

# Child Behavior Check List を用いた 健康児童生徒に対する小児思春期問題行動 の早期発見、早期治療対策

木村 慶子\*

現在社会問題となってしまった登校拒否を中心とする小児・思春期心身症の発症にたいして、問題行動が発症する前になんとか予防する手段はないものかと永年にわたり考え続けてきた。発症してしまった情緒障害による問題行動の治療には非常に困難を極めることが多い。しかしながらわが国ではこれまで、登校拒否をはじめとする小児思春期に発症する問題行動に対しての具体的な予防対策がなされておらず、発症してしまった症例に対して、その対処に苦慮しているのが現状である。

早期に児童生徒の心の内面を把握し問題を抱えたまま思春期に達してしまわないよう早期に問題解決にあたっておけば思春期に発症する諸問題行動を少しでも予防出来るのではないかと考えた。

将来を担う児童生徒の健康管理を行う上で身体面の疾病を早期発見、早期治療することと共に、精神面での情緒障害の原因となる心の問題点の早期発見、早期治療ということが今後教育の場において、非常に重要なことになると考える。

問題行動が現れる前に児童生徒の心に内在している問題点が有るかどうか精神発達が順調になされているかどうか、潜在している心の不安の存在を早期に発見することによって情緒障害の発症を予防するための対策を確立することを目的とした。

## 対象と方法

1994年1月～3月に7歳～12歳の健康な児童生徒777名（男子563名、女子214名）、1994年7月に13歳～15歳の同じく健康な生徒480名（男子252名、女子228名）について調査を行った。

1989年に米国の Achenbach<sup>1)</sup>により開発された Child Behavior Checklist (以下 CBCL と略す) を用いて健康な児童生徒の behavior/emotional problem を調査した。

Child Behavior Check List (CBCL)<sup>2)</sup> は4～18歳の年齢における児童生徒の行動面を保護者がチェックすることにより小児思春期の青少年の behavior/emotional problem を数量的にとらえ、コンピューターを用いて、分析するものである。これ迄心の内面を数値的に客観的データーとしてとらえる方法は見当たらず実行できなかったが、CBCL は1990年から欧米において注目を浴び殊に臨床面で実用化されている。一人の子供について父母のどちらかが約113の質問項目に記入する方法で、同様のことを学校の担任の先生が行うものが Teacher's Report Form (以下 TRF と略す) である。11歳以上には自分で自分をチェックさせる Youth Self Report (以下 YSR と略す) がある。この三者 (11才以下は二者) を同時に調査することが望ましい。記載に当たり、この調査の目的の理解を得るために充分な説明を行う必

\* 慶應義塾大学保健管理センター

要がある。殊にプライバシーにかかわる質問項目があるため細心の注意をした扱いが求められる。[学校の成績とは全く関係ない] ことも強調しておく必要がある。

小児の行動チェックリスト (CBCL 4—18歳)は2つの部分から成り1つは能力を把握するために3つのスケールがある。他の1つは情緒面と行動面に関する120の項目を包含している。判定期間は最近の6ヶ月となっている。0=該当せず、1=時々あてはまる、2=全くその通りの3段階に判定する。

- 能力を把握するための3つのスケールとは
- 1) 活動性を問うもので個々に行われているスポーツや、スポーツ以外の活動の数、子供がしなければならない、学校以外の課題や義務の数、そして自分の子供が他の同年令の子供と比べて、これらの活動ないしは義務をいかに上手にいかに多く果たしているかに関する保護者の評価がある。
  - 2) 社会的能力をとらえたもので、団体におけるメンバーシップ、親しい友達の数や、彼らとのコンタクトの多さ、子供が兄弟姉妹や他の子供たち、両親とうまくやっているか、一人でどれくらい上手く勉強し遊ぶことができるかを問うている。
  - 3) のスケールは学校関連のもので、個々の教材における成績、特別学級、あるいは特殊学級に通っているか、同じクラスを二度繰り返したか、更に学校に関連する諸問題があるかどうかに関する問い合わせられている。能力に関する全体的結果は、結果の総計として3つのスケールの中に組み込まれている。

青少年自己判定 (YSR)における能力に関するスケールでは [活動性] や [社会的能力] といった数値は保護者アンケートのスケールとかなりの範囲で同じである。[学校] というスケールは設けられていない。個々の教科の成績に

よって生じた平均値は、能力の全体的結果を調査するため [活動性] や [社会的能力] スケールの結果に加えられる。

教師の判定 (TRF)における能力に関するスケール [学校の成績や適応性のある役割] は、個々の教科における生徒の成績、仕事をするときの態度、そして生徒の社会的適応能力に関する質問を含んでいる。

行動、及び情緒面の所見を把握するために役立つ症候群スケールを作るために、大きな抜き取り調査において、各々の手段のために分けられた要因分析が、異なる年齢や性別グループにおいて実施された。この要因分析をベースにして、どのアンケートに対しても、それぞれの内容にふさわしい、8つの症候群スケール（いわゆるコアシンドローム）がつくられた（表1）。この8つのコアシンドロームは3つのグループに包含されている。つまり

- I. 内在化している障害 (Internal)
- II. 外在化している障害 (External)
- III. 内在化とも外在化とも分類できない混ざりあった障害である

I. 内在化している障害グループに含まれるコアシンドローム

- (1) 「社会的後退」(withdrawn) というスケールが顕著な子供は一人でいることを好み閉鎖的である。また話すことを拒み、どちらかというと内気で、非活動的でしばしば悶々として不機嫌である。
- (2) 「身体的障害」(somatic-complaints) のスケールは、様々な身体上の症候群一目まいの感じ、倦怠感、痛み、吐き気などの項目によって構成されている。
- (3) 「不安抑鬱性」(anxious/depressed) スケールは、一般的な不安や神経過敏の他に、孤独感の訴え、社会的拒否、劣等感、罪悪感、悄然として不機嫌であることを含

んでいる。

## II. 外在化する障害に含まれるコアシンドローム

- (1) 「非行行為」(delinquentbehavior) スケール及び
- (2) 「攻撃的行為」(aggressivebehavior) スケールを含む。

## III. 混合する障害のグループに含まれるコアシンドローム

- (1) とりわけ同年齢の子供たちに受け入れられないことや未熟で又成長に左右される社会的行動を含む「社会的問題」(socialproblems) スケールが属している。
- (2) 「分裂病質／脅迫的」(thoughtproblems) スケールは、脅迫的な思考や行動の傾向と並んで精神病的な行動様式（幻覚）

や、奇妙で風変わりな思考や行動を含む。

- (3) 「注意力散漫」(attentionproblems) スケールは運動的な不安、衝動性、集中力散漫に関する項目から構成されている。

これら 8 つの、全ての年齢や性別のグループのために作られた症候群スケールに加えて、CBCL では「性別の問題」スケールが、4 歳から 11 歳までの子供のために開発された。これは男の子、女の子のアイデンティティ障害や、性との過剰な関わりを含む。

YSR では、「自己攻撃性やアイデンティティ問題」スケールが、男子用にだけ作られている。アンケートの 8 つの回答者特定の症候群スケールのいずれもが内容的には他の 2 つのアンケートの中で比較できる症候群スケールを組み

表 1 調査に際しての内的安定性の確認

((Döpfner & Lehmkuhl 1994b)<sup>3)</sup>

抜き取り調査における両親、教師、青少年のアンケートスケールの内的安定性に関する結果

スケール	CBCL	TRF	YSR
能力	50—70	80—89	50—70
1) 行動	50未満		50未満
2) 社会的能力	50—70		50—70
3) 学校の成績	50未満		
内在化している障害	80—89	80—89	80—89
1) 社会的後退	70—79	70—79	50—70
2) 身体的障害	70—79	70—79	70—79
3) 不安／抑鬱性	80—89	80—89	80—89
外在化している障害	90以上	90以上	90以上
1) 非行行為	80—89	70—79	70—79
2) 攻撃的行為	90以上	90以上	80—89
混在する障害			
1) 社会的問題	70—79	80—89	70—79
2) 分裂病質／脅迫的	50—70	50—70	50—70
3) 注意力散漫	70—79	90以上	70—79
全体的所見	90以上	90以上	90以上
判定基準：			
アルファ ≥ 90	非常によい		
アルファ 80—89	よい		
アルファ 70—79	十分である		
アルファ 50—70	まあまあ		
アルファ < 50	不十分である		

込むことができる。これによって、また同じスケールの呼び方が選ばれた。無論、項目は症候群スケールに対応しているが、完全に同じではないので、どのアンケートにも、他の2つには無いような項目が含まれている。回答者(両親、教師、青少年)を越えて、より良く対比するために、1つ以上のアンケートに生ずる項目の要因分析をベースとして、判定者特有の症候群スケールのうち少なくとも2つに属する項目だけを含んでいる、判定者優位の症候群スケール(いわゆるクロス・インフォーマントシンドロームズ)が作られた。

調査に際しての内的安定性の確認をしておく必要がある。(表1)

内的安定性判定の根拠は、リーネルト(1969年)によって作られた基準である。個人診断法のためのその基準に従えば、内的安全性は少なくとも  $rtt = 70$  にならなければならぬしグループ統計解法には内的安定性は  $rtt = 50$  が必要である。

YSRにおいて社会的後退や社会的問題を除いて、個々の診断法には十分的に安定している。CBCLやYSRでは個々の診断法のために能力スケールは適切ではない。

## 成績

CBCL 1248例、TRF 833例、YSR 738例、合計2819例についての結果を報告する。

図1は対象となった児童生徒の男女別分布である。CBCLは男子65%、女子35%、TRFは男子61%、女子39%、YSRは男子60%、女子40%の割合であった。

図2は調査をおこなった児童生徒の年齢分布を、CBCL、TRF、YSRについて各々示すものである。10歳以下はCBCL、TRFのみで YSRについての調査は11歳以上に行った。

図3は8つのコアシンドロームについてCBCL、TRF、YSRの各々の評価結果である。Alpha 0.6-0.8はborderline(+)、0.8以上はclinical problem(++)となる。

表2は、今回の調査で内在化の障害の所でborderline(+)、clinical problem(++)を示した例がどの位存在したかを示すものである。CBCLにおいて、borderlineを示した例は、男子7歳3.1%、8歳5.2%、9歳2.1%、10歳5.4%、11歳7.3%、12歳4.3%、13歳3.5%、14歳4.6%、15歳2.4%であった。

女子7歳5.5%、8歳2.8%、9歳2.7%、10歳2.8%、11歳2.8%、12歳2.7%、13歳

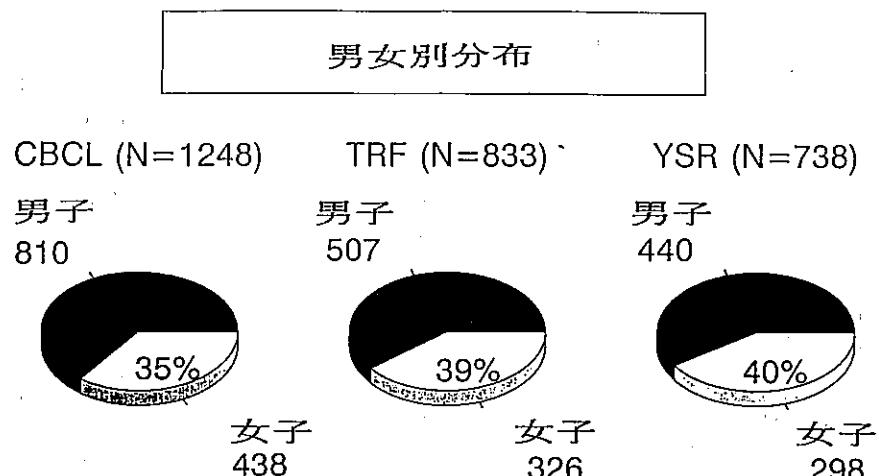


図1

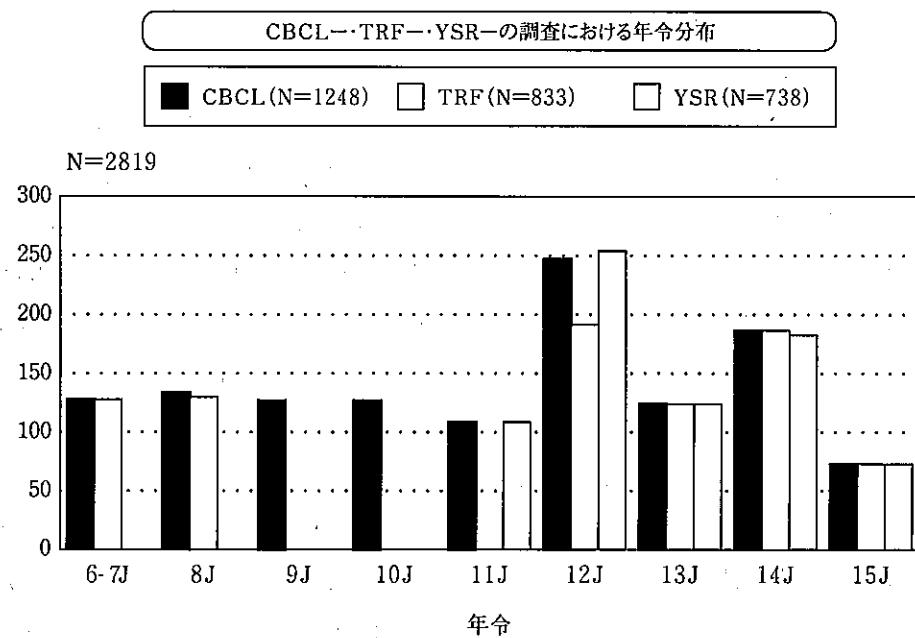


図2

表2 健康な小児思春期の児童生徒 1248 名に行った CBCL, TRF, YSR において内在化に問題を保有していた症例 (%) (東京・木村)

	CBCL		TRF		YSR	
	(+)	(++)	(+)	(++)	(+)	(++)
(+) borderline						
(++) clinical problem						
7歳 (男子)	3.1	3.1	1.0			
(女子)	5.5					
8歳 (男子)	5.2	5.2				
(女子)	2.8					
9歳 (男子)	2.1	4.3	1.5	1.5		
(女子)	2.7					
10歳 (男子)	5.4	2.1	1.6			
(女子)	2.8	2.8				
11歳 (男子)	7.3	2.1			11.4	5.2
(女子)	2.8					2.7
12歳 (男子)	4.3	2.1	3.1		8.3	19.8
(女子)	2.7		12.5			5.5
13歳 (男子)	3.5				9.1	12.6
(女子)	1.3					3.8
14歳 (男子)	4.6		1.1		13.6	13.6
(女子)	6.7	1.3	2.7		5.4	13.5
15歳 (男子)	2.4				14.6	9.7
(女子)	2.5	5.0			5.0	7.5

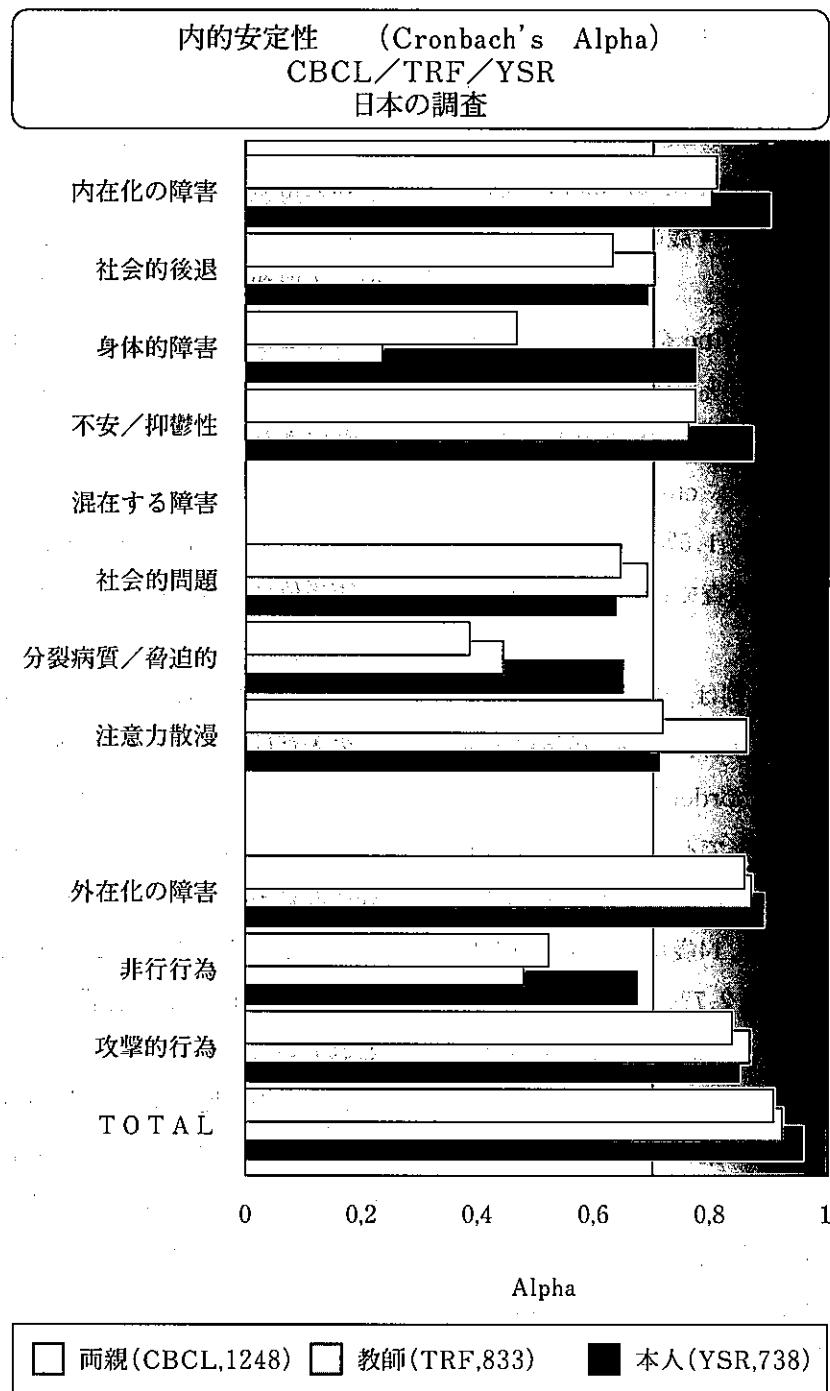


図3

1.3%, 14歳 6.7%, 15歳 2.5%であった。clinical problem を示した例は、男子 7歳 3.1%, 8歳 5.2%, 9歳 4.3%, 10歳 2.1%, 11歳 2.1%, 12歳 2.1%, 13歳, 14歳, 15歳は 0%であった。女子で clinical problem を示したものは 10歳の 2.8%, 14歳の 1.3%, 15歳の 5.0%であった。

TRFにおいて borderline を示した例は、男子の 7歳 1.0%, 9歳 1.5%, 10歳 1.6%, 12歳 3.1%, 14歳 1.1%, 女子は、12歳の 12.5%, 14歳 2.7%のみであった。clinical problem を示した例は男子の 9歳で 1.5%のみであった。

これに反し YSR の調査では、高い score 値を示すものが多かった。

borderline を示した例は、男子 11歳 11.4%, 12歳 8.3%, 13歳 9.1%, 14歳 13.6%, 15歳 14.6% と高かった。女子では borderline を示した例は 14歳 5.4%, 15歳 5.0% であった。また、clinical problem を示した例は、男子は 11歳 5.2%, 12歳 19.8%, 13歳 12.6%, 14歳 13.6%, 15歳 9.7% であった。女子は 11歳 2.7%, 12歳 5.5%, 13歳 3.8%, 14歳 13.5%, 15歳 7.5% であった。

## 考 察

小児思春期における情緒障害の多くは自体、質的に異常な現象というよりはむしろ正常な発達傾向が誇張されたものであると考える。小児精神医学では小児期と青年期に特異的に発症する情緒障害を次のことから成人型の神経症性障害と区別している。

1) 情緒障害の小児の大多数が正常な成人になることが諸研究で一致し示されていること。神経性障害を成人になって示すものは少数である。逆に成人の神経症性障害の多くは小児期にはっきりとした精神病理学的前駆を示さず成人になってから発症していると思われる

こと。したがってこれら二つの年齢期における情緒障害の間には、かなりの不連続性が認められること。

- 2) 小児期の情緒障害の多くはそれ自体、質的に異常な現象というよりは、むしろ正常な発達傾向が誇張されたものであること。
- 3) 小児期における心理機制は成人の神経症のそれとは同じではないかも知れないという理論的仮説が情緒障害についてしばしば提出されてきたこと。
- 4) 小児の情緒障害は、たとえ恐怖症や強迫性障害のような特定のものと考えられている障害単位にはっきりとは区別できること。小児と成人の両方でよくみられる未分化な情緒障害に関してこの説が正しいとすれば、程度の差だけであることを示唆する。

したがって適切に発達しているかどうかが小児期に特異的に発症する情緒障害 (F 93) と神経症性障害 (F 40—49) の違いを決める際に診断の鍵となる症状として使用される。適切に発達している小児期の情緒障害は予後がよいと云われている。

将来を担う児童生徒の健康管理を行う上で身体面の疾病の早期発見、早期治療の重要性と共に、精神面での情緒障害の原因となる心の問題点の早期発見、早期治療は同じく重要である。

小児期の発育とは成長と発達の両面があり身体発育のみならず発達（精神発達、運動機能、知覚機能）が順調になされなければならない。

精神発達を刺戟するものは心であり、心の状態が精神発達を左右する。不安度の高い心の持続は精神発達を阻害する。生き生きと躍動している心は精神発達の起爆剤となり、子供の持つて生まれた能力を十二分に伸ばすことを可能にする。潜在する不安な心はブレーキとして精神発達を妨げる結果となりうる。心の作動によって人間の精神活動が活発化したり鈍化したりする

ことから教育の現場において、その対象となる児童生徒の精神活動が活発になるような対策、すなわち、不安を取り除くことなどの対策が不可決と考える。

Achenbachにより開発されたCBCLを用いて児童生徒のbehavior/emotional problemを数量的にとらえ、コンピュータにより分析する方法を用いた。これまで心の内面を数値的に客観的データにする方法が見当たらず実行できなかった。CBCLは欧米において1990年頃から注目をあび、殊に疫学的調査（統計学、症例記録）、診断的<sup>4)</sup>、分類的研究<sup>5)</sup>、病因調査、結果調査<sup>6)</sup>（障害グループ）職業との関連調査、活動の調査、小児虐待の調査、身体状況調査、文化比較調査<sup>7~11)</sup>、両親の性格に関する調査<sup>12)</sup>などの研究報告がなされている。

今回は疫学的調査と診断的研究を中心にCBCLを用いて健康児童生徒の内面的な問題点

をどの程度把握することが可能であるかを検討した。

記載されたCBCL、TRF、YSRの数値は8つの項目に分類されscoreとなって現れる。登校拒否の場合の特徴はAnxious/Depressedのscoreが非常に高値を示すのが特徴である<sup>2)</sup>。現在登校拒否の問題行動を見せていない場合でもAnxious/Depressedのscoreが非常に高い時（clinical problem+、borderline+）には、放置しておくと登校拒否になる可能性があることが客観的データとなって示される。今回の目的は、全く健康と思われている児童生徒に応用し、それぞれのscoreの高い数値を示した児童生徒に対してその原因となる問題を早期に見つけ解決する方法を考え問題行動の発症予防に役立てたいとするものである。

図4、図5は登校拒否のため治療中のscoreでAnxious/Depressedの数値が高く、Inter-

Internalizing			1991 CBCL Profile - Boys 12-18						Externalizing			T Score
-	17	17	27	15	13	25	39	-10				
-	17	16	26	13	21	24	38	-1N				
-	16	15	20	11	20	22	37	-95				
-	15	14	23	11	19	21	34	-				
-				13				-90				
-	14	13	22	10	18	20	33	-				
-				12	17	19	31	-				
-	13		20	9		18		-85				
-				11	11	17	29	-				
-	12	10	18	8	15	16	28	-1 ITEMS 44				
-				10				-80 TOTSCORE 68				
-	11	9	16	7	14	14	26	- TOT T 71++				
-	(II)	8	15	6		13	25	- INTERNAL 34				
-				9				- EXTERNAL 9				
81	1		14	(II)	5	12	12	- INT T 80++				
	6	6	13				11	- EXTERNAL 9				
98	-	-	12	-	-	11	10	- EXT T 53				
	-	-	7	-	-	11	21	-				
98	-	-	12	-	-	11	10	-21 - - - - - Clinical				
	-	-	7	-	-	10	7	- Borderline				
93	6	6	9	5	5	6	16	-65				
		3	1	4	(II)	5	15	-				
81	5		7		(II)	4	14	-				
		6					13	-60				
63	4	(II)	5	3	6	3	11	-				
		4				5	10	-				
63	3		1	2	1	4		-55				
		1	3			3		(II) (II)				
50	0-2	0	0-2	0-1	0	0-2	0-1	0-5	-50			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII				
	WITHDRAWN COMPLAINTS	SOMATIC COMPLAINTS	ANXIOUS/ DEPRESSED	SOCIAL PROBLEMS	THOUGHT PROBLEMS	ATTENTION PROBLEMS	DELINQUENT BEHAVIOR	AGGRESSIVE BEHAVIOR				

図4

Child Behavior Check List を用いた健康児童生徒に対する小児思春期問題行動の早期発見、早期治療対策

	Internalizing			1991 CBCL Profile - Boys 12-18			Externalizing		T Score
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
17	17	27	26	15	13	21	25	39	-10
16	16	24	24	14	12	20	24	38	-18
15	15	23	23	13	11	19	22	37	-95
14	14	22	22	13	10	18	20	33	-
13	13	21	21	12	9	17	19	31	-
12	12	20	20	11	8	15	18	29	-85
11	11	19	19	10	7	14	17	28	-
10	(III)	10	18	9	6	13	16	28	ITEMS 34 -80 TOTSCORE 57
9	9	14	14	8	5	12	12	23	- TOT T 67++
8	6	13	13	7	4	11	11	22	- INTERNAL 35
7	7	10	10	6	3	10	7	18	- EXTERNAL 4 INT T 81++ EXT T 45
6	6	9	9	5	2	8	6	17	-
5	3	8	8	4	1	9	5	16	-65
4	5	7	7	2	1	7	4	15	-
3	6	5	5	3	1	6	13	14	-60
2	4	2	5	3	1	5	(III)	11	-
1	3	4	4	2	1	4	2	7	-55
0	3	1	3	2	1	3	2	6	-
50	0-2	0	0-2	0-1	(III)	0-2	0-1	(III)	-50
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
	WITHDRAWN	SOMATIC COMPLAINTS	ANXIOUS/ DEPRESSED	SOCIAL PROBLEMS	THOUGHT PROBLEMS	ATTENTION PROBLEMS	DELINQUENT BEHAVIOR	AGGRESSIVE BEHAVIOR	

図 5

	Internalizing			1991 CBCL Profile - Boys 12-18			Externalizing		T Score
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
17	17	27	26	15	13	21	25	39	-10
16	16	24	24	14	12	20	24	38	-18
15	15	23	23	13	11	19	22	36	-
14	14	22	22	13	10	18	20	33	-90
13	13	21	21	12	9	17	19	31	-
12	12	20	20	11	8	15	18	29	-85
11	11	19	19	10	7	14	17	28	-
10	10	18	18	9	6	13	16	28	ITEMS 34 -80 TOTSCORE 57
9	9	14	14	8	5	12	12	23	- TOT T 67++
8	6	13	13	7	4	11	11	22	- INTERNAL 35
7	(III)	10	10	6	(III)	10	7	18	- EXTERNAL 4 INT T 81++ EXT T 45
6	6	9	9	5	2	8	5	17	-
5	3	8	8	4	1	9	4	15	-
4	5	7	7	2	1	7	4	14	-65
3	6	5	5	3	1	6	13	13	-60
2	4	(III)	(III)	3	(III)	1	(III)	11	-
1	3	1	3	2	1	4	2	7	-55
0	3	1	3	2	1	3	2	6	-
50	0-2	0	0-2	0-1	(III)	0-2	0-1	(III)	-50
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
	WITHDRAWN	SOMATIC COMPLAINTS	ANXIOUS/ DEPRESSED	SOCIAL PROBLEMS	THOUGHT PROBLEMS	ATTENTION PROBLEMS	DELINQUENT BEHAVIOR	AGGRESSIVE BEHAVIOR	

図 6

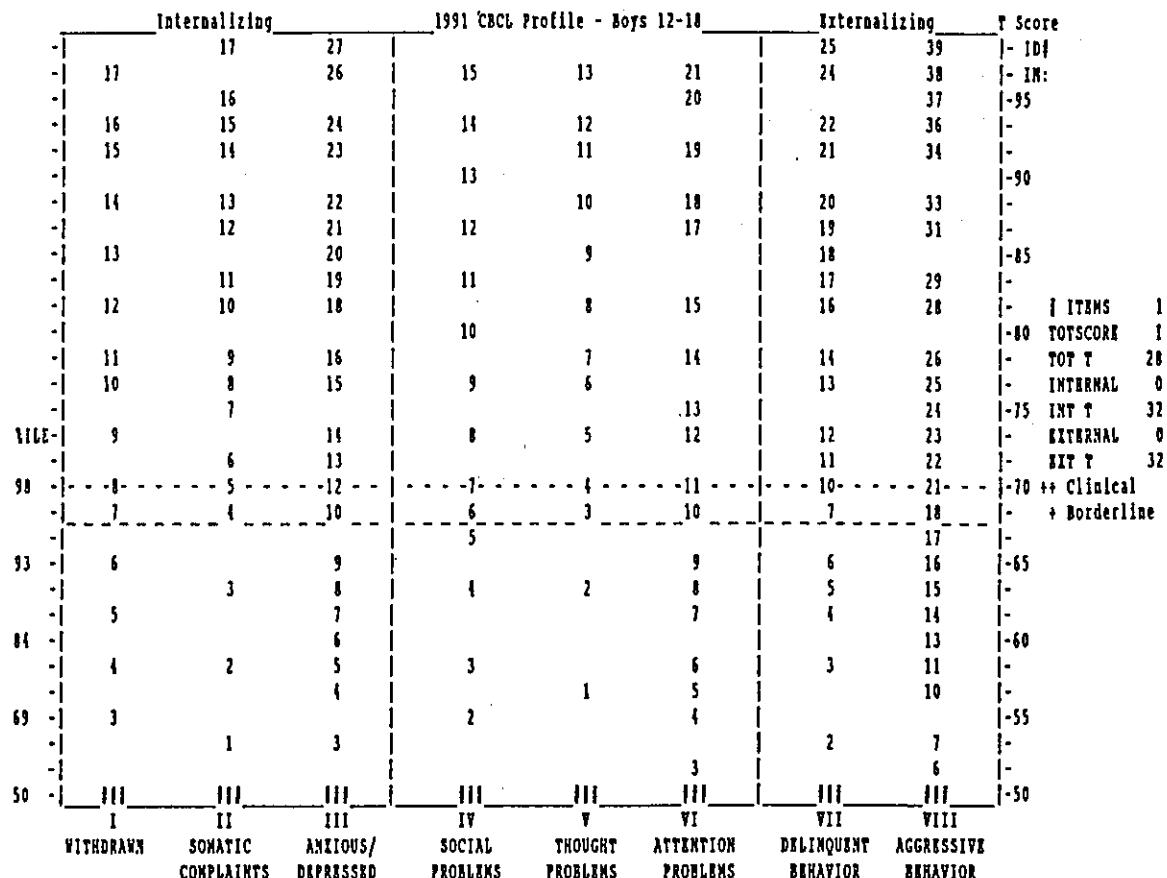


図7

nal に問題が多いことを示している。どちらも Internal T が高く 80 以上で、 clinical problem + の数値を示している。

図6は登校拒否ではないが学校生活が上手くいっていない生徒の score である。CBCL によってどこに問題がある子供なのかということが、かなりはっきり示されることから診断的価値が高いものである。

図7のような場合は問題なしと考える。

欧米では心身症の確定診断や鑑別診断に CBCL が用いられているが、健康児に用いて問題行動の発症予防に役立てたいという用い方はまだなされていない。今回が恐らく最初である。

外在化している障害の数値が高い場合はふだんから目につき易いため、注意が向けられる場合が多いが、内在化している障害の数値が高い場合は外からはおとなしくて良い子と理解されている場合が多く、かえって問題を大きくして

しまう結果となり得る。CBCL を用いることによって、内在化している障害の発見が早期になされることから、問題行動が発症する前に、早期に対処することによって、問題行動の発症を予防することが可能になると考える。

### 総 括

1. 今回の調査では健康児生徒の中に、将来問題行動の発症予備軍となり得る症例が認められた。殊に保護者や先生の行った評価では問題なしという結果を得ているにもかかわらず YSR (自己評価) では、かなり高い数値で内在化の問題をかかえている生徒が多く認められた。“子の心親知らず”の状態でいる生徒が多いことは改めて見直すべきことであると考える。
2. 児童生徒の健康管理を行う上で、身体面の

疾病予防と共に精神面での情緒障害による問題行動の発症を出来るだけ予防することは教育の成果につながるものと考える。

3. 外からは全く問題なしと思われている生徒の中に、borderline, clinical problem を示した者がかなり高い%で認められたことから、今後は客観的データとして十分役立つものであると確信した。

稿を終わるにあたり、調査に絶大な協力を下さった塾当局をはじめ、諸学校の先生方、御父兄に深謝いたします。

(本研究の一部は第11回(1994年度)守谷育英会助成により行われた。

#### 文 献

- 1) Achenbach, T. M., et al.: Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. Monographs of the Society for Research in Child Development, 46. 1981
- 2) Achenbach, T. M.: Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991
- 3) Döpfner, M., et al.: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-und Familiendiagnostik (KJFD). 1994
- 4) Döpfner, M., et al.: Entwicklung von diagnostischen Instrumenten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Dilling, H., Schulte-Markwort, E., Freyberger, H. J. (Hrsg.): Von der ICD 9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugend-psychiatrie, 251-260, 1994
- 5) Verhulst, F. & Achenbach, T.: Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications. Unpublished paper. 1994
- 6) Weisz, J. R. & Weiss, B.: Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57; 741-746, 1989
- 7) Weisz, J. R., Suwanlert, S.: Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent reports for ages 6-11. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26; 890-897, 1987
- 8) Achenbach, T. M.: Epidemiological comparisons of Puerto Rican and U. S. mainland children: Parent, teacher, and self report. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29; 84-93, 1990
- 9) Achenbach, T. M.: A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28; 437-453, 1987
- 10) Schmeck, K., et al.: Cross-national comparisons of the scale scores of the Child Behavior Checklists in the community samples and the clinical samples of three nations. University of Frankfurt. Unpublished manuscript. 1994
- 11) Stanger, C., Fombonne, E.: Epidemiological comparisons of American and French children: Parent reports of problems and competencies for ages 6-11. European Child and Adolescent Psychiatry, 3; 16-28, 1994
- 12) Achenbach, T. M., Hensley, V. R.: Problems and competencies reported by parents of American and American children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31; 265-286, 1990