

# 1. Warum Diagnostik?

## a. Was ist psychologische Diagnostik?

### Der diagnostische Prozess

Der Begriff Diagnostik leitet sich von dem griechischen Wort „diagnosis“ ab, zusammengesetzt aus den Silben „dia“ – mit der Bedeutung „durch, hindurch“ – und „gnosis“ – das für „Wissen“ oder „Erkenntnis“ steht. Diagnostik bedeutet somit durch etwas Wissen oder Erkenntnisse zu gewinnen. Das kann auf unterschiedliche Arten geschehen. In der Medizin werden z. B. körperliche Untersuchungen durchgeführt, Blutwerte bestimmt oder Röntgenaufnahmen angefertigt und die Ergebnisse einem Krankheitsbild zugeordnet. In der Psychologie kann Diagnostik ganz unterschiedliche Bereiche betreffen und verschiedene Methoden und Verfahren umfassen.

Psychologische Diagnostik kommt immer dann zum Einsatz, wenn Merkmale von Personen, Gruppen oder auch Organisationen erfasst werden sollen und beschränkt sich nicht nur auf den klinischen Bereich, bei dem es darum geht, ein Störungsbild zu erkennen, Fördermaßnahmen oder Therapieempfehlungen zu begründen oder den Verlauf einer Störung und deren Behandlung zu beurteilen. So dient Diagnostik auch der Eignungstestung bei der Berufswahl oder wird in Assessment-Centern genutzt, um Bewerber zu selektieren. Zudem wird Diagnostik eingesetzt um psychologische Gutachten zu juristischen Fragestellungen zu erstellen.

Die Methoden und Verfahren, auf die Diagnostiker dabei zurückgreifen, sind sehr vielfältig und abhängig von der jeweiligen Fragestellung. Sie können Gespräche, Verhaltensbeobachtungen, Interview- und Fragebogenverfahren, Intelligenz- und Konzentrationstests oder auch projektive Verfahren umfassen.

Die Merkmale, die im Rahmen einer psychologischen Diagnostik eine wichtige Rolle spielen, sind das beobachtbare Verhalten, Persönlichkeitseigenschaften, Gefühlserleben oder die Leistungsfähigkeit. Aber auch das Selbstbild, Problemlösestrategien und Verarbeitungsmechanismen können von Interesse sein und ergeben sich zum Teil aus den zuvor genannten Merkmalen.

Im klinisch-therapeutischen Bereich sollte vor jeder Therapie unbedingt eine Diagnostik durchgeführt werden, denn ohne Diagnostik kann keine eindeutige Diagnose gestellt werden und ohne Diagnose kann keine angemessene Behandlung erfolgen.

Nach Petermann (2018) setzt sich der diagnostische Prozess aus fünf Schritten zusammen. Zunächst einmal wird eine Fragestellung formuliert, die sich aufgrund

eines Informationsdefizites ergibt (erster Schritt). Sie kann in etwa so lauten: „Ist die Schulvermeidung durch eine emotionale Störung bedingt?“. Kann die Frage empirisch untersucht werden, werden entsprechende Hypothesen formuliert. Diese können im klinischen Bereich Differenzialdiagnosen betreffen oder sich auf Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren beziehen (zweiter Schritt) („Liegt eine kognitive Überforderung vor?“). Im nächsten Schritt erfolgt die Datenerhebung der relevanten Merkmale (u. a. Intelligenz, emotionale Belastung). Hier kommen oben genannte Verfahren zum Einsatz (dritter Schritt). Die Ergebnisse führen zu einer Urteilsbildung (vierter Schritt), die dann wiederum eine Diagnose und Prognose begründet (fünfter Schritt).

Der diagnostische Prozess sollte folgende Fragestellungen beantworten: Zunächst muss festgestellt werden, ob überhaupt eine Störung bei dem Kind oder Jugendlichen vorliegt und eine entsprechende Diagnose vergeben werden kann. Es sollten auslösende (intrapyschische, familiäre, soziokulturelle, biologische) und aufrechterhaltende Faktoren identifiziert werden. Wichtig sind auch protektive Faktoren und Ressourcen des Betroffenen und der Familie, die eine Verschlechterung der Symptomatik verhindern oder sogar eine Besserung herbeiführen und im Rahmen einer Therapie genutzt werden können. Oftmals sind sie der Familie gar nicht bewusst. Zuletzt erfolgt eine Einschätzung bezüglich der Prognose des Störungsverlaufs und der Notwendigkeit und Effektivität von Interventionen bspw. einer Beratung oder Therapie.

### **Ambulante und stationäre Diagnostik**

Diagnostik kann im ambulanten, teil- oder vollstationären Setting stattfinden. Abhängig ist dies u. a. vom Störungsbild selbst, der Ausprägung der Symptome und der Gefährdung der Patienten.

Ambulant findet üblicherweise nach einer telefonischen Anmeldung zunächst ein Erstgespräch statt, in dem die Anamnese erhoben wird. Im Anschluss erfolgen Termine zur Testung. Der Diagnostiker überlegt im Vorfeld, durch welche Verfahren er Erkenntnisse in Bezug auf seine Hypothesen gewinnen kann. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen werden mehrere Verfahren in einem Termin durchgeführt, was für das Kind oder den Jugendlichen, aber auch für den Diagnostiker selbst, sehr anstrengend und ermüdend sein kann. Evtl. werden den Eltern Fragebögen zur Bearbeitung mit nach Hause gegeben. Stehen mehrere Diagnostiktermine zur Verfügung, können die Verfahren darauf aufgeteilt und aufgrund der ersten Testergebnisse gegebenenfalls angepasst und ergänzt werden. Dies ist dann der Fall, wenn während des Termins zusätzliche Symptome berichtet werden, die es abzuklären gilt. Sollten die angesetzten Termine nicht ausreichen um die eingangs formulierte Fragestellung zu beantworten, wird eine

erweiterte Diagnostik empfohlen und durchgeführt bis eine gesicherte Diagnose gestellt werden kann. Bei Unsicherheiten oder Unklarheiten sollte man sich nicht zu einer voreiligen Diagnose verleiten lassen nur weil die angesetzten Termine aufgebraucht sind.

Im stationären und teilstationären Bereich kann eine Testung leichter auf mehrere, auch kürzere Termine verteilt werden, als dies oftmals im ambulanten Setting möglich ist, da sich die Patienten täglich auf Station befinden. So kann bspw. individueller auf nachlassende Konzentration und Aufmerksamkeit reagiert werden, indem man den Termin zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzt. Bearbeiten Kinder oder Jugendliche Fragebögen eigenständig, können fehlende Werte zeitnah nach erhoben werden. Auch kann ein zusätzliches Verfahren mit geringem Aufwand durchgeführt werden, wenn die vorliegenden Ergebnisse noch nicht ausreichend sind.

Testverfahren sollten jedoch bei Patienten nur dann eingesetzt werden, wenn diese in der Lage scheinen, sie auch angemessen bearbeiten zu können. Das schließt akute Krisensituationen aus, die im stationären Setting aufgrund der gravierenderen Störungsbilder deutlich häufiger auftreten können als ambulant. Gespräche und Verhaltensbeobachtungen sind dagegen jederzeit möglich und wichtig.

Diagnostik kann im Verlauf und zum Abschluss einer Therapie Aufschluss geben über Veränderungen im Erleben des Patienten und *über* die Wirksamkeit verschiedener Interventionen. Bei Entlassung aus der stationären Behandlung sind psychische Symptome selten verschwunden, jedoch soweit zurückgegangen, dass eine ambulante Therapie anschließen kann. Für diese kann eine „Bestandsaufnahme“ der noch vorhandenen Symptome und deren Ausprägung hilfreich sein. Durch den wiederholten Einsatz eines Fragebogens, der zu Beginn der Behandlung die Ausprägung bestimmter Symptome erfasst hat, können Veränderungen konkret gemessen und neue Therapieziele für die ambulante Therapie formuliert werden.

Der Umfang einer Diagnostik kann sowohl ambulant als auch stationär sehr stark variieren und ist individuell festzulegen. So werden teilweise *überwiegend* Informationen und Erkenntnisse aus dem Erstgespräch, der Anamneseerhebung und Verhaltensbeobachtung gezogen oder aber ganze Testbatterien an psychologischen Verfahren eingesetzt, letzteres mit hohem Zeit- und Kostenaufwand. Beide Vorgehensweisen können unter verschiedenen Umständen angemessen und effektiv sein, sollten jedoch unbedingt an die Patienten und die jeweilige Fragestellung angepasst werden. Nicht immer muss und sollte jedes zur Verfügung stehende Verfahren durchgeführt werden.

So ist z. B. eine Intelligenztestung notwendig um bei Problemen und Verhaltensauffälligkeiten in der Schule eine kognitive Überforderung auszuschließen. Daraus würde sich ein anderer Behandlungsansatz ergeben, als wenn die Ursache für Schulprobleme eine emotionale Störung ist. Stellt sich dagegen eine Jugendliche mit emotionaler Belastung vor, bei durchschnittlichen Schulnoten und unauffälligem Verhalten in der Schule kann erwogen werden, zunächst auf eine zeitintensive Leistungstestung zu verzichten und diese bei Bedarf im Verlauf nachzuholen. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stellt sich oftmals die Frage, ob man als zukünftiger Therapeut die Diagnostik bei seinen Patienten selbst durchführen sollte oder diese an einen Kollegen abgibt. Gründe, die für eine Trennung von Diagnostik und Therapie sprechen, beziehen sich auf die grundlegend unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Eine Diagnostik ist in der Regel strukturierter und der Ablauf wird durch den Diagnostiker bestimmt. Sie zielt auf das Erfassen von Leistung, stellt Aufgaben, die es zu bewältigen gilt. Das Kind oder der Jugendliche hat vielleicht das Gefühl, bewertet und beurteilt zu werden. Dies kann die therapeutische Beziehung beeinflussen. In einer Therapiestunde hat überwiegend das Kind Einfluss auf den Ablauf und inhaltliche Themen. Die unterschiedliche Rolle, die der Therapeut in der Diagnostik und im therapeutischen Arbeiten einnimmt, kann das Kind verwirren und in der Therapiestunde hemmen, sich zu öffnen, weil es Angst hat, auch dann bewertet und beurteilt zu werden. Manchmal gibt es aber keine andere Möglichkeit, als die Diagnostik selbst durchzuführen. Insbesondere als Angestellter im stationären Bereich, wenn es keine weiteren Psychologen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Station gibt. Das kann ebenso Vorteile haben, denn zu dem Kind wurde durch das Erstgespräch oder auch weitere Gespräche schon eine Beziehung aufgebaut und es sieht sich nicht wieder einem Fremden gegenüber, dem es erneut über seine Symptomatik berichten soll. Dadurch kann es sich evtl. besser auf die Aufgaben einlassen. Selbst Testsituationen mit dem Kind zu erleben, kann auch für den Therapeuten erkenntnisreich sein. Zwar dokumentiert der testende Kollege Äußerungen und Verhalten des Patienten, jedoch richtet dieser vielleicht sein Augenmerk auf ganz andere Aspekte, als die, die für den Therapeuten interessant wären. Informationen können dadurch verloren gehen. Führt man selbst die Testung durch, sollte im Vorfeld klar besprochen werden, dass es sich bei dem Termin um einen reinen Diagnostiktermin handelt und diesen dann auch nicht mit anderen (therapeutischen) Inhalten mischen.

### **„Ansehen“ der Diagnostik**

Obwohl Diagnostik einen sehr großen Anteil der Arbeit von Psychologen und auch Psychotherapeuten ausmacht, ist sie bei Vielen nicht besonders beliebt und wird

zu Unrecht häufig als „langweilig“, „trocken“ oder „notwendiges Übel“ bezeichnet. Hierfür gibt es vielfältige Gründe.

Der Unmut über die Diagnostik beginnt oftmals schon sehr früh in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insgesamt muss vor der Zwischenprüfung eine praktische Tätigkeit über 1800 Stunden abgeleistet werden, in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken, Ambulanzen oder therapeutischen Praxen. Nach einer Einarbeitungsphase besteht die Hauptaufgabe der Ausbildungskandidaten während dieser Zeit in der Durchführung von Diagnostik. Das bedeutet Handbücher lesen, Tests durchführen, auswerten, Befunde schreiben – Woche um Woche. Im Vergleich zur therapeutischen Arbeit – was ja das eigentliche Ziel der angehenden Psychotherapeuten bei der Berufswahl ist – klingt dies sehr eintönig und erzeugt Frust. Noch dazu wird die praktische Tätigkeit sehr gering oder gar nicht vergütet, was zudem den Eindruck entstehen lässt, dass Diagnostik eine „minderwertige“ Arbeit ist.

Dabei ist genau das Gegenteil der Fall. Wie schon erwähnt, ist ohne das Stellen einer adäquaten Diagnose keine angemessene therapeutische Behandlung möglich. Zudem ist es für den weiteren Verlauf wichtig, wie die Diagnostik abläuft und mit welchem Eindruck und Gefühl die Kinder, Jugendlichen und Eltern zurückbleiben. Schon hier setzen im Prinzip die therapeutische Arbeit und vor allem der Beziehungsaufbau an. Die Art und Weise des Diagnostikprozesses kann die Motivation zu einer anschließenden Therapie fördern oder abschwächen, je nachdem ob man sich verstanden und angenommen fühlt oder auf einen lustlosen und gelangweilten Diagnostiker trifft. Um sich angenommen zu fühlen, braucht es jemanden, der sich erst mal Zeit nimmt, genau hinzusehen und herauszufinden, was eigentlich los ist und nicht blind „drauf los therapiert“.

Zum wiederholten Male eine sehr aufwändige Leistungstestung durchzuführen mit immer denselben Aufgaben in derselben Reihenfolge und denselben Instruktionen, kann zu Unmut oder gar Ärger führen, die Motivation und Konzentration des Testleiters negativ beeinflussen und bei der Testperson das Gefühl entstehen lassen, es liege an seiner Person. Hilfreich ist es dann, sich ins Gedächtnis zu rufen, dass – auch wenn es für einen selbst die hundertste Durchführung ist – das Kind oder der Jugendliche oftmals zum ersten Mal diesen Test macht und seine Aufmerksamkeit darauf lenken, mit welcher Haltung derjenige an die Aufgaben geht, welche Strategien er anwendet, wie er auf Erfolg und Misserfolg reagiert oder wie er seine Leistung beurteilt. Auch löst jedes Kind und jeder Jugendliche etwas anderes bei dem Diagnostiker aus. Es gibt Jugendliche, die überheblich auftreten, bei denen man Schadenfreude verspürt, wenn sie eine Aufgabe nicht lösen können oder sich vornimmt sehr genau und streng zu bewerten um denjenigen „von seinem hohen Ross zu holen“.

Dagegen trifft man dann wieder auf Jugendliche, bei denen man merkt, wie sehr sie sich anstrengen und doch immer knapp danebenliegen. Es können Gedanken und Gefühle aufkommen wie „Ich weiß ja, dass er das Richtige meint, da drück ich mal ein Auge zu.“ oder „Ich sehe ja, dass er es kann und bestimmt nur aufgeregt ist. Es macht doch nichts, wenn ich ihm noch fünf Sekunden mehr Zeit gebe.“ Diesem Impuls sollte natürlich auf keinen Fall nachgegeben werden, aber die Wahrnehmung dessen, was das Gegenüber auslöst, kann für die Diagnosefindung sehr aufschlussreich sein. Besonders Überlegungen dazu, was sich dahinter verbergen mag. Im erst genannten Beispiel können es Versagensängste des Kindes sein, die durch ein übersteigertes Selbstbild kompensiert werden. Das wahrgenommene Mitgefühl im zweiten Beispiel kann ein Hinweis darauf sein, dass das Kind auch in der Schule nachsichtiger beurteilt wird, weil seine Lehrer ähnlich empfinden und dadurch immer wieder Anforderungen an es gestellt werden, die es nicht erfüllen kann.

Es gibt noch weitere Gründe, weshalb die Diagnostik von Vielen als „Übel“ angesehen wird. So wird das therapeutische Arbeiten als deutlich interessanter und auch erfüllender erlebt, als die davor anstehende Diagnostik. Nachdem man sich im Erstgespräch einen Eindruck über die Probleme und das erlebte Leid des Patienten oder der gesamten Familie verschafft hat, möchte man gerne direkt in den therapeutischen Prozess einsteigen um den Leidensdruck zu mindern. Dabei ist ja gerade das nicht effektiv möglich, ohne vorherige Diagnosestellung. Nicht selten verläuft der Diagnostikprozess überraschend und liefert erst Anhaltspunkte für angemessene Interventionen. Wie sollte man einen 8-jährigen Jungen behandeln, der als traurig beschrieben wird, häufig unter Bauchschmerzen leidet und zunehmend die Schule meidet, wenn man nicht weiß, welche Ursachen zugrunde liegen? Die Symptome können Ausdruck einer Angststörung, einer depressiven Episode oder einer schulischen Überforderung sein oder als Reaktion auf wahrgenommene Ausgrenzung durch andere entstehen. Entsprechend kann sich eine angemessene, Symptom reduzierende Therapie auf die Behandlung der Angst oder Depression, unter Umständen mit medikamentöser Unterstützung, eine schulische Entlastung oder Selbstwertsteigerung beziehen. Eine Entscheidung darüber kann erst nach einer umfassenden Diagnostik getroffen werden. Natürlich könnte man auch mit dem Kind an seinem Selbstwert arbeiten, sein Selbstwirksamkeitserleben fördern oder seine soziale Kompetenz steigern. All dies würde mit Sicherheit nicht schaden und dem Kind vielleicht sogar ein wenig Entlastung bringen. Wenn das eigentliche Problem jedoch in einer intellektuellen Überforderung liegt, die zu anhaltendem Frust und Versagenserleben führt, dann ist die Ursache nicht erkannt, bleibt bestehen und belastet weiterhin.

Viele Diagnostiker und Behandler klagen darüber, Symptome der Patienten – und damit die Patienten selbst – in ein bestehendes Klassifikationssystem einordnen zu müssen, das diese besonders im Kinder- und Jugendbereich häufig nicht einmal annähernd angemessen abbildet. In Deutschland ist aktuell die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Fassung) maßgebend für das Vergeben von Diagnosen. Darin sind in Kapitel V mit den Ziffern F00-F99 psychische und Verhaltensauffälligkeiten aufgeführt. Obwohl es eine Untergruppe gibt, die Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98) auflistet, muss man zur Einordnung vieler Störungsbilder auf andere Gruppen ausweichen, die sich in der Beschreibung der Symptome überwiegend an Störungsbildern und Verläufen bei Erwachsenen orientieren. Jetzt möchte man seinen Patienten ja keinen Stempel aufdrücken und auf gar keinen Fall einen, der gar nicht richtig passt. Dennoch ist eine Klassifikation Voraussetzung zur Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse. Eine Klassifikation sollte jedoch nicht als vorrangiges oder einziges Ziel der Diagnostik angesehen werden, sondern der Erkenntnisgewinn über das Kind/den Jugendlichen, die mögliche Abgrenzung von anderen Störungsbildern und die darauf aufbauende Behandlungsplanung.

## **b. Klassifikationssysteme**

### **International Classification of Diseases (ICD)**

In Europa werden Diagnosen entsprechend der ICD 10 verschlüsselt, der International Classification of Diseases in der 10. Fassung. Die ICD 10 umfasst 22 Kapitel, die sich mit unterschiedlichen Störungen, Krankheitsbildern und Gesundheitsproblemen befassen – darunter Krankheiten des Nervensystems, der Atemwege, der Haut, usw. Für Psychologen und Psychiater ist vorrangig Kapitel V von Bedeutung, da dort mit dem Buchstaben F psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten aufgelistet sind. Ziffern nach dem Buchstaben F stehen für verschiedene Untergruppen und differenzieren innerhalb diesen Gruppen weiter. Insgesamt liegen zehn Untergruppen vor, die die Bandbreite an psychischen und Verhaltensauffälligkeiten umfassen. Zudem gibt es eine Kategorie nicht näher bezeichneter psychischer Störungen. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Bereiche innerhalb der F-Kategorie.

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

*Abbildung 1: Subgruppen innerhalb der F-Kategorie des ICD 10*

Die einzelnen Untergruppen sind wiederum untergliedert, um die Diagnose zu präzisieren. Für F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen in der Kindheit und Jugend – ist diese weitere Untergliederung in Abbildung 2 dargestellt.

- F90 Hyperkinetische Störungen
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

*Abbildung 2: Unterteilung der F9-Gruppe*

Auch für jeden dieser Bereiche gibt es weitere Differenzierungen, so dass eine möglichst genaue, abgrenzende Diagnosestellung möglich ist. So sind bspw. die emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) unterteilt in die emotionale Störung mit Trennungsangst, phobische Störung des Kindesalters, Störung mit sozia-

ler Ängstlichkeit des Kindesalters, emotionale Störung mit Geschwisterrivalität, sonstige und nicht näher bezeichnete emotionale Störungen des Kindesalters. Für jedes Störungsbild liegen Kriterien vor, die zur Vergabe der Diagnose erfüllt sein müssen. Diese beziehen sich auf Symptome, aber auch darauf, wie lange diese andauern und wie häufig oder in welchen Situationen sie auftreten müssen. Ebenso sind Differentialdiagnosen und Ausschlusskriterien aufgeführt. Eine Revision der ICD 10, die ICD 11, wurde im Juni 2018 von der Weltgesundheitsorganisation vorgestellt und soll 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (WHA: World Health Assembly) verabschiedet werden. Voraussichtlich wird diese ab 01.01.2022 in Kraft treten und offiziell die aktuelle Version, die ICD 10, ablösen. Neuerungen sind z. B., dass die Computerspielsucht als Störungsbild anerkannt wird, was in der ICD 10 bisher in einer anderen Kategorie verschlüsselt werden muss, oder Transgender nicht mehr als psychisch oder verhaltensgestört eingestuft werden.

### **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**

In den USA werden psychische Diagnosen anhand des DSM V, des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der fünften Fassung, gestellt. Das DSM wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und listet in 22 Kategorien psychische Störungen auf. Im Gegensatz zur ICD 10 umfasst es keine somatischen Krankheitsbilder. Die Beschreibungen der Störungsbilder sind präziser und stärker am empirischen Forschungsstand orientiert als in der ICD 10. Beide Klassifikationssysteme sind unabhängig einer Therapieschule, so dass Verhaltenstherapeuten ebenso wie tiefenpsychologisch oder systemisch arbeitende Therapeuten Diagnosen damit stellen können.

### **Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS)**

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass psychiatrische Diagnosen verschiedene Ebenen umfassen, ist in der Weiterentwicklung der ICD das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) entstanden. Es ermöglicht anhand weiterer Achsen eine umfassendere Auflistung aktuell vorliegender Störungen und Krankheitsbilder, aber auch belastender Lebensumstände – so können Ursachen oder aufrechterhaltende Faktoren angegeben werden. Es folgt eine Übersicht mit stichwortartiger Kurzbeschreibung der sechs Achsen des Schemas.

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom  
Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD 10, aus der F8-Untergruppe jedoch nur F84
- Achse 2: Entwicklungsstörungen  
Diagnosen F80 – F89, ausgenommen F84