

6 Diagnostik

6.1 Psychopathologische Diagnostik

Grundlage für jede Diagnostik ist der psychopathologische Befund, also die sorgfältige Beschreibung der Ausdrucks- und Verhaltensweisen des Kindes. Dazu gehören insbesondere die Beurteilung kognitiver Funktionen wie Denken und Wahrnehmen. Bei Verdacht auf eine kindliche Psychose ist auf das Vorliegen *formaler Denkstörungen* zu achten, wie

- gedankliche Fixierungen auf einen bestimmten Inhalt (das Denken bleibt „in einer Rille stecken“ und dreht sich immer um den gleichen Punkt),
- gedankliches Abschweifen,
- Inkohärenz,
- gelockerte Assoziationen bis hin zur Denkerfahrenheit,
- Gedankenabreißen,
- Denkblockaden.

Sorgfältig zu eruieren sind *inhaltliche Denkstörungen* wie Wahnideen, magisch-animistisches Denken, das Gefühl, eigene Gedanken und Vorstellungen würden durch andere beeinflusst oder weggenommen bzw. „abgezogen“ (Gedankenentzug) oder aufgezwungen („Gedankeneingebungen“).

Des Weiteren: *Wahrnehmungsstörungen*, die alle Sinnesgebiete umfassen (akustisch, optisch, olfaktorisch, coenästhetisch, haptisch), ebenso das eigene Ich- und Körpererleben betreffend (Ich-Entfremdung, Spaltungserleben, Depersonalisation, Derealisation). Bei jungen Kindern ist auf sog. transitive Depersonalisationserlebnisse zu achten, die Kinder identifizieren sich mit Personen und Dingen der Umgebung, („Ich bin die Liese, ich bin die Lampe da“.) Zu beurteilen sind weiterhin Stimmungen und Affekte, insbesondere Ängste und Befürchtungen, Gedächtnis- und Bewusstseinsfunktionen, Orientierungsvermögen, das Kontaktverhalten, Selbstsicherheit, das Vorliegen von Zwängen und Phobien sowie aggressiv-dissoziale Ver-

haltensweisen. Zu beschreiben ist auch das psychomotorische Ausdrucks- und Bewegungsverhalten des Kindes.

Zur Diagnostik gehört natürlich auch die sorgfältige Erhebung der Familien- und Eigenanamnese. Von großer Bedeutung ist die Beurteilung der familiären Interaktions- und Beziehungsmodi sowie des Erziehungsstils der Eltern und der jeweiligen Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits. Zu erfragen ist die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes bzw. des Jugendlichen. Dazu gehören insbesondere die Schwangerschafts- und Geburtsanamnese, die Beurteilung der prämorbiden Vorgeschichte und das Aufspüren kognitiver, sprachlicher, motorischer, sensorischer und sozialer Entwicklungsauffälligkeiten. Des Weiteren muss nach somatischen Vorerkrankungen und nach durchgemachten psychosozialen Stressoren gefragt werden. Behutsam muss auch das evtl. Vorliegen einer Suizidalität eruiert werden.

6.2 Interviewinstrumente

Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

Die Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), eine Weiterentwicklung der PSE (Present State Examination, Wing et al. 1974), sind ein im Auftrag der WHO entwickeltes Erhebungsinstrument zur Erfassung der grundlegenden Psychopathologie für die wichtigsten psychiatrischen Störungen des Erwachsenenalters (van Gölück-Bailer et al. 1995). Das Instrument besteht aus einem strukturierten Interview (PSE 10), einem Glossar mit Definitionen der Symptome, einer Item Group Checklist und dem Clinical History Schedule. Der Untersucher beurteilt Vorliegen und Ausprägung der Symptome. Ein erster Teil beinhaltet Abschnitte für nicht-psychotische Symptomatik, z.B. physische Gesundheit, Sorgen, Anspannung, Panik, Angst und Phobien, Zwangssymptome, depressive Stimmung, Beeinträchtigungen des Denkvermögens, der Konzentration, der Energie, der Interessen, körperlicher Funktionen wie Gewicht und Schlaf, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Ein zweiter Teil umfasst psychotische Symptome, kognitive Einschränkungen und Auffälligkeiten von Verhalten, Sprache und Affektivität.

Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS)

Das Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS, Häfner et al. 1990) erlaubt in fünf Sektionen eine objektive, reliable, valide und detaillierte Einschätzung von 40 Symptomen, vorausgehenden Episoden, Verhaltensänderungen und Behandlungen, regelmäßigen Tätigkeiten, Medikamentencompliance, demografischer und sozialer Charakteristika ab der Kindheit. Es wurde entwickelt, da der ersten psychiatrischen Untersuchung häufig bereits eine lange Anamnese mit vielfältigen Verlaufsformen vorausgehen kann, die prädiktiv bedeutsam ist (Häfner 2000, Röpkcke und Eggers 2005). Dieses Instrument ist als halbstrukturisiertes Interview mit Patienten und Angehörigen angelegt. Auch alle anderen Informationen über vorausgehende Behandlungen werden einbezogen. Es werden ein Zeitraster und ein Episodenkalender erstellt, um Zusammenhänge zwischen Erkrankungszeiten und Lebensereignissen zu verdeutlichen.

Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)

Die Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version (Chambers & Puig-Antich 1985) ist ein halbstrukturiertes, diagnostisches Interview zur Erfassung der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters und der Vorgeschichte psychischer Störungen, das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weltweit Einsatz findet. Erfahrungen mit zahlreichen anderen Verfahren sind hier eingeflossen. Informanten sind sowohl die Eltern der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen, als auch die Patienten selbst. Das K-SADS-PL erfasst 22 Diagnosen des Kinder- und Jugendalters, demografische Variablen und das soziale Funktionsniveau. Die deutsche Version ist im Internet frei verfügbar.

Modified Premorbid Adjustment Scale (M-PAS)

Die prämorbid Anpassung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter kann mit der Modified Premorbid Adjustment Scale (Cannon-Spoor 1982) eingeschätzt werden. Diese enthält drei Kategorien: soziale Isolation, Beziehungen zur Altersgruppe und Interessen/Hobbys. Die Einschätzung erfolgt auf einer vierstufigen Skala.

Premorbid Symptom Checklist (PSCL)

Ausführlicher für die Beurteilung prämobider Auffälligkeiten bei schizophrenen Psychosen als die M-PAS ist die Premorbid Symptom Checklist (Eggers et al. 2000, Bunk et al. 2003). Es handelt sich um eine Skala von zehn verschiedenen Kategorien:

- Interessenverlust,
- Depression,
- Suizidgedanken/-absichten,
- Paranoia,
- Angst,
- Schüchternheit,
- bizarres Verhalten,
- Aggression,
- Isolation und
- Zwänge,

zu denen jeweils zugehörige Symptome aufgeführt werden. Zur Überprüfung der externen Validität wurde die PSCL mit der M-PAS verglichen, die Validität erwies sich als zufriedenstellend (Bunk et al. 2003). Bei der PSCL werden die Symptome als vorhanden bzw. nicht vorhanden zugeordnet. Auffällig sind die Kategorien Schüchternheit, bizarres Verhalten, Angst, Aggression, sowie Isolation ab einem Auftreten von zwei oder mehr Symptomen. Die Kategorien Paranoia, Suizidalität, Interessenverlust, Depression sowie Zwänge sind auffällig ab einem Auftreten von einem oder mehr Symptomen.

Disability Assessment Schedule (DAS)

Die Psychiatric Disability Schedule der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO-DAS) wurde mit Manual von der WHO 1988 veröffentlicht, um

ein einfaches Instrument zur Einschätzung von Störungen der sozialen Anpassung und des Verhaltens von Patienten mit psychischen Störungen zur Verfügung zu stellen. Die deutsche Fassung wurde vom WHO Collaborating Center in Mannheim erstellt und validiert (Schubart et al. 1986). Die Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung ist eine überarbeitete deutsche Version (Jung et al. 1989). Die WHO-DAS II ist ein halbstrukturiertes Interview, das besonders geeignet ist für Patienten mit Schizophrenie.

In einer **ersten Sektion** wird das Allgemeinverhalten erfasst. Die hierin enthaltenen Items sind:

- Sorge um Selbstdarstellung,
- Freizeitaktivität,
- Tempo bei der Bewältigung täglicher Aufgaben,
- Kommunikation/sozialer Rückzug,
- Rücksichtnahme und Reibungen im Umgang mit Menschen und
- Verhalten in Notfällen und Krisensituationen.

Sektion zwei enthält Items zu den wichtigsten Rollen eines Individuums:

- Haushaltsrolle/Teilnahme am Familienleben,
- Partnerrolle (Gefühlsbeziehung, sexuelle Beziehung),
- Elternrolle,
- heterosexuelles Rollenverhalten,
- Arbeitsverhalten,
- Interesse an einem Arbeitsplatz,
- Interessen und Informationsbedürfnis/Rolle als Konsument.

In **Sektion drei** wird eine Gesamteinschätzung der sozialen Anpassung vorgenommen. Der Grad der sozialen Anpassung wird auf fünf Stufen beurteilt (von „gute soziale Anpassung“ bis „fehlende soziale Anpassung“). Zur zusammenfassenden Darstellung der WHO-DAS II-Items wurde von Wiersma et al. (2000) ein Algorithmus entwickelt.

Die Gütekriterien der WHO-DAS wurden umfassend getestet. Aufgrund der Ergebnisse wurde das Instrument von 89 auf 36 Items gekürzt (WHO-DAS II). Außerdem wurde ein Screening-Fragebogen mit zwölf Items entwickelt. Die Sensitivität für Veränderung und Prognose wird weiter untersucht. Die deutsche Fassung wurde vom WHO Collaborating Center in Mannheim erstellt und validiert (Schubart et al. 1986). Sie ist über das Internet frei verfügbar.

Die Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS)

Formale Denkstörungen sind typisch für Schizophrenie, oft auch schon im Prodromalstadium. Gleichzeitig können sie in der kindlichen Entwicklung etwa bis zum siebten Lebensjahr auftreten. Dass solche Störungen zur Diagnostik dennoch geeignet sind, zeigten Caplan et al. (1994) mit der Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale. Hierzu wurden Sprachproben aus dem Nacherzählen und Erfinden von Geschichten sowie aus der Beantwortung von Fragen zum Inhalt von geschulden Ratern auf unlogisches Denken, Inkohärenz, gelockerte Assoziationen und Verarmung der Sprache eingeschätzt. Es konnte eine gute Übereinstimmung zwischen den Ratern erzielt werden. Unlogisches Denken und assoziative Lockerung erwiesen sich als geeignet, um zwischen Kindern mit Schizophrenie und gesunden Kindern zu unter-

scheiden. Die Werte von Kindern mit schizotypen Zügen lagen zwischen den Werten gesunder Kinder und solcher mit Schizophrenie. Unter Berücksichtigung von Entwicklungsstand und Intelligenz kann die K-FTDS auch bei Kindern unter sieben Jahren angewandt werden (s.a. Kap. 5).

Die K-FTDS liegt nicht in deutscher Übersetzung vor. Die Autoren knüpften an Gardners (1971) klinisches Instrument für die therapeutische Kommunikation mit Kindern an. Die verwendeten Themen für das Erfinden von Geschichten sind: „Traum von einem freundlichen Geist“, „ein verstoßener kleiner Junge“, „ein unglaublicher Riese“, „eine Hexe mit einem guten oder bösen Kind“ und „ein unglückliches Kind“. Wenn ein Kind keine Geschichten erfindet, kann man z.B. einfache Fabeln von Äsop nacherzählen lassen. Auf der Grundlage klinischer Erfahrung können damit wertvolle diagnostische Informationen erhoben werden.

6.3 Beurteilungsskalen zur Bestimmung der psychopathologischen Symptomatologie und postpsychotischer Defizienzverfassungen

Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS)

Die PANSS ist eine Fremdbeobachtungsskala, die bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen aktuelle psychopathologische Symptome erfasst (Kay et al. 1987). Das Instrument basiert auf der Scale for Assessment of positive Symptoms (SAPS, Andreasen 1984), der Scale for Assessment of negative Symptoms (SANS, Andreasen 1983), sowie auf der Brief Psychiatric Rating Scale (Overall und Gorham 1962). Theoretische Fundierung, Spektrum der erfassten Symptome und psychometrische Absicherung wurden weiter entwickelt. Sieben der 30 Items der PANSS beinhalten Aspekte des positiven Syndroms (Wahngedanken, Zerfall der Denkprozesse, Halluzinationen, Erregung, Größenideen, Misstrauen/Verfolgungswahn und Feindseligkeit). Weitere sieben Items repräsentieren Aspekte des negativen Syndroms (Affektverflachung, emotionale Zurückgezogenheit, mangelnde Beziehungsfähigkeit, sozialer Rückzug, Störungen des abstrakten Denkens, mangelnde Spontaneität und Redefluss sowie stereotypes Denken). 16 Items betreffen allgemeine psychopathologische Symptome. Maßgeblich für die Auswahl der 30 Items waren die Übereinstimmung mit dem Konzept der Unterscheidung positiver und negativer Symptome, die Möglichkeit einer eindeutigen Zuordnung und das Bestreben, heterogene Bereiche kognitiver, affektiver, sozialer und kommunikativer Funktionen abzudecken (Kay et al. 1989). Jedes Item ist durch operationalisierte Kriterien definiert, die detaillierte Beurteilungsrichtlinien für jede Ausprägung auf der siebenstufigen Schweregradskala (1 = fehlt bis 7 = extrem) nennen. Ergebnisse der PANSS zeigen gute Übereinstimmung verschiedener Rater und interne Konsistenz (Kay et al. 1989). Jüngere Untersuchungen fanden geringere Übereinstimmung auf der Item-Ebene, bestätigten aber gute Übereinstimmung für die Summen der Subskalen (Bentsen et al. 1996, Norman et al. 1996). Bei Stichproben von chronisch kranken Patienten wurde die Retest-Reliabilität gesichert (Kay et al. 1989). In zahlenmäßig starken Kohorten schizophrener Patienten wurde auch die Validität der Skala untersucht. Interpretierbare Korrelationen bestehen zwischen den PANSS-Skalen und anderen psychometrischen Symptom-Ratings sowie biographischen, klinischen und soziodemographischen Parametern (Kay et al. 1989).

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ist eine Weiterentwicklung der von Endicott et al. (1976) konzipierten Global Assessment Scale (GAS). Bei der GAF schätzt der Untersucher das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau zusammengefasst auf einer Skala von 1–100 ein (Kaplan und Sadock 1995). Die Werte unter 50 bedeuten eine ernsthafte Beeinträchtigung, Werte von 51 bis 60 eine mäßige Beeinträchtigung und Werte von 61 und höher eine leichte Beeinträchtigung. Die Skala ist in Intervalle von zehn Punkten aufgeteilt, wobei jedem Intervall eine detaillierte Beschreibung zugeordnet ist. Als Beurteilungszeitraum wird die zurückliegende Woche verwendet.

Die psychometrischen Eigenschaften der Skala wurden umfassend untersucht, Reliabilität und Validität der Skala sind gesichert (Endicott et al. 1976). Die GAF wurde in zahlreichen Untersuchungen zu Verlauf und Ausgang psychischer Erkrankungen verwendet und in das Diagnostische und Statistische Manual der American Psychiatric Association (seit DSM-III-R) aufgenommen. Es wurden Modifikationen der GAF vorgeschlagen, z.B. eine Separation der Beurteilung von Symptomen und der sozialen Beeinträchtigung (Goldman et al. 1992, Patterson und Lee 1995, Sartorius et al. 1996). Die Originalskala selbst, die Informationen über den Schweregrad der Symptomatik sowie der Beeinträchtigung des Verhaltens und der sozialen Funktionsfähigkeit integriert, erwies sich als konzeptuell tragfähig sowie klinisch valide (Yamauchi et al. 2001) und wird daher weiter verwendet.

Clinical Global Impression (CGI)

Die Skala Clinical Global Impression (CGI) des National Institute of Mental Health dient der Erfassung des Schweregrades der globalen Erkrankung auf einer siebenstufigen Skala (1: Patient ist überhaupt nicht krank, 7: Patient ist extrem schwer krank). Mit diesem Verfahren ist auch die Beurteilung der Veränderung des psychopathologischen Zustandes möglich.