

Fritz Poustka Gera van Goor-Lambo

Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erfassung und Bewertung
belastender Lebensumstände von Kindern
nach Kapitel V (F) der ICD-10

Ein Lese- und Lernbuch

2., überarbeitete Auflage



HUBER



Fritz Poustka und Gera van Goor-Lambo
Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie



Fritz Poustka
Gera van Goor-Lambo

Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erfassung und Bewertung belastender
Lebensumstände von Kindern nach
Kapitel V (F) der ICD-10

Ein Lese- und Lernbuch

2., überarbeitete Auflage

Verlag Hans Huber

Adresse des Erstautors:

Prof. Dr. med. Fritz Poustka

Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Deutschordenstraße 50

D-60528 Frankfurt am Main

Lektorat: Monika Eginger, Susann Seinig

Herstellung: Peter E. Wüthrich

Umschlag: Atelier Mühlberg, Basel

Druckvorstufe: UAA, Ursi Anna Aeschbacher, Biel/Bienne

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen

Printed in Germany



Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber

Hogrefe AG

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel: 0041 (0)31 300 4500

Fax: 0041 (0)31 300 4593

2., überarbeitete Auflage 2008

© 2000/2008 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

ISBN 978-3-456-94481-4

Inhalt

Zielsetzung	7
1. Der Junge, der kein Junge sein durfte	19
2. «Papa, du kannst gut Ohren schlecken»	27
3. Was für ein hässliches Kind!	39
4. Das vertauschte Kind	49
5. Ein verhängnisvoller Sprung	59
6. «Mensch, ärgere dich nicht»	65
7. Hin- und Hergerissen	71
8. Ein deutsch-deutsches Migrantenschicksal	77
9. Von der Schwierigkeit, immer der Beste zu sein	83
10. Alles klemmt	89
11. Gameboy statt Klavier	95
12. Heiße und kalte Güsse	101
13. Das Mädchen, das immer fortläuft	107
14. Angst als letztes Bollwerk gegen Drogen	113
15. Einmal Türkei hin und zurück	123

6 Inhalt

16. «Wenn ich tot bin, kann ich nicht mehr hungern ...»	133
17. AIDS ist überall	139
18. Ich mag dich, ich mag dich nicht	145
19. Hans im Unglück	153
20. Der Junge, den keiner mehr riechen konnte	159
21. Der Jüngste, der beschloss, der Dünnste zu werden	165
22. Das Schweigen der Anklage	173
23. Mit der Straßenbahn in das Land der Abenteuer	181
24. Der Baum, der nicht wachsen darf – oder: Der Vater verschimmelt	187
25. Lisa, der Rowdy	193
26. Kein «Münchhausen by proxy»?	201
27. Zu viel ist zu wenig	213
28. Ein Königreich für ein Pferd	223
29. Scheiden tut weh	229
30. Ich kann meine tote Mutter nicht mehr sehen	237
Anhang 1	
Übersicht über die Kategorien der psychosozialen Achse in den dargestellten Fällen	245
Anhang 2	
Kurzglossar: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	253

Glückwunsch

wir alle wünschen jedem alles gute:
 dass der gezielte schlag ihn just verfehle;
 dass er, getroffen zwar, sichtbar nicht blute;
 dass, blutend wohl, er keinesfalls verblute;
 dass, falls verblutend, er nicht schmerz empfinde;
 dass er, von schmerz zerfetzt, zurück zur stelle finde
 wo er den ersten falschen schritt noch nicht gesetzt –
 wir jeder wünschen allen alles gute

(ernst jandl der gelbe hund gedichte lucherhand)

Zerrüttete Kinder, brüchige Umwelt

Ein Lese- und Lehrbuch zur Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände von Kindern

Zielsetzung

Dieses Buch soll eine Hilfe zur Klassifikation psychisch belastender, abnormer Situationen und Ereignissen sein, die die Entwicklung von Kindern gefährden können. Als Grundlage dafür dient das Glossar zur psychosozialen Achse V (Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) zur Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die 1988 von der WHO herausgegeben wurde (deutsch: Poustka et al. 1994). Das Fallbuch soll die Leser mit dieser Klassifikation vertraut machen und ihnen helfen, wie man aus Gesprächen mit Kindern und ihren Bezugspersonen die dazu wesentlichen Informationen gewinnen kann. Differentialdiagnostische Erwägungen werden mit einbezogen wie auch Hinweise zur Relevanz für die Behandlung bestimmter psychischer Störungen. Damit kann eine Basis für eine angemessene Therapieplanung und der Erstellung einer Prognose über die künftige Entwicklung geschaffen werden. Wenn es darum geht, auch Umwelteinflüssen und nicht nur der Psychopathologie einen der Realität entsprechenden Stellenwert zu gewähren, sollte die «Achse V» genau gelernt und im therapeutischen Kontext angewandt werden.

Darüber hinaus gewinnen abnorme psychosoziale Einflüsse auch eine ätiologische Bedeutung im Zusammenwirken mit molekulargenetisch fassbaren Veränderungen, wie dies einige neuere Untersuchungen deutlich veranschaulichen können: So konnten Caspi et al. (2002) zeigen, dass körperliche Misshandlung in der frühen Kindheit dann einen bedeutsamen Zusammenhang zu einem später auftretenden antisozialen Verhalten führt, wenn gleichzeitig das Monoaminoxidase A Gen (MAOA) verändert ist (einen VNTR funktionalen Polymorphismus der Promoter Region). Dieses Ergebnis hatte eine Fülle von weiteren Untersuchungen zur Folge mit einigen positiven, aber auch negativen Replikationen.

Frühe misshandelnde Erziehung und genetische Effekte sind auch in formalen genetischen Zwillingsuntersuchungen deutlich mit Dissozialität korreliert (Jaffee et al. 2005; Boivin et al. 2005; s.a. Moffitt 2005). Laucht et al. (2007) zeigten auf, dass eine genetische Interaktion mit frühen negativen Umfeldeinflüssen, gemessen mit einem erweiterten «psychosozialen Adversitätsindex», inkonsistente Untersuchungen des Dopamine Transporter Gens (homozygot für das 10-repeat Allel – 40bp VNTR Polymorphismus des DAT1 Gens) auf das Hyperkinetische Syndrom und Impulsivität aufklären konnte. Wenn nämlich die frühen negativen adversen Einflüsse auf das Kind einwirkten, war die genetische Mutation deutlicher mit dem Auftreten dieses Störungsbildes assoziiert. Schon früher hatten Overmeyer et al. (1999) einen überraschenden Befund mit Hilfe des Achse 5 Interviews publiziert: Wenn man die abnormen psychosozialen Umstände mit klinischen Angaben bei Störung des Sozialverhaltens gegenüberstellt zu solchen beim Hyperkinetischen Syndrom, so zeigen erstere eine wesentlich höhere abnorme psychosoziale Belastung an. In einer verblindeten Nachuntersuchung mit Hilfe des Achse-5-Interviews hatten beide Störungsbilder aber eine gleich hohe abnorme Umfeldbelastung. Dieses überraschende Ergebnis wird durch die Untersuchung von Laucht et al. verständlich.

Schließlich konnte eine Studie der Frankfurter Kinderpsychiatrie in einer Nachuntersuchung von Kindern (Schiemann, 2007), die mit einem Abstinenzsyndrom von Müttern mit Drogenabusus/Methadonsubstitution geboren wurden, aufzeigen, dass die späteren Auffälligkeiten dieser Kinder signifikant mit der Intensität adverser Umfeldeinflüsse ihrer Umgebung korreliert war. Die Umfeldeinflüsse wurden in den verschiedenen Arten der Unterbringung der Kinder gemessen mit dem Interview nach der Achse 5 (Poustka et al. 1994). Am besten entwickelten sich danach diese Kinder, wenn sie sehr früh in eine Pflegefamilie untergebracht wurden versus einer späteren Fremdunterbringung oder dem Belassen bei ihren biologischen Müttern.

Dies zeigt, dass genetische Forschung in der Psychiatrie des Entwicklungsalters nicht auf die Bedeutung von Umwelteinflüssen für die psychischen Störungen verzichten kann (Poustka 1995). Die Verwendung von Begriffen wie «geteilte» bzw. «nicht-geteilte Umwelt» (shared/non-shared environment) bei der Bewertung der

Umwelteinflüsse auf Kinder zeigt dies deutlich. Kinder werden nach Meinung der Eltern wesentlich gleichförmiger von diesen behandelt, als dies der Meinung der Kinder oder der Jugendlichen und der objektiven Einschätzung entspricht; daher kommt es zu vielfältigen Interaktionen wie auch Reaktionen mit konstitutionellen (sehr früh erworbenen oder angeborenen) Elementen der sich entwickelnden Persönlichkeit (Plomin 1994). Dies zeigt ebenfalls, dass es sich hier nicht um einfache kausale Beziehungen zwischen Umfeldeinflüssen und der Psychopathologie handelt. Manche psychiatrischen Störungen wie die Essstörungen sind kausal kaum durch Umfeldeinflüsse, eher durch extreme, dennoch aber nur subtil von außen erkennbare Merkmale der Persönlichkeit erklärbar (Fairburn et al. 1999). Dennoch bilden ernste Probleme im mittelbaren oder engeren Umfeld des betroffenen Kindes oder Jugendlichen wichtige, wenn auch für die Entstehungsgeschichte häufig unspezifische Faktoren, die aber eine sinnvolle Therapie ernstlich stören, ja verhindern können, wenn sie nicht bewältigt werden. Sie sind deshalb neben den symptomorientierten Vorgehensweisen oft von ausschlaggebender Bedeutung für eine Therapie und damit selbst Bestandteil derselben.

Diese Überlegungen sind gewiss nicht neu. Neu daran ist aber die Präzisierung bzw. Operationalisierung der auf die Kinder einwirkenden, meist von ihnen unabhängigen Verhaltensweisen ihres Umfelds. Es sind dies ja nicht nur frühe abnorme Einwirkungen, sondern die aktuellen, die keineswegs nur auf den familiären Rahmen alleine beschränkt sind und u. a. zum Beispiel auch schulische Gegebenheiten berücksichtigen (Rutter et al. 1980). Wie hier die Gewichtung tatsächlich ist, bleibt allerdings oft immer noch kontrovers (Tress 1993, Ernst 1993) oder zumindest nicht einfach zu verstehen (Champion et al. 1995). Rutter und Maughan (1997) äußern sich skeptisch, ob unsere Kenntnisse über die Bedeutung von aktuellen gegenüber chronischen Stresseinwirkungen, über floride negative gegenüber positiven Erfahrungen und über die kognitive Bewältigung von Belastungen ausreichen, um von gesicherten Langzeitauswirkungen auf das Erwachsenenleben oder die Entwicklungspsychopathologie (Rutter et al. 1997) einigermaßen sicher schließen zu können. Auch die Herausforderungen weitergehender Therapieforschungen sind daher von klaren Definitionen nicht nur der psychopathologischen Symptomatik, sondern auch von denen des Umfelds eines Kindes abhängig. Die Einschätzung, was sich gegenseitig bedingt und wie, und welche Veränderungen zum Ziel geführt haben, ist ohne die Voraussetzung einer klaren Klassifikation auf verschiedenen Ebenen nicht denkbar.

Hier ist die Mehrebenen Diagnostik der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation in der Modifikation für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Multiaxiales Klassifikationssystem) dem des amerikanischen DSM-Systems eben wegen der präziser und klarer strukturierten Grundlagen der abnormen psychosozialen Kategorien

der Achse V weit überlegen. Diese Kategorien in der Praxis sicher beherrschen zu können und die ihnen zugrunde liegende «Philosophie» besser zu verstehen, ist das Anliegen der hier vorgelegten Falldarstellungen.

Aufbau des Buches

Sein Hauptteil umfasst 30 konzentrierte Fallbeschreibungen, die die Gesamtheit der Kategorien des Glossars der psychosozialen Belastungen zur Darstellung bringen. Dazu gehören auch ihre Variabilität im Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen und die unspezifische wie mitunter spezifische Bedeutung im Verlauf und für die Behandlung.

Die Darstellungsart der Fallgeschichten folgt einer gleichbleibenden Einteilung:

Sie beginnt – wie auch (hoffentlich) in der Praxis – immer mit dem *Aufnahmegrund*: Hier wird Auskunft gegeben über den Anlass einer Zuweisung in eine Behandlungssituation und über die Darstellung der Probleme zu Hause oder in verschiedenen anderen Situationen sowie über Alter und Geschlecht des Kindes. Besonders illustrative Vorfälle können erwähnt werden.

Dann folgen die *Anamnestischen Daten*: *Vorgeschichte des Kindes, Angaben über Mutter, Vater oder andere wichtige Bezugspersonen*. Dabei soll genau unterschieden werden zwischen Mitteilung und Interpretation.

Hier geht es um eine kurze Übersicht über die Entwicklung und die Lebensumstände des Kindes in Bezug auf Familie, Schule und Freunde sowie die Entstehung der Probleme. Die derzeitige familiäre Konstellation, die Beschreibung der Eltern und die wichtigsten demographischen Daten gehören dazu. Details über aktuelle wie auch vergangene Umfeldereignisse sollen hier deutlich beschrieben werden und erkennbar sein, sodass sie eine klare Grundlage für die Zuschreibung verschiedener Klassifikationskriterien bilden.

Die *Untersuchung des Patienten* bezieht sich auf die körperliche, psychopathologische und testpsychologische Befundung und oft auch auf Observationen in der Klinik. Die diagnostischen Darstellungen beziehen auch die Beschreibungen der Symptome und der diagnostischen Zuordnung entsprechend der ersten Achse und zuweilen (wenn zum besseren Verständnis notwendig) auch die der anderen Achsen mit ein.

Wenn alle dafür wesentlichen Daten beschrieben sind, werden die *Diagnosen*, eventuelle Differentialdiagnosen und Überlegungen zum Schweregrad entsprechend den Forschungskriterien der ICD-10 dargestellt. Einige Male kann es dabei vorkommen, dass erst im Therapieverlauf auch weitere zusätzliche therapeutisch

bedeutungsvolle Kategorienzuschreibungen bekannt wurden. Es wird dann im Diagnostikteil darauf verwiesen.

Einen breiten diagnostischen Raum, den Intentionen dieses Buches entsprechend, nimmt die Begründung für die Erläuterung der Achse-V-Kriterien ein. In den nachfolgenden Abschnitten werden diese Zuschreibungen dann für die Überlegungen der *Zusammenhangsanalyse* verwendet. Dabei soll, wenn möglich, ein plausibles Zusammenhangsgefüge deutlich werden (z. B. zwischen der Art und Weise einer psychischen Störung eines Elternteils und bestimmten psychosozialen Kategorien). Es bleibt aber meist offen, ob es sich dabei um kausale, spezifische Verkettungen handelt. Aber auch wenn es nach begründeter Darstellung um unspezifische Begleiterscheinungen der psychischen Störung des Kindes geht, wird aus der Beschreibung einsichtig, dass dies bedeutsam ist für die Therapieplanung und Prognose (was nicht oft genug betont werden kann).

Den Abschluss jeder Falldarlegung bilden *Therapeutische Überlegungen und Verlauf*. Die Darstellungen hier werden die Bedeutung der Achse V für die Therapie veranschaulichen. Generell handelt es sich an dieser Stelle nicht um eine bloße Wiedergabe aus einem Therapieprotokoll. Es geht vielmehr darum, den weiteren Verlauf zu übersehen und zwar in Hinsicht darauf, inwieweit die Diagnose auf den verschiedenen Achsen prognostisch relevant war oder ob frühere Annahmen korrigiert werden mussten, weil sie für die Therapie irrelevant waren. Es kann z. B. deutlich gemacht werden, dass eine Mutter, die anfangs sehr egozentrisch, depressiv und ablehnend gewirkt hat, nach ihrer Entlastung durch die stationäre Aufnahme des Kindes einen völlig anderen Eindruck vermittelt.

Nicht Bestandteil dieses Buches können verschiedene Elemente psychotherapeutischer Grundvoraussetzungen sein, z. B. wie in der Praxis die Datenerhebung durchgeführt wird; ferner wie die Erstkontakte und auch die Gesprächsführung mit den Eltern, dem Kind oder mit allen gemeinsam gestaltet werden. Die Art, wie faktische Informationen über die Symptomatik eines Kindes gewonnen werden und Gefühle, Stimmungen, Beziehungsstrukturen oder die Charakteristika der Persönlichkeit wie das Temperament erfasst werden, kann hier nicht dargestellt werden (Poustka 1988).

Zu den Darstellungen

Die dargestellten 30 Fallgeschichten bilden eine Reihe von typischen Krankheitsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab (psychiatrische Diagnostik der Achse I) und alle Kategorien der psychosozialen Achse. Die Ausprägungen der einzelnen Kategorien werden im Detail begründet. Einige Male schien es sinnvoll, auch eine negative (normale) Ausprägung zu kommentieren, wenn es differenti-

aldiagnostisch notwendig schien. Der Leser kann sich dabei an der gerafften und strukturiert veranschaulichten Kurzform des Glossars orientieren (Anhang 2).

Weiter entsprechen die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien bzw. die Häufigkeiten der Kategorien pro Fall – wie dies im Anhang 1 tabellarisch zusammengefasst dargestellt ist – durchschnittlichen Erwartungswerten in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel, wenn auch eher in den (stationären) klinischen Bereichen (Englert 1993, van Goor-Lambo et al. 1994). Die ausgewählten Falldarstellungen sind daher durchaus repräsentativ. Es ist auch deswegen zu hoffen, dass dies so der Orientierung dienen kann und eine weitere Grundlage für die Sicherheit in der Anwendung dieser Achse bildet.

Exkurs: Die Achse V: Übersicht über die Kategorien, Einteilung, Gruppierung, historische Entwicklung

Kurze historische Entwicklung

Eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen konnte aufzeigen, dass psychosoziale Umstände eine wichtige Rolle spielen in der Entstehung und im Verlauf vieler kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen (Goodyer et al. 1987, Hetherington & Martin 1986, Mattejat 1984, Sines 1987, Voll et al. 1982), und dass sie ferner in einem bedeutenden Zusammenhang mit der Prognose und dem Verlauf von Störungen sowie mit Behandlungseffekten stehen (Jacob 1987, Schmidt 1993).

Wenn es für die Feststellung der Umstände keine eindeutigen Richtlinien gibt, sind Aussagen darüber zu sehr subjektiv beeinflussbar und damit die Ergebnisse der Untersuchung in vielen Fällen zweifelhaft (Poustka 1988, Tramontana 1980). Ziel der Klassifikation ist eine eindeutige, gemeinsame, differenzierte Terminologie.

1967 wurde unter den Auspizien der World Health Organisation (WHO) mit einer Multiaxialen Klassifikation von Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Anfang gemacht, und 1975 wurde das mittlerweile fünfachsige System von Rutter, Shaffer und Sturge beschrieben.

Heute werden für die ersten vier Achsen (I Klinisch-psychiatrisches Syndrom; II Umschriebene Entwicklungsrückstände; III Intelligenzniveau; IV Körperliche Symptomatik) die entsprechenden Kategorien der ICD-10 benutzt (WHO 1996).

1988 wurde im Anschluss an die Entwicklung der ICD-10 von der WHO das Glossar einer revidierten Achse V (Associated abnormal psychosocial situations) herausgegeben (van Goor-Lambo et al. 1990, 1994), und 1994 erschien die deutsche Übersetzung: «Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände» (Poustka

1994). Daneben wurde für schnelle Orientierung ein verkürztes Glossar angefertigt (Poustka 1994). Auch wurde ein semistrukturiertes Elterninterview zur Achse V entwickelt (Poustka 1990) und ein ebenfalls semistrukturiertes Kinderinterview (Denner and Poustka 1991). 1996 erschien die «Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders» (WHO 1996), ergänzt mit einer Achse VI Global Assessment of Psychosocial Disability (als «Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung» Bestandteil der deutschen multiaxialen Klassifikation; Remschmidt und Schmidt 1994, mit der Achse V in der vollständigen Fassung des Manuals: Remschmidt, Schmidt & Poustka, 5. Auflage, 2006, Englert et al. 1998).

Übersicht

Die Achse V beschreibt methodisch diejenigen Aspekte der psychosozialen Situation eines Kindes, welche signifikant von der Norm abweichen in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes, seinen Erfahrungsschatz und die herrschenden soziokulturellen Umstände.

Das verkürzte Glossar (siehe Anhang 2) zeigt die ganze Struktur des Kodierungsschemas, die Subkategorien innerhalb jeder Hauptkategorie und die diagnostischen Richtlinien jeder Subkategorie.

Einteilung

Die Achse fängt an mit einer 00-Kategorie (Keine deutlich gestörte oder inadäquate psychosoziale Situation), sodass Normalität direkt kodiert werden kann.

Es gibt 9 Hauptkategorien:

- Die Kategorien 1 bis 5 beschreiben verschiedene Arten von abnormen und nicht üblichen Familienumständen: 1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen, 2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie, 3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation, 4 Abnorme Erziehungsbedingungen und 5 Abnorme unmittelbare Umgebung.
- Die Kategorien 7 und 8 beziehen sich auf den weiteren Umkreis des Kindes, nämlich 7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren und 8 Belastungen in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit.
- Die Kategorien 6 und 9 betreffen die distinkten Kategorien Akute belastende Lebensereignisse und Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes.

Die Anzahl der Subkategorien ist auf höchstens sechs pro Hauptkategorie beschränkt; dazu kommt in jedem Fall eine Subkategorie «Andere», um Situationen unterzubringen, die mit den allgemeinen Kriterien für eine Hauptkategorie übereinstimmen, aber nicht in eine der Subkategorien passen. Insgesamt ergeben sich 39 Kategorien.

Zuordnungskriterien

In jeder Hauptkategorie gibt es allgemeine Kriterien, die von allen Subkategorien erfüllt werden müssen.

In jeder Subkategorie werden genaue Richtlinien für die Einordnung in diese Subkategorie aufgeführt. Hier ist die Spezifizierung des Schweregrades notwendig, denn viele abnorme psychosoziale Umstände sind in der Quantität abnorm und nicht in der Qualität.

Am Ende der Beschreibung jeder Kategorie werden Richtlinien für die Ausschlusskriterien einer Subkategorie aufgeführt und dafür, in welcher Kategorie die jeweils ausgeschlossene Situation eventuell sonst untergebracht werden kann.

Bedeutung der Kodierungen für jede Kategorie

- 2 = trifft sicher zu: Die Umstände in dem spezifizierten Zeitraum waren mit Sicherheit gegeben und von der Art und dem Schweregrad, die eindeutig von den diagnostischen Richtlinien definiert werden.
- 1 = fraglich: Die Umstände in dem spezifizierten Zeitraum waren mit Sicherheit gegeben, und die Art der Umstände genügte den Zuordnungskriterien, der Schweregrad entsprach jedoch gerade nicht dem von den spezifizierten Kriterien geforderten Ausmaß.
- 0 = nicht zutreffend, normal: Die psychosoziale Situation des Patienten lag innerhalb breit definierter normaler Grenzen und die Umstände trafen in dem spezifizierten Zeitraum nicht zu.
- 8 = logisch nicht möglich: Der Patient hätte nicht in diese Situation kommen können, z. B. ein Kind, das keine Geschwister hat, in Kategorie 2.2. Wem die Benutzung der Kodierung 8 zu aufwendig erscheint, kann in solchen Fällen natürlich die Kodierung 0 benutzen.
- 9 = unbekannt, mangelnde Information: Die Informationen sind unzureichend, um die Situation einschätzen zu können.