er/sie irgendwelche Pläne für die Zukunft?)
(Hat er/sie Hoffnung, dass die Dinge besser werden?)
(Hat er/sie die Hoffnung aufgegeben?)
(Gibt es irgendetwas worauf er/sie sich freut?)

Item 13: Verlust der Hoffnung für die Zukunft

☐ Geringe Hoffnungslosigkeit, aber er/sie ist manchmal optimistisch

☐ Mittelschwere Hoffnungslosigkeit oder zeitweise schwere Hoffnungslosigkeit; er/sie ist beinahe nie optimistisch

☐ Beinahe totaler Verlust der Hoffnung

Gehen Sie nicht davon aus, weil [P]s Stimmung gedrückt ist, dass er/sie zwangsläufig die Hoffnung aufgegeben hat oder dass er/sie sich niemals auf irgendetwas freut.

Hat [P] Suizidgedanken geäußert?

(Dass das Leben nicht lebenswert ist?)

(Dass er/sie besser dran wäre tot zu sein?)

(Was gedenkt er/sie zu tun?)

(Hat er/sie versucht sich umzubringen?)

(Was hat er/sie getan?)

Item 14: Suizidgedanken oder -versuche

X Keine Bewertung für schwach

☐ Er/sie hat ernsthaft darüber gesprochen Suizid zu begehen, oder hat einen Versuch unternommen, der aber wahrscheinlich nicht dazu bestimmt war, eine schwere Selbstverletzung zu verursachen

☐ Er/sie hat einen Suizidversuch hinter sich, der dazu gedacht war zu einer Verletzung oder zum Tode zu führen oder der tatsächlich eine Verletzung zur Folge hatte

Erscheint [P] jemals verlangsamt?

(Erscheint [P] als ob seine/ihre Bewegungen langsam wären?)
(Ist dies, weil er/sie sich erschöpft fühlt?)
(Scheint er/sie langsamer zu reden oder sich zu bewegen als üblicherweise?)
(Wie oft haben Sie dies beobachtet?)
(Scheint es für [P] manchmal schwierig zu sein sich zu bewegen aufgrund seiner niedergedrückten Stimmung?)
(War es so schlimm, dass [P] kaum in der Lage war sich zu bewegen?)

Item 15: Bewegt sich oder spricht langsamer als normal

- ☐ Schwache Beeinträchtigung, aber er/sie kann mit Anstrengung mehr oder weniger normal agieren
- ☐ [P] ist oft so verlangsamt, dass seine/ihre Aktivitäten merklich anders als normalerweise sind
- ☐ Schwere Verlangsamung während mehr als der Hälfte der Zeit

Es wurde beobachtet, dass sich [P] wesentlich langsamer bewegt, geht oder spricht als normalerweise. Er/sie kann manchmal ungewöhnlich still sitzen oder stehen, oder viel länger als sonst brauchen um eine Bewegung zu beginnen.

Bewerten Sie nicht, wenn dieses auf physische Gesundheit, Mobilität oder Gewichtsprobleme zurückzuführen ist.

Beachten Sie, dass **dies nicht das Gleiche ist wie Energieverlust.** Es ist möglich aufgrund von gedrückter Stimmung verlangsamt zu sein, aber immer noch Energie zu haben um Aufgaben zu erledigen.

Falls die Frage an [P] gerichtet ist, erkundigen Sie sich nach dem subjektiven Befinden beim langsamen Bewegen.

Verfügt [P] über seine/ihre gewöhnliche Energie?

(Scheint er/sie Energie verloren zu haben?)
(Ist er/sie müde?)
(Scheint er/sie so, als ob alles für ihn/sie zu viel Mühe wäre?)
(- als ob er/sie keine Lust hätte?)

Falls Verlust von Energie deutlich erkennbar ist:
(Wann fühlt er/sie sich so?)
(Kann er/sie sich zwingen Dinge zu tun?)

Item 16: Verlust von Energie

- ☐ Schwacher Verlust von Energie, aber er/sie ist in der Lage, wie üblich zu handeln, wenn es gefordert wird
- ☐ Mittelmäßiger Verlust von Energie (er/sie kann sich selbst noch immer dazu bringen manche Aktivitäten durchzuführen) oder zeitweilig schwere Beeinträchtigung
- ☐ Schwere Beeinträchtigung die meiste Zeit (keine Energie um irgendetwas zu tun)

Die Unterscheidung zwischen Verlust von Energie oder Verlust von Motivation ist eine Feine. Versuchen Sie zu ermitteln, ob [P] die physische Kapazität fehlt, um Aufgaben auszuführen und ob er/sie schnell erschöpft ist.

Bewerten Sie nicht, wenn es auf Gewichtsprobleme oder physische Probleme zurückzuführen ist**.**

Falls die Frage an [P] gerichtet ist, erkundigen Sie sich nach seinem subjektiven Gefühl der Lethargie.

Wie ist [P]s Appetit nach Essen?

(Isst er/sie genug?)
(Isst er/sie mehr als gewöhnlich?)

Falls Appetitverlust:
(Isst er/sie alle seine/ihre Mahlzeiten?)
(Muss er/sie sich selbst zum Essen zwingen?)
(Hat er/sie beinahe zu essen aufgehört?)
(In welchem Zeitausmaß ist es so?)

Falls gesteigerter Appetit:
(Ist dies verbunden mit dem Beginn einer neuen Medikation?)
(Wie viel mehr isst er/sie?)
(Isst er/sie manchmal ohne Kontrolle darüber zu haben?)
(In welchem Zeitausmaß ist es so)

Item 17: (A) Appetitverlust

- ☐ Normal oder erhöht
- ☐ Deutlicher Verlust von Appetit, aber nicht ausreichend um [P]s Essensgewohnheiten wesentlich zu verändern
- ☐ Deutlicher Verlust von Appetit für zwei oder vier Wochen mit einer wesentlichen Veränderung von [P]s normalen Essensgewohnheiten
- ☐ Schwerer Appetitverlust während der meisten Zeit des Bewertungszeitraumes

(B) Gesteigerter Appetit, übermäßiges Essen (nicht aufgrund von Medikation)

- ☐ Normal oder reduziert
- ☐ Erhöhung des Appetits, aber nicht genug um [P]s normale Essensgewohnheiten zu verändern
- ☐ Deutliche Steigerung des Appetits für zwei oder vier Wochen, mit einer wesentlichen Veränderung von [P]s normalen Essensgewohnheiten
- ☐ Extreme Steigerung des Appetits während der meisten Zeit des Bewertungszeitraumes

Falls es eine extreme Veränderung der normalen Essensgewohnheiten gibt, ziehen Sie die Möglichkeit einer Essstörung in Betracht.

Bewerten Sie eine Steigerung des Appetits nicht, wenn dieser auf den Beginn einer neuen Medikation zurückzuführen ist.

Hyperaktivität, gesteigerte Stimmung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Falls es keinen Hinweis für diese Symptome gibt, gehen Sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 49.

Wie würden Sie [P]s Energie beschreiben? *(Ist sie normal? - niedrig? - hoch?)* **Falls sie hoch ist:** *(Wie zeigt* [P] *seine/ihre hohe Energie?)* *(Ist sie so hoch, dass sie schwierig handzuhaben ist? Auf welche Weise? Ermüdet es Sie?)* *(Wie viel Zeit des Tages hat [P] viel Energie?)* **Item 18: Hohe Energie** ☐ Der Energielevel ist relativ hoch, so dass die Eltern oft ermüden, während [P] weiter aktiv bleibt. Es gibt jedoch auch Phasen am Tag, wo dies nicht so ist. Ein Lehrer mag feststellen, dass [P] noch weitermacht, wenn andere in seiner/ihrer Gruppe schon eine Pause brauchen. ☐ Der Energielevel ist die meiste Zeit des Tages sehr hoch, was eine vermehrte Aufsicht von Betreuern oder Lehrern bedarf. [P] muss durchgehend mit neuen Aufgaben beschäftigt werden. ☐ Unaufhörlich hoher Energielevel während der meisten Zeit des Tages	Kinder, die nicht mobil sind, sind schwieriger zu beurteilen, aber auch diese können hohe Energie durch die motorischen Bewegungen, die sie in der Lage sind durchzuführen, zeigen. Differenzieren Sie die Symptome der Ruhelosigkeit danach, ob sie auf zu hohe Energie zurückzuführen sind oder nicht.

Stellen Sie die nächste Frage nur, wenn [P] über entsprechende sprachliche Kompetenzen verfügt.

Scheint [P] sehr schnell zu sprechen?

(Spricht [P] manchmal so schnell, dass er/sie schwieriger zu verstehen ist?)
(Wenn [P] so ist, finden Sie es schwierig ihn/sie zu stoppen und dazu zu bringen Ihnen zuzuhören?)
(Wie oft ist [P]s Sprechweise so?)

Item 19: Rededrang

☐ Entweder a) er/sie redet sehr schnell, aber ist normalerweise verständlich **innerhalb der Grenzen seiner/ihrer Sprachentwicklung** oder b) er/sie findet es schwierig mit dem Sprechen aufzuhören oder anderen zuzuhören, wenn sie sprechen

☐ Entweder a) redet er/sie so schnell, dass seine Sprache oft verwirrend ist (nicht aufgrund einer unangemessener Sprachentwicklung) oder b) er/sie hat wiederholte Phasen von sehr starkem Rededrang, der schwer zu unterbrechen ist.

☐ sehr starker Rededrang während der meisten Zeit des Tages.

Wird [P] leicht abgelenkt?

(Welche Art von Dingen lenken [P] ab?)
(- andere Spielzeuge oder Spiele?)
(- Geräusche?)

Falls „ja“:

(Beeinflusst es seine/ihre Fähigkeit Aufgaben zu erledigen?)
(Ist er/sie die ganze Zeit so?)
(Kann er/sie jemals die Ablenkungen ignorieren und sich auf eine Aufgabe konzentrieren?)

Falls gute Sprachfähigkeit:

(Wird er/sie abgelenkt, wenn er/sie spricht?)
(Wie zeigt sich dies?)

Item 20: Ablenkbarkeit

☐ Eindeutige Ablenkbarkeit, aber normalerweise nur schwach

☐ Ablenkbarkeit hat eine deutliche Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit

☐ Ablenkbarkeit ist an den meisten Tagen während des Bewertungszeitraumes massiv

Differenzieren Sie von *schwacher Konzentration*, wobei der Schwerpunkt auf das Tagträumen oder gedanklichem Abschweifen liegt.

Hier ist die Aufmerksamkeit intensiv, aber der Fokus wechselt die ganze Zeit (z.B. wird [P] andauernd von verschiedenen Spielzeugen, die in der Nähe sind, oder von anderen Aspekten der Umwelt angezogen).

Das Sprechen kann schnell von Thema zu Thema springen, gelegentlich durch unbedeutende Aspekte der unmittelbaren Umgebung beeinflusst.

Ist [P] manchmal extrem glücklich oder freudig erregt?

(So freudig erregt, dass es unnatürlich ist?)
(Als ob er/sie von einem Motor angetrieben werden würde?)
(Was tut er/sie?)
(Ist dies normal für ihn/sie?)
(Ist es untypisch für ihn/sie?)
(Wie lange hat es gedauert/dauert es?)
(In welchem Zeitausmaß war [P]s Stimmung normal?)

Item 21: Extrem glücklich oder freudig erregt

- ☐ Eindeutige Freude an den meisten Tagen, aber normalerweise schwach genug, dass es keinen Einfluss hat
- ☐ Hohe Euphorie an den meisten Tagen, oder Perioden von Euphorie, die mehrere Tage andauern
- ☐ Stark gehobene Stimmung an den meisten Tagen oder für Perioden von mehreren Tagen mit Verlust von Kontrolle, die zur Herausforderung in der Betreuung von [P] geführt haben

Ein bestimmtes Ausmaß an Euphorie ist eine normale Erfahrung, besonders zu Zeiten des Glücks. Damit das Symptom als vorhanden bewertet werden kann, muss die Stimmung, im Einklang mit allem was in [P]s Umständen enthalten ist, erhöht sein, selbst wenn diese Umstände sogar trostlos oder deprimierend sein können; tatsächlich hat Euphorie eine „unnatürliche“ Qualität an sich. Erhöhte Stimmung kann von einem Element der Aufregung begleitet werden.

Bewerten Sie nicht als präsent, wenn [P] aufgrund günstiger Umstände kurz euphorisch war.

Stellen Sie die nächste Frage nur, wenn [P] entweder mobil ist oder sich sprachlich gut ausdrücken kann.

Handelt [P] leichtsinnig oder als ob er/sie Superkräfte hätte?

(Wie vor Autos rennen oder von hohen Plätzen hinunter springen?)
(Gibt er/sie all sein/ihr Taschengeld aus?)
(Sagt er/sie, dass er/sie Dinge in der Schule erreichen wird, die unmöglich sind?)

Falls „ja“:
(Wie oft verhält sich [P] so?)

Item 22: Übertriebene Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten, oder leichtsinniges Verhalten

- ☐ Leichte Sorglosigkeit oder übertriebene Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten
- ☐ Das Verhalten hat eine deutliche Auswirkung auf [P] Leben oder verursacht deutliche Bewältigungsprobleme im Alltag
- ☐ Mehr als ein ernsthaftes Problem (z.B. leichtsinniges Geldausgeben, sich selbst aufgrund von Hochstimmung in physische Gefahr bringen, grobe Überschätzung der eigenen Fähigkeiten

Falls es einen völligen Verlust der Rationalität gibt, ziehen Sie die Möglichkeit von Wahnvorstellungen in Betracht. (Zum Beispiel, wenn [P] den unerschütterlichen Glauben hat, dass er/sie besondere Kräfte hat um zu heilen, würde es hier nicht bewertet werden.)

[P]s Beurteilung über das was erreichbar oder erstrebenswert ist, wird verzerrt. Er/sie kann voll neuer Pläne und Ideen sein, die wahrscheinlich nie erreicht werden können. Das Symptom muss in Bezug zum Inhalt von [P]s Welt beurteilt werden. Beachten Sie die Qualität des unnatürlichen Angetriebenseins.

Ein intellektuell eher leicht beeinträchtigtes Kind könnte groß einkaufen gehen, bei dem er/sie all sein/ihr Taschengeld ausgibt, während er/sie normalerweise vorsichtiger wäre. Sie könnten überzeugt sein, dass das Leben im Begriff ist sich zum Besseren zu verändern, wenn es keine realistische Aussicht dafür gibt oder dass sie Dinge in der Schule erreichen können, die weit außerhalb ihrer Fähigkeiten liegen.

Leichtsinniges Verhalten wird bei Kindern mit IB am ehesten im Sinne von physischem Risikoverhalten (z.B. springen von hohen Plätzen oder vor ein Auto laufen) gesehen.

Wie ist [P]s soziales Verhalten [während des aktuellen Bewertungszeitraumes]?

(Weniger kontaktfreudig als normal?)
(Kontaktfreudiger als normal?)

Falls mehr kontaktfreudig:
(Scheint sein/ihr Verhalten hin und wieder außer Kontrolle?)
(Welche Art von Verhaltensweisen zeigt er/sie?)
(Wie oft passiert dies/ ist dies passiert?)

Unnatürlich gehobenes soziales Verhalten (zum Beispiel viel freundlicher sein als normal oder reduzierte Hemmungen haben). Das Letztere kann in manchen Fällen zu einer allzu großen Vertrautheit oder in einer sexuellen Unangemessenheit enden.

Item 23: Expansives soziales Verhalten das untypisch ist

- ☐ Deutlich expansives soziales Verhalten an den meisten Tagen, aber gewöhnlich schwach
- ☐ Sehr expansives soziales Verhalten an den meisten Tagen, oder Perioden von gesteigertem sozialen Verhalten, das mehrere Tage andauert
- ☐ Stark gesteigertes soziales Verhalten an den meisten Tagen oder für Perioden von mehreren Tagen.

Wird [P] oft reizbar oder schlecht gelaunt?

(Wie schwerwiegend ist es?)
(Was macht [P]*?)*
(Schreit er/sie?)
(- schubst er/sie Menschen?)
(- zerstört er/sie Dinge?)
(Wie oft passiert dies?)

Item 24: Reizbarkeit oder schlechte Laune

- ☐ Zeigt oft leichte Reizbarkeit. Falls eine schlechtere Laune gezeigt wird, ist es normalerweise eine Reaktion auf eine frustrierende Situation
- ☐ Zeigt oft ohne ersichtlichen Grund Reizbarkeit oder schlechte Laune, oder zeigt manchmal extremen Ärger
- ☐ Häufiger und extremer Verlust von Kontrolle aufgrund von Ärger, der auch in physischer Aggression resultieren kann.

Die nächste Frage ist nur für die Hauptauskunftsperson. Stellen Sie die Frage nur, wenn Probleme von Hyperaktivität oder Aufmerksamkeit seit langem bestehen und anhaltend sind.

Wie alt war [P], als Sie das erste Mal bemerkt haben, dass er/sie hyperaktiv / ablenkbar war?

Item 25: Beginn von Hyperaktivitäts- und/oder Aufmerksamkeitsproblemen

- ☐ Vor dem Alter von sieben Jahren? (Falls nach dem Alter von sieben, bewerten Sie mit Null).

Falls eine signifikante Hyperaktivität oder Ablenkbarkeit vorliegt und es den Anschein hat, dass diese nicht auf eine Psychose oder eine manische Phase zurückzuführen sind, führen Sie den ADHS Abschnitt (Seiten 55-63) zu gegebener Zeit durch.

Konzentration, Ruhelosigkeit, Schlaf

Dieser Abschnitt ist in jedem Fall zu bearbeiten. Beziehen Sie diese Fragen auf Aktivitäten, die [P] normalerweise gern tut.

Wie ist [P]s Konzentration?

(Kann [P] sich auf eine [Aktivität] konzentrieren?)
(Wie lange kann er/sie das tun?)
(Hat [P] Tagträume, oder scheint er/sie in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein?)
(Kann er/sie eine TV Sendung im Fernsehen durchgehend zu Ende schauen?)
(Kann er/sie sich in der Schule konzentrieren?)
(Kann er/sie Dingen Aufmerksamkeit schenken, von denen Sie möchten, dass er/sie sich darauf konzentriert?)

Item 26: Mangelhafte Konzentration

- ☐ [P] hat durchaus Konzentrationsprobleme, aber sie sind generell schwach
- ☐ Konzentrationsprobleme haben eine deutliche Auswirkung auf [P]s Fähigkeit Aufgaben zu erfüllen
- ☐ Konzentrationsprobleme senken [P]s Leistungsfähigkeit enorm.

Mangelhafte Konzentration kann aus vielen Gründen auftreten, die Langeweile, Angst, Depression, ADHS und schwerere mentale Krankheiten mit einschließen.

Machen Sie die Bewertung falls das Symptom präsent ist, unabhängig davon, was die vermutliche Ursache ist.

Ist [P] ruhelos?

(Wie zeigt er/sie dies?)
(- unfähig still zu sitzen?)
(- herum springen und herum taumeln?)
(- konstante Körperbewegungen wie Trommeln mit den Fingern?)
(Kann er/sie still sitzen, falls er/sie muss, z.B. in die Schule?)
(In welchem Zeitausmaß ist [P] ruhelos?)

Item 27: Ruhelosigkeit

- ☐ Die meiste Zeit unruhig, aber normalerweise zu einem schwachen Grad
- ☐ Deutliche Ruhelosigkeit, die signifikante Alltagsprobleme verursacht, oder deutlichen Leidensdruck zu Folge hat
- ☐ Schwere Ruhelosigkeit, Auf- und Abgehen oder Unruhe an den meisten Tagen während des Bewertungszeitraumes.

Ruhelosigkeit kann auf viele Arten gezeigt werden, sogar dann, wenn [P] in einem Rollstuhl sitzt. Eines der eindeutigsten Anzeichen ist, wenn der Körper in einer beinahe konstanten, ziellosen Bewegung ist (z.B. Fingertrommeln, Beine wippen, exzessives Summen/Singen/Pfeifen, Objekt-Trommeln).
Jüngere, physisch fähige Kinder können ständig klettern, laufen, hüpfen, taumeln und springen. Kinder sind bekannt dafür, dass sie plötzlich von ihrem Sitz aufspringen, als ob die Schwerkraft plötzlich in ihrem Bereich aufgehoben wäre.
Durch Ängstlichkeit bedingt, kann [P] in aufgeregter Weise auf und ab gehen. In diesen Fällen kann es für andere daran erkennbar sein, dass obwohl die Erfahrung für die betroffene Person unangenehm ist, das Verhalten dennoch nicht kontrolliert werden kann.

Schläft [P] gut in der Nacht? *(Hat er/sie Probleme einzuschlafen?)* *(- unterbrochener Schlaf?)* *(- zu frühes Aufwachen?)* *(- Ruhelosigkeit während des Schlafens?)* *(Wie viel Schlaf bekommt er/sie?)* *(Ist dies weniger als normal?)*	Generelle Erforschung der Schlafprobleme.

Falls es keine Schlafprobleme gibt, können Sie diesen Abschnitt überspringen. Der nächste Abschnitt über Zwangshandlungen und Zwangsgedanken beginnt auf Seite 53.

Falls weniger Schlaf als normal:

Ist dies genug Schlaf für [P]? *(Wie wirkt er/sie, wenn er/sie aufwacht?)* *(- müde?)* *(- voll von Energie und bereit zu gehen?)* *(Wie viel weniger als normal, schläft er/sie?)* **Item 28: Braucht weit weniger Schlaf als üblich** ☐ Durchschnittlich wird mindestens eine Stunde weniger Schlaf benötigt ☐ Durchschnittlich werden mindestens zwei Stunden weniger Schlaf benötigt ☐ Durchschnittlich werden mindestens drei Stunde weniger Schlaf benötigt Falls positiv bewertet, springen Sie zu Item 32 falls der Schlaf ruhelos ist; ansonsten gehen Sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 53.	Bewerten Sie nur als präsent, wenn es anders ist als gewöhnlich. Anders als bei verspätetem Einschlafen und frühem Aufwachen, **fühlt [P] keinen Bedarf nach Schlaf.** Bewerten Sie nicht als präsent, wenn [P] beim Aufwachen eindeutig müde ist.

Falls Probleme beim Einschlafen:

Wie lange liegt [P] wach? *(Geht er/sie zu seiner/ihrer normalen Zeit ins Bett?)* *(Wie viele Nächte in der Woche geschieht dies?)* **Item 29: Verzögertes Einschlafen** ☐ Weniger als eine Stunde Verzögerung ☐ Eine Stunde oder mehr Verzögerung (ungeachtet von Schlaftabletten), aber weniger als drei Mal in der Woche ☐ Eine Stunde oder mehr Verzögerung, drei oder mehrere Male in der Woche	Bewerten Sie nur als präsent, wenn es anders ist als gewöhnlich. Dies betrifft nur den Prozess **des Einschlafens**. Bewerten Sie dieses Symptom nicht als präsent, wenn [P] später als normal ins Bett geht, aber keine Schwierigkeiten beim Einschlafen hat.

Falls Durchschlafstörungen:

Falls [P] in der Nacht aufwacht, kann er/sie in der Regel wieder einschlafen? *(Wie viele Male wacht [P] typischerweise in der Nacht auf?)* *(Wie viel Schlaf verliert er/sie?)* *(Wie viele Nächte in der Woche passiert dies?)* **Item 30:Durchschlafstörungen** ☐ Verlust von mindestens einer Stunde Schlaf, mindestens einmal pro Woche ☐ Verlust von mindestens einer Stunde Schlaf, mindestens zweimal pro Woche ☐ Verlust von mindestens einer Stunde Schlaf, drei oder mehrere Male pro Woche	Dies ist nicht das Gleiche, wie weit weniger Schlaf als normal zu benötigen. [P] wacht mitten im Schlaf auf und hat Schwierigkeiten wieder einzuschlafen. Es ist vom frühen Erwachen zu unterscheiden, da [P] wieder einschläft.

Falls frühes Erwachen

Wie viele Male wacht [P] typischerweise zu früh auf? *(Ist dies anders als normal?)* *(Wie viel Schlaf verliert er/sie?)* *(Wie viele Nächte in der Woche geschieht dies?)* **Item 31: Zu frühes Erwachen** ☐ Eine Stunde vor der gewöhnlichen Zeit mindestens einmal in der Woche ☐ Eine Stunde oder mehr vor der gewöhnlichen Zeit mindestens zweimal in der Woche ☐ Eine Stunde oder mehr vor der gewöhnlichen Zeit, drei oder mehrere Male in der Woche	Falls [P] immer schon zur selben frühen Stunde aufgewacht ist (und wach geblieben ist), bewerten Sie dieses Symptom als nicht vorhanden. Bewerten Sie als vorhanden, wenn [P] mindestens eine Stunde früher als normal aufwacht und **nicht wieder einschlafen kann** obwohl er/sie müde und nicht ausgeschlafen ist. Wenn [P] irgendwann wieder einschläft, bewerten Sie es als unterbrochenen Schlaf.

Falls unruhiger Schlaf

Sie haben gesagt, dass [P] oft ruhelos ist, während er schläft. *(Was macht er/sie?)* *(- strampeln und herumbewegen?)* *(- wimmern oder weinen oder schreien?)* *(Gibt es noch irgendetwas anderes?)* *(- Zähneknirschen?)* *(- Bettnässen?)* *(-Schlafwandeln?)* **Item 32: Checkliste der weiteren Schlafitems** ☐ Bewerten Sie jedes Symptom mit je 1 Punkt in der Checkliste (Auswertungsbogen) der weiteren Schlafitems	Bewerten Sie jedes von diesen Symptomen als vorhanden, wenn sie ein deutliches Merkmal einer Schlafstörung sind.

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

Falls es keinen Hinweis auf Symptome der Zwangsstörungen gibt, dann gehen Sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 55.

Zeigt [P] irgendwelche Verhaltensweisen, die er/sie immer wieder wiederholt?

(- wie ein Ritual oder eine Besessenheit?)
(- muss er/sie sich endlos waschen?)
(- stellt bzw. räumt er/sie Dinge andauernd um oder auf?)
(-geht er/sie wiederholt bei Türen ein und aus?)
(-muss er/sie r sich unbedingt in einer bestimmten Art und Weise durch Räume bewegen?)
(- kontrolliert er/sie um sicherzustellen, dass das Gas abgedreht oder die Tür zugesperrt ist?)
(- ordnet, gruppiert oder stellt er/sie Dinge um?)
(- hat er/sie Zählrituale?)
(- hortet und sammelt er/sie Dinge?)

Falls „ja“:
(Scheint [P] es zu genießen, diese Dinge zu tun?)
(Findet er/sie dies unangenehm?)
(Scheint er/sie ängstlich zu sein, wenn er/sie diese Dinge tut?)
(Wie oft passiert dies?)
(Wie viel Zeit pro Tag wird von diesem beansprucht?)
(Ist es eine konstante Beschäftigung/Sorge?)

Item 33: Rituelle oder wiederholte Aktionen

☐ Gelegentlich dazu gezwungen die Handlungen durchzuführen
☐ Die Rituale oder zwanghaften Handlungen beanspruchen mindestens eine Stunde am Tag
☐ Die Rituale oder zwanghaften Handlungen sind in hohem Maße präsent und sind ein Hauptbestandteil von [P]s Verhalten

Item 34: Zwanghafte Sorge Dingen in Ordnung zu halten (nicht rein/sauber)

☐ Gelegentlich dazu gezwungen die Handlungen durchzuführen
☐ Die zwanghaften Handlungen beanspruchen mindestens eine Stunde pro Tag
☐ Die zwanghaften Handlungen sind in hohem Maße präsent haben einen erheblichen Einfluss auf [P]s Leben.

Item 35: Zwanghafte Sorge bezüglich Sauberkeit

☐ Symptom ist gelegentlich oder nur zu einem schwachen Grad präsent
☐ Die zwanghaften Handlungen beanspruchen mindestens eine Stunde pro Tag
☐ Die zwanghaften Aktionen sind in hohem Maße präsent und haben einen erheblichen Einfluss auf [P]s Leben.

Bewerten Sie nur, falls die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sich eher unangenehm als angenehm anfühlen.

Die folgenden Zwangshandlungen wurden als die Häufigsten bei Kindern und Jugendlichen identifiziert:

- Pflegerituale: einschließlich Hände waschen, duschen und Zähne putzen
- Wiederholende Rituale einschließlich des Ein- und Ausgehens bei Türen, die Notwendigkeit in einer speziellen Art und Weise durch Räume zu gehen, des Kontrollierens um sicherzustellen, dass ein Haushaltsgerät abgeschaltet oder dass eine Tür zugesperrt ist und des zwanghaften Kontrollierens der Hausaufgabe.
- Rituale um Kontakte mit „kontaminierten“ Personen oder Objekten ungeschehen zu machen.
- Berührrituale
- Rituale um vorzubeugen dass man sich selbst schadet oder anderen
- Dinge ordnen, gruppieren oder umstellen
- Zählrituale
- Dinge horten und sammeln

Wird [P] jemals von einem Gedanken oder einer Idee besessen?

(- kein Ritual oder Verhalten, aber ein aktueller Gedanke)
(- manchmal einen Gedanken haben, der immer wieder im Kopf herum kreist, so dass er/sie ihn nicht loswerden kann)

Falls „ja“:

(Wissen Sie, was [P] denkt?)

(Ist es für ihn/sie unangenehm?)

(Versucht er/sie diese Gedanken zu stoppen?)

(Passiert dies häufig?)

(Sagt er/sie von wo diese Gedanken kommen?)

(Erkennt [P], dass der Gedanke nicht vernünftig/unvernünftig ist?)

Item 36: Zwanghaftes Wiederholen von Worten oder Gedanken

☐ Symptom ist gelegentlich vorhanden, aber wahrscheinlich nur vorübergehend

☐ Die zwanghaften Gedanken sind oft präsent

☐ Die zwanghaften Gedanken sind eine konstante Beschäftigung/Sorge

Falls wahnhafte Symptome beobachtet wurden, führen Sie den Abschnitt **psychotische Symptome** (Seiten 70-74) durch, falls Sie diesen noch nicht durchgeführt haben.

Dieses Symptom ist nicht das gleiche wie ein beherrschender Gedanke (z.B. dass Unglück zu einem selbst oder anderen kommen wird). Dieses Symptom bezieht sich eher auf aufdringliche / intrusive Wörter und Töne, die in das Bewusstsein kommen, dort persistieren und normalerweise die Angst erhöhen. Es ist vergleichbar mit einer Melodie, die man nicht mehr aus dem Kopf bekommt. Sie wissen, dass es nicht real ist. Sie wissen, dass es keine akustische Halluzination ist und dass es sich nicht zwangsläufig auf etwas bezieht, was in Ihrem Leben passiert. Trotzdem ist es präsent.

Ein Beispiel könnte sein, konstant den Gedanken zu haben „Ich werde jemanden verletzen.“ Es ist nicht das Gefühl, dass es jemand tatsächlich tun wird, aber der Gedanke kann nicht beseitigt werden. Offensichtlich ist dieses Symptom eher nur bei älteren, sprachlich kompetenteren Kindern identifizierbar.

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
[nur zweiter Informant]

Wenn keine Hinweise auf ADHS besteht, beginnt der nächste Abschnitt auf Seite 64.

In diesem Abschnitt bezieht sich der Beurteilungszeitraum auf die letzten 6 Monate.

Hyperaktivität und Impulsivität

Versteht [P] die sozialen Erwartungen innerhalb des Klassenzimmers, auch wenn er/sie sich nicht immer entsprechend verhält? *(- hört er/sie dem/der LehrerIn zu?* *(- wartet bis er/sie an der Reihe ist?)* *(- ist er/sie phasenweise ruhig?)* **Wenn „ja" zum Verständnis:** *(Woran ist zu erkennen, dass es [P] versteht?)*	Allgemeine Überprüfung für die Relevanz von ADHS Items bezogen auf Hyperaktivität und Impulsivität.

Wenn, aufgrund von IB, kein Verständnis für die Erwartungen innerhalb des Klassenzimmers vorliegt überspringen sie diesen Abschnitt, und gehen Sie weiter zu **Aufmerksamkeit und Konzentration** auf Seite 59.

Für alle Items in diesem Abschnitt gilt, dass man die Fähigkeiten und das Sprachniveau von [P] bei der Formulierung der Fragen berücksichtigen muss.

Beginnen Sie diesen Abschnitt mit: „Ich würde gerne mehr Einzelheiten zu [P]s Verhalten im Klassenzimmer erfahren. Wenn Sie diese Fragen beantworten, versuchen Sie bitte das Verhalten von [P] mit Kindern desselben Alters und Entwicklungsstandes zu vergleichen."

Sitzt [P] ruhig auf seinem/ihrem Platz wenn er/sie darum gebeten wird?

Wenn nicht:
(Was macht er/sie?)
(- zappelt oder rutscht herum?)
(- verlässt das Klassenzimmer, obwohl bleiben erforderlich ist?)
(- *läuft oder klettert unangebracht herum*?)

Item 37: Herumzappeln	Wenn [P] im Rollstuhl sitzt, kann dieses Item dennoch bewertet werden, wenn er/sie unruhige motorische Bewegungen mit den Armen, Händen oder dem Oberkörper zeigt. In diesem Fall, ist eine Unterscheidung zwischen mittel- und schwergradig anhand der Frequenz des Verhaltens zu treffen. Bei andauernder Ruhelosigkeit, bewerten Sie es als schwergradig.
☐ Ist deutlich unruhig, aber verglichen mit Kindern desselben Entwicklungstandes nur zu einem leichten Grad. ☐ Äußerst unruhig, häufiges herum rutschen am Sessel. Das Verhalten ist einen Großteil der Zeit beobachtbar. ☐ Konstantes Herumrutschen und Zappeln, möglicherweise energisch genug um den Sessel umzuwerfen oder laute Geräusche zu machen	

Item 38: Verlässt das Klassenzimmer, wenn Bleiben erforderlich ist?	Dieses Item bezieht sich **nicht** auf ein Trotzverhalten, sondern mehr auf einen Mangel an Selbstkontrolle, was zu einer impulsiven Missachtung, der Erwartung im Klassenzimmer zu bleiben, führt.
☐ Ist gelegentlich während der letzten sechs Monate vorgekommen ☐ Impulsives Verlassen des Klassenzimmers ist ein deutliches Merkmal von [P] Verhalten in der Schule ☐ Wiederkehrendes Verlassen des Klassenzimmers aufgrund des hohen Energieniveaus	

Item 39: Unangemessenes Herumlaufen oder Klettern	Dieses Item kann nur bewertet werden, wenn [P] völlig mobil ist. Beurteilen Sie es nur dann als vorhanden, wenn [P] zwar versteht, dass er/sie relativ still sein sollte, was ihm/ihr aber aufgrund des hohen Energielevels und der hohen Ruhelosigkeit schwerfällt.
☐ Kommt manchmal vor, aber die meiste Zeit verhält sich [P] angemessen. ☐ Tritt mehrere Male am Tag auf, (erfüllt aber nicht das untenstehende Kriterium) ☐ Andauerndes Herumlaufen oder Klettern aufgrund von Impulsivität / Überaktivität, was die Arbeit mit [P] in einem Klassenzimmer erschwert	

Kann sich [P], wenn es gefordert ist, leise am Unterricht beteiligen? **Wenn „nicht“:** (Was macht [P]?) (Spricht oder redet er/sie sehr laut?) (Führt das zu Problemen im Klassenzimmer?) (Wie schwerwiegend sind die Probleme?) (Gelingt es Ihnen [P] zu beruhigen?) (Wie oft kommt das vor?) **Item 40: Schwierigkeit sich leise im Unterricht zu beschäftigen** ☐ [P] ist manchmal aufgrund seines/ihres hohen Energieniveaus laut, aber die meiste Zeit ist er/sie recht leise wenn es der Unterricht verlangt. ☐ Lautäußerungen aufgrund des hohen Energielevels sind ein deutliches Merkmal von [P]s Verhalten im Klassenzimmer, aber manchmal ist er/sie ausreichend fokussiert um sich ruhig zu verhalten. ☐ Andauernde laute Lautäußerungen aufgrund des hohen Energielevels	Dieses Item bezieht sich speziell auf Lautäußerungen, die [P] aufgrund des hohen Energielevels macht. Es ist eine verbale Form der Ruhelosigkeit, und inkludiert das Rufen nach Anderen, Summen oder lautes Singen und Selbstgesprächen. Das Item wird vor allem bei Kindern mit schwerer oder tiefgreifender IB sehr schwer zu beurteilen sein, weil diese Kinder zu Lautäußerungen neigen, deren Ursache unklar ist. Bewerten Sie dieses Item nicht, es sei denn Sie sind sich sicher, dass das Verhalten aus einem zu hohen Energielevel resultiert.

Ist es [P] möglich darauf zu warten bis er/sie an der Reihe ist? (Wird er/sie sehr ungeduldig oder findet es schwierig zu warten?) (Kommt das sehr häufig vor?) (Können Sie mir ein Beispiel geben?) **Item 41: Schwierigkeiten zu warten bis er/sie an der Reihe ist** ☐ Kommt manchmal vor, aber die meiste Zeit verhält sich [P] angemessen. ☐ Schwäche zu Warten, bis er/sie an der Reihe ist ein deutliches Merkmal von [P] Verhalten in der Schule ☐ Findet es nahezu unmöglich sich zurück zuhalten ohne jemanden ins Wort zu fallen.	Bevor Sie eine positive Bewertung abgeben, stellen Sie sicher, dass [P] das Konzept des „Wartens bis man an der Reihe ist“ versteht. Bewerten Sie nur dann positiv, wenn diese Schwäche zu warten aufgrund von Überaktivität und Ungeduld besteht.

Wie verhält sich [P] wenn eine Frage an die Klasse gestellt wird? (Kann [P] warten bis er/sie an der Reihe ist um die Frage zu beantworten?) (Unterbricht er/sie andere?) (Passiert das immer?) (Verursacht das Verhalten Probleme?) **Item 42: Unterbricht oder stört Andere** ☐ Kommt manchmal vor, aber die meiste Zeit verhält sich [P] angemessen. ☐ Impulsives Unterbrechen Anderer ist ein deutliches Merkmal von [P]s typischem Verhalten in der Schule, aber es gibt Zeiten in denen [P] Zurückhaltung zeigt ☐ Impulsives Unterbrechen Anderer kommt ständig vor	Dieses Item bezieht sich nicht auf Aggression, obwohl das Verhalten leicht aggressiv erscheint. [P] kennt die sozialen Erwartungen, dass Anderen mit Respekt zu begegnen ist und ihnen Raum gelassen werden muss, aber Überaktivität und Ungeduld, überwältigen dieses Verständnis. Bevor Sie eine positive Beurteilung machen, ist es essentiell festzustellen, dass [P] dieses Verhalten als inakzeptabel erkennt.

Tendiert [P] dazu mit Antworten auf Fragen ohne nachzudenken herauszuplatzen? (Passiert das immer?) **Item 43: Platzt mit Antworten heraus** ☐ Kommt manchmal vor, aber die meiste Zeit verhält sich [P] angemessen ☐ Mit Antworten herauszuplatzen ist ein typisches Verhalten von [P] in der Schule ☐ Findet es nahezu unmöglich sich zurück zuhalten, wenn eine Frage an die Klasse gestellt wird	Dieses Item kann nur bei Kindern bewertet werden, deren Entwicklung ausreichend fortgeschritten ist, um eine Frage verstehen und beantworten zu können. Das trifft wahrscheinlich auf die Mehrheit der Kinder mit IB nicht zu.

Wann haben Sie zum ersten Mal diese Probleme von [Hyperaktivität und/oder Impulsivität] bemerkt?

Item 44: Dauer der Symptome

☐ Dauer länger als sechs Monate

Aufmerksamkeit und Konzentration

Ist [P] fähig sich Aufgaben oder Spielen zu widmen? (Hat er/sie eine gute Aufmerksamkeitsspanne?) (Hat er/sie Tagträume oder schweift gedanklich ab?) (Kann er/sie sich bei [Aufgaben die [P] wirklich mag] einbringen? Für wie lange?) (Wie ist das im Vergleich zu Kindern mit ähnlichem Alter und Entwicklungsstand?) **Item 45: Kurze Aufmerksamkeitsspanne für Aufgaben oder Spiele** ☐ Die Aufmerksamkeitsspanne ist extrem kurz im Vergleich zu Kindern desselben Alters und Entwicklungsstandes	Dieses Item und das Nächste (**Item 46**) beziehen sich auf das Fehlen von Aufmerksamkeit. Der Unterschied besteht darin, ob es sich um einen aktiven oder passiven Prozess handelt. Für **Item 45** bewerten Sie, ob [P] eine kurze Aufmerksamkeitsspanne passiver Art, schnellen Interessenverlust und Abschweifen oder Tagträume zeigt. Viele Kinder mit IB haben eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, so dass dieses Item **nur dann positiv beurteilt werden soll, wenn das Fehlen von Aufmerksamkeit extrem ist**. Dieses Item hat eine 2-Punktskala, anstatt einer 4-Punkte.

Lässt sich [P] von anderen Dingen sehr leicht ablenken? (Lässt sich [P] von Dingen, die andere Personen machen, anziehen? (Was macht [P] wenn er/sie abgelenkt ist? Steht er/sie auf um zu sehen was die Anderen machen?) (Führt das zu Problemen in der Schule?) (Gibt es Momente in denen [P] weniger abgelenkt ist?) **Item 46: Leicht Ablenkbarkeit** ☐ Etwas ablenkbarer als vergleichbare Kinder ☐ Aktive Ablenkbarkeit ist ein deutliches Merkmal von [P]s Verhalten in der Schule ☐ Schwere und dauerhafte Ablenkbarkeit .	Ein abgelenktes Kind ist derart dauerhaft zu anderen Dingen oder Aktivitäten hingezogen, dass es für ihn/sie unmöglich ist, sich länger auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Es ist ein aktiver Wechsel der Aufmerksamkeit zu anderen Stimuli, weniger ein Fehlen von Aufmerksamkeit. Dieses Item ist relativ unspezifisch. Verwenden Sie dieses Item um eine globale Einschätzung der Ablenkbarkeit im Vergleich zu Kindern desselben Alters und Entwicklungsstandes zu machen. (Spezifische Verhaltensweisen werden in den kommenden Items (**Item 47-53**) bewertet.)

Antwortet [P] normalerweise wenn er/sie angesprochen wird? (Antwortet er/sie für gewöhnlich sofort?) **Wenn „nicht“:** (Warum denken Sie ist das so?) (- Mangel an Aufmerksamkeit?) (- Interesselosigkeit?) (- Unhöflichkeit?) **Wenn Mangel an Aufmerksamkeit:** (Versäumt es [P] oft zu antworten, wenn Sie mit ihm/ihr sprechen?) (Was versuchen Sie um seine/ihre Aufmerksamkeit zu bekommen?) (Funktioniert das normalerweise?) **Item 47: Hört nicht zu wenn mit ihm/ihr gesprochen wird** ☐ Tendenz unaufmerksam zu sein und hört seinen/ihren Namen nicht beim ersten Ansprechen ☐ In den meisten Fällen ist ein großer Aufwand nötig um den Mangel an [P]s Aufmerksamkeit zu umgehen und [P] dazu zu bewegen zuzuhören ☐ Mangel an Aufmerksamkeit ist dermaßen ausgeprägt, dass es nahezu unmöglich ist die Aufmerksamkeit von [P] zu bekommen und zu behalten	Bewerten Sie auf der Basis von Gesprächen die direkt an [P] gerichtet sind. Selbst Personen mit sehr schwerer IB orientieren sich normalerweise am Sprechenden wenn sie ihren Namen hören. Versuchen Sie nicht zwischen einem Mangel an Reaktion bedingt durch Langeweile und einem Mangel an Reaktion bedingt durch Aufmerksamkeitsprobleme zu unterscheiden. Beurteilen Sie beides als vorhanden. Wie auch immer, beurteilen Sie nicht positiv, wenn [P] den/die LehrerIn ignoriert um seine/ihre Aufsässigkeit zu demonstrieren.

Wenn notwendig, stellen Sie sicher, dass [P] die Instruktionen versteht bevor Sie die nächste Frage stellen (z.B.: Ist es [P] möglich die Anweisung „bring mir diese Box“ umzusetzen?)

Wenn Sie [P] bitten etwas zu tun, macht er/sie das normalerweise? (Wird er/sie oft von anderen Dingen abgelenkt?) (Gibt es Momente in denen [P] die Aufgabe angemessen erfüllt?) **Item 48: Kann Instruktionen nicht folgen** ☐ Es kommt vor, dass es [P] (obwohl er/sie fähig ist zu verstehen) es misslingt die Instruktionen umzusetzen, jedoch kommt es öfter vor, dass er/sie sie richtig befolgt ☐ Es ist ein deutliches Merkmal von [P] Verhalten in der Schule, dass es ihm/ihr misslingt den Instruktionen umzusetzen. [P] schweift meist zu anderen Dingen ab, was dazu führt, dass er/sie vergisst was zu tun ist. Manchmal jedoch schafft er/sie es, eine Aufforderung umzusetzen. ☐ Die Ablenkbarkeit ist dermaßen stark ausgeprägt, dass [P] die Instruktionen kaum umsetzen kann. (Um es als schwer zu beurteilen, muss Evidenz bestehen, dass [P] grundsätzlich fähig ist korrekt zu reagieren.)	Um eine positive Beurteilung abzugeben, muss es klar sein, dass [P] fähig ist die Instruktionen zu verstehen, und zu erkennen, dass es wichtig ist diese zu befolgen. Die Beurteilung richtet sich nach dem Versäumnis eine Instruktion zu Ende zu führen, aufgrund der Ablenkung durch andere Stimuli, oder generellem Tagträumen, so dass die Instruktion vergessen wird. Beurteilen Sie nicht positiv wenn [P] den/die LehrerIn ignoriert um die eigene Aufsässigkeit zu demonstrieren.

Vergisst [P] manchmal Aufgaben zu erledigen, um welche er/sie gebeten wurde? (Wie oft passiert das?) (Wie lässt sich das mit Kindern gleichen Entwicklungstandes in der Klasse vergleichen?) (Warum denken Sie, vergisst er/sie diese?) **Item 49: Oftmals vergesslich bei täglichen Aktivitäten** ☐ Etwas vergesslicher als durchschnittlich vergleichbare Kinder ☐ Vergesslichkeit ist ein deutliches Merkmal von [P]s Verhalten in der Schule ☐ Schwere Vergesslichkeit im Vergleich zu vergleichbaren Kindern	Vor der Feststellung einer positiven Beurteilung, ist es notwendig zu Überprüfen ob [P] in der Lage ist Sequenzen von Aktivitäten oder Zeitabläufen zu erinnern, was als Indikator hierfür dienen kann. **Die Beurteilung dient nicht der Prüfung von mangelndem oder fehlendem Gedächtnis oder mangelnder / fehlender Orientierung. Vielmehr geht es um das Versäumnis Aufgaben fertig zustellen aufgrund von Unaufmerksamkeit.**

Stellen Sie die nächste Frage nur, wenn [P] fähig ist Aufgaben zu bewältigen die Genauigkeit und Aufmerksamkeit für Details erfordern. Wenn notwendig, fragen Sie welches Aufgabenlevel [P] bewältigen kann.

Ist [P] bei [der Erledigung von Aufgaben] sorgfältig? (Macht er/sie viele Fehler?) (Wie lässt sich das mit Kindern aus der Klasse vergleichen?) (Warum denken Sie macht [P] viele Fehler?) (- intellektuelle Entwicklung?) (- motorische Kontrolle?) (- mangelndes Interesse?) (- Tagträumen?) (- leicht abgelenkt von anderen Dingen?) (Kann [P] manchmal Aufgaben ohne Fehler bearbeiten?) **Item 50: Regelmäßige Fehler aufgrund mangelnder Aufmerksamkeit für Details** ☐ Macht häufig Fehler oder scheitert an Aufgaben, die er/sie potenziell bearbeiten könnte (aufgrund mangelnder Aufmerksamkeit für Details). Aber er/sie hat manchmal ruhigere Phasen, in denen er/sie Leistungen erbringt, die im Bereich des Fähigkeitsniveaus liegen. ☐ Es ist ein deutliches Merkmal von [P] Verhalten in der Schule, dass es ihm / ihr nicht gelingt auf Details zu achten. [P] schweift typischer Weise zu etwas Anderem ab. Aber manchmal ist die Aufmerksamkeit für Details gegeben. ☐ Überaktivität ist so schwer ausgeprägt, dass [P] kaum auf Details achten kann, bevor seine / ihre Aufmerksamkeit von anderen Dingen angezogen wird.	Wenn es [P] unmöglich ist irgendeine Aufgabe zu bearbeiten, ist es nicht möglich dieses Item zu bewerten. Das Verhalten kann beobachtet werden sowohl bei einfachen Aufgaben als auch bei komplexen Übungen (zum Beispiel Formen zuordnen oder benennen). Suchen Sie nach Hinweisen, dass [P] sorgfältig sein kann, wenn Sie ihn/sie dazu bewegen können sich zu sammeln und zu beruhigen, aber es durch Überaktivität bedingte Eile, zu Fehlern kommen kann.

Bevor Sie die nächste Frage stellen, klären Sie ob [P] fähig ist Aufgaben zu bewältigen, die verschiedene Komponenten beinhalten (zum Beispiel die verschiedenen Arbeitsmittel zusammenfügen, die benötigt werden um Bilder von Magazinen auszuschneiden um sie in ein Sammelalbum zu geben).

Ist [P] fähig eine Aufgabe wie [Aufgabe ausführen] zu organisieren? (Kennt er/sie die verschiedenen Dinge, die benötigt werden?) (Versteht er/sie die Reihenfolge in welcher die Dinge zu erledigen sind?)	Personen mit ADHS zeigen eine schlechte Organisation, nicht weil sie Schwierigkeiten haben die Dinge zu verstehen, sondern weil sie permanent abgelenkt sind und es schwer finden sich auf die Planung der Aufgabe zu konzentrieren
Wenn es [P] nicht möglich ist, eine Aufgabe zu organisieren, springen Sie zum nächsten Item (**Item 52**). (Wie gut kann [P] Aufgaben organisieren im Vergleich zu Kindern aus der Klasse?) **Wenn weitaus schlechter als vergleichbare Kinder:** (- mangelndes Interesse?) (- Tagträumen?) (- leicht ablenkbar von anderen Dingen?) (Beeinflusst das [P]s Fähigkeit Aufgaben auszuführen? Hat es einen großen Einfluss?) **Item 51: Schwierigkeiten Aufgaben zu organisieren** ☐ Schwäche in der Aufgabenorganisation (im Vergleich zur bekannten Fähigkeit von [P]s Aufgaben zu konzeptualisieren) ist deutlich vorhanden. Manchmal zeigt [P] Perioden von weniger Ablenkbarkeit, wenn die Aufgabenorganisation, mehr im Einklang mit seinen/ihren Fähigkeiten ist. ☐ Schwäche in der Aufgabenorganisation (im Vergleich zur bekannten Fähigkeit von [P]s Aufgaben zu konzeptualisieren) ist ein deutliches Merkmal von [P]s typischem Verhalten in der Schule. ☐ Fähigkeit zur Aufgabenorganisation ist deutlich geringer als die bekannte Fähigkeit von [P], notwendige Schritte zu verstehen und zu planen.	Um eine positive Beurteilung vornehmen zu können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: a) [P] muss fähig sein Aufgaben mit verschiedenen Komponenten zu bewältigen (zum Beispiel die verschiedenen Arbeitsmittel zusammenfügen, die benötigt werden um Bilder von Magazinen auszuschneiden und um sie in ein Sammelalbum zu geben) b) es sollte Klarheit darüber bestehen, dass [P] aktuell die notwendigen Komponenten zur Aufgabenerfüllung bekannt sind c) das Misslingen der Organisation ist nicht aufgrund einer kognitiven Einschränkung verursacht.

Stellen Sie die nächste Frage nur, wenn [P] eine Tasche mit Arbeitsmaterialien mit zur Schule nimmt.

Verliert [P] oftmals Dinge für Schulaufgaben? (Wie oft passiert das?) **Item 52: Verliert oft Dinge für Schulaufgaben** ☐ Verabsäumt gelegentlich zugewiesene Aufgaben zu erledigen, weil Dinge verlegt oder verloren wurden, ist aber meistens erfolgreich ☐ Dinge zu verlieren oder zu verlegen ist ein deutliches Merkmal bei der Erledigung von Aufgaben ☐ Verlieren oder Verlegen von Dingen passiert nahezu immer wenn Aufgaben bearbeitet werden sollen	Dieses Item geht davon aus, dass [P] ein typisches Kind der Allgemeinbevölkerung ist, mit einer Schultasche, die Hausübungen, Stifte etc. enthält. Selbst hier ist es schwierig zu quantifizieren. Nur bei Kindern mit einer leichten IB, ist es zulässig hier eine Beurteilung vorzunehmen.

Stellen Sie die nächste Frage nur, wenn [P] fähig ist Aufgaben zu erledigen, die Problemlösungen erfordern oder Dinge auszuarbeiten. Für Kinder mit IB kann das Spiele und Puzzle inkludieren.

Zeigt [P] Freude daran Aufgaben zu bearbeiten bei denen er/sie angestrengt nachdenken und Dinge ausarbeiten muss? (Möchte er/sie das nicht?) (Verliert er/sie schnell das Interesse wenn er/sie beginnen muss angestrengt nachzudenken?) (Bedeutet das, dass [P] sein Potenzial nicht erreichen kann?) (Könnte [P] deutlich bessere Leistungen erzielen, wenn er/sie darauf vorbereitet werden würde, größere geistige Anstrengung zu erbringen?) **Item 53: Möchte keine anhaltende geistige Anstrengung** ☐ Verliert gelegentlich das Interesse oder wird abgelenkt wenn die Aufgabe geistige Anstrengung verlangt, kann aber oft überredet werden weiter zu arbeiten ☐ Mangel an geistiger Anstrengung hält [P] deutlich davon ab, sein/ihr Potenzial zu erreichen ☐ Mangelnde Bereitschaft zur Ausübung von geistiger Anstrengung, führt zu einer deutlichen Diskrepanz zwischen [P] Fähigkeit und seiner/ihrer aktuellen Leistungen (wobei erstere in größerem Ausmaß vorhanden ist)	Obwohl viele Personen möglicherweise behaupten sie würden es nicht mögen viel zu denken und schwer zu arbeiten, der Großteil der Personen, Kinder inkludiert, verbringen viel Zeit bei der Bearbeitung von Aufgaben die sie möglicherweise nicht genießen. Sie tun es teilweise weil sie bemerken, dass es in gewisser Weise erwünscht oder angemessen ist. Kinder mit ADHS können sich auf eine Aufgabe fokussieren wenn sie davon begeistert sind, aber sie haben große Probleme mit Ablenkung bei allem anderen was ihnen weniger Freude bereitet, oder allem anderen das eine Pflicht oder Verpflichtung darstellt. Das Item kann nur bewertet werden, wenn [P] fähig ist Aufgaben zu bearbeiten, die einen gewissen Grad von geistiger Anstrengung und Ausdauer verlangen. Vervollständigen eines Puzzles wäre so eine Aufgabe; Dinge in ein Sammelalbum kleben misst ebenso die geistige Anstrengung wenn die Bilder richtig angeordnet werden müssen. Die Fähigkeit sich geistig anzustrengen muss, natürlich, in Relation zu [P]s Fähigkeitslevel gesehen werden. Die meisten Menschen werden von Aufgaben die über ihrem Fähigkeitsniveau liegen abgeschreckt, so ziehen Sie nur Aufgaben in Betracht, die [P] potenziell erfüllen kann.

Wann haben Sie zum ersten Mal diese Probleme von Aufmerksamkeit und Konzentration bemerkt?

Item 54: Dauer der Symptome

☐ Dauer länger als sechs Monate

Verhaltensauffälligkeiten

Wenn keine Evidenz für Verhaltensprobleme besteht, gehen Sie zum nächsten Abschnitt auf Seite 70.

In diesem Abschnitt ist der zu beurteilende Zeitraum, die letzten 12 Monate.

Verletzung von Regeln

Ist [P] jemals ohne Erlaubnis von Zuhause oder der Schule fern geblieben?

Wenn „ja“:

(Wann ist das zuletzt passiert?)
(Wie oft passiert das?)
(Warum glauben Sie macht er/sie das?)
(Hat [P] irgendetwas gesagt warum er/sie das gemacht hat?)

Item 55: Bleibt fern entgegen der Erlaubnis der Bezugsperson (Eltern / BetreuerIn)

☐ [P] bleibt regelmäßig entgegen der Erlaubnis der Eltern / BetreuerIn über Nacht fern, wobei einer der folgenden Punkte zutrifft:
(i) versteht nicht vollständig die Auswirkungen auf Andere
(ii) Verhalten hängt mit Frustration oder einer emotionalen Reaktion auf Lebensumstände zusammen
(iii) ist gewöhnlich mitgenommen durch den resultierenden Kummer der Bezugsperson

☐ [P] bleibt regelmäßig fern und zeigt sich mehr oder weniger indifferent zum daraus entstehenden Kummer der Bezugsperson, trotz der Kenntnis welche Auswirkungen es hat

☐ [P] bleibt wiederholt gegen den Wunsch der Bezugsperson fern, ist sich der Auswirkungen vollkommen bewusst, aber reagiert zumindest mit einer der folgenden Verhaltensweisen:
(i) findet Freude am daraus resultierenden Kummer
(ii) gibt gewandte Ausreden, die klare Lügen sind
(iii) zeigt oberflächliche Gefühle von Schuld und Reue, die klar unecht sind

Item 56: Schulschwänzen

☐ [P] schwänzt regelmäßig, wobei einer der folgenden Punkte zutrifft:
(i) familiäre Faktoren sind nicht förderlich für eine regelmäßige Teilnahme
(ii) [P] hat Angst vor dem Schulbesuch
(iii) [P] wird von Anderen dazu verleitet, der Impuls geht nicht von ihm / ihr aus.

☐ [P] schwänzte regelmäßig und ist mehr oder weniger indifferent gegenüber den Versuchen der Schule oder Eltern / Betreuer das Verhalten zu kontrollieren

☐ [P] schwänzte regelmäßig und ist mehr oder weniger indifferent gegenüber den Versuchen der Schule oder Eltern / Betreuer das Verhalten zu kontrollieren. Zusätzlich trifft einer der folgenden Verhaltensweisen zu:
(i) verwickelt sich in gewandte Lügen, Entschuldigungen oder Erklärungen von Reue, mit wenig Interesse daran, ob sie geglaubt werden
(ii) Gibt anderen die Schuld für das Verhalten, um die Verantwortung von sich zu weisen.

Ein gewisser Konflikt im Teenageralter ist üblich, welcher zu Unstimmigkeiten zwischen Kindern und Eltern führt. Darüber hinaus unterscheiden sich Eltern stark in ihren Erwartungen an die Kinder bezüglich deren Verhalten.

Ist die Familiensituation problematisch (zum Beispiel elterlicher Konflikt, Eltern in Trennung lebend, oder Missbrauch)?

Ist [P] jemals weggelaufen, oder hat versucht wegzulaufen? **Wenn „ja“:** (Wann ist das zuletzt passiert?) (Was ist genau passiert?) (Wohin ist er/sie gegangen?) (Warum glauben Sie macht [P] das? (Hat [P] irgendetwas gesagt warum er/sie das gemacht hat?) (Wie oft ist das passiert?) **Item 57: Läuft von zu Hause (Wohnsitz) weg** ☐ [P] ist in den letzten 12 Monaten zumindest zweimal davon gelaufen, aber einer der folgenden Punkte trifft zu: (i) versteht nicht vollständig die Auswirkungen, die es auf Andere hat (ii) Verhalten hängt mit Frustration oder einer emotionalen Reaktion auf Lebensumstände zusammen (iii) ist gewöhnlich mitgenommen durch den resultierenden Kummer der Bezugsperson ☐ [P] ist in den letzten 12 Monaten zumindest zweimal davon gelaufen, und zeigt sich mehr oder weniger indifferent zum resultierenden Kummer der Bezugsperson, trotz der Kenntnis welche Auswirkungen es hat ☐ [P] ist in den letzten 12 Monaten zumindest zweimal davon gelaufen, versteht vollkommen die Auswirkungen des Verhaltens, aber reagiert mit zumindest einer der folgenden Verhaltensweisen: (i) findet Freude am daraus resultierenden Kummer (ii) gibt gewandte Ausreden, die klare Lügen sind (iii) zeigt oberflächliche Gefühle von Schuld und Reue, die klar unecht sind	Weglaufen (Im Gegensatz zum nächtlichen Fernbleiben) impliziert, dass [P] eine gewisse Intention hat für länger als eine Nacht wegzubleiben, selbst wenn das nicht gut durchdacht oder sehr zweckmäßig ist.

Aggression und Grausamkeit

Wenn keine Evidenz für Aggression oder Grausamkeit besteht, springen Sie zu **Zerstörung von Eigentum** auf Seite 68.

Hat [P] jemals: (- gekämpft?) (- eine Waffe verwendet?) (- andere tyrannisiert/gemobbt?) (- grausam gegenüber einer Person oder einem Tier gehandelt?) (- irgendetwas anderes?)	Generelle Überprüfung für unterschiedliche Arten von Aggression / Grausamkeit.

Wenn „ja“ zum kämpfen:

Welche Dinge lösen üblicherweise einen Kampf aus? (Wer beginnt normalerweise den Kampf?) (Wie oft passiert das?) **Item 58: Initiiert Kämpfe** ☐ Zahlreiche Beispiele für die Initiierung von Kämpfen durch [P] über die letzten 12 Monate	Wenn [P] in Kämpfe verwickelt ist, ist die entscheidende Überlegung ob er/sie das *initiiert* hat. Bewerten Sie nicht positiv, wenn [P] leicht aufgeregt oder instabil ist, und einen Kampf auslöst aufgrund eines herausfordernden Verhaltens von Anderen, anstatt die Kämpfe selbst zu initiieren. Wenn das ein einmaliges Ereignis war, wo sich [P] wegen etwas in dem Ausmaß angegriffen fühlte, dass er/sie den Kampf suchte, sollte es nicht bewertet werden. Wenn das Kämpfen auf die Geschwister beschränkt ist, sollte es nicht bewertet werden.

Wenn „ja“ zur Verwendung von Waffen:

Welche Waffen hat [P] verwendet? (Was ist genau passiert?) (Glauben Sie [P] hat verstanden wie gefährlich das war?) (Hat er/sie es absichtlich verwendet?) (Wann ist das (zuletzt) passiert?) (Wie oft ist das passiert?) **Item 59: Verwendung von Waffen um zu erschrecken oder zu verletzten** ☐ Zumindest ein Vorfall bei dem eine Waffe verwendet wurde innerhalb der letzten 12 Monate	Bewerten Sie jedes Beispiel in dem eine potentiell gefährliche Waffe verwendet wurde (Schläger, Ziegelstein, zerbrochene Flasche etc). Beurteilen Sie auch dann positiv wenn [P] provoziert wurde. Beurteilen Sie nicht, wenn [P] das Objekt ausschließlich zur Verteidigung verwendet hat, um Verletzungen beim Angriff zu vermeiden, selbst wenn das Objekt dem Angreifer Schaden zufügt hat, weil er weiterhin auf [P] zugekommen ist. Beurteilen Sie nicht wenn bekannt ist, dass [P] auf befehlende Halluzinationen hört (eine Stimme die ihm/ihr Befehle erteilt). Wenn das der Fall ist, notieren Sie es am Ende des Beurteilungsbogens.

Wenn „ja“ zu Tyrannisieren / Mobbing:

Wie oft hat [P] andere Kinder tyrannisiert / gemobbt? (Was macht er/sie genau?) (Was bewegt [P] dazu?) (Provozieren andere Kinder ihn/sie?) (Passiert das auch manchmal ohne vorhergehende Provokation?) **Item 60: Mobbing** ☐ Zahlreiche Beispiele für Tyrannisieren oder Quälen in den letzten 12 Monaten	Mobbing ist definiert als Verletzung oder Einschüchterung anderer, welche kleiner oder schwächer sind, die oftmals gezwungen werden Dinge zu tun, welche sie nicht machen wollen. Die physische Größe ist nicht ausschlaggebend. Angreifer können auch kleiner sein, aber einen psychologischen Vorteil erlangen, in dem sie aggressiver sind. Um das Item beurteilen zu können, muss das Verhalten eindeutig grundlos, und derart bewusst gestaltet sein, um andere einzuschüchtern oder zu verletzen.

Wenn „ja“ zum grausamen Handeln:

Auf welche Weise war [P] grausam?

(Was hat er/sie getan?)

(Wann war das?)

(Denken Sie hat [P] verstanden welche Auswirkung das hat?)

(Was veranlasst Sie das so zu sehen?)

Item 61: physische Grausamkeit gegenüber Menschen ☐ Mindestens ein Zwischenfall von Grausamkeit gegenüber einer anderen Person in den letzten 12 Monaten.	Berücksichtigen Sie hierbei keine geringfügigen Beispiele von Hänseleien, wie jemanden zu erschrecken , indem man jemanden ein Insekt auf den Hals setzt, oder jemanden in ein Zimmer einzusperren, es sei denn, [P] weiß, dass dies extreme Angst in der Person, an der sie es verübt, verursacht . Beispiele inkludieren Anbinden, Schneiden, Verbrennen oder andere Formen der Folter.
Item 62: physische Grausamkeit gegenüber Tieren ☐ Mindestens ein Zwischenfall von Grausamkeit gegenüber einem Tier in den letzten 12 Monaten.	Kinder bis zum Alter von drei Jahren verletzten Tiere möglicherweise ohne völliges Verständnis für das was sie tun. Eine Person mit schwerer IB erreicht möglicherweise nur einen äquivalenten Entwicklungsstand, nichts desto weniger wäre es in solchen Fällen ohnehin unmöglich das Vorhandensein einer Absicht zu beurteilen. Deswegen sollte von einer positiven Bewertung abgesehen werden. Beziehen Sie alle Beispiele mit ein, bei denen vorsätzlich ein Tier zu Schaden gekommen ist, und [P] erkannt hat, dass er/sie großes Leid verursachen würde.

Wenn Diebstahl oder sexuelle Nötigung erwähnt wurden

Hier sind keine spezifischen Fragen vorgesehen. Verschaffen Sie sich eine Beschreibung und machen Sie am Ende des Beurteilungsbogens eine Notiz. Verwenden Sie für beide Verhaltensweisen folgende Beurteilung:

Item 63: Raub (Konfrontation mit dem Opfer)

Item 64: sexuelle Nötigung

☐ Ist in den letzten 12 Monaten nicht aufgetreten

☐ Zumindest einmal in den letzten 12 Monaten aufgetreten

Zerstörung von Eigentum

Hat [P] jemals fremdes Eigentum zerstört? (Was hat er/sie getan?) (Wann war das?) (Denken Sie [P] hat verstanden worum es geht?) (Was veranlasst Sie das so zu sehen?) **Item 65: Brandstiftung** ☐ Zumindest ein Vorfall innerhalb der letzten 12 Monaten **Item 66: Andere Umweltzerstörung oder Beschädigungen** ☐ Zumindest ein Vorfall innerhalb der letzten 12 Monaten	Beinhaltet Brandstiftung und andere Zerstörungen der Umwelt oder Beschädigungen die nicht von geringfügiger Natur sind. Nur bewerten wenn klar ersichtlich ist, dass [P] mit Absicht einen Schaden verursacht hat und dabei vollständig verstanden hat, was er/sie getan hat. Wenn [P] für eine ernsthafte Umweltzerstörung verantwortlich ist, aber Sie dieses Item als unklar beurteilen, notieren Sie es am Ende des Bogens.

Betrug oder Diebstahl

Erzählt [P] normalerweise die Wahrheit? (Lügt er/sie oft?) (Bezüglich welcher Inhalte lügt er/sie?) (Hat er/sie jemals versucht andere zu betrügen?) **Wenn „ja“:** (Auf welche Art?) **Item 67: Lügen um Waren oder Gefälligkeiten zu erhalten; Hereinlegen von Menschen** ☐ Zumindest ein Vorfall innerhalb der letzten 12 Monaten	Jegliche Beispiele, aus denen klar der Versuch hervorgeht, Vorteile durch Betrügen anderer Personen zu erzielen.

War [P] jemals in einen Ladendiebstahl verwickelt? (Auch wenn die Polizei nicht involviert war.)

(Was hat [P] getan?)

(Wann war das?)

(Denken Sie es war [P] bewusst, dass er/sie das Gesetz bricht?)

(Was macht Sie so sicher das zu glauben?)

Item 68: Einbruch

☐ Zumindest ein Vorfall innerhalb der letzten 12 Monaten

Item 69: Ladendiebstahl

☐ Zumindest einmal in den letzten 12 Monaten aufgetreten

Ist irgendeine dieser Problemverhaltensweisen in den letzten sechs Monaten aufgetreten?

Item 70: Dauer der Symptome

☐ Zumindest ein Problem vorhanden innerhalb der letzten sechs Monaten

Psychotische Symptome

Das ist der letzte Abschnitt des Interviews. Die Autismus-Checkliste beginnt auf Seite 75.

Für alle potentiellen psychotischen Symptome gilt, eine so klare Beschreibung wie möglich zu bekommen. Verwenden Sie den Platz auf Seite 16 am Ende des Auswertungsbogens um die Notizen festzuhalten. Verbal fähige Jugendliche und ältere Kinder sind vielleicht in der Lage mehr Informationen über Halluzinationen und Wahnvorstellungen zu geben, als hier beurteilt werden kann. Wenn es angebracht ist, können Sie unter Umständen eine Kopie des PAS-ADD 10 zusätzlich verwenden und die relevanten Abschnitte mit [P] durchführen.

Bearbeiten Sie die Items in diesem Abschnitt gewissenhaft. Falls es notwendig erscheint, wiederholen Sie die Fragen zu den einzelnen erlebten Symptomen erneut.

Wenn „ja“ zum Hören von Dingen

Was denken Sie hört [P]?

(Wie oft hört er/sie [P]?)

(Hört er/sie sie zu einem bestimmten Zeitpunkt am Tag?)

Wenn Stimmen gehört werden:

(Wie viele Stimmen gibt es?)

(Wissen Sie wer die Stimmen sind?)

(Sind das Stimmen von Personen die [P] kennt? Sind das Fremde?)

(Sprechen die Stimmen unter einander/zueinander?)

(Was sagen sie?)

(Sagen sie angenehme oder unangenehme Dinge?)

Item 71: Hört Klänge oder Stimmen die Andere nicht hören

☐ Nicht klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Das Symptom ist klar vorhanden, regelmäßig, aufdringlich und inkludiert glaubwürdige verbale Aussagen von [P]

Es gibt ebenfalls eine Checkliste auf der Score-Tabelle (**Item 76**, Seite 9) um jegliches Merkmal der Stimmen zu kodieren, die bekannt sind.

Wenn „ja“ zum Sehen von Dingen

Wissen Sie was [P] sieht?

(Hat er/sie Ihnen davon erzählt? Was?)
(Lässt das Verhalten von [P] darauf schließen, dass er/sie Dinge sieht?)
(Wie oft passiert das?)

Item 72: Sieht Dinge, die Andere nicht sehen

☐ Nicht klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Das Symptom ist klar vorhanden, regelmäßig, aufdringlich und inkludiert glaubwürdige verbale Meldungen von [P]

Wenn „ja“ zum Fühlen von Dingen

Wissen Sie was [P] fühlt?

(Hat er/sie Ihnen davon erzählt? Was?)
(Lässt das Verhalten von [P] darauf schließen, dass er/sie von Dingen berührt wird?)
(Wie oft passiert das?)

Item 73: Erlebt Berührungen oder andere körperliche Sinnesempfindungen

☐ Nicht klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Das Symptom ist klar vorhanden, regelmäßig, aufdringlich und inkludiert glaubwürdige verbale Aussagen von [P]

Wenn „ja“ zum Riechen von Dingen

Wissen Sie was [P] riecht?

(Hat er/sie Ihnen davon erzählt? Was?)
(Lässt das Verhalten von [P] darauf schließen, dass er/sie Dinge riecht)
(Wie oft passiert das?)

Item 74: Riecht Dinge, die Andere nicht riechen können

☐ Nicht klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen

☐ Das Symptom ist klar vorhanden, regelmäßig, aufdringlich und inkludiert glaubwürdige verbale Äußerungen von [P]

Stellen Sie sicher und überprüfen Sie ob [P] nicht nur lediglich einen real vorhanden Geruch falsch interpretiert.

Wenn „ja“ zu seltsamen oder wahnhaften Überzeugungen

Ist es Ihnen möglich mir ein detailliertes Beispiel von [seltsamen Überzeugungen] zu geben? (Was erzählt [P]? Können Sie mir mehrere Beispiele geben?) (Versuchen Sie [P] zu überzeugen, dass es nicht wirklich wahr ist?) (Können Sie [P] überzeugen?) (Glauben Sie er/sie glaubt Ihnen?) (Wie oft spricht [P] von diesen Überzeugungen?) **Item 75: Wahnhafte Überzeugungen** ☐ Nicht klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen ☐ Klar differenzierbar von Imagination, Fantasie oder Selbstgesprächen ☐ Das Symptom ist klar vorhanden, regelmäßig, aufdringlich und inkludiert glaubwürdige verbale Meldungen von [P] Wenn dieser Wert positiv ist, vervollständigen Sie die Wahnvorstellungen Checkliste (**Item 77**).	Eine Wahnvorstellung ist eine falsche und unerschütterliche Überzeugung in etwas, das nicht wahr ist. Es ist die Qualität des Unerschütterlichen welche es benötigt um eine positive Beurteilung zu machen. Bei Kindern sind Wahnvorstellungen oftmals konkret und weniger abstrakt. Wahnvorstellungen sind oft bizarr und unmöglich, aber das ist kein Qualitätskriterium. Kinder haben oft Fantasiefreunde wenn sie noch jünger sind, und das gilt auch für Kinder mit IB. Einige Kinder, speziell mit High-Functioning-Autism oder dem Asperger-Syndrom, haben ein kunstvolles Fantasieleben entwickelt, das im ersten Moment möglicherweise psychotisch erscheint.

Item 76: Merkmale der Stimmen

☐ Wenn Stimmen gehört werden, sollten Sie alle Merkmale erfassen, die definitiv einem der Informanten bekannt sind. Kreuzen Sie alle zutreffenden an

Item 77: Checkliste für Wahnvorstellungen (Merkmale von Wahnvorstellungen)

☐ Markieren Sie jede relevante Situation auf der Checkliste (und beschreiben Sie jede andere Wahnvorstellung, die nicht in der Liste erscheint)

Größenwahn	Der Größenwahn von Menschen mit IB (zum Beispiel, die Überzeugung dass sie Autofahren können) scheint für uns nicht Größenwahnsinnig. Inkludiert jede der Folgenden: von einer Macht gewählt oder für einen besonderen Zweck; die Überzeugung, dass Jemand berühmt, reich, betitelt oder verwandt mit Prominenten ist; fröhlich beschwingt und eine wahnhafte Vorstellung ihrer Talente, Schönheit, Fähigkeiten oder Zentrum bewunderter Aufmerksamkeit. Es kann schwierig sein, zwischen dem übertriebenen Gefühl der eigenen Fähigkeiten, zum Beispiel bei Manie, und einer echten wahnhaften Überzeugung zu unterscheiden. Eine wahnhafte Überzeugung ist vollkommen irrational, wohingegen eine übertriebene Sichtweise der eigenen Fähigkeiten dazu verleitet ein übertriebenes Bild von sich selbst zu haben.
Beziehungswahn	Die Überzeugung, dass unabhängige Ereignisse [P] dennoch persönlich betreffen. Beispiele inkludieren: Personen im Fernsehen, die mit ihnen sprechen; etwas hören was andere sagen (im TV etc.) und es auf das unmittelbar gedachte beziehen. Ganze Situationen werden referentiell interpretiert; Objekte, Straßensignale, selbst große Gruppen von Personen können ebenso interpretiert werden.
Hypochondrische Wahnvorstellungen	Die feste Überzeugung, dass mit [P] etwas Ernsthaftes nicht in Ordnung ist, trotz wiederholter Untersuchungen, die zeigen, dass kein Grund zur Beunruhigung besteht. Unterscheiden Sie das von der Hypochondrie, wo Personen offen sind für rationale Diskussionen und manchmal für einige Zeit auch überzeugt werden können, bevor sie wieder beginnen sich Sorgen zu machen.
Somatische Wahnvorstellungen	Inkludiert jede Wahnvorstellung über den Körper (zB: ein Teil des Körpers fehlt, Zeichen und Beulen an den Händen). Ein Junge berichtete körperliche Wahnvorstellungen in denen er Schlangen in seinem Bauch hatte, dass er erschossen wurde und Menschen mit Bomben auf ihn geworfen haben.
Wahnhafte Imitierungsvorstellung	[P] glaubt, dass vertraute Personen nicht die sind, die sie vorgeben zu sein, sondern absichtlich von Fremden nachgeahmt werden. Ein Kind glaubt möglicherweise, dass seine Mutter ein Alien ist.
Verfolgungs-/ Beeinträchtigungswahn	Eine häufige Form des Wahns bei Kindern ist der Glaube, dass es jemanden oder einige Leute gibt, die ihnen schaden oder sie ausspionieren möchten. Wie bei anderen Wahnvorstellungen, ist es auch hier wichtig zu überprüfen, dass dies nicht einfach einer hohen Intensität von Angst entspricht, sondern jenseits aller Vernunft.

Wenn „ja“ zu Selbstgesprächen oder unbelebten Objekten / lachen oder fluchen aus unersichtlichen Gründen / Annahme seltsamer Körperhaltungen ohne ersichtlichen Grund

Können Sie mir ein Beispiel vom [Verhalten] geben?	**Das sind andere Verhaltensweisen, die auf eine psychotische Störung hindeuten könnten.**
(Was passiert genau?) (Wie oft kommt das vor?) (Gibt es etwas Bestimmtes das es aus zu lösen scheint?) (- oder passiert es scheinbar ohne Grund?) **Item 78: Selbstgespräche oder Gespräche mit unbelebten Objekten** **Item 79: Lachen oder Fluchen aus unersichtlichem Grund** **Item 80: Einnahme seltsamer Körperhaltungen ohne jeden Grund:** Kodierung für alle oben genannten Items: ☐ Kommt nicht vor, oder nur kurz, und war nur vorübergehend ☐ Ist mehrfach vorgekommen während der Zeitperiode	Bei einer Beurteilung ist es wichtig festzustellen, dass sie scheinbar zufällig auftreten, anstatt als Reaktion auf reale Ereignisse um [P].

Ende des Interviews

Autismusspektrum

Diese Fragen sind nicht Teil des Interviews. Vervollständigen Sie diese Items nur auf Basis Ihres eigenen Wissens über [P].

Es ist zu betonen, dass die folgenden Items nur ein Screening für Autismus darstellen. Das Autism Diagnostic Interview (ADI) weist darauf hin, dass autistische Symptome ihre größte Aussagekraft zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr haben, so dass eine vollständige Beurteilung ein ausführliches Interview mit einem Elternteil benötigt. Im Allgemeinen, sind autistische Symptome langjährig und entwickeln sich vor dem dritten Lebensjahr. Aus diesem Grund, **treffen Sie die Entscheidungen auf Basis des gesamten Lebens von [P]**. Manche autistische Verhaltensweisen sind nur für kurze Zeit zu beobachten. Gibt es irgendeinen Hinweis für das Symptom zu irgendeinem Zeitpunkt? (Beurteilen Sie nicht als vorhanden wenn das Verhalten nach einem physischen oder mentalen Trauma auftritt und möglicherweise wieder verschwindet.)

Die meisten Items des autistischen Screenings müssen nach reiflicher Überlegung der möglichen Ursachen bewertet werden. Die Items sollen nur dann als vorhanden bewertet werden, wenn sie das Vorhandensein der Kernproblematik des Sozialverhaltens bei Autismus unterstützen. Wie den Glossardefinitionen zu entnehmen ist, können viele der beurteilten Items auch aus anderen Gründen vorhanden sein.

Legen die Beobachtungen nahe, dass das Symptom wiederkehrend ist (z.B. es ist vorhanden in mehr als einem einzigen Beispiel?)

Ist das Symptom eher auf die Einschränkungen, resultierend durch [P]s Lebensumstände zurückzuführen? Oder ist es wahrscheinlicher aufgrund des Autismus (z.B. das Hobby bestimmte Dinge zu sammeln, erscheint zwar seltsam, erklärt sich aber dadurch, dass für [P] wenig Alternativen zur Verfügung stehen?)

Bewertung für alle Autismus-Screening Items:

☐ Kommt nicht vor, oder nur kurz, und war nur vorübergehend

☐ In manchen Punkten in [P]s Leben treten die Symptome bei mehreren Gelegenheiten für zumindest einen Monat auf (aber nicht aufgrund eines traumatischen Lebensereignisses)

Soziale Wahrnehmung

Item 81: seltener Augenkontakt, lächeln oder Gesichtsausdruck bei der Interaktion mit Anderen
Kinder ohne Autismus sehen vom Beginn an anderen Personen direkt ins Gesicht; es bringt sie oft zum Lächeln. In einem bestimmten Alter, kann das Anschauen von Fremden zu Schüchternheit oder Angst führen, aber er/sie schauen dennoch von Zeit zu Zeit. Viele Kinder mit Autismus finden es aversiv, Anderen in die Augen zu sehen. Bewerten Sie es nicht, falls das Verhalten mehr auf Angst zurückzuführen ist, die vielleicht durch eine Misshandlung bedingt ist oder einfach nur auf extremer Schüchternheit beruht. Solang es jemanden gibt mit dem [P] normalerweise Augenkontakt hält, ist das Symptom nicht vorhanden.

Item 82: Begrüßt andere selten aus Eigeninitiative/spontan
Vom frühesten Alter begrüßen Kinder Andere indem sie mit ihren Armen winken und lächeln. Kinder mit Autismus, finden oft wenig oder keine Freude daran Andere zu begrüßen. Wie beim vorhergehenden Item, bewerten Sie es nicht als vorhanden wenn [P] zumindest eine Person regelmäßig grüßt.

Item 83: seltenes Suchen oder Anbieten von Hilfe oder Zuneigung in Notsituationen
Das Erhalten oder Anbieten von Hilfeleistungen ist ein wesentlicher Teil der Freude, die soziale Kommunikation mit sich bringt. Dieses Symptom kann ein klares Indiz für Autismus sein. Gleichzeitig ist das aber ein Teil des Lebens, der besonders anfällig für die Effekte negativer Lebensereignisse ist. Ein Kind, das missbraucht wurde, hat wahrscheinlich kein Vertrauen in die Erwiderung von Anderen, und erlebt vielleicht Wut und Ärger welche die Zuneigung zu Anderen hemmen wird. Das Symptom bei Autismus drückt sich eher als ein mangelndes Interesse aus, und weniger als Feindseligkeit. Ein sehr junges Kind mag nicht kuscheln.

Item 84: fehlt das Gefühl für Andere oder zeigt abnorme Reaktionen auf Emotionen Anderer
Dieses Item würde insbesondere eine fehlende Reaktion in Form von Trost spenden, einer in Not befindlichen Person (bewertet in **Item 83**) inkludieren. Ebenso inkludiert wäre das Lachen bei der Nachricht eines Trauerfalls, oder das Unvermögen auf gute Nachrichten Anderer mit Freude zu reagieren, sowie sonstige Beispiele extremer Gleichgültigkeit gegenüber Gefühlen anderer, oder das Fehlen von Reaktionen auf die Körpersprache von anderen Menschen. Man muss beachten, dass diese Verhaltensweisen nicht bewertet werden dürfen, wenn sie auf Wut, Groll oder Gemeinheiten beruhen.

Item 85: teilt Sachen oder Essen nicht mit Anderen
Kinder wollen ihre Spielsachen teilen (auch wenn nur für kurze Zeit!). Das Ausmaß variiert in Abhängigkeit des Gegenübers. Um dies bewerten zu können, muss ein klarer Hinweis für einen ungewöhnlichen Mangel an Interesse an dieser speziellen sozialen Interaktion vorliegen. Wie in vorhergehenden Items, bewerten Sie nur dann das Unvermögen zu teilen, wenn [P] scheinbar kein Interesse an diesem Prozess zeigt. Bewerten Sie es nicht als vorhanden, wenn es aufgrund von Angst, Furcht vor Ablehnung oder eine Geschichte extremer Armut vorliegt.

Item 86: Teilt Vergnügen oder Interessen nicht mit Anderen
Mit der kindlichen Entwicklung erweitert sich das Austauschen von Objekten hinzu Interessen. Das sind dieselben Überlegungen wie in **Item 85**. Um es als vorhanden zu beurteilen, müssen klare Hinweise eines ungewöhnlich mangelnden Interesses in dieser speziellen sozialen Interaktion vorliegen. Wie in vorangegangenen Items, beurteilen Sie es nur dann, wenn das Austauschen nicht stattfindet, weil [P] kein Interesse an diesem Prozess zeigt. Wenn natürlich die kognitiven Einschränkungen bei [P] bedeuten, dass er/sie keine echten persönlichen Interessen entwickelt hat, kann dieses Item nicht positiv bewertet werden.

Item 87: Reagiert nicht adäquat in sozialen Situationen
Nachdem alle Items dieses Abschnittes sich auf Probleme in sozialen Interaktionen beziehen, soll dieses Item für jegliche Beispiele dienen, die durch die Anderen nicht abgedeckt werden. Natürlich gibt es eine große Bandbreite unangebrachter Verhaltensweisen, wie zum Beispiel schlechtes Benehmen im Restaurant. Allgemein gesprochen, bezieht sich dieses Item nicht auf ein generelles Misslingen sozial adäquates Verhalten zu erlernen. Vielmehr ist es so, dass das Lernen auf eine seltsame, oft buchstäbliche/wortwörtliche Art und Weise stattfindet. Beispiele, die hier bewertet werden können, inkludieren: Personen umarmen oder sie auf den Rücken schlagen beim Begrüßen, obwohl sie kaum bekannt sind; sich entschuldigen, dass nicht alle Kekse gegessen werden können, die auf den Tisch gestellt werden. Ein sehr junges Kind könnte vielleicht sogar in Erwartung aufgehoben zu werden, den Eltern die Arme nicht entgegen strecken. Ein älteres Kind wird möglicherweise die Spielregeln nicht verstehen, wenn ein Richtungswechsel angesagt ist.

Item 88: Verglichen mit Peers, hat [P] Schwierigkeiten Freundschaften und soziale Beziehungen zu entwickeln
Dieses Item bedarf einer vorsichtigen Bewertung. Viele Kinder (und Erwachsende) mit IB haben Probleme Freundschaften zu schließen, teilweise aufgrund der reduzierten Möglichkeiten. Ebenso, kann eine Person (mit oder ohne IB) vielleicht gar keine Freundschaften schließen, weil sie aggressiv oder sonst nicht sehr sympathisch ist. Was hier jedoch bewertet werden soll, ist das Versagen, Freundschaften zu schließen, hauptsächlich deshalb, weil sich das Verständnis und die Interpretation von sozialen Interaktionen von [P], sehr von dem anderer Leute unterscheiden. Viele Kinder mit Autismus finden kein Vergnügen an Freundschaften, aber das ist nicht immer der Fall. Selbst wenn [P] sozialen Kontakt *will*, schreckt er/sie andere durch sein/ihr sonderbares Sozialverhalten ab. Dieses Item stellt gewissermaßen eine umfassende Einschätzung der Auswirkungen dar, die auf die anderen in diesem Abschnitt beurteilten Items zurückzuführen sind.

Soziale Sprache

Item 89: Hat Schwierigkeiten im Führen eines Dialoges (entsprechend den verbalen Fähigkeiten)
Viele Kinder mit IB haben Sprachprobleme, und daher auch Schwierigkeiten in Konversationen. Dieses Item ist spezifisch auf die sozialen Aspekte der Führung eines Gespräches ausgelegt – Aspekte wie Perspektivenwechsel, Bestätigung, dass die andere Person gehört wurde, und angemessenes Reagieren abhängig vom Kontext. Selbst Personen mit tiefgreifender IB können oft verstehen wenn sie gelobt werden, und werden mit einem Lächeln oder Äußerungen reagieren. Dieses Wechselspiel, selbst wenn es stark reduziert ist, ist durchaus angemessen. Kinder mit Autismus, selbst mit High-Functioning-Autismus, können ihre Probleme in Gesprächen offenbaren, indem es ihnen nicht gelingt angemessen zu reagieren oder indem sie die falsche Stimmlage für die spezielle Stimmung des Gesprächs verwenden.

Item 90: Wiederholt die selben Phrasen, Wörter oder Laute immer und immer wieder ohne Zusammenhang
Personen verwenden meistens die Sprache um mit Anderen zu kommunizieren, und unsere Sprache ist stark reguliert durch diese Funktion. Kinder mit Autismus neigen dazu, weniger durch den sozialen Kontext reguliert zu werden und sind noch weniger in der Lage, diesen Zusammenhang zu verstehen. Die Forschung hat gezeigt, dass Menschen mit Autismus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als andere dazu neigen dieselben aus dem Zusammenhang gerissenen Phrasen, Wörter oder Laute immer und immer wieder zu wiederholen. Möglicherweise tun sie dies für ihre eigene Unterhaltung, ohne zu wissen, dass es sonderbar klingt. Sie neigen auch dazu Dinge zu wiederholen, die gerade zu ihnen gesagt wurden. Wenn [P] nur über eine sehr eingeschränkte Sprache verfügt, muss besondere Sorgfalt bei der Bewertung dieses Item gewährleistet sein. Wenn er/sie nur über weniger Phrasen in ihrem/seinem Repertoire verfügt, wird er/sie diese Phrasen wiederholen, schlichtweg weil es die einzigen Phrasen sind, die er/sie bisher beherrscht. Sollte dies der Fall sein, würden die Kriterien nicht erfüllt sein, da es keine ausreichenden Hinweise für ein allgemeines Problem gibt.

Item 91: Falscher Gebrauch von Subjektpronomen, wie „du“, „er“ oder „sie“ wenn „ich“ gemeint ist
Die Tendenz von Personen mit Autismus Pronomen zu vertauschen, ist wahrscheinlich Teil einer allgemeinen Beeinträchtigung, die auf das Fehlen der „Theory of mind“ zurückzuführen ist. Personen mit Autismus haben spezifische Probleme mit dem Verstehen, dass Personen Gemütszustände haben können, die vom Zustand der realen Welt und vom eigenen Gemütszustand abweichen können. Normale Kinder im ungefähren Alter von vier Jahren verstehen, dass Personen Vorstellungen und Wünsche haben, und diese mentalen Strukturen ihr Verhalten bestimmen. Um eine Theory of Mind zu haben, muss man fähig sein unabhängige Gemütszustände sich selbst und Anderen zu zuschreiben, um das Verhalten zu erklären und vorherzusagen. Die korrekte Verwendung von Pronomen wie „er“ oder „du“ ist ein Teil dieser Fähigkeit. Manchmal, zeigen Kinder mit Autismusspektrum Störungen dieses Verhalten für eine Zeitperiode aber entwachsen diesem dann. Wenn das Verhalten dermaßen signifikant war, so dass es aufgezeichnet oder erinnert wurde, sollte es bewertet werden.

Vorstellung / Imagination und Spiel

Item 92: Hat eine Verbundenheit mit ungewöhnlichen Objekten
Beinhaltet beispielsweise nicht eine Verbundenheit gegenüber einem Kuscheltier, die völlig normal ist. Sondern damit sind ungewöhnliche Objekte wie ein Staubsauger oder ein Stück Draht gemeint.

Item 93: Hat Hobbies oder Interessen, die auf Andere seltsam wirken

Dieses Item kann im Falle eines Kindes mit IB schwer zu beurteilen sein. Es ist nicht zwingend der Inhalt des Hobbies oder des Interesses, der sonderbar ist – jemand der Zug- oder Flugnummern sammelt, scheint vielleicht auch sonderbar für Andere zu sein. Vielmehr sind es der besondere Schwerpunkt oder die Intensität die auf Autismus schließen lassen. Personen jeden Alters sammeln Dinge, die oft von wenig reellem Wert sind. Grundsätzlich steht aber eine klare Funktion dahinter, von etwas Bestimmten ein ganzes Set zu sammeln. Im Vergleich dazu horten Personen mit Autismus Dinge (wie zum Beispiel alte Zeitungen), welche keine klare Funktion haben. Ein anderes Beispiel wäre, wenn ein Kind einen Spielzeugbaukasten verwendet, um ein Objekt in einer konzentrierten, jedoch offenbar ziellosen Weise zu bauen, wahrscheinlich in erster Linie nicht um zu Bauen, sondern einen formlosen Turm zu errichten, der so hoch wie möglich wird.

Item 94: Berührt, kostet oder riecht an Objekte auf eine unangebrachte Art und Weise oder mit einer ungewöhnlichen Intensität
Sehr junge Kinder haben ein orales Stadium in dem alles in den Mund genommen wird. Das wird nicht bewertet. Um dieses Item zu beurteilen, muss [P] einen starke Beschäftigung mit Objekten, oder Teilen von Objekten zeigen, die definitiv unangemessen ist. Kinder mit Autismus zeigen manchmal eine Beschäftigung mit einem Teil des Spielzeugs (z.B. konstantes drehen eines Rads vom Spielauto), welches kaum Relevanz zu den eigentlichen Funktionen hat.

Item 95: Repetitives Verhalten wie Händeschlagen, Schaukel- oder Drehbewegungen des Körpers
Das kann natürlich auch bei Personen mit sehr schwerer IB auftreten, ohne Autismus. Selbst wenn es die Möglichkeit gibt, dass eine andere Ursache als Autismus vorliegt, wird dieses Item trotzdem als positiv bewertet, wenn es regelmäßig auftritt oder aufgetreten ist. Inkludiert jede stereotypen oder ungewöhnlichen körperlichen Bewegungen.

Item 96: Hat Routinen oder Rituale die in einer besonderen Reihenfolge ausgeführt werden
Dieses Item ist grundsätzlich das gleiche wie Item 33. Kinder mit Autismus zeigen ähnlich zu denen mit Zwangsstörungen, regelmäßig rituelles Verhalten, wie das Ausführen von speziellen Handlungen in einer bestimmten Anzahl von Durchgängen, oder indem sie Dinge auf einer besondere Art und Weise berühren.

Item 97: Wird intensiv durch Veränderungen der Routine oder in der Umgebung gestresst
Wesentliche Änderungen wie der Wohnortwechsel, können störend sein, aber im Allgemeinen, sind Kinder normalerweise anpassungsfähiger als Erwachsene. Dieses Item bezieht sich auf das extreme Bedürfnis nach Stabilität in der Umwelt, in dem Sinne, dass Dinge exakt in der gleichen Art und Weise erledigt werden müssen (z.B. immer denselben Weg gehen, die gleiche Reihenfolge beim Anziehen, dasselbe Programm jeden Tag). Wenn Veränderungen in diesen Routinen geschehen, wird [P] normalerweise intensiv gestresst.

Ende der ChA-PAS Items

Anhang:

Das PAS-ADD System

Die Beurteilung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) unterscheidet sich von der der Allgemeinbevölkerung in mindestens drei wesentlichen Aspekten.

1 Der normale Prozess einer **Falluntersuchung** ist darauf angewiesen, dass Menschen mit ihren Problemen zu einem Allgemeinmediziner gehen, der dann dafür verantwortlich ist, das Problem zu erkennen. Die meisten Personen mit IB sind jedoch nicht in der Lage, ihre eigenen mentalen Gesundheitsprobleme zu erkennen, die Betreuer/innen sind oft unsicher über die Bedeutung der Verhaltensweisen, die sie gesehen haben und vielen Allgemeinmedizinern/innen fehlt das spezielle Wissen, um psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beurteilen zu können. Die Folge davon ist, dass zahlreiche Studien einen hohen Grad an unerkannten psychischen Gesundheitsproblemen zeigen.

2 Die meisten Menschen mit IB haben sprachliche und kognitive Einschränkungen, die es für sie schwierig machen, eine adäquate Auskunft über das eigene psychische Befinden zu geben. Daher wird **großer Wert auf die Berichte des/der Informanten/in** gelegt. Die Verbesserung der Qualität der Berichterstattung des/der Informanten/innen ist dementsprechend wichtig, wenn wir die Qualität der Formulierung und Genauigkeit der Diagnoseerstellung verbessern wollen.

3 Obwohl Informanten/innen ein umfangreiches Wissen über ihr Familienmitglied oder ihren/ihre Klienten/in haben können, kann nichts die Aussagekraft von [P]s eigenem verbalen Bericht ersetzen. Es ist daher, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, ein direktes Interview mit [P] einer Fremdbeurteilung vorzuziehen**.** Jedoch muss die Sprache sorgfältig angepasst werden, wenn er bei Personen mit IB erfolgreich angewendet werden soll.

Die PAS- ADD Programme wurden als eine Antwort auf diese drei Herausforderungen entwickelt. Sie bieten einen strukturierten Rahmen, in dem die Informanten/innen, Kliniker/innen und andere Gesundheitsexperten/innen standardisierte Informationen über die psychischen Gesundheitsprobleme sammeln können. Das System wurde in den Servicestellen für intellektuell Beeinträchtigte im UK und in Australien weitgehend angeglichen (ebenso wie in anderen Ländern) um die Identifikation und Beurteilung von psychischen Gesundheitsproblemen zu verbessern. Ursprünglich wurde eine Serie von drei Instrumenten entwickelt, von denen jedes eines der drei Themen, die oben skizziert wurden, speziell ins Auge fasste. Im Großen und Ganzen wurden die Instrumente entworfen, um einen Informationsfluss von den Betreuern/innen und Gesundheitsexperten/innen zu den Klinikern/innen, die für das Erstellen der diagnostischen Formulierungen verantwortlich sind, zu gewährleisten. Seit den ursprünglichen Projekten wurden überarbeitete Versionen der Checkliste und des Mini PAS ADD entwickelt. Die momentanen Instrumente sind:

1. **Falluntersuchung: die PAS-ADD Checkliste (revidiert)**
   Ein Fragebogen, der in der Umgangssprache formuliert ist, ist primär für die Nutzung durch Betreuungspersonal und Familienmitglieder – also die Menschen, die am ehesten Verhaltensänderungen bei den Personen wahrnehmen würden, um die sie sich kümmern, entwickelt. Die PAS-ADD Checkliste zielt darauf ab, den Betreuer/innen zu helfen, qualifizierte Entscheidungen bezüglich der Interpretation des beobachteten Verhaltens zu treffen.

2. **Informationen durch Dritte: Das Mini PAS-ADD Interview**
   Der Mini PAS-ADD wurde entwickelt, um die Qualität der Berichte des/der Informanten/in zu verbessern. Das ist ein anspruchsvolles Beurteilungssystem mit einem Glossar an Symptomdefinitionen, das durch die Kodierung führt. Das Mini PAS-ADD Interview kann vom Personal, das keine Erfahrung in der Psychiatrie oder Psychologie hat, benutzt werden. Jedoch sollten *alle* Nutzer/innen ein angemessenes Training erhalten.

3. **Selbstbeurteilung: Der PAS-ADD 10**
   Ein semi-strukturiertes klinisches Interview für die Anwendung bei Personen, die von einer intellektuellen Beeinträchtigung (IB) betroffen sind. Es ist das komplexeste der PAS-ADD Werkzeuge und primär an Kliniker/innen mit Erfahrung in Psychopathologie und Kompetenz beim Interviewen von Personen mit IB gerichtet. Jedoch wurden auch viele andere Berufsgruppen mit hoher Qualifikation im Gesundheitswesen geschult, um diese Verfahren nutzen zu können. Der PAS-ADD 10 wurde auch ins Niederländische und Spanische übersetzt.

Entwicklung der PAS-ADD Instrumente

Die Entwicklung von Bewertungssystemen für psychische Gesundheitsprobleme beginnt bei den Symptomen und verwendet psychometrische Prinzipien wie die Faktorenanalysen, um Gruppen von Items zu diagnostischen Kategorien zusammenzufassen. Ein Ergebnis dessen ist, dass die Bewertungskategorien manchmal wenig Ähnlichkeit zu den Diagnosen und Entscheidungsregeln der Kliniker/innen aufweisen, was dazu führen kann, dass sie schwer anzuwenden und zu interpretieren sind. Im Vergleich dazu, wurden die PAS-ADD Instrumente entwickelt, um nahe an die routinemäßige psychiatrische Praxis anzuschließen.
Die unterschiedlichen Ziele der drei PAS-ADD Instrumente haben in jedem Fall zu der spezifischen Auswahl von Items geführt und es ist wichtig zu wissen, dass trotz des Namens, das eine Verfahren nicht die „Mini“ Version des anderen ist. Der Entwicklungsprozess hat viele Jahre gedauert, wobei Erfahrungen aus früheren Versionen genutzt wurden, um die nachfolgenden zu verbessern. Dieser Prozess dauert bei der Entwicklung des ChA-PAS weiter an.

PAS-ADD 10

Der PAS-ADD 10 war das erste der Instrumente, das entwickelt wurde. Er entstand ursprünglich aus der Arbeit, die sich auf ältere Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bezogen hat.

Er wurde entwickelt, um die Möglichkeit zu maximieren, ein Interview mit der Person selbst durchzuführen, aber er kann ebenso getrennt mit einer primären Bezugsperson durchgeführt werden. Der PAS-ADD 10 wurde von den *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* abgeleitet (World Health Organization, 1992). Er benutzt die gleichen Berechnungsalgorithmen wie der SCAN und erstellt ICD-10 Diagnosen durch eine komplexe Quantifizierung der ICD-10 Kriterien aus der Forschung (World Health Organization, 1993). Ein Großteil der vier oder fünf Jahre andauernden Arbeit der Entwicklung des PAS-ADD 10 wurde mit dem Ausarbeiten und Testen von Methoden zum Stellen von Fragen, die so einfach wie möglich zu beantworten sind, verbracht. Das Ziel war ein Instrument zu entwickeln, das die Achse I Hauptstörungen, von denen man erwartet, sie in der allgemeinen Bevölkerung zu finden, abdeckt. Andere Störungen (z.B. Demenz oder Störungen des Sozialverhaltens) mussten von anderen Bewertungsinstrumenten abgedeckt werden. Der PAS-ADD 10 beinhaltet nur diese Items, die sich auf die hauptsächlichen Hauptstörungen beziehen.

Der PAS-ADD 10 ist der einzige von den drei Instrumenten, der entwickelt worden ist, um all die Informationen zu sammeln, die notwendig sind, um eine volle ICD-10 Diagnose in allen Kategorien, die vom Instrument abgedeckt werden, zu erstellen. Seine Methode zur Diagnoseerstellung basiert nicht auf einem einfachen Summieren von Punkten; er arbeitet eher mit einer Musterwahrnehmungsmethode, indem er die Symptome nutzt, um zu bewerten, ob jedes von den relevanten diagnostischen Kriterien erfüllt wurde. Die Kriterien die erfüllt wurden, werden dann herangezogen um zu entscheiden, welche Diagnose zutrifft.

Die 4-Punkt Beurteilungsskala

Die 4-Punkt Beurteilungsskala des PAS-ADD 10 wurde dem *SCAN* entnommen; diese kann auch in den anderen PAS-ADD Instrumente gefunden werden, ebenso wie im ChA-PAS. Eine 4-Punkt Skala hat den Vorteil, dass sie adäquate Bewertungspunkte bietet, um den Schweregrad der Symptome zu differenzieren, jedoch bietet sie keine Möglichkeit der mittleren Bewertung. Gerade letzteres ist wichtig, denn es ist wesentlich einfacher ein Bewertungssystem zu entwickeln, dass zwischen Symptomen, die klinisch signifikant und solchen, die es nicht sind, zu unterscheiden vermag. Tatsächlich hat jedes Symptom seinen eigenen Grenzwert, unter welchem viele der Items nicht zur Diagnose beitragen. Dies hilft das Problem zu umgehen, dass viele Symptome und Verhaltensweisen bei Menschen zu einem geringen Grad sichtbar sind, ohne zwingend anzuzeigen, dass diese ein psychisches Gesundheitsproblem haben. Die Bewertungsdefinition für jedes Item ist in Relation zu den vier Punkten so konzipiert, dass die Unterscheidungen über deren klinischer Signifikanz möglich werden.

Der Mini PAS-ADD

Familienmitglieder, Fachpersonal wie Pfleger/innen, allgemeine Krankenschwestern und Sozialarbeiter/innen können ein umfassendes Wissen über das Individuum selbst haben, aber nur selten einen Hintergrund in Psychopathologie. Das allgemeine Ziel des Mini PAS-ADD ist es,

aus diesem Wissen Nutzen zu ziehen, indem man durch das Anbieten eines Instrumentes, die Qualität der Berichte des/der Informanten/in verbessert, dass von einer großen Bandbreite von Experten/innen, und nicht nur von Klinikern/innen, genutzt werden kann. Der Mini PAS-ADD bietet ausführliche Information auf der Achse I der psychiatrischen Störungen, entweder durch das Interviewen eines/einer Informanten/in oder durch das Sammeln von Informationen, die schon vorhanden sind. Diese Informationen können dann im folgenden Ansatz genutzt werden. Der Mini PAS-ADD benutzt ein detailliertes Glossar von Symptomen, um das Kodieren anzuleiten. Die Nutzer/innen müssen für die Durchführung der Kodierung geschult werden. Die Items des Mini PAS-ADD wurden größtenteils aus dem PAS-ADD 10 entnommen, wobei aber die komplexeren Aspekte bestimmter psychotischer Phänomene nicht so viel Aufmerksamkeit erhalten haben, wie das im PAS-ADD 10 der Fall ist.

Anders als im PAS-ADD 10 werden die Bewertungspunkte für den Mini PAS-ADD jedoch eher mit der Hand berechnet, als dass sie ein Computerprogramm benötigen. Die spezifische Kombination der Symptome, die die Bereiche der Psychopathologie definieren, basiert genau auf den Kombinationen der Items und den Berechnungsalgorithmen des SCAN Verfahrens.

Die PAS-ADD Checkliste

Die PAS-ADD Checkliste ist das kürzeste der drei Instrumente und wurde speziell entwickelt, um die Fallerkennung zu verbessern. Die Mehrheit der Items, die für diesen Zweck ausgewählt wurden, waren jene, bei denen in PAS-ADD 10 Feldversuchen nachgewiesen werden konnte, dass sie am besten zwischen “Fällen” und “Nicht-Fällen” diskriminieren konnten. Um jedoch ein effektives Diagnoseinstrument zu sein, muss es sich an Symptomen orientieren, die typischerweise übersehen werden. Das primäre Ziel der PAS-ADD Checkliste ist nicht Diagnosen zu erstellen, sondern nur die Identifizierung zu verbessern. Auch (wie beim Mini PAS-ADD) ist der Erfassungsbereich von psychotischen Phänomenen relativ kurz. Die PAS-ADD Checkliste benutzt kein Glossar und wurde für die Benutzung ohne Training entwickelt. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass Training die Reliabilität enorm verbessert.

Ökologische Validierung der PAS-ADD Instrumente

PAS ADD 10

Feldversuche untersuchten die Validität des PAS-ADD in Beziehung zur klinischen Meinung der zuweisenden Psychiater/innen (Moss, Prosser, & Goldber, 1996; Moss et al., 1997). Die Interrater Reliabilität der ICD-10 Version ergab ein Durchschnitts-Kappa von 0,65 für individuelle Item-Codes und ein Kappa von 0,7 für die Übereinstimmung auf dem Index der Definitionen (klinische Signifikanz der Symptome) (Costello et. al., 1997). Die Beziehung zwischen der Symptombeschreibung der Klienten/innen und der Informanten/innen, und ihre Auswirkung auf eine Diagnosestellung, die ausschließlich auf der Wahrnehmung (Beurteilung) des/der Informanten/in basiert, werden in Moss,

Prosser Ibbotson und Goldberg (1996) diskutiert. Die Probleme der Verwendung von Pflegepersonal als Informanten/innen werden in Moss und Patel (1993) diskutiert.

Die spanische Version des PAS-ADD wurde ebenso einer vollen Validitätsstudie unterzogen (Gonzalez-Gordon et al., 2002).

Der Mini PAS-ADD

Die psychometrischen Eigenschaften des Mini PAS-ADD wurden in einer Studie erforscht, in der eine Gruppe von Probanden/innen, die den psychiatrischen Diensten bekannt waren, durch:

a) erfahrene Psychiater/innen für intellektuelle Beeinträchtigung
b) Gemeinschaftsunterstützungs-Teammitglieder CST (*comunity support team members)*

anhand des Mini PAS-ADD bewertet wurden.

Die Psychiater/innen gaben zusätzlich ihre diagnostische Meinung zu den Testpersonen und eine Einschätzung zur Schwere der psychiatrischen Erkrankung ab.

Die Fallidentifikation für Störungen, die vom Mini PAS-ADD erfasst wurden, zeigten 91% (43 von 47) Übereinstimmung zwischen den Psychiater/innen und den CST Beurteiler/innen (Kappa = 0,74).

Validität in Relation zur klinischen Meinung

a) Mini PAS-ADD der Psychiater/innen

In der ersten Validitätsstudie wurden die Meinungen der Kliniker/innen anhand der Mini PAS-ADD Bewertungen, die sie selbst ausgeführt haben, genauestens untersucht. Da die gleiche Person die klinische Meinung und das vervollständigte Instrument lieferte, war dies tatsächlich ein Test für die kombinierte Übereinstimmung der Symptomerfassung und des Berechnungsalgorithmus. Alle 39 (100%) Störungen, die im Mini PAS-ADD erfasst werden, wurden aufgedeckt. (Die Mini PAS-ADD Störungsdiagnose bezieht sich auf all jene Patienten/innen, die den Grenzwert auf irgendeiner der sieben Skalen überschritten haben.) Außerdem gab es sechs, die falsch positiv beurteilt wurden. Zwei von diesen hatten nur die Diagnose “herausforderndes Verhalten”, die verbleibenden vier hatten Diagnosen, die nicht vom Mini PAS-ADD behandelt werden.

Eine insgesamt korrekte Klassifikation von 91% (62) richtig zugeordneten „positiven Fällen“ und als richtig zugeordneten „Nichtfällen“ war ein vielversprechender Hinweis der Validität des Instruments und seiner Fähigkeit, zwischen Fällen zu differenzieren, z.B. zwischen jenen Patienten/innen, mit einer Diagnose innerhalb des Mini PAS-ADD Spektrums und jenen, die zum Zeitpunkt gesund waren oder eine andere psychiatrische Störung hatten, die nicht vom Mini PAS-ADD erfasst wird. Es ist beachtenswert, dass alle der falsch Positiven tatsächlich ein psychisches Gesundheitsproblem hatten. Keiner der momentan gesunden Probanden/innen wurde fälschlich identifiziert.

b) Mini PAS-ADD vervollständigt von den CST Mitgliedern

Was das Erfüllen der eigentlichen Aufgabe des Instrumentes anbelangt – genaue Identifikation von psychischen Störungen – war die entscheidende Frage, ob die CST Beurteiler/innen mit ihrem geringeren Fachwissen in Psychopathologie genauso fähig waren, korrekte Fälle zu identifizieren, die von den erfahrenen Klinikern/innen identifiziert wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass diese Gruppe von Beurteiler/innen diesbezüglich weitestgehend ein gutes Niveau der Leistung erbrachte. Der Prozentsatz der korrekten Klassifikationen war, wie erwartet, niedriger als der der Psychiater/innen (81% versus 91%). Diese Gruppe der Beurteiler/innen hatte ebenso einen geringfügig höheren Mittelwert als die Psychiater/innen (17,5 versus 14,7, gepaarte Stichprobe T-Test $p < 0,5$, zweiseitig), was dazu führen könnte, dass mehr falsch Positive als Negative identifiziert werden. Es muss weiter beobachtet werden, ob dieser Effekt auch in anderen Studien auftritt und wie er auf ein Training der Beurteiler/innen reagiert. Im Allgemeinen ist es jedoch wahrscheinlich besser, einen schwachen Hang zur Überbewertung zu haben, als umgekehrt, da dies den Anteil der echten Fälle, die übersehen werden würden, minimieren kann.

Psychometrische Eigenschaften des Mini PAS-ADD können in Prosser et al. (1998) gefunden werden.

Die PAS-ADD Checkliste

Die PAS-ADD Checkliste isoliert drei Bewertungsebenen, betreffend:

1. affektive oder neurotische Störungen
2. mögliche organische Störungen (Demenz eingeschlossen)
3. psychotische Störungen

Die Faktorenanalysen der PAS-ADD Checkliste, die in einer Zufalls-/Gelegenheitsstichprobe von 201 Individuen vervollständigt wurde, ergab acht Faktoren, von denen sieben in Bezug auf die Diagnose leicht interpretierbar waren. Die innere Konsistenz der Skalen war generell akzeptabel. Die Interrater Reliabilität in Bezug auf die Identifikation “positiver Fälle” – der Hauptzweck der PAS-ADD Checkliste – war ziemlich gut, 83% der Entscheidungen waren übereinstimmend. Die Validität in Relation zur klinischen Beurteilung war ebenso befriedigend, die Identifikation “positiver Fälle” stieg entsprechend der klinisch beurteilten Schwere der Störung (*Moss et al*, 1998). Nachfolgende unabhängige Studien haben weiterführend die psychometrischen Eigenschaften der PAS-ADD Checkliste erforscht (Sturmey et al., 2005) und es wurden Normen für eine Erwachsenenstichprobe erstellt (Taylor *et al., 2004*).

Literaturverzeichnis

Wissenschaftliche Artikel

Costello H, Moss SC, Prosser H & Hatton C (1997) Reliability of the ICD-10 version of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **32** 339–343.

Gonzalez-Gordon RG, Salvador-Carulla L, Romero C, Gonzalez-Saiz F & Romero D (2002) Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability: A structured psychiatric interview for intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **46** 209–217.

Moss S, Goldberg D, Patel P & Wilkin D (1993) Physical morbidity in older people with moderate, severe and profound mental handicap, and its relation to psychiatric morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **28** 32–39.

Moss SC, Ibbotson B, Prosser H, Goldberg DP, Patel P & Simpson N (1997) Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **32** 344–354.

Moss SC & Patel P (1993) Prevalence of mental illness in people with learning disability over 50 years of age, and the diagnostic importance of information from carers. *Irish Journal of Psychology* **14** 110–129.

Moss SC & Patel P (1995) Psychiatric symptoms associated with dementia in older people with learning disability. *British Journal of Psychiatry* **167** 663–667.

Moss SC, Patel P, Prosser H, Goldberg DP, Simpson N, Rowe S & Lucchino R (1993) Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part I: Development and reliability of the patient interview (the PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry* **163** 471–480.

Moss SC, Prosser H, Costello H, Simpson N, Patel P, Rowe S, Turner S & Hatton C (1998) Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **42** 173–183.

Moss SC, Prosser H & Goldberg DP (1996) Validity of the schizophrenia diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry* **168** 359–367.

Moss SC, Prosser H, Ibbotson B & Goldberg DP (1996) Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 40 457–465.

Patel P, Goldberg DP & Moss SC (1993) Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part II: The prevalence study. *British Journal of Psychiatry* **163** 481–491.

Prosser H, Moss SC, Costello H, Simpson N, Patel P & Rowe S (1998) Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **42** 264–272.

Sturmey P, Newton JT, Cowley A, Bouras N & Holt G (2005) The PAS-ADD Checklist: Independent replication of its psychometric properties in a community sample. *British Journal of Psychiatry* **186** 319–323.

Taylor J, Hatton C, Dixon L & Douglas C (2004) Screening for psychiatric symptoms: PAS-ADD Checklist norms for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 48 37–41.

World Health Organization (1992) *Schedules for Clinical Assessment in Neuopsychiatry, Version 1*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.

Reviews

Edwards R (2004) Mini PAS-ADD Interview Pack. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17 59–60.

Edwards N (2003) The Mini PAS-ADD Interview Pack. *Journal of Intellectual Disability Research* **47** 493–494.

Assessments

Moss SC (2002) *The Mini PAS-ADD Interview Assessment Pack*. Brighton: Pavilion Publishing (Brighton) Ltd.

Moss SC (2002) *The PAS-ADD Checklist (Revised)*. Brighton: Pavilion Publishing (Brighton) Ltd.

* Moss SC *et al* (1997) *The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability* (Dutch language version). Hester Adrian Research Centre, the Institute of Psychiatry, and the Trimbos Institut.

* Moss SC *et al* (1996) *Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Adultos con Trastornos del Desarrollo* (Spanish version of the PAS-ADD). Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, and the University of Cadiz.

* Moss SC, Goldberg DP, Patel P, Prosser H, Ibbotson B, Simpson N & Rowe S (1996) *The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD 10)*. Hester Adrian Research Centre and the Institute of Psychiatry.

* For information about these instruments, contact Steve Moss. Email: enquiries@pasadd.co.uk; Web: www.pasadd.co.uk.

Das ChA-PAS Interview für die Beurteilung von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen

Auswertungsbogen

Dieser Auswertungsbogen muss in Verbindung mit dem ChA-PAS Interview für die Beurteilung von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen und dem begleitendem Glossar ausgefüllt werden.

Das ChA-PAS Interview eignet sich ausschließlich für geschulte AnwenderInnen. Hervorgerufene Reaktionen von untrainierten Beurteilern sind wahrscheinlich ungültig. Siehe dazu: **ChA-PAS Handbuch und klinisches Interview** oder **www.pas-add.co.uk** für detaillierte Ausbildungsanforderungen.

Kind/Jugendlicher (‚[P]') dessen Symptome beschrieben werden

Name……

Alter…….. Geburtsdatum……

War er/sie anwesend beim Interview? Nein ☐ Ja ☐

Wenn „ja", bewerten Sie [P]s Beitrag zum Interview. (Bewerten Sie das zum Schluss des Interviews.)

[P] beantwortete einen Großteil oder alle Fragen vollständig ☐

[P] lieferte zumindest bei einigen Antworten einen großen Beitrag ☐

[P] war in der Lage verbale Beiträge zum Interview zu leisten ☐

ausschließlich Verhaltensbeobachtung ☐

Auskunftsperson 1 (Elternteil oder primäre Bezugsperson)

Name……

Beziehung zu [P]……

Auskunftsperson 2

Name……

Beziehung zu [P]……..

Dauer der Bekanntschaft……..

Auskunftsperson 1: InterviewerIn……

Durchführungsdatum……..Ort……

Auskunftsperson 2: InterviewerIn……

Durchführungsdatum……..Ort……

Das ChA-PAS Interview wurde von Steve Moss, Robin Friedlander und Pauline Lee entwickelt, **www.pasadd.co.uk.**

Erstgespräch

i) Hauptsymptomkonstellationen, die während des einleitenden Gesprächs identifiziert wurden

	InformantIn 1 (Bezugsperson)	**InformantIn 2**	**beginnt auf Seite**
Angst	☐	☐	3
Gedrückte Stimmung, Depression	☐	☐	4
Hyperaktivität, überschwängliche Stimmung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	☐	☐	5
Zwangshandlungen und Zwangsgedanken	☐	☐	6
Störung des Sozialverhaltens	☐	☐	8
Psychotische Symptome	☐	☐	9
Symptome aus dem Autismus-Spektrum	☐	☐	10

Jeder identifizierte Symptombereich, der nicht vom ChA-PAS abgedeckt wird, sollte am Ende des Auswertungsbogens, auf der Checkliste auf Seite 15, vermerkt werden.

ii) Zeitliche Charakteristika der Probleme (kreuzen Sie alle zutreffenden an)
Ausgehend vom Bericht der Auskunftsperson erscheint es, dass:

☐ eine Vielzahl der Probleme **immer vorhanden war** oder in [P]s Kindheit entstanden sind

☐ es eine **eindeutige Zunahme der Probleme** seit ……gibt (Zeit oder Lebensereignis)

☐ Symptome / Verhalten eindeutige **Zyklen oder Fluktuationen über Tage oder Wochen zeigen**

☐ Symptome / Verhalten **fluktuierten dramatisch während des Tages fluktuieren.**

iii) [P]s Hauptinteressen

Auskunftsperson 1 (Bezugsperson)	Auskunftsperson 2
…….....	…….....
…….....	…….....
…….....	…….....
…….....	…….....

Bewertungszeitraum
Dieser Bogen wird bewertet (bitte kreuzen Sie entweder eines oder beides an, sofern angemessen):

☐ aktueller Status oder jüngste Episode (Datum anführen)……

☐ andere repräsentative Episode (Datum anführen)……

Angst

Item 1: Umstände, die Angst oder Panik hervorrufen (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)	Bezugsperson		Zweiter Informant
	andere Episode	aktueller Status	aktueller Status
Wenn ein Elternteil droht zu gehen			
Verlassen des Hauses			
Öffentliche Plätze, offene Räume, auf der Straße			
Das Fahren mit Bussen, Zügen oder in Autos			
abgeschlossene Räume, Aufzüge, Tunnels, Telefonzellen, etc.			
Sich in einer Gruppe aufhalten, oder auf Veranstaltungen gehen			
Essen oder Trinken in Anwesenheit von Fremden			
Tiere, Insekten, Vögel, Gefieder, etc.			
Krankheiten, Tod, Krankenhäuser, Injektionen, Zahnärzte, etc.			
Angst ohne ersichtlichen Grund, oder allgemeine Sorge über zukünftige Ereignisse			

Andere spezifische Auslöser von Angst oder Panik (bitte angeben)

……

……

(Keine Punkte für diese Items)

	Kodierung						
Item 2: Wenn Sie bei **Item1** mindestens eine positive Bewertung gemacht haben, bewerten Sie die Intensität der Angst in ihrer stärksten Ausprägung (andernfalls bewerten Sie mit Null)	0	0	4	4			
Item 3: [P] vermeidet bestimmte Dinge, Orte oder Aktivitäten aufgrund von Angst. (Bewerten Sie den Schweregrad der Umstände, die am stärksten Angst auslösen)	0	0	4	4			
Item 4: Panikattacken	0	0	4	4			
Item 5: Angst, die nicht durch Situationen oder Dinge ausgelöst wird (generalisierte Angst)	0	0	4	4			
	Score A =				I……I		I……I

Der Abschnitt über Angst folgt…

Angst (Fortsetzung)

Item 6: Checkliste von autonomen Symptomen der Angst. Bewerten Sie mit 1 für jedes Verhalten welches während des Beobachtungszeitraumes aufgefallen ist, selbst wenn Sie nicht sicher sind ob sie direkt mit der Angst in Zusammenhang stehen.

	Bezugsperson		Zweiter Informant
	andere Episode	aktueller Status	aktueller Status
Herzklopfen			
trockener Mund			
Hitze- oder Kältewallungen			
Zittern der Hände und Gliedmaßen			
Schwitzen (z.B. der Handflächen)			
Kurzatmigkeit, Atemnot			
Engegefühl oder Schmerzen in der Brust			
unruhiger Magen, Übelkeit, Bauchkribbeln			
Schwindelgefühl, Benommenheit, Ohnmacht, Gangunsicherheit			

Wenn 3+ Symptome vorhanden sind; B = 3; ansonsten B = 0

Score B = I……I I……I

gedrückte Stimmung, Depression

	Kodierung						
Item7: depressive Stimmung	0	1	2	2			
Item 8: Verlust an Freude / Interessensverlust	0	0	1	1			
Item 9: [P] vermeidet Gesellschaft oder soziale Kontakte mehr als sonst	0	1	2	2			
Item 10: Verlust von Selbstvertrauen	0	1	2	2			
Item 11: Verlust von Selbstwertgefühl, fühlt sich gegenüber anderen minderwertig. (Inkludiert extreme Sensibilität gegenüber Abneigung)	0	1	2	2			
Item 12: unverhältnismäßiges Schuldgefühle	0	1	2	2			
Item 13: Verlust der Hoffnung für die Zukunft	0	1	2	2			
Item 14: Suizidgedanken oder –versuche	0	2	2	2			
Item 15: Bewegt sich oder spricht deutlich langsamer als sonst	0	1	2	2			
Item 16: Energieverlust, die meiste Zeit müde	0	1	2	2			
Item 17(A): Appetitverlust	0	1	2	2			
Item 17(B): gesteigerter Appetit, übermäßiges Essen	0	1	2	2			

Score C = I……I I……I

Hyperaktivität, überschwängliche Stimmung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

					Bezugsperson		zweite/r Informant/in
	Kodierung				andere Episode	aktuelle Episode	aktuelle Episode
Item 18: hohes Energielevel	0	1	2	2			
Item 19: Rededrang	0	1	2	2			
Item 20: Ablenkbarkeit	0	1	2	2			
Item 21: Erscheint intensiv glücklich oder aufgeregt ohne ersichtlichen Grund	0	1	2	2			
Item 22: Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, oder Tendenz zu rücksichtslosem Verhalten	0	1	2	2			
Item 23: unpassendes Verhalten, das außerhalb des Charakters liegt	0	1	2	2			
Item 24: Reizbarkeit oder schlechte Laune	0	0	1	1			
	Score D =				I……I		I……I

Item 25: Beginn der Hyperaktivität oder der Aufmerksamkeitsprobleme liegt vor dem 7. Lebensjahr?	0	1			

Der eigentliche ADHS-Abschnitt ist auf Seite7.

Konzentration, Ruhelosigkeit, Schlaf

Item 26: mangelhafte Konzentrationsfähigkeit	0	0	1	1			
Item 27: Ruhelosigkeit	0	0	1	1			
	Score E =				**I……I**		**I……I**

Konzentration, Ruhelosigkeit, Schlaf (Fortsetzung)

Schlaf-Items nur für die primäre Bezugsperson bzw. Elternteil	Kodierung				Bezugsperson: andere Episode	Bezugsperson: aktueller Status
Item 28: Erscheint deutlich weniger Schlaf zu brauchen als üblich, ohne dabei müde zu werden	0	1	2	2		
Item 29: verzögertes Einschlafen – zumindest eine Stunde später als üblich	0	0	1	1		
Item 30: Unterbrochener Schlaf, für zumindest eine Stunde wach bevor wieder eingeschlafen werden kann	0	0	1	1		
Item 31: Frühes Erwachen, zumindest eine Stunde vor [P]s üblicher Zeit, und es außerstande ist wieder einzuschlafen	0	0	1	1		

Item 32: Checkliste für weitere Schlaf-Items

Treten und herumbewegen während des Schlafes	0	1		
Wimmern oder Weinen oder Schreien während des Schlafes	0	1		
Zähneknirschen	0	1		
Einnässen	0	1		
Schlafwandeln	0	1		

Anzahl der vorhandenen Items = **Score F =** **I……...I**

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Item 33: Rituelle oder wiederholte Handlungen, wie Berühren, Zählen oder Überprüfen	0	1	2	3			
Item 34: Zwanghafte Beschäftigung damit Dinge sauber gehalten werden	0	1	2	3			
Item 35: Zwanghafte Beschäftigung mit Sauberkeit, wiederholtes Waschen der Hände oder sich selbst, vermeidet Dinge zu berühren aus Angst vor Bakterien oder Kontamination	0	1	2	3			
Item 36: Zwanghaftes Wiederholen von Wörtern oder Gedanken, für gewöhnlich Angst induzierend	0	0	1	1			

Score G **I……..I** **I……..I**

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) [nur zweiter Informant]

Dieser Abschnitt ist auf Basis der **letzten sechs Monate** zu bewerten.

Hyperaktivität und Impulsivität	Kodierung				zweiter Informant letzten 6 Monate
Item 37: Zappeln	0	0	1	1	
Item 38: Verlässt den Klassenraum wenn es notwendig ist zu bleiben	0	0	1	1	
Item 39: Herumlaufen oder unangemessenes Klettern	0	0	1	1	
Item 40: Schwierigkeiten sich in der Unterrichtstunde ruhig zu beteiligen	0	0	1	1	
Fügen Sie hier die Bewertung des Informanten von Item 18 ein: hohe Energie ein (bewerten Sie mit 1, wenn Item 18 mit 2 bewertet wurde; sonst mit 0)	0		1		

Score H1 (Hyperaktivität) = **I……..I**

Item 41: Schwierigkeit zu warten bis er / sie an der Reihe ist	0	0	1	1	
Item 42: Unterbricht oder stört andere	0	0	1	1	
Item 43: Platzt mit Antworten heraus	0	0	1	1	
Fügen Sie hier die Bewertung des Informanten von Item 18 ein: Rededrang ein (bewerten Sie mit 1, wenn Item 19 mit 2 bewertet wurde; sonst mit 0)	0		1		

Score H2 (Impulsivität)= **I……..I**

Item 44: War die Dauer der Probleme mit Hyperaktivität / Impulsivität länger als sechs Monate?	0	1	

Aufmerksamkeit und Konzentration

Item 45: Kurze Aufmerksamkeitsspanne für Aufgaben oder Spiele	0		1		
Item 46: leicht abgelenkt	0	0	1	1	
Item 47: Hört nicht zu, wenn mit ihm / ihr gesprochen wird	0	0	1	1	
Item 48: Versagt dabei Instruktionen zu folgen	0	0	1	1	
Item 49: oftmals vergesslich bei täglichen Aktivitäten	0	0	1	1	
Item 50: Häufige Fehler aufgrund eines Mangels an Aufmerksamkeit für Details	0	0	1	1	
Item 51: Schwierigkeiten Dinge zu organisieren	0	0	1	1	
Item 52: Verliert oft Dinge die für Aufgaben in der Schule notwendig sind	0	0	1	1	
Item 53: Abneigung gegenüber anhaltende mentale Anstrengung	0	0	1	1	

Score J= **I……..I**

Item 54: War die Dauer der Probleme in Bezug auf Aufmerksamkeit und Konzentration länger als sechs Monate?	0	1		

Störung des Sozialverhaltens

Dieser Abschnitt ist auf Basis **der letzten 12 Monate** zu bewerten

Verletzung von Regeln	Kodierung				Bezugsperson letzten 12 Monate	Bezugsperson letzten 12 Monate
Item 55: Draußen bleiben entgegen dem Wunsch der Eltern / des Betreuers	0	0	1	1		
Item 56: Schule schwänzen (nicht nur Abwesenheit)	0	0	1	1		
Item 57: Weglaufen von Zuhause / vom Wohnsitz	0	0	1	1		

Score K = **I……I**

Aggression und Grausamkeit

Item 58: Initiiert Prügeleien	0	1		
Item 59: Verwendung von Waffen, um zu erschrecken oder zu verletzen (aber nicht als Reaktion auf eine befehlende Halluzination)	0	1		
Item 60: Mobbing	0	1		
Item 61: Körperliche Gewalt gegenüber Menschen	0	1		
Item 62: Körperliche Gewalt gegenüber Tieren	0	1		
Item 63: Raub (Opfer Konfrontation)	0	1		
Item 64: Erzwingung sexueller Handlungen	0	1		

Score L = **I……I**

Zerstörung von Eigentum

Item 65: Brandstiftung	0	1		
Item 66: Andere Zerstörungen oder Beschädigungen in der Umwelt	0	1		

Score M = **I……I**

Betrug oder Diebstahl

Item 67: Lügen um Vorteile zu erzielen, Menschen betrügen	0	1		
Item 68: Einbruch (einbrechen und unbefugtes betreten)	0	1		
Item 69: Ladendiebstahl	0	1		

Score N = **I……I**

Item 70: Zumindest ein Problem in den letzten sechs Monaten vorhanden	0	1		

Psychotische Symptome

	Kodierung*				Bezugsperson		2. Informant
					andere Episode	aktueller Status	aktueller Status
Item 71: Hört Geräusche oder Stimmen, die andere nicht hören	0	q	2	2			
Item 72: Sieht Dinge, die andere nicht sehen	0	q	1	1			
Item 73: Nimmt Berührungen oder andere körperliche Sensationen wahr, obwohl niemand in der Nähe ist, der diese Berührungen ausführt	0	q	1	1			
Item 74: Riecht Dinge, die andere nicht riechen können	0	q	1	1			
Item 75: Wahnhafte Vorstellungen	0	q	2	2			
	Score P =				I……I		I……I

*Item die mit (‚q') kodiert sind in den Items 71-75, zählen nicht zum Score P und sollten in der Berechnung der Summe ignoriert werden. Wenn irgendein Item mit ‚q' kodiert wurde, gehen Sie zu Seite 13 und setzen Sie ein Fragezeichen in die Box des „Psychosen-Abschnitts.

Item 76: Merkmale von Stimmen
Wenn Stimmen gehört werden, kodieren Sie alle Merkmale, die definitiv beiden Informanten bekannt sind. Kreuzen Sie alle zutreffenden an

☐ [P] hört oftmals nur eine Stimme ☐ spricht vorwiegend in Wörtern oder Phrasen ☐ Stimmen sprechen mit [P] ☐ Stimmen kommentieren	☐ [P] hört oftmals mehr als eine Stimme ☐ spricht vorwiegend ganze Sätze ☐ Stimmen sprechen miteinander ☐ Stimmen befehlen [P] Dinge zu tun

Item 77: Merkmale von Wahnvorstellungen
Wenn Wahnvorstellungen von beiden Informanten beschrieben werden, identifizieren Sie alles zutreffende

☐ Größenwahn ☐ Delusion ☐ Hypochondrische Wahnvorstellung ☐ Somatische Wahnvorstellung	☐ Imitieren anderer Personen oder Fehlidentifikationen von Personen [P] hört oftmals mehr als eine Stimme ☐ Verfolgungs- / Verschwörungsideen ☐ Wahnvorstellung von Katastrophen ☐ andere Wahnvorstellungen (beschreiben Sie diese auf Seite 16 am Ende dieses Bogens)

Andere seltsame Verhaltensweisen

Item 78: Führt Gespräche mit sich selbst oder unbelebten Objekten	0	1			
Item 79: Lachen oder Fluchen ohne ersichtlichen Grund	0	1			
Item 80: Annahme seltsamer Körperhaltungen ohne ersichtlichen Grund	0	1			
	Score R =		**I……I**	**I……I**	

Symptome aus dem Autismus-Spektrum

Dieser Abschnitt ist ausschließlich auf Basis des Wissens vom Beurteiler über den Klienten, sowie dessen Krankengeschichte zu vervollständigen.

Soziale Wahrnehmung

			Lebenszeit oder bekannte Zeitspanne
Item 81: seltener Augenkontakt, seltenes Lächeln oder starrer Gesichtsausdruck bei der Interaktion mit Anderen	0	1	
Item 82: Begrüßt Andere selten aus Eigeninitiative	0	1	
Item 83: seltenes Suchen oder Anbieten von Hilfe oder Zuneigung in Notsituationen	0	1	
Item 84: es fehlt das Gefühl für andere, oder er / sie zeigt abnorme Reaktionen auf Emotionen anderer	0	1	
Item 85: teilt Sachen oder Essen nicht mit Anderen	0	1	
Item 86: Teilt Vergnügen oder Interessen nicht mit Anderen	0	1	
Item 87: Reagiert nicht angemessen in sozialen Situationen	0	1	
Item 88: Verglichen mit Peers, hat [P] Schwierigkeiten, Freundschaften und soziale Beziehungen aufzubauen	0	1	

Score S = I……I

Soziale Sprache

Item 89: Hat Schwierigkeiten im Führen eines Dialoges (entsprechend seiner verbalen Fähigkeiten)	0	1	
Item 90: Wiederholt dieselben Phrasen, Wörter oder Laute immer wieder ohne Zusammenhang	0	1	
Item 91: Falscher Gebrauch von persönlichen Fürwörtern, wie „du“, „er“ oder „sie“ wenn „ich“ gemeint ist	0	1	

Score P = I……I

Vorstellungsvermögen und Spiel

Item 92: Hat eine Verbundenheit zu ungewöhnlichen Objekten	0	1	
Item 93: Hat Hobbies oder Interessen, die auf andere seltsam wirken	0	1	
Item 94: Berührt, riecht oder probiert Objekte auf eine unangebrachte Art und Weise, oder mit einer ungewöhnlichen Intensität	0	1	
Item 95: Repetitives Verhalten wie Händeschlagen, Schaukel- oder Drehbewegungen des Körpers	0	1	
Item 96: Hat Routinen oder Rituale, die in einer bestimmten Reihenfolge ausgeführt werden	0	1	
Item 97: Wird gestresst durch Veränderungen der Routine oder der Umgebung	0	1	

Score V = I……I

Auswertung

Bevor Sie mit der Auswertung beginnen, gehen Sie auf Seite 1 zurück, wenn [P] am Interview beteiligt war, und schätzen Sie sein / ihr Level der Teilnahme ein.

Übertragen Sie alle Werte der vorangehenden Seiten in jede einzelne Box welche einen **fett gedruckten Buchstaben** enthält. Anschließend tragen Sie die Wiederholungen von **Score E**, und den Schlaf-Items von Seite 6 ein. Berechnen Sie die Summen.

A			
B			
E (von rechts)			
Item 29			
Summe Angst			

C			
E (von rechts)			
Item 30			
Item 31			
Summe Depression			

D			
E			
Item 28			
Summe Manie			

F			
G			

H1	
H2	
J	

K		
L		
M		
N		
Summe Verhalten		

P			
R			

S	
T	
V	

Verwenden Sie die Werte und Summenwerte von oberhalb, um die Summenwerte auf den folgenden Seiten 12-14 zu vervollständigen.

Zusammenfassung

In Verbindung zu den psychiatrischen Störungsbildern kann erwartet werden, dass bei guter Interviewführung, die aktuellen Statuswerte von den beiden Informanten annähernd ident sein sollten. (Die Werte des zweiten Informanten werden möglicherweise etwas niedriger sein, weil hier nicht die Schlafitems bewertet werden). Wenn jedoch große Diskrepanzen zwischen den Informanten bestehen, sollte der Grund dafür während der Fallformulierung exploriert werden.

Die Werte im blauen Bereich liegen an oder über dem Grenzwert der Erwachsenenversion des Mini PAS-ADD, sofern nicht anders vermerkt.

Angststörung (Fügen Sie den Wert „Summe: Angst“ ein)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-18	19+
☐ frühere Episode																	
☐ aktuelle Episode																	
☐ aktuelle Episode (2. Informant)																	

Beachten Sie die Checkliste des **1. Items** auf Seite 3 als eine Auflistung von spezifischen Situationen, die Angst hervorrufen. Beachten Sie auch die Kodierung für **Item 3, 4** und **5** auf Seite 3 für die Bewertung von Vermeidungsverhalten, Panik und generalisierter Angststörung. Wenn Hinweise dafür bestehen dass die klinisch relevante Angst aufgrund von extremen traumatischen Lebensereignissen auftritt, ziehen Sie eine posttraumatische Belastungsstörung (nicht durch den ChA-PAS abgedeckt) in Betracht. Vermerken Sie das auf Seite 15. Wenn Verdacht auf Trennungsangst besteht, sollten Sie das ebenfalls auf Seite 15 vermerken.

Depressive Episode (Fügen Sie den Wert „Summe: Depression“ ein)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-19	20-24	25+
☐ frühere Episode																		
☐ aktuelle Episode																		
☐ aktuelle Episode (2. Informant)																		

DSM-IV-TR erfordert ausdrücklich entweder eine depressive Stimmung oder Interessensverlust; ICD-10 erfordert ausdrücklich zwei Punkte von den Folgenden: depressive Stimmung, Interessenverlust oder Energieverlust (Siehe **Item 7, 8** und **16** auf Seite 4)

Wenn Depression und Manie in zwei verschiedenen Episoden, oder in derselben vorhanden sind, ziehen Sie eine bipolare Störung in Betracht. (Siehe ChA-PAS Handbuch und klinisches Interview für Aufzeichnungen). Kontrollieren Sie ebenfalls, ob das Erstgespräch mit der Bezugsperson eine zyklische affektive Störung nahelegt (siehe **Item ii** auf Seite 2 im Auswertungsbogen).

Manische Episode (Fügen Sie den Wert „Summe: Manie“ ein)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
☐ frühere Episode																		
☐ aktuelle Episode																		
☐ aktuelle Episode (2. Informant)																		

Zusätzliche Schlafitems ab Item 32 (Seite 6) können die Diagnose der manischen Episode bei Kindern unterstützen.

Zwangsstörung (Fügen Sie **Score G** ein)

☐ frühere Episode ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ aktuelle Episode ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ aktuelle Episode (2. Informant) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Weder DSM-IV-TR noch ICD-10 spezifizieren die Anzahl der Symptome, die vorhanden sein müssen. DSM-IV-TR spezifiziert, dass die Symptome zumindest eine Stunde pro Tag vorhanden sein müssen, und diese Voraussetzung wird in dieser Bewertung berücksichtigt.

Psychosen (Fügen Sie **Score P** ein)

☐ frühere Episode ☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7

☐ aktuelle Episode ☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7

☐ aktuelle Episode (2. Informant) ☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7

☐ ? Eine Markierung in der „query-Box“ legt nage, dass einige psychotische Symptome möglicherweise vorhanden sind, aber nicht deutlich genug um eine eindeutige Bewertung zu machen (siehe **Items 71-75** auf Seite 9).

Siehe Seite 9 für Details zu Halluzinationen und spezifischen Wahnvorstellungen.
Kontrollieren Sie den Schweregrad für die **Items 71-75**. Dies zeigt die Wahrscheinlichkeit an, mit welcher die Bewertungen gemacht wurden. (Als Erinnerung für die Bewertungskategorien, siehe die dementsprechenden Items auf den Seiten ??-?? des ChA-PAS Handbuch und des klinisches Interviews.) [Notiz: das muss umformuliert werden, wenn Steve die Seitenanzahl identifiziert hat]
Items in **Score R** (Seite 9) können ebenso die Diagnose von einer Psychose bei Kindern unterstützen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die ADHS Kriterien werden anhand der Antworten eines Lehrers (als zweiter Informant) evaluiert, weil die Beurteilung auf der Basis von Gleichaltrigen gemacht werden müssen. Der Bericht des wichtigsten Informanten muss das Bild bestätigen, wenn eine Diagnose gestellt werden soll. Echte Fälle von ADHS werden sich in vielen verschiedenen Situationen zeigen, nicht nur in der Schule. Ebenso wird von dieser Bezugsperson das Alter der Erstmanifestation erfragt.

Erster Informant Übereinstimmung: kontrollieren Sie Items 18, 19, 20, 26 und 27 (Seite 5)

☐ **Hyperaktivität und Impulsivität** (Summe von **Score H1+H2** einfügen) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Dauer (Item 44, Seite 7) ☐☐
0 1

☐ **Aufmerksamkeitsprobleme** (**Score J** einfügen) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Dauer (Item 54, Seite 7) ☐☐
0 1

Werte in der roten Zone erfüllen die DSM-IV-TR Kriterien

☐ **Beginn von Hyperaktivität und / oder Aufmerksamkeitsproblemen vor dem 7. Lebensjahr?** (Item 25, Seite 5) ☐☐
0 1

DSM-IV-TR benötigt einen Mindestwert von 6 entweder für die **Summenscore von H1+H2** oder für den **Score J**. Die Dauer muss ebenfalls im blauen Bereich liegen (6 Monate +).
ICD-10 benötigt einen Mindestwert von 3 für den **Score H1**, einen Mindestwert von 1 für den **Score H2** (siehe Seite 7) und einen Mindestwert von 6 für den **Score J**. Die Dauer muss im roten Bereich liegen (6 Monate +).
Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV-TR verlangen eine Erstmanifestation vor dem siebten Lebensjahr.
Diagnostizieren Sie ADHS nicht, wenn ebenfalls die Kriterien einer manischen Episode erfüllt sind.

Störung des Sozialverhaltens

Alle Werte in diesem Abschnitt erfüllen die DSM-IV-TR Kriterien.

Bei der Störung des Sozialverhaltens, ist es ebenso entscheidend, das Verhältnis der Bewertungen beider Informanten heranzuziehen. Wenn die Werte deutlich unterschiedlich sind, sind möglicherweise zentrale Faktoren Kern des Problems. Echte Fälle von Störung im Sozialverhalten werden sich in unterschiedlichen Situationen zeigen.

Abschnittswerte ☐ **Bezugsperson** ☐ **zweiter Informant**

ernsthafte Regelverletzung (**Score K** einfügen)
0 1 2 3 | 0 1 2 3

Aggression gegenüber Menschen oder Tieren (**Score L** einfügen)
0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7

Zerstörung von Eigentum (**Score M** einfügen)
0 1 2 | 0 1 2

Betrug oder Diebstahl (**Score N** einfügen)
0 1 2 3 | 0 1 2 3

Alle Kriterien erfüllt (‚Summe: Verhalten' einfügen)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+ | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+

Zumindest ein Kriterium in den letzten 6 Monaten erfüllt (Item 10, Seite 8 einfügen)
0 1 | 0 1

In dieser Zeile, Werte in Blau erfüllen die DSM-IV-TR Kriterien für Störung des Sozialverhalten

DSM-IV-TR verlangt bei der Summe der Kriterien zumindest drei. Es muss zumindest ein Kriterium in den letzten sechs Monaten präsent gewesen sein. ICD-10 legt keine spezifische Anzahl von Kriterien fest.

Autismusspektrum Störung

Autismus Werte ☐ **Beurteiler**

Soziale Wahrnehmung (**Score S** einfügen)
0 1 2 3 4 5 6 7 8

Soziale Sprache (**Score T** einfügen)
0 1 2

Vorstellung und Spiel (**Score V** einfügen)
0 1 2 3 4 5 6

Alle drei Werte der Abschnitte müssen im blauen Bereich sein, um die Autismus-Screening Kriterien zu erfüllen. Wenn [P] beinahe alle drei Kriterien erfüllt, sollte er / sie von einem Kliniker mit ausreichender Erfahrung in Bezug auf Autismus genauer untersucht werden.

Zusätzlich identifizierte Probleme, die weitere Informationen benötigen und nicht durch den ChA-PAS abgedeckt sind

☐ Tic-Störungen	☐ Essstörungen
☐ Enuresis	☐ Posttraumatische Belastungsstörung
☐ Enkopresis	☐ Trennungsangst
☐ Primäre Schlafstörung	
☐ Andere Störung	

Lebensereignis-Checkliste

Wenn das Kind in den letzten zwei Jahren eines der angeführten Ereignisse erlebt hat, kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an. Dann beschreiben Sie das Ereignis in Worten und geben ein ungefähres Datum an. Wenn keines dieser Ereignisse stattgefunden hat, markieren Sie bitte das Kästchen am Ende.

☐ Trennung oder Scheidung der Eltern	☐ häusliche Gewalt
☐ ernsthafte Krankheit oder Unfall	☐ Mobbing oder Missbrauch in der Schule
☐ ernsthafte Krankheit naher Angehöriger	☐ sexueller Missbrauch
☐ Tod eines Elternteils	☐ Elterliche Alkohol- oder Drogenprobleme
☐ Tod des Bruders oder der Schwester	☐ Alkohol- oder Drogenprobleme von [P]
☐ Tod eines anderen Verwandten oder nahen Freundes	☐ Schwierigkeiten in der Schule
☐ Schwerwiegende Probleme mit einem engen Freund	☐ Probleme mit der Polizei oder anderen Autoritäten
☐ Verlassen oder Wechsel der Schule	☐ etwas wertvolles wurde verloren oder gestohlen
☐ Umzug	☐ Zeuge bei einem hoch traumatisierendem Ereignis gewesen (bitte beschreiben Sie)
☐ Trennung einer festen Beziehung (Freund / Freundin)	
☐ Jegliches andere Ereignis oder Veränderung von Routine welches Stress in [P] hätte auslösen können?	

Beschreiben Sie jedes Ereignis, das als zutreffend markiert wurde:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Datum des Vorfalles/der Vorfälle: _____

☐ kein signifikantes Lebensereignis

Notizen und diagnostische Schlussfolgerung

Anhang B: Verständnisschwierigkeiten und Anmerkungen zur Durchführung

Anmerkungen der Informanten

Anmerkungen	absolute Häufigkeit
interessant	5
zumutbar	10
verständlich	16
seriös	2
langatmig	9
für Eltern ohne Erfahrung mit psychologischen Interviews evt. zu intim	2
manche Fragen nicht „schwarz-weiß“ zu beantworten	5
manche Fragen zu allgemein und unspezifisch	2
Zeitangaben schwierig	4

Items bei denen Verständnisschwierigkeiten zu beobachten waren

Item	Problem	Häufigkeit
Einleitende Diskussion	was sind „zwanghafte Verhaltensweisen“?	1
Einleitende Diskussion	„Wie verbringt sie ihren Tag?“ – genauer Tagesablauf, Freizeitbeschäftigung?	1
Einleitende Diskussion	Muster von Veränderungen ist schwer verständlich	1
Einleitende Diskussion	Psychotische Symptome; 1. Frage zu weit gefasst	1
Item 8 (Unterfrage1)	für immer oder nur im Moment/einer speziellen Situation?	1

Item 9;10	Frage: -oder hat es eine Veränderung zum normalen/üblichen Level gegeben? Unverständlich	1
Item 11	Hat [P] einen Selbstwert? (Hat das nicht jeder?)	3
Item 14	Suizidgedanken – Selbstmordgedanken	1
Item 15	Wort „verlangsamt“ – soll sich auf körperliche Eigenschaften beziehen. Informant hat es als „Trödeln“ interpretiert	1
Item 17	Wie viel mehr isst er? Mengenangabe schwierig zu beantworten	3
Item 17	Isst er mehr als gewöhnlich? Bezug unklar; (im Vergleich zu wem?)	1
Item 18	Wie viel Zeit des Tages hat [P] viel Energie? Mengenangabe schwierig	5
Item 19	Wie oft ist [P] Sprechweise so? Mengenangabe schwierig zu beantworten	2
Item 21	In welchem Zeitausmaß war [P] Stimmung normal? Zeitangabe schwierig	3
Item 21	Ist es normal für ihn? Begriffsdefinition, Was ist normal?	1
Item 21	Begriff „normal“ sehr wertend	1
Item 23	Scheint sein Verhalten außer Kontrolle? Bezug unklar zu sozialem Verhalten; zu weit gefasst	3
Item 36	Keine Fragen zu Beginn, verwirrend	1
Item 52	wie ist das gemeint, welche „Dinge“	1
Item 58	Begriff „Kämpfen“ unpassend	4
Item 71	Frage „Wie oft hört er/sie [P]?“ unklar formuliert	2
Item 61/62; 65	Was veranlasst Sie das so zu sehen? Nicht klar	2

Anhang C: Abstract deutsch

Der von Moss, Friedlander, und Lee (2007) für den englischen Sprachraum konzipierte und auf den bereits etablierten Erhebungsinstrumenten, dem Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities (PAS-ADD) und dem Mini PAS-ADD aufbauende Child and Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS), stellt ein semi-strukturiertes klinisches Interview dar, um die psychische Gesundheut von Kindern und Jugendlichen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einschätzen zu können.

Im deutschen Sprachraum steht kein vergleichbares Instrument zur Verfügung, um den speziellen Anforderungen, die die Diagnostik von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung mit sich bringt, gerecht zu werden. Aus diesem Grund bestand das Ziel dieser Arbeit, in der Erstübersetzung des ChA-PAS und der Anpassung an den deutschen Sprach- und Kulturkreis. Diese nach internationalen Richtlinien durchgeführte Übersetzung, wurde von den Projektteilnehmern an insgesamt 20 Personen, die der Zielgruppe des ChA-PAS entsprechen erstmalig getestet und im Anschluss anhand des Feedbacks der interviewten Personen hinsichtlich der Verständlichkeit evaluiert. Die gewonnenen Daten wurden einer Reliabilitätstestung unterzogen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse lagen für die einzelnen Skalen des ChA-PAS zwischen 0,00 und 0,96. Unter Berücksichtigung der Umstände unter denen die Interviews durchgeführt wurden, lässt sich festhalten, dass die ersten psychometrischen Daten des ChA-PAS bereits auf dieser frühen Stufe der „cross-kulturellen“ Anpassung, auf ein reliables Erhebungsinstrument hindeuten, welches unter dem Aspekt, dass kein vergleichbares klinisches Interview als Alternative zur Verfügung steht, für den Einsatz im deutschen Sprachraum als geeignet erscheint.

In weiteren Schritten sind aber noch, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse, die durch diese Arbeit gewonnen wurden, die Skalen, die weniger zufriedenstellende Reliabilitäten hervorgebracht hatten und die Items, die gewisse Verständnisschwierigkeiten bei den befragten Personen hervorriefen, einer Überarbeitung zu unterziehen und nochmals an einer breiter angelegten und repräsentativeren Stichprobe zu testen und zu evaluieren, bevor der Prozess der „cross-kulturellen“ Anpassung fortgesetzt wird.

Anhang D: Abstract english

The by Moss, Friedlander and Lee (2007) for English-language countries developed Adolescent Psychiatric Assessment Schedule (ChA-PAS) is based on two already established assessment tools, the Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities (PAS-ADD) and the Mini PAS-ADD. It is a semi-structured clinical interview designed to assess mental health problems in children and adolescents with mental disabilities.

In German-language areas, there has been no comparable instrument to meet the specific requirements for the diagnosis of people with intellectual disability. For that reason the aim of our diploma thesis was the first-time translation of the ChA-PAS and its adaptation to the German language and culture area. This translation, conducted according to international guidelines, was tested on a total of 20 people, complying with the target group by the members of this project for the first time. Afterwards the comprehensibility was evaluated by means of the feedback of the interviewed people and in addition to that the reliability of the collected data was investigated. The results of the reliability analysis were between 0,00 and 0,96 for the separate scales of the ChA-PAS.

Regarding the circumstances under which the interviews were conducted it can be said that the first psychometric data show that the ChA-PAS is a reliable assessment instrument already in this early stage of cross-cultural adaptation, which seems to be applicable for the use in German-language areas, especially from this aspect that there is no comparable alternative clinical interview available.

Based on knowledge gained in this testing, further steps will be the revision of scales showing less satisfying reliabilities and of items showing certain problems of comprehensibility in the tested people. These scales and items will have to be tested again on a wider and more representative sample and then be evaluated, before the process of cross-cultural adaptation will be continued.

Lebenslauf

Pavel Straka

Ausbildungen und vorangegangene Tätigkeiten

2006 –	Psychologiestudium Uni Wien *1. Diplomprüfung 12/2008*
2006 –	Berufsreifeprüfung Maturaschule Dr. Roland
1999 – 2005	Burgtheater Wien - Produktionsbetreuer
2000 – 2012	Salzburger Festspiele - Requisitenmeister
1986 – 1999	Lehrabschlüsse: Koch/Kellner, Tischler Lehre mit div. Anstellungen

Fachspezifische Berufserfahrungen

2013 –	Küchenleitung und Stationsleitung im Schweizer Haus Hadersdorf , Wien - Stationäre Drogentherapie
2012 –	6 Wochen Praktikum beim Grünen Kreis, Stationäre Drogentherapie, NÖ
2008 –	Betreuung intellektuell beeinträchtigter Menschen beim ÖHTB, Tagesbetreuungszentrum, Wien

Sonstige Kenntnisse

EDV Kenntnisse

- MS Office

Sprachkenntnisse

- Englisch in Wort und Schrift
- Slowakisch in Wort und Schrift