

# 4 Diagnostik psychischer Störungen

von Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann  
und Herbert Scheithauer

Inhaltsübersicht	
<b>1 Ziele und Aufgaben der Diagnostik</b>	96
<b>2 Anamnese, Exploration und detaillierte Informationssammlung</b>	98
<b>3 Verhaltens- und Psychodiagnostik</b>	101
3.1 Das Konzept der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik	101
3.2 Klinische Beurteilung anhand höher-strukturierter Verfahren	103
3.3 Fragebogenverfahren	106
3.4 Verhaltensbeobachtung und Selbstbeobachtung	111
3.5 Projektive Verfahren	113
3.6 Integration der Ergebnisse der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik	114
<b>4 Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik</b>	115
<b>5 Neuropsychologische Diagnostik</b>	117
<b>6 Diagnostik körperlicher Bedingungen</b>	119
<b>7 Familiendiagnostik</b>	120
<b>8 Verhaltensanalyse</b>	123
<b>Zusammenfassung</b>	126
<b>Verständnisfragen</b>	126
<b>Weiterführende Literatur</b>	126
<b>Literatur</b>	127

## 1 Ziele und Aufgaben der Diagnostik

Die klinische Diagnostik umfaßt nicht nur die Feststellung und Benennung einer Störung oder Krankheit, sondern dient neben der Diagnosestellung auch der konkreten Therapieplanung. Der Praxisbezug der klinischen Diagnostik macht es erforderlich, die Effekte praktischen Handelns so gut wie möglich zu erfassen, klinisches Handeln damit nachvollziehbar zu gestalten und gegenüber Dritten zu legitimieren. Diese Forderungen werden im Konzept der *Kontrollierten Praxis* realisiert (vgl. Petermann, 1996a).

Insbesondere die *Verhaltensdiagnostik* bemüht sich darum, dieser Konzeption klinischer Diagnostik zu entsprechen. Sie betont die Verbindung von Diagnostik und Intervention; sie ist am konkreten Einzelfall orientiert und bemüht sich, störungsspezifische Diagnosekonzepte zu entwickeln. Diagnostisches Handeln kann man somit als Problemdefinitions-, -löse- und Entscheidungsprozeß beschreiben, der im Therapieverlauf stets wiederholt werden kann (Bellack & Hersen, 1998; Petermann & Kusch, 1995; Schulte, 1998).

Im folgenden soll der Problemdefinitions-, -löse- und Entscheidungsprozeß als *diagnostischer Prozeß* bezeichnet werden; diesen in mehreren Schritten ablaufenden Prozeß illustriert Abbildung 1. Zur ersten Orientierung wird eine Anamnese und Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen durchgeführt; darauf aufbauend werden detaillierte Informationen zu den folgenden Bereichen erhoben:

- *Verhaltens- und Psychodiagnostik*, die der Erfassung psychischer Störungen und psychosozialer Kompetenzen dient;
- *Entwicklungs-, Intelligenz- bzw. Leistungsdiagnostik*;
- *Diagnostik körperlicher Bedingungen* mittels medizinischer Untersuchungsmethoden;
- *Diagnostik psychosozialer Bedingungen*, der familiären Bedingungen, der Bedingungen im Kindergarten oder in der Schule, aber auch der Beziehungen zu Gleichaltrigen.

In der Regel wird eine ausführliche Verhaltens- und Psychodiagnostik notwendig sein; andere Verfahren (z.B. aus dem Bereich der Familien- oder neuropsychologischen Diagnostik) werden je nach Indikation eingesetzt.

Für den diagnostischen Prozeß lassen sich die folgenden Ziele identifizieren (vgl. auch Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; Petermann & Kusch, 1995; Schulte, 1998; s. Abb. 1):

- **Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung:** Obwohl der diagnostische Prozeß andere zentrale Aufgaben aufweist, muß von Anfang an dem Aufbau ei-

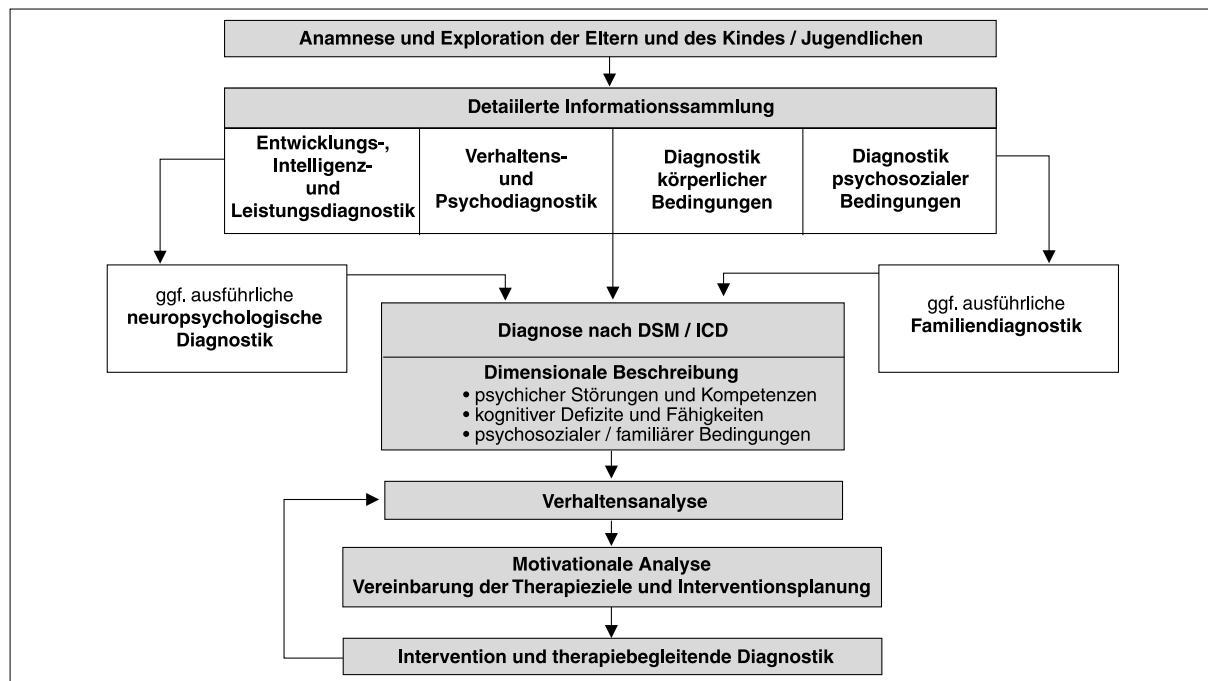
ner vertrauensvollen Beziehung sowohl zum Kind oder Jugendlichen als auch zu den Bezugspersonen eine besondere Beachtung geschenkt werden (Petermann, 1996b). Ein diagnostischer Prozeß, der sich auf eine möglichst ökonomische Informationssammlung reduziert, verfehlt meist das Ziel. Ein Vertrauensaufbau wird nach Petermann (1996b) durch folgende Aspekte erleichtert:

- verständnisvolle Kommunikation (z.B. gezielte Aufmerksamkeitszuwendung im Spiel);
- Abbau bedrohlicher Aspekte, indem der Therapeut sein Handeln durchschaubar gestaltet und eine präzise Rückmeldung erteilt;
- dem Kind keine falschen oder ungenauen Informationen zukommen lassen beziehungsweise dem Kind nicht zu anspruchsvollen Aufgaben und damit zu frühzeitig Kompetenzen übertragen.

- **Transformation vager Klientenbeschwerden in konkrete Fragestellungen:** Häufig stehen am Anfang des diagnostischen Prozesses vage Beschwerden des Kindes/Jugendlichen oder der Eltern, beziehungsweise von Lehrern/Erziehern berichtete Auffälligkeiten. Aufgabe des diagnostischen Prozesses ist es, diese vagen Beschwerden durch eine gezielte Exploration und durch andere diagnostische Methoden in konkrete Fragestellungen umzusetzen.
- **Klärung des therapeutischen Auftrags:** Die gewählte Fragestellung legt den therapeutischen Auftrag fest. Im Unterschied zur Erwachsenenpsychotherapie ist der Therapeut bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen häufig mit verschiedenen potentiellen Auftraggebern konfrontiert. In der Kinderpsychotherapie sind die Eltern in aller Regel die primären Auftraggeber; die Perspektive des Kindes, seine Wünsche und Bedürfnisse divergieren jedoch meist von jenen der Eltern.
- **Zuweisung zu einer diagnostischen Kategorie:** Das Ergebnis der detaillierten Informationssammlung führt zu einer *kategorialen Diagnose* auf verschiedenen Achsen (s. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch). Obwohl die Vergabe einer Diagnose sicher keine ausreichende Grundlage für eine differenzierte Therapieplanung darstellt, kann die diagnostische Zuordnung für die konkrete Interventionsplanung hilfreich sein. So ist es für das weitere Vorgehen wichtig, ob beispielsweise ein aggressives Verhalten im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens, einer autistischen oder einer depressiven Störung zu behandeln ist.
- **Differenzierte Erfassung des problematischen Verhaltens sowie der psychosozialen Belastungen des Patienten:** Weiterhin stellt das Ergebnis der detaillierten Informationssammlung eine *dimensionale Beschreibung* der psychischen Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen, seiner kognitiven Defizi-

te und Fähigkeiten sowie der psychosozialen Bedingungen (z.B. familiäre Situation) dar. Die einzelnen Auffälligkeiten lassen sich auf der Verhaltensebene, der emotionalen und der kognitiven Ebene erfassen. Sie sollen hinsichtlich der Bereiche, in denen sie auftreten, hinsichtlich ihrer Ausprägung (Intensität), Häufigkeit und ihrer Dauer beschrieben werden. Mit diesem Vorgehen werden kategoriale und dimensionale Konzepte der Klassifikation miteinander verbunden (s. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch).

- **Erfassung spezieller Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und seines psychosozialen Umfeldes:** Der Therapeut benötigt nicht nur problembezogene Daten, sondern auch Informationen über spezielle Ressourcen und Kompetenzen sowohl des Kindes/Jugendlichen als auch seines psychosozialen Umfeldes.
- **Differenzierte Erfassung der situativen Bedingungen, unter denen das Verhalten auftritt und unter denen es erworben wurde:** Die diagnostischen Informationen werden im Rahmen einer Verhaltensanalyse in ein funktionales Bedingungsmodell integriert (s. Abschnitt 8). Hierzu müssen die situativen Bedingungen erfaßt werden, unter denen die Auffälligkeiten auftreten, unter denen sie ursprünglich erworben wurden sowie jene Bedingungen, die die Auffälligkeiten aufrechterhalten; des weiteren sind die psychosozialen Rahmenbedingungen abzuklären.
- **Erfassung von Störungskonzepten, Therapieerwartungen und Therapiezielen:** Die Erfassung von subjektiven Störungskonzepten, das heißt von Vorstellungen des Kindes/Jugendlichen und seiner Bezugspersonen hinsichtlich der Ursachen der Problematik sowie der notwendigen Maßnahmen, kann für die Interventionsplanung von entscheidender Bedeutung sein. Zusammen mit den Therapieerwartungen sowie den Therapiezielen des Patienten und seiner Bezugspersonen stellen diese Informationen eine wesentliche Grundlage für eine Motivationsanalyse dar. Dieser Schritt stellt den Übergang vom diagnostischen in *den therapeutischen Prozeß* dar.
- **Selektive Indikationsentscheidungen:** Auf der Basis der Diagnose und des störungsspezifischen Wissens (z.B. über den Störungsverlauf) sollen vor Beginn der Therapie selektive Indikationsentscheidungen getroffen werden, mit denen sich das Vorgehen begründen läßt (Seidenstücker, 1995).
- **Aufbau von Änderungsmotivation:** Vor allem Kinder, häufig aber auch Jugendliche, suchen im Gegensatz zu Erwachsenen eine Therapie nicht aus einem Leidensdruck oder einem Problembewußtsein heraus auf, sondern sie werden meist von erwachsenen Bezugspersonen vorgestellt. Häufig muß daher beim Kind/Jugendlichen, nicht selten aber auch bei Bezugspersonen, eine tragfähige Änderungsmotivation aufgebaut werden.
- **Therapiebegleitende Diagnostik:** Die Ergebnisse der Therapie werden schließlich in einer *kontinuierlichen Verlaufskontrolle* (therapiebegleitende Diagnostik) überprüft. Erneute Verhaltensanalysen können zum Beispiel durch Veränderungen im psy-



**Abbildung 1:**  
Der diagnostische Prozeß.

chosozialen Umfeld nötig sein. Im Rahmen einer adaptiven Indikation wird die weitere Therapieplanung von der Wirksamkeit der Maßnahmen abhängig gemacht (Seidenstücker, 1995). Die Analyse des Therapieverlaufs erfolgt am Einzelfall (*Einzelfalldiagnostik*; Petermann, 1996a).

Vor dem Hintergrund rapider Entwicklungsveränderungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, ist eine entwicklungsorientierte Herangehensweise in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bedeutsam (Ammerman & Hersen, 1993). Die für den diagnostischen Prozeß ausgewählten Verfahren müssen somit dem Entwicklungsstand des Patienten gerecht werden (*entwicklungsorientierte Diagnostik*).

## 2 Anamnese, Exploration und detaillierte Informationssammlung

Anamnese und Exploration stellen die Grundlagen jeder Diagnostik dar. Häufig werden beide Begriffe synonym verwandt, wobei sich die Anamnese eher auf die Vorgeschichte des Patienten (*Eigenanamnese*) und der Familie (*Familienanamnese*) bezieht und die Exploration mehr die aktuelle Problematik betrifft. Aufbauend auf der Anamnese und Exploration erfolgt eine detaillierte Informationssammlung. Unter *Exploration* wird *im folgenden* sowohl die Ermittlung der aktuellen Problematik als auch die weitere, detaillierte Informationssammlung verstanden.

Die Exploration kann unterschiedlich strukturiert erfolgen (s. Kasten 1). Der Strukturierungsgrad ergibt sich aus der Zielsetzung, dem Vorwissen über die Symptomatik und die Verfügbarkeit von standardisierten Erhebungsmethoden. Der Strukturierungsgrad regelt das diagnostische Vorgehen und das Verhältnis zwischen dem Kliniker und dem Patienten.

Die Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen wird in der Regel zunächst niedrig-strukturiert durchgeführt. Der Kliniker orientiert sich an den von den Eltern oder vom Kind/Jugendlichen vorgebrachten Problemen und holt Informationen zu bestimmten Aspekten ein. Als Orientierung bei der Durchführung einer niedrig-strukturierten klinischen Exploration können die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1995; 1997) dienen, die sowohl Leitlinien für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen sowie für die Diagnostik und Therapie

Während bestimmte diagnostische Methoden und Strategien altersunabhängig angewandt werden (z.B. die Verhaltensbeobachtung), variieren andere in Abhängigkeit vom Alter und Entwicklungsstand des Patienten; so setzen viele Verfahren einen bestimmten kognitiven Entwicklungsstand und die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus. Eine entwicklungsorientierte Diagnostik erfordert darüber hinaus Erhebungsverfahren, die auf *einem Entwicklungsmodell psychischer Störungen* basieren und beispielsweise Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung (Symptomatik) psychischer Störungen berücksichtigen (vgl. Petermann, Kusch & Niebank, 1998). In den folgenden Abschnitten wird dieses Thema weiter vertieft.

spezifischer Störungen herausgegeben hat. Diese Leitlinien umfassen eine Vielzahl spezifischer Hinweise für die Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen sowie für die weitere, detaillierte Informationssammlung. Folgende Ziele werden verfolgt:

- Identifikation der Ursachen und Faktoren, die zur Vorstellung des Kindes/Jugendlichen führten,
- Bestimmung der Art und des Schweregrades der Verhaltensprobleme des Kindes/Jugendlichen, seiner dadurch bedingten funktionellen Beeinträchtigungen, seines subjektiven Leidens sowie seines Entwicklungsstandes und
- Identifikation der individuellen, familiären oder Umweltfaktoren, die diese Auffälligkeiten möglicherweise bedingen, beeinflussen oder auch vermindern können.

**Kasten 1:**  
Strukturierungsgrad von Erhebungsverfahren.

<b>Unstrukturiert:</b>
weder die zu explorierenden Bereiche noch die Beurteilermaßstäbe werden in differenzierter Weise festgelegt; unsystematische Beobachtungen durch den Kliniker während des diagnostischen Prozesses etc.
<b>Niedriger Strukturierungsgrad:</b>
allgemeine Vorgabe beispielsweise der zu explorierenden Bereiche und der zu beurteilenden Merkmale (z.B. <i>Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche</i> , <i>CASCAP-D</i> , Explorationsleitfäden); grobe Vorgabe einer Beobachtungssituation (z.B. Beobachtung der Familie während der Mahlzeiten) etc.
<b>Mittlerer Strukturierungsgrad:</b>
detaillierte Vorgabe der zu erhebenden Merkmale und des Beurteilungsschemas (z.B. Diagnose-Checklisten); Zeichensysteme zur Beobachtung etc.
<b>Hoher Strukturierungsgrad:</b>
genaue Vorgabe der einzelnen Fragen und der Antwortkategorien (strukturierte klinische Interviews, Fragebogenverfahren); mikroanalytische Kategoriensysteme zur Beobachtung etc.

Eine umfassende diagnostische Einschätzung setzt voraus, daß Informationen von mehreren Informanten zusammengetragen werden, um ein umfangreiches Bild von dem Kind/Jugendlichen und seiner Probleme zu erhalten. Bei den meisten Kindern/Jugendlichen sind die Eltern (oder andere Hauptbezugspersonen), das Kind selbst und die Lehrer die wichtigsten Informan-

ten; andere Familienmitglieder können jedoch auch zu wichtigen Einschätzungen beitragen. In der Regel ist zumindest eine direkte Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen erforderlich. Damit sowohl die Eltern als auch das Kind offen sprechen können, sollten Eltern und Kind auch getrennt exploriert werden. Eine gemeinsame Exploration von Eltern und Kind/Ju-

### Kasten 2:

Übersicht über die Leitlinien zur Exploration der Eltern  
(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995; 1997).

<b>1. Vorstellungsanlaß und aktuelle psychische Auffälligkeiten:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorstellungsanlaß:</b> Wer ist besorgt, warum und warum wird gerade zu diesem Zeitpunkt Hilfe in Anspruch genommen? Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich der Konsultation;</li> <li>• <b>Einzelheiten der gegenwärtigen Problematik, einschließlich für jedes einzelne Problem:</b> Dauer, Auftretenshäufigkeit und Intensität, Bedingungen, unter denen das Problem auftritt;</li> <li>• <b>Konsequenzen der Problematik:</b> Ausmaß der damit verbundenen Belastungen und Beeinträchtigungen sozialer, familiärer, kognitiver oder schulischer Funktionen, Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes;</li> <li>• <b>Einstellungen zur Problematik:</b> Eltern, Kind, Gleichaltrige und andere Personen;</li> <li>• <b>Vorausgegangene Versuche, Hilfe zur Bewältigung des Problems zu erlangen.</b></li> </ul>
<b>2. Praktische und formale Aspekte:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer, Umfang und Zeitplan der Untersuchung, Kosten, Vertraulichkeit;</li> <li>• Einverständnis, relevante Berichte vom Kindergarten, von der Schule, von anderen sozialen Einrichtungen, von Beratungsstellen oder anderen klinischen Einrichtungen einzuholen.</li> </ul>
<b>3. Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und der Familie:</b>
<p>Die lebensgeschichtliche Entwicklung bezieht sich sowohl auf die objektiven Fakten als auch auf die emotionale Bedeutung dieser Fakten für die Familie und das Kind. Die zeitliche Abfolge kann sich an wichtigen Ereignissen im Leben des Kindes oder der Familie orientieren oder im Vergleich zur Entwicklung der Geschwister erfragt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Umstände der Zeugung, der Schwangerschaft (evtl. der Adoption) und Informationen zur frühen Kindheit:</b> Schwangerschaftskomplikationen, einschließlich Alkohol- und Drogenkonsum der Mutter, Regulationsstörungen des Kindes sowie Bindungsverhalten in der frühen Kindheit etc.;</li> <li>• <b>körperliche Entwicklung und medizinische Vorgeschichte:</b> fein- und grobmotorische Entwicklung, Sauerkeitserziehung, Schlafverhalten, medizinische Anamnese etc.;</li> <li>• <b>sexuelle Entwicklung:</b> Reifestatus, insbesondere beschleunigte oder verzögerte Entwicklung, Masturbation, andere sexuelle Aktivitäten etc.;</li> <li>• <b>kognitive Entwicklung und schulisches Funktionsniveau:</b> Sprechen und Sprache, intellektuelle und schulische Stärken und Schwächen, schulische Lern- und Leistungsmotivation, Toleranz gegenüber Frustrationen und Kritik, Einstellungen zu Autoritätspersonen etc.;</li> <li>• <b>emotionale Entwicklung und Temperament:</b> Stimmung und Affekt, Angst, sexuelle Interessen, Befürchtungen und Aktivitäten, Regulation von Aggressivität, dissoziale Verhaltensweisen etc.;</li> <li>• <b>Beziehungen zu Gleichaltrigen;</b></li> <li>• <b>Beziehungen in der Familie;</b></li> <li>• <b>Gewissensbildung und Wertvorstellungen;</b></li> <li>• <b>Interessen, Hobbies, Talente und Nebenbeschäftigungen;</b></li> <li>• <b>ungewöhnliche oder traumatische Lebensbedingungen/-ereignisse.</b></li> </ul>
<b>4. Familiärer und sozialer Hintergrund:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eltern:</b> Stärken, Schwächen und Konfliktbereiche als Einzelperson, Ehepartner und Elternteil bzw. –paar, Einstellungen der Eltern zum Kind, Art der Bindung der Eltern an das Kind, Bildung, Beruf, finanzielle Möglichkeiten etc.;</li> <li>• <b>Familie und Haushalt:</b> Zusammensetzung der Familie, Grenzen und Allianzen innerhalb der Familie, Problemlöse- und Kommunikationsstil, vorherrschende emotionale Stimmung, Erwartungen der Familie und Familiendisziplin, familiäre Belastungen etc.;</li> <li>• <b>medizinische und psychiatrische Vorgeschichte der Familie;</b></li> <li>• <b>Bedingungen des psychosozialen und kulturellen Umfeldes.</b></li> </ul>

gendlichen ist jedoch häufig ebenfalls wünschenswert, um Eltern und Kind gemeinsam zu erleben und um ihre Interaktionen zu beobachten. Auch Familienbefragungen mit Geschwistern und anderen Familienangehörigen können sehr informativ sein (s. Abschnitt 7). In welcher Reihenfolge und Kombination die Exploration durchgeführt wird, hängt vom Einzelfall und den Rahmenbedingungen ab.

Die *Exploration der Eltern* sollte möglichst beide Elternteile einbeziehen. Kasten 2 enthält eine kurze Zusammenfassung der Leitlinien für die Elternexploration (AACAP, 1995). Für die Exploration von Eltern mit Kleinkindern (0 – 3 Jahre) liegen spezifische Leitlinien vor (AACAP, 1997).

In den Leitlinien für die Diagnostik spezifischer Störungen, die zusammen mit den Leitlinien für die Therapie dieser Störungen publiziert wurden, werden neben der Exploration der Eltern und des Kindes auch andere notwendige diagnostische Verfahren beschrieben, und es werden Hinweise auf Differentialdiagnosen und häufig auftretende komorbide Störungen gegeben (AACAP, 1997; Taylor et al., 1998). Auf der Grundlage solcher spezifischen Leitlinien wurden mittlerweile auf einzelne Störungsbilder abgestimmte Explorationsschemata entwickelt (z.B. das *Explorationsschema für Externale Störungen, EES*; Döpfner, Schürmann & Frölich, 1998).

Kasten 3 enthält eine kurze Zusammenfassung der Leitlinien für die *Exploration von Kindern und Jugendlichen* (AACAP, 1995). Durch die Exploration des Kindes oder Jugendlichen kann man feststellen, wie das Kind oder der Jugendliche das Problem wahrnimmt und den psychischen Zustand des Kindes/Jugendlichen direkt über-

### **Kasten 3:**

Übersicht über die Leitlinien zur Exploration von Kindern und Jugendlichen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995; 1997).

<b>1. Exploration des Kindes/Jugendlichen:</b>
<p>Sie umfaßt in flexibler Reihenfolge entsprechend dem Entwicklungsniveau des Kindes/Jugendlichen folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung und Orientierung des Kindes/Jugendlichen vor Beginn der Befragung;</li> <li>• Klärung des Zwecks der Befragung, einschließlich der Gründe für die Vorstellung des Kindes/Jugendlichen, der Einstellung des Kindes/Jugendlichen zur Vorstellung, der Rolle des Untersuchers, Vertraulichkeit und Dauer der Untersuchung;</li> <li>• Besprechung der gegenwärtigen Problematik;</li> <li>• wichtige Funktionsbereiche (s. Kasten 2, Abschnitt 3 zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten und der Familie): Exploration spezieller psychischer Merkmale (Depression, geringes Selbstwertgefühl, suizidaler Gedanken oder Handlungen, Ängste, psychosomatische Symptome, Halluzinationen, Wahngedanken, Zwänge, dissoziales Verhalten, Alkohol- und Drogenkonsum);</li> <li>• Erfragung potentiell traumatischer Erfahrungen.</li> </ul>
<b>2. Psychopathologische Beurteilung und Entwicklungsstand:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• körperliche Erscheinung;</li> <li>• Art der Beziehungsaufnahme zum Untersucher und zu den Eltern (einschließlich der Fähigkeit, sich kurzzeitig von den Eltern zu trennen);</li> <li>• Reaktion des Kindes/Jugendlichen auf den Untersucher;</li> <li>• Stimmung und Affekt, Orientierung hinsichtlich Zeit, Ort und Person;</li> <li>• motorisches Verhalten (Aktivitätsniveau, Koordination, ungewöhnliche Bewegungsabläufe);</li> <li>• formales und inhaltliches Denken sowie Wahrnehmung;</li> <li>• Sprechen, Sprache, Lesen, Schreiben;</li> <li>• Intelligenz;</li> <li>• Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis;</li> <li>• neurologische Funktionen (z.B. soft signs, Lateralität);</li> <li>• Urteilsfähigkeit und Einsicht.</li> </ul>

prüfen (psychopathologische Beurteilung). Bei der Exploration werden Vorgehensweisen eingesetzt, die flexibel und einfühlsam dem kognitiven, sprachlichen und psychischen Entwicklungsniveau des Kindes/Jugendlichen angepaßt sind. Interaktive Spieltechniken und projektive Methoden werden insbesondere bei jüngeren Kindern auch im Rahmen einer verhaltensorientierten Informationssammlung angewandt, wobei weitreichende Interpretationen unterbleiben; sie bieten jedoch häufig einen guten Einblick in die Vorstellungswelt des Kindes (s. Abschnitt 3.5).

Auf die Exploration des Kindes/Jugendlichen folgt eine detaillierte Informationssammlung, die dimensionale Beschreibung der Defizite und Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen, die Formulierung einer formalen Diagnose sowie die Ergebnisdarstellung gegenüber den Eltern und dem Kind/Jugendlichen (s. Abb. 1).

### 3 Verhaltens- und Psychodiagnostik

Es ist schwierig, eine genaue Definition von *Verhaltensdiagnostik* zu geben und diese von der *Psychodiagnostik* abzugrenzen. Während die *traditionellen diagnostischen Ansätze* auf Theorien fußten, die davon ausgingen, daß Verhalten primär durch Persönlichkeitsmerkmale oder intrapsychische Faktoren bestimmt wird, gingen im Gegensatz dazu frühe *verhaltensdiagnostische Ansätze* davon aus, daß Verhalten primär durch Umgebungseinflüsse und somit vorwiegend situationspezifisch bedingt ist. Persönlichkeitsorientierte Ansätze verwendeten vorwiegend Persönlichkeitstests, mit deren Hilfe – vor dem Hintergrund spezieller Persönlichkeitstheorien – Schlußfolgerungen von Testantworten auf Persönlichkeitsmerkmale gezogen wurden. Das Verhalten einer Person wurde dabei vorwiegend unabhängig von situativen Veränderungen gesehen. Verhaltensdiagnostische Ansätze hingegen betonten nicht die Eigenschaften einer Person, sondern betrachteten in Verhaltensstichproben die situativen Bedingungen und Konsequenzen des konkreten Verhaltens, die mit Hilfe von Beobachtungsmethoden erfaßt wurden.

Neuere, *interaktionale Ansätze* in der Verhaltensdiagnostik definieren Verhalten als eine Funktion sowohl situationaler als auch persönlicher Faktoren und der Lerngeschichte (Erfahrung) einer Person. Aufgrund der Erkenntnis, daß kognitive Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Äußerung psychischer Störungen einnehmen können, wurden diese zunehmend in der Verhaltensdiagnostik und der kognitiv-behavioralen Therapie berücksichtigt (Haynes, 1998; Westmeyer, 1994). Darüber hinaus wurden verstärkt Test- und Fragebogenverfahren entwickelt, die sowohl eigenschafts- als auch situationsabhängige Ausprägungen von Verhaltens- und Erlebensmerkmalen erfassen. Ein Beispiel stellt das *State-Trait-Angstinventar (STAI)* von Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger (1981) dar, mit dessen Hilfe sowohl Ängstlichkeit als stabile Persönlichkeitseigenschaft als auch situationsabhängige Zustandsangst erfaßt werden können.

#### 3.1 Das Konzept der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik

Das Konzept der multimodalen (oder auch multimodalen und multimethodalen) Verhaltens- und Psychodiagnostik wurde in den letzten Jahren vielfach diskutiert (z.B. Baumann & Stieglitz, 1994; Bellack & Hersen, 1998; Seidenstücker & Baumann, 1987). Es bezieht sich auf eine diagnostische Vorgehensweise, die sich durch folgende Merkmale auszeichnet (Döpfner & Lehmkuhl, 1997):

- **Mehrebenen-Diagnostik:** Die multimodale Diagnostik berücksichtigt mehrere Ebenen psychischer Störungen – die kognitive, emotionale, physiologische und die Handlungsebene. Häufig erscheint eine getrennte Betrachtung dieser Ebenen angezeigt, weil die Aussagen auf diesen Ebenen schlecht übereinstimmen. So korrelieren beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen, erfaßt über ein entsprechendes Testverfahren, meist nur gering mit der Beurteilung des Lehrers über die Aufmerksamkeitsfähigkeit des Kindes (Barkley, 1990). Vergleichbare Befunde zum Zusammenhang der einzelnen Ebenen gibt es beispielsweise bei Angststörungen (Ollendick, King & Yule, 1994).
- **Multimethodale Diagnostik:** Die multimodale Diagnostik wendet zur Erfassung psychischer Störungen verschiedene Methoden an – Verfahren zur Erfassung des klinischen Urteils, des Urteils von Eltern, Erziehern, Lehrern und des Patienten selbst sowie Verhaltensbeobachtungen und Testleistungen. Eine Vielzahl von empirischen Studien zeigt, daß die Korrelationen zwischen Eltern-, Lehrer- und Selbsterteilen eher im unteren bis mittleren Bereich liegen – die gemeinsame Varianz übersteigt selten 25% (Achenbach, McConaughy & Towell, 1987; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993; Plück et al., 1997). Diese insgesamt geringe Übereinstimmung zwischen Beurteilern läßt sich prinzipiell auf verschiedene Quellen zurückführen, die in Kasten 4 dargestellt sind.
- **Situationspezifische Diagnostik:** Die geringen Überschneidungen zwischen verschiedenen Beurteilern weisen auch auf die Situationsabhängigkeit von Verhaltensauffälligkeiten hin. Das Auftreten psychischer Störungen muß daher in verschiedenen Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen – in der Familie, im Unterricht oder in der Gleichaltrigengruppe – erfaßt werden (wie z.B. mit Hilfe des *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen, EAS*; Petermann & Petermann, 1996). Psychische Störungen werden bei Kindern und Jugendlichen stärker als bei Erwachsenen durch deren Bezugspersonen definiert. In einer dimensional begründeten Klassifikation, welche die Situationspezifität der Störung berücksichtigt, läßt sich ein hyperkinetisch auffälliges Kind beispielsweise als ausgeprägt aufmerksamkeitsgestört, mittelgradig hyperkinetisch und nicht oppositionell auffällig in der Schule sowie als ausgeprägt hyperkinetisch, oppositionell auffällig und mittelgradig aufmerksamkeitsschwach in der Familie einordnen (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1994).

**Kasten 4:**

Mögliche Quellen für fehlende Übereinstimmungen zwischen Beurteilern (nach Döpfner & Lehmkuhl, 1997; vgl. Cantwell, Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1997).

<b>Meßfehler der Erhebungsverfahren:</b>
Der Meßfehler läßt sich auf der Basis von Reliabilitätskennwerten (z.B. interne Konsistenz, Wiederholungszuverlässigkeit) der Erhebungsverfahren abschätzen. Da die Reliabilität der Verfahren in der Regel gut ist, spielen Meßfehler eine eher untergeordnete Rolle.
<b>Tendenzen zum Beschönigen oder Dramatisieren:</b>
Die einzelnen Beurteiler können aus unterschiedlichen Gründen zur Simulation (Dramatisierung) oder Dissimulation (Beschönigung) neigen. Eltern oder Lehrer, die eine Psychotherapie wünschen, können beispielsweise dazu neigen, die Problematik zu dramatisieren, um deutlich zu machen, daß Hilfe dringend benötigt wird. Hingegen können Kinder und Jugendliche Angaben zu aggressivem/oppositionellem Verhalten bewußt beschönigen. Generell werden in klinischen Stichproben aggressive Verhaltensauffälligkeiten häufig durch das Fremdurteil (von Eltern, Lehrern) zuverlässiger erhoben als durch das Selbsturteil. Allerdings berichten Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu ihren Eltern häufiger von Verhaltensauffälligkeiten (Plück et al., 1997).
<b>Unterschiedliche Urteilsanker:</b>
Verschiedene Beurteiler können ein Problemverhalten völlig unterschiedlich bewerten. Ein Verhalten, das die Mutter als oppositionell und verweigernd beurteilt, kann vom Jugendlichen selbst ganz anders gesehen werden. Depressive Eltern können die Problematik ihrer Kinder aufgrund ihrer eigenen Depressivität als gravierender empfinden.
<b>Unterschiedliche Informationsbasis:</b>
Generell berichten ältere Kinder und Jugendliche in stärkerem Ausmaß von internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Angst, Depressivität) als ihre Bezugspersonen (Eltern, Lehrer; vgl. Achenbach, 1991d; Plück et al., 1997). Dissoziales Verhalten oder Drogenkonsum wird von Jugendlichen in größerem Umfang beschrieben als von den Eltern. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß es sich dabei hauptsächlich um verdeckte Prozesse handelt, die nur bedingt einer Beobachtung zugänglich sind oder die Eltern keine hinreichenden Informationen darüber besitzen. Eltern berichten eher von konfliktträchtigen Verhaltensweisen, wie Unruhe, Unaufmerksamkeit, Impulsivität oder oppositionellem Trotzverhalten. Bei der Beurteilung internalisierender Auffälligkeiten sollte daher auf das Selbsturteil und die Exploration von Kindern und Jugendlichen besonderes Gewicht gelegt werden; bei externalisierenden Auffälligkeiten sollten verstärkt die Eltern/Lehrer berücksichtigt werden.
<b>Situationsspezifisch unterschiedliches Verhalten:</b>
Ein beträchtlicher Teil der Unterschiede in den Beurteilungen wird vermutlich dadurch verursacht, daß ein Verhalten in verschiedenen Situationen unterschiedlich ausgeprägt ist. So zeigen Studien, daß zwischen zwei Beurteilern, die ein Kind im gleichen Kontext (in der Schule, in der Familie) erleben, deutlich bessere Übereinstimmungen zu finden sind als zwischen Beurteilern, die das Kind in unterschiedlichen Kontexten erleben (vgl. Achenbach, 1991d).

- **Individualisierte Diagnostik:** Bestandteil der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik ist auch eine individualisierte Diagnostik, mit der die individuellen Ausprägungen psychischer Störungen berücksichtigt werden. Im Rahmen eines solchen Vorgehens kann man die subjektiven Therapieziele durch sogenannte Zielerreichungsbögen erfassen; mit diesen Fragebögen kann man auch den Patienten einschätzen lassen, ob und wie gut ein Therapieziel erreicht wurde (vgl. Frölich & Döpfner, 1997).

- **Behandlungsbezogene Diagnostik:** Schließlich sollte die multimodale Verhaltens- und Psychodiagnostik auch eine behandlungsbezogene Diagnostik sein, aus der sich konkrete Hinweise für die Therapie und die Erfolgskontrolle ableiten lassen.

In der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik werden verschiedene Verfahren eingesetzt und miteinander kombiniert:

- Das **klinische Urteil** kann entweder protokolliert oder anhand von *Dokumentationen des psychopathologischen Befundes, Diagnose-Checklisten* oder *Interviews* systematisch erfaßt werden. Auf diese Weise bildet sich der Kliniker ein Urteil auf der Basis der Informationen, die er vom Kind/Jugendlichen, von den Eltern oder anderen Bezugspersonen erhält.
- Das **Urteil von Eltern, Lehrern oder anderen Bezugspersonen** kann direkt mit Hilfe eines *Fragebogens* erfaßt werden. Dabei wird das Verhalten des Kindes/Jugendlichen retrospektiv für einen gewissen Zeitraum (z.B. die letzten sechs Monate) beurteilt.
- Das **Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen** kann ebenfalls anhand eines Fragebogens erhoben werden. Das Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen läßt sich etwa ab dem Alter von neun bis elf Jahren zuverlässig erheben (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas & Conover, 1985; Goodyer, 1990). Für die Anwendung von *Selbsteurteilungsfragebögen* ist eine ausreichende Lesefähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstreflexion (Selbstbeobachtung und Introspektion) nötig.

- Die **Verhaltensbeobachtung** kann vom Kliniker selbst, von Bezugspersonen oder von einem unabhängigen Beobachter durchgeführt werden. Dabei wird das Verhalten in einer umschriebenen Situation für einen begrenzten Zeitraum beobachtet und unmittelbar anhand eines Schemas kodiert. Im Gegensatz zur *Fremdbeurteilung mit Hilfe eines Fragebogens*, die immer retrospektiv vorgenommen wird, notiert man bei der *Verhaltensbeobachtung* das Verhalten direkt in der Situation, in der es auftritt.
- Bei der **Selbstbeobachtung** beobachtet das Kind oder der Jugendliche sein eigenes Verhalten und zeichnet es unmittelbar auf. Wie bei Selbstbeurteilungsfragebögen lassen sich Methoden der Selbstbeobachtung in der Regel erst ab dem Alter von acht bis neun Jahren einsetzen.

Jedes dieser Verfahren weist spezifische Vor- und Nachteile auf, die zu einer optimalen Erhebungsstrategie führen, wenn man unterschiedliche Ansätze kombiniert: Fragebogenverfahren etwa sind für unbewusste oder bewusste Beurteilereffekte besonders anfällig; bei der Verhaltensbeobachtung verzerren Erinnerungseffekte oder Vorurteile weniger als bei Fremd-/Selbstbeurteilungen mit Hilfe von Fragebögen. Beobachtungen erfassen allerdings zumeist nur einen eng umgrenzten Verhaltensausschnitt; das zu beobachtende Verhalten wird auch durch den Beobachtungsvorgang beeinflusst.

In den folgenden Abschnitten werden einzelne Methoden illustriert, wobei vor allem neuere Verfahren dargestellt werden, die im deutschen Sprachraum weit verbreitet sind. Wie diese Informationen integriert werden, behandelt Abschnitt 3.6.

### 3.2 Klinische Beurteilung anhand höher-strukturierter Verfahren

Die niedrig-strukturierte klinische Exploration des Kindes oder Jugendlichen und seiner Bezugsperson(en) orientiert sich an den Beschwerden und Problemen, die das Kind oder der Jugendliche und die Bezugspersonen äußern (s. Abschnitt 2); dieses klinische Vorgehen ist ausgesprochen flexibel. Höher-strukturierte Verfahren wurden vor allem für die Forschung entwickelt, sie können aber auch in der klinischen Praxis nützlich sein, da sie einen systematischen Überblick erleichtern.

#### Standardisierter Psychopathologischer Befund

Ein Kernstück der klinischen Exploration ist die systematische Erfassung psychopathologischer Merkmale. Das aus dieser Exploration hervorgehende klinische Urteil kann durch das *Psychopathologische Befund-*

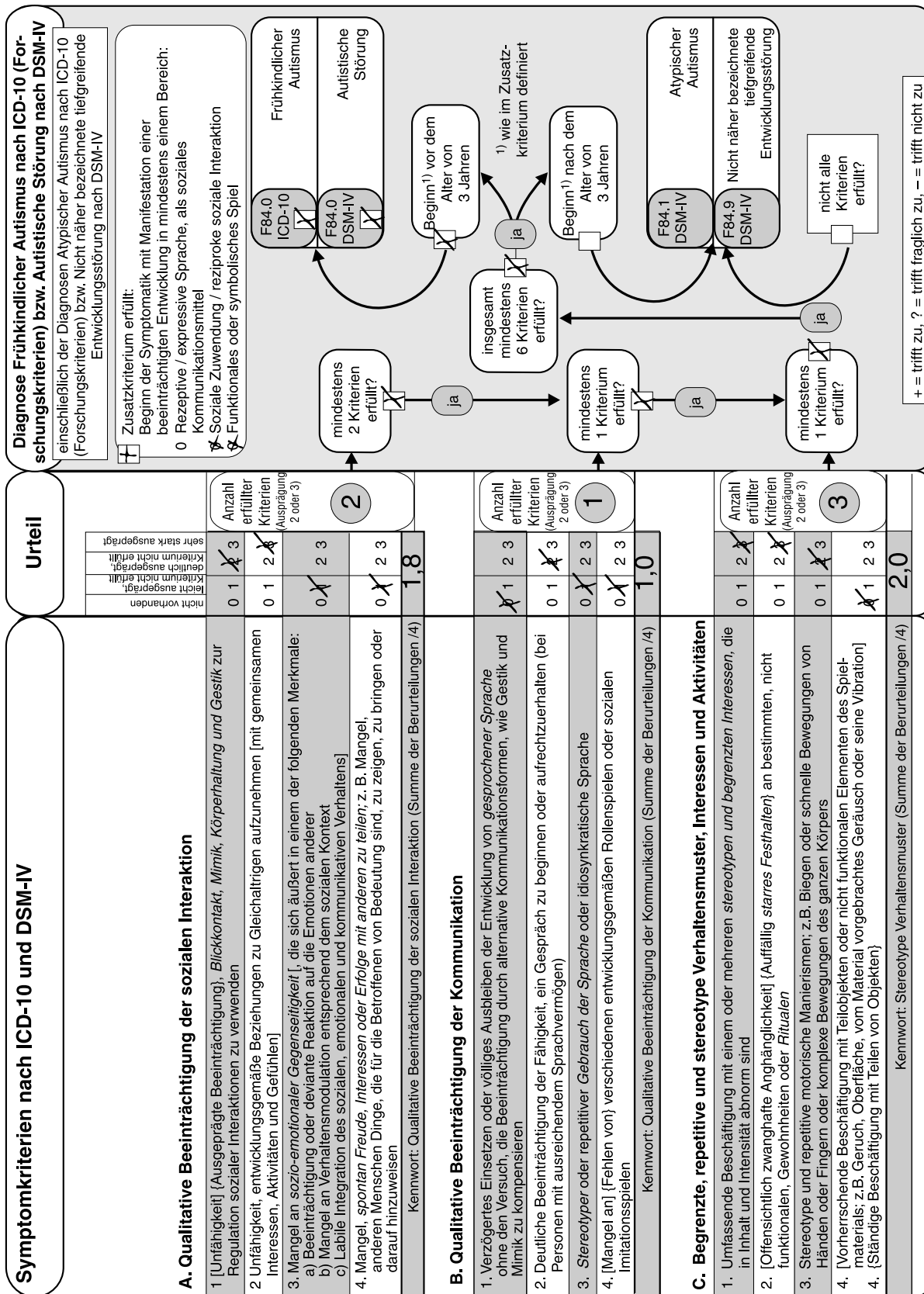
*System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)* erfaßt werden (Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl & Steinhausen, 1999; Döpfner et al., 1995), mit dem sich ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen einschätzen läßt. Anhand dieses Vorgehens können sowohl die von den Eltern oder dem Kind/Jugendlichen explorierten als auch die in der Untersuchungssituation direkt beobachtbaren Symptome bewertet werden. Das *CASCAP-D* besteht aus einem Befundbogen, einem Glossar, in dem die einzelnen Symptome (z.B. motorische Unruhe, Zwangshandlungen, Heißhungerattacken, reizbar/dysphorischer Affekt) definiert werden und einem Explorationsleitfaden. Das Befund-System umfaßt insgesamt 98 Symptome, die in 13 Merkmalsbereichen (z.B. Stimmung und Affekt, Aktivität und Aufmerksamkeit, Denken und Wahrnehmung) zusammengefaßt sind. Die Ausprägungen der einzelnen Merkmale werden anhand einer vierstufigen Skala (von „0 = Symptom nicht vorhanden“ bis „3 = Symptom stark vorhanden“) beurteilt.

Die in Untersuchungssituationen aktuell explorierbare Symptomatik (z.B. die aktuelle Befindlichkeit) und das während der Untersuchung beobachtbare Verhalten des Patienten unterscheiden sich häufig deutlich von der Symptomatik außerhalb der Untersuchungssituation, die durch die Exploration des Patienten und seiner Bezugspersonen sowie die weitere Informationssammlung erfaßt wird. Aus diesem Grund werden die Symptomatik, wie sie in der Familie, in der Schule und in anderen Lebensbereichen auftritt und die aktuelle, während der Untersuchung beobachtbare Symptomatik, getrennt voneinander beurteilt. Das *CASCAP-D* verbindet daher Methoden der Exploration mit denen der Verhaltensbeobachtung (s. Abschnitt 3.4). Auf die dimensionale Struktur, die auf der Basis dieses Instrumentes entwickelt wurde, haben Petermann, Döpfner, Lehmkuhl und Scheithauer (in diesem Buch) hingewiesen. Das Befundsystem wurde umfassend empirisch überprüft (Döpfner, Berner, Schwitzgebel & Lehmkuhl, 1994; Döpfner et al., 1997).

#### Diagnose-Checklisten

Checklisten weisen einen höheren Strukturierungsgrad auf als beispielsweise das *Psychopathologische Befund-System*. Solche Checklisten sind unter anderem im *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* entwickelt worden (Döpfner & Lehmkuhl, 1998). Das Diagnostik-System kombiniert drei Beurteilungsebenen miteinander – das klinische Urteil, das Fremdurteil und das Selbsturteil. Das *DISYPS-KJ* umfaßt

- *Diagnose-Checklisten* zur klinischen Beurteilung durch den Untersucher,
- *Fremdbeurteilungsbögen* für Eltern, Lehrer oder Erzieher und
- *Selbstbeurteilungsbögen* für Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis 18 Jahren.



**Abbildung 2:** Diagnose-Checkliste für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (TES), Ausschnitt (Döpfner & Lehmkuhl, 1998).

Diese Instrumente wurden auf der Grundlage der Symptomkriterien von ICD-10 (WHO, 1993) und DSM-IV (APA, 1996) für die wichtigsten Diagnosegruppen im Kindes- und Jugendalter entwickelt (hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, depressive Störungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen, Störungen sozialer Funktionen).

Die Diagnose-Checklisten können beispielsweise nach einer allgemeinen klinischen Exploration für die detaillierte Informationssammlung eingesetzt werden, um eine spezifische Symptomatik abzuklären. Abbildung 2 zeigt eine Beurteilung anhand der *Diagnose-Checkliste für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DCLTES)* mit dem Entscheidungsbaum für frühkindlichen Autismus nach ICD-10 beziehungsweise für die Autistische Störung nach DSM-IV. Da sich die Symptomkriterien nach ICD-10 (Forschungskriterien) und nach DSM-IV weitgehend entsprechen, ist nur eine einzige Checkliste mit den Symptomkriterien notwendig. Inhaltlich bedeutsame Abweichungen in den Symptomkriterien beider Diagnosesysteme sind entsprechend gekennzeichnet.

Zur Beurteilung der einzelnen Kriterien wird eine vierstufige Antwortskala vorgegeben, wobei „0“ kodiert wird, wenn die in dem Kriterium definierte Symptomatik nicht vorhanden ist. Liegt die Symptomatik in einer leichteren Ausprägungsform vor als es im Kriterium definiert ist, dann wird eine „1“ kodiert. Die Kodierungen „2“ und „3“ werden vergeben, wenn das Kriterium erfüllt ist, wobei die Kodierung „3“ dann vorgenommen wird, wenn die Symptomatik deutlich stärker ausgeprägt ist als es im Kriterium definiert wurde. Basis dieser Beurteilung kann die Exploration der Eltern, der Erzieher/Lehrer oder die Beobachtung des Patienten in der Untersuchungssituation sein.

Die Auswertung der Diagnose-Checklisten erfolgt erstens *kategorial* und zweitens *dimensional*. Zur dimensionalen Auswertung werden Kennwerte für die qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, der Kommunikation und für begrenzte, repetitive und stereotyp Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten gebildet, indem die Ausprägungen auf den entsprechenden Items summiert und durch die Anzahl der Beurteilungen dividiert werden. Die kategoriale Auswertung erfolgt mit Hilfe eines Entscheidungsbaumes. Da sich beide Klassifikationssysteme bei der Diagnose für den frühkindlichen Autismus kaum unterscheiden, genügt für dieses Störungsbild ein Entscheidungsbaum. Andere Diagnose-Checklisten enthalten für ICD-10 und DSM-IV getrennte Entscheidungsbäume, die an die Liste der Symptomkriterien angelegt werden können.

Wie das Beispiel in Abbildung 2 zeigt, sind die Symptomkriterien für die Diagnose eines frühkindlichen Autismus / einer Autistischen Störung und die Zusatzkriterien erfüllt. Außerdem trifft keines der Ausschluß-

kriterien zu (die auf einer getrennten Seite beurteilt werden). Für die klinische Diagnostik nach ICD-10 müssen nicht alle Forschungskriterien nach ICD-10 voll erfüllt sein. Als Orientierung sind diese Kriterien jedoch auch für die klinische Praxis sehr hilfreich.

### Hoch-strukturierte Interviewverfahren

Diese Verfahren unterscheiden sich von den Diagnose-Checklisten insofern, als daß nicht nur die Kriterien, sondern meist auch die einzelnen Fragen festgelegt sind und daß sie systematisch und intensiv einen größeren Bereich von Diagnosen erfassen (s. Kasten 1). Möglich ist dies beispielsweise mit Hilfe einer besonderen Fragestruktur: Bejaht eine Person Screening-Fragen, mit denen zunächst das Auftreten bestimmter Kernsymptome einer psychischen Störung ermittelt wird, so werden weitere Fragen (zur Symptomatik) und Prüffragen gestellt, mit deren Hilfe ausgeschlossen werden soll, daß die angegebenen Symptome auf körperliche Erkrankungen, Medikamente oder Drogen zurückzuführen sind. Erst dann werden weitere Angaben erhoben, beispielsweise zum erstmaligen und letztmaligen Auftreten der Symptomatik. Werden die Screening-Fragen zu den einzelnen psychischen Störungen verneint, werden keine weiteren Fragen zum jeweiligen Störungsbereich gestellt.

Tabelle 1 gibt eine Auswahl über wichtige deutschsprachige und internationale Interviewverfahren für das Kindes- und Jugendalter. Im deutschen Sprachraum legten Esser und Mitarbeiter (1989) das *Mannheimer Elterninterview (MEI)* auf der Basis der ICD-9 (WHO, 1980) vor. Es umfaßt 38 kinder- und jugendpsychiatrische Symptome und erlaubt Diagnosen nach ICD-9. Die Beurteilerübereinstimmung (Interrater-Reliabilität) wird als zufriedenstellend eingeschätzt.

Das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)* liegt in einer Version für Eltern und für Kinder vor; mit ihm können Diagnosen auf der Basis von ICD-10 und DSM-IV erstellt werden. Mit Hilfe des Interviews können externalisierende Störungen (aggressive und hyperkinetische Störungen), Störungen der Ausscheidung, affektive Störungen, Angststörungen und Eßstörungen erfaßt werden. Außerdem werden Hinweise auf Teilleistungsstörungen, Psychosen und Substanzmißbrauch erhoben. Die Beurteilerübereinstimmung (Interrater-Reliabilität) wird hinsichtlich der Diagnose-Oberklassen meist als zufriedenstellend, teilweise jedoch auch als nicht zufriedenstellend eingeschätzt.

International wurde besonders häufig das *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2-3)* eingesetzt, das auf den Kriterien des DSM-III-R (APA, 1989; Vorläuferversion vom DSM-IV) basiert; mittlerweile liegt auch eine Fassung auf der Basis der Kriterien des DSM-IV vor. Das *DISC* stellt ein hoch-strukturiertes Verfahren dar und kann auch von angeleiteten Laien-Interviewern durchgeführt werden. Der klinische Be-

**Tabelle 1:**

Ausgewählte strukturierte diagnostische Interviews zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Störungen.

Name	Autoren	Informant	Altersbereich	Basis*
<b>MEI</b> Mannheimer Eltern-Interview	Esser et al. (1989)	Eltern	6 – 16	ICD-9
<b>Kinder-DIPS</b> Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	Unnewehr et al. (1995)	Eltern Kind	6 – 18	ICD-10 DSM-IV
<b>DISC 2-3 / DISC-IV</b> Diagnostic Interview Schedule for Children	Shaffer et al. (1996)	Eltern Kind	6 – 18	DSM-III-R DSM-IV
<b>Kiddie-SADS</b> Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age Children – Revised	Ambrosini et al. (1989)	Eltern Kind	6 – 18	DSM-III-R DSM-IV
<b>DICA-R</b> Diagnostic Interview Schedule for Children – Revised	Welner et al. (1987)	Eltern Kind	6 – 18	DSM-III-R
<b>ADISC-R</b> Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised	Silverman (1991)	Eltern Kind	6 – 18	DSM-III-R
<b>CAPA</b> Child and Adolescent Psychiatric Assessment	Angold et al. (1995)	Kind	6 – 18	DSM-III-R

\* ICD 9 (WHO, 1980); ICD-10 (WHO, 1993); DSM-III-R (APA, 1989); DSM-IV (APA, 1996)

urteilungsspielraum ist bei solchen Verfahren naturgemäß sehr gering. Der Interviewer kodiert im wesentlichen die Antwort des Interviewpartners. Eine deutschsprachige Fassung wird von Steinhausen und Hautzinger vorbereitet.

Beim *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age-Children (Kiddie-SADS)* handelt es sich um ein halb-strukturiertes Interview, das einen breiteren klinischen Beurteilungsspielraum zulässt; es wird daher eher von klinisch-orientierten Diagnostikern bevorzugt. Die Fragen sind nicht genau vorgegeben – der Interviewer fragt solange, bis er sich ein eigenes Urteil bilden kann. Auch für dieses Verfahren wird gegenwärtig eine deutsche Fassung entwickelt (Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Marchia & Poustka, 1998).

Da in strukturierten Interviewverfahren auch Informationen zum erst- und letztmaligen Auftreten und zur Stärke der Symptome sowie in einigen Verfahren auch zur psychosozialen Belastung erhoben werden, resultieren aus diesen Interviews psychiatrische Diagnosen. Die Beurteilerübereinstimmung auf Diagnoseebene ist für einige Diagnosen zufriedenstellend, für andere jedoch ungenügend, vor allem bei den Interviews für Kinder (Bird, 1996; Schwab-Stone et al., 1996). Einige Interviews summieren die Items allerdings auch zu Symptomwerten auf und ermöglichen damit eine dimensionale Abbildung. Die meisten Interviews liegen in einer Fassung für Eltern und in einer Fassung für Kinder/Jugendliche vor. Die Übereinstimmungen in

der Befragung von Eltern und Kindern mit Hilfe strukturierter Interviews sind insgesamt nicht sehr hoch. Die Ursachen für die mangelnde Übereinstimmung zwischen verschiedenen Informanten wurden bereits diskutiert (s. Kasten 4).

Aufgrund des hohen Aufwandes bei der Durchführung hoch-strukturierter Interviews und ihrer begrenzten Anwendungsflexibilität, finden diese Verfahren hauptsächlich im Forschungskontext ihren Einsatzbereich. Für die klinische Praxis kann es hilfreich sein, einzelne, für den konkreten Fall relevante Abschnitte aus den Interviews anzuwenden.

### 3.3 Fragebogenverfahren

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die wichtigsten deutschsprachigen Fragebogenverfahren, die als *Basisverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten* eingesetzt werden können. Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren können die *Verhaltensbeurteilungsbögen für Vorschulkinder (VBV)* eingesetzt werden, die sich aus einem *Elternfragebogen (VBV-EL)* und einem *Erzieherfragebogen (VBV-ER)* zusammensetzen. Beide Verfahren erfassen Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen auf vergleichbaren Skalen, so daß ein direkter Vergleich der Verhaltensweisen in der Familie nach dem Urteil der Eltern und im Kindergarten nach dem Urteil der Erzieherin möglich ist. Beide Fragebögen werden durch eine

**Tabelle 2:**

Auswahl von Fragebogenverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten.

Name	Autoren	Alter	Urteilsart	Skalen	Zusätzliche Informationen
<b>VBV-EL</b> Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Elternfragebogen	Döpfner et al. (1993)	3 – 6	Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial-emotionale Kompetenzen</li> <li>• Oppositionell-aggressives Verhalten</li> <li>• Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität vs. Spieldauer</li> <li>• Emotionale Auffälligkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 Items, zusätzlich Symptomliste mit umschriebenen Auffälligkeiten, Gesamtauffälligkeitswert</li> <li>• Zusätzlich Kurzform (Berner et al., 1992)</li> </ul>
<b>VBV-ER</b> Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Erzieherfragebogen	Döpfner et al. (1993)	3 – 6	Erzieherurteil	siehe VBV-EL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 93 Items, zusätzlich Symptomliste mit umschriebenen Auffälligkeiten, Gesamtauffälligkeitswert</li> <li>• Zusätzlich Kurzform (Berner et al., 1992)</li> </ul>
<b>CBCL / 2-3</b> Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993b)	2 – 3	Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialer Rückzug</li> <li>• Körperliche Beschwerden; Ängstlich/Depressiv</li> <li>• Destruktives Verhalten</li> <li>• Aggressives Verhalten</li> <li>• Schlafprobleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Fassung der CBCL / 2-3 (Achenbach, 1992)</li> <li>• 99 Problem-Items</li> <li>• Übergeordnete Skalen: (1) Externalisierende, (2) Internalisierende Auffälligkeiten, (3) Gesamtauffälligkeit</li> </ul>
<b>CBCL / 4-18</b> Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a)	4 – 18	Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Kompetenz-Skalen (Aktivitäten, Soziale Kompetenzen, Schulsche Leistungen)</li> <li>• 8 Problem-Skalen (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlich/Depressiv, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Fassung der CBCL (Achenbach, 1991a)</li> <li>• Kompetenz-Items und 120 Problem-Items</li> <li>• Übergeordnete Skalen siehe CBCL / 2-3</li> </ul>
<b>TRF</b> Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a)	6 – 18	Lehrerurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Kompetenz-Skalen</li> <li>• 8 Problem-Skalen wie CBCL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Fassung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991b)</li> <li>• Itemzahl und übergeordnete Skalen siehe CBCL / 2-3</li> </ul>
<b>YSR</b> Fragebogen für Jugendliche	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b)	11 – 18	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Kompetenz-Skalen (Aktivitäten, Soziale Kompetenzen)</li> <li>• 8 Problem-Skalen wie CBCL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Fassung des Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991b)</li> </ul>
<b>MVL</b> Marburger Verhaltensliste	Ehlers et al. (1978)	6 – 12	Elternurteil		

Fortsetzung Tabelle 2:

Name	Autoren	Alter	Urteilsart	Skalen	Zusätzliche Informationen
<b>PFK 9-14</b> Persönlichkeitsfragebogen für Kinder	Seitz & Rausche (1993)	9 – 14	Selbsturteil	• Insgesamt 15 Skalen in drei Äußerungsbereichen der Persönlichkeit (Verhaltensstile, Motive, Selbstbild)	
<b>FPI</b> Freiburger Persönlichkeitsinventar	Fahrenberg et al. (1994)	Ab 16	Selbsturteil	• 10 Standardskalen (Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen, Offenheit)	• Verschiedene Fragebogenformen und Kurzfassungen

Symptomliste ergänzt, in der umschriebene Auffälligkeiten (z.B. Einnässen oder Einkoten) erfaßt werden.

International weit verbreitet sind die von Achenbach (1991a;b;c;d) entwickelten Fragebögen. Die Bibliographie der publizierten Studien, welche die *Child Behavior Checklist* oder davon abgeleitete Fragebogen einsetzen, zählt über 2400 Publikationen (Brown & Achenbach, 1998). Für den deutschen Sprachraum wurden diese Verfahren von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a; b; 1998a; b) adaptiert und überprüft. Die Hauptverfahren, der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL / 4-18)*, der *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* und der *Fragebogen für Jugendliche (YSR)*, bestehen aus jeweils zwei Teilen und erfassen im ersten Teil psychosoziale Kompetenzen von Kindern/Jugendlichen (wie z.B. Anzahl der Freizeitaktivitäten, Anzahl von Freunden) und im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten sowie emotionale Auffälligkeiten; in allen drei Versionen sind die 89 Problemaussagen identisch. Die dimensionale Struktur dieser Fragebögen stellen Petermann, Döpfner, Lehmkuhl und Scheithauer (in diesem Buch) dar. Für jeden Fragebogen werden acht Problemskalen gebildet, die sich inhaltlich entsprechen. Für die Beurteilung von Kindern im Alter von zwei bis drei Jahren kann der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern (CBCL / 2-3)* eingesetzt werden, der ähnliche Skalen wie die Fragebogen für ältere Kinder enthält. Die Aussagen beziehen sich jedoch auf die in dieser Altersgruppe typischen Verhaltensweisen; damit wird einer entwicklungsorientierten Diagnostik Rechnung getragen.

Neben dem *Fragebogen für Jugendliche (YSR)* liegen Verfahren aus dem Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik vor, die allgemeine Persönlichkeitsdimensionen und nicht nur klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten

erfassen. Am bekanntesten sind der *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK 9-14)* und das *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*, das im Jugendalter eingesetzt werden kann.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über einige Verfahren, die im Rahmen der *störungsspezifischen multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik* eingesetzt werden können und einzelne Störungsbereiche differenziert erfassen. Solche störungsspezifischen Verfahren sollten vor allem dann eingesetzt werden, wenn der Kliniker nach einer einführenden Exploration und der Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten anhand der in Tabelle 2 aufgeführten Breitbandverfahren eine Übersicht über die vorliegenden Störungen gewinnen und die Symptomatik eingrenzen konnte. Tabelle 3 listet exemplarisch wichtige Verfahren zur Erfassung von Angst, Depression, aggressivem Verhalten und hyperkinetischen Störungen auf. Sie enthält auch einige Fragebogenverfahren aus dem *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. In den Fremdbeurteilungsbögen dieses Systems werden die Symptomkriterien für die Diagnose der entsprechenden Störungen von den Eltern oder anderen Bezugspersonen (Erzieher, Lehrer) direkt eingeschätzt. Damit ist auf dimensionaler Ebene ein direkter Vergleich zwischen dem klinischen Urteil, dem Elternurteil, dem Urteil von Lehrern oder Erziehern und dem Selbsturteil möglich. Die Studien zur Reliabilität und Validität sowie zur Normierung dieser Instrumente sind bereits teilweise publiziert (Döpfner & Lehmkuhl, 1998; Brühl, Döpfner & Lehmkuhl, 1999) oder in Vorbereitung.

Zwei der in Tabelle 3 aufgeführten Verfahren unterscheiden sich in einem wesentlichen Aspekt von den anderen Verfahren: der *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* und der *Elternfragebogen über Problemsituationen in der Fa-*

**Tabelle 3:**  
Auswahl an Fragebogenverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten (für die störungsspezifische Verhaltens- und Psychodiagnostik).

Name	Autoren	Störung	Alter	Urteilsart	Skalen/Aussagebereich	Zusätzliche Informationen
<b>AFS</b> Angstfragebogen für Schüler	Wieczerkowski et al. (1974)	Angst	9 – 17	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsangst</li> <li>• Manifeste Angst</li> <li>• Schullust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzlich Einschätzskalen für Lehrer</li> </ul>
<b>FBB-ANG / SBB-ANG</b> Fremdbeurteilungs- / Selbstbeurteilungsbogen – Angststörungen	Döpfner & Lehmkuhl (1998)	Angst	11 – 18 4 – 18	Selbsturteil Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsangst</li> <li>• Generalisierte Angst</li> <li>• Soziale Angst</li> <li>• Spezifische Phobie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandteil vom DISYPS-KJ (Döpfner &amp; Lehmkuhl, 1998), wird ergänzt durch klinisches Urteil in Diagnose-Checkliste (DCL-ANG)</li> </ul>
<b>BDI</b> Beck-Depressions-Inventar	Hautzinger et al. (1994)	Depression	Ab 16	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtwert</li> </ul>	
<b>DIKJ</b> Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche	Stiensmeier-Pelster et al. (1989)	Depression	8 – 17	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtwert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Adaptation des Children's Depression Inventory (Kovacs, 1985)</li> </ul>
<b>DTK</b> Depressionstest für Kinder	Rossmann (1993)	Depression	9 – 14	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphorische Stimmung/Selbstwertprobleme</li> <li>• Agitiertes Verhalten</li> <li>• Müdigkeit/Andere Psychosomat. Aspekte</li> </ul>	
<b>FBB-DES / SBB-DES</b> Fremdbeurteilungs- / Selbstbeurteilungsbogen – Depressive Störungen	Döpfner & Lehmkuhl (1998)	Depression	11 – 18 4 – 18	Selbsturteil Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Symptome</li> <li>• Somatisches Syndrom</li> <li>• Dysthymia – ICD-10</li> <li>• Dysthyme Störung – DSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandteil vom DISYPS-KJ, wird ergänzt durch klinisches Urteil in Diagnose-Checkliste (DCL-DEP)</li> </ul>
<b>FBB-HKS / SBB-HKS</b> Fremdbeurteilungs- / Selbstbeurteilungsbogen – Hyperkinetische Störungen	Döpfner & Lehmkuhl (1998)	Hyperkinetische Störung	11 – 18 4 – 18	Selbsturteil Elternurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeitsstörung</li> <li>• Überaktivität</li> <li>• Impulsivität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandteil vom DISYPS-KJ, wird ergänzt durch klinisches Urteil in Diagnose-Checkliste (DCL-HKS)</li> </ul>
<b>EAS-M / EAS-J</b> Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen	Petermann & Petermann (1996)	Aggression	9 – 14	Selbsturteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 Konfliktsituationen aus Alltagsbereichen von Kindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situations- und geschlechtsspezifische Diagnostik aggressiven Verhaltens</li> </ul>
<b>FBB-SSV / SBB-SSV</b> Fremdbeurteilungs- / Selbstbeurteilungsbogen – Störung des Sozialverhaltens	Döpfner & Lehmkuhl (1998)	Aggression	4 – 18 11 – 18	Selbsturteil Fremdurteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppositionell-aggressives Verhalten</li> <li>• Dissozial-aggressives Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandteil vom DISYPS-KJ, wird ergänzt durch klinisches Urteil in Diagnose-Checkliste (DCL-SSV)</li> </ul>

Name des Kindes: Thomas	Datum heute 17.2.99	Beurteilt von: Mutter
-------------------------	---------------------	-----------------------

Gibt es bei den unten aufgeführten Situationen irgendwelche Probleme mit dem Kind, wenn es **Aufforderungen, Anweisungen oder Regeln befolgen soll**? Wenn ja, dann machen Sie bitte zuerst um das Wort ja einen Kreis und **kreuzen dann eine der nebenstehenden Zahlen von 1 bis 9 an**. Die Zahlen sollen angeben, wie stark das Problem für Sie ist. Dabei bedeutet 1, daß das Problem in der Situation nur schwach ausgeprägt ist, und 9, daß das Problem sehr stark zum Ausdruck kommt.

Wenn es in der angesprochenen Situation **kein Problem** gibt, machen Sie bitte um das Wort nein einen Kreis und gehen weiter zur nächsten Frage.

Situation:	problematisch?	wie stark?									
		schwach							sehr stark		
1. Wenn das Kind allein spielt	(Nein)	Ja →	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Wenn das Kind mit anderen spielt	Nein	(Ja) →	1	2	<del>X</del>	4	5	6	7	8	9
3. Bei den Mahlzeiten	(Nein)	Ja →	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Beim An- und Ausziehen	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	<del>X</del>	6	7	8	9
5. Beim Waschen und Baden	(Nein)	Ja →	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Wenn Sie telefonieren	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	5	6	<del>X</del>	8	9
7. Beim Fernsehen	(Nein)	Ja →	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Wenn Besuch kommt	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	5	<del>X</del>	7	8	9
9. Wenn Sie andere besuchen	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	5	<del>X</del>	7	8	9
10. In der Öffentlichkeit (Geschäfte, Lokale usw.)	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	<del>X</del>	6	7	8	9
11. Wenn die Mutter zu Hause beschäftigt ist	Nein	(Ja) →	1	2	<del>X</del>	4	5	6	7	8	9
12. Wenn der Vater zu Hause ist	(Nein)	Ja →	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Wenn das Kind etwas erledigen soll	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	5	6	7	<del>X</del>	9
14. Bei den Hausaufgaben	Nein	(Ja) →	1	2	3	4	5	6	7	8	<del>X</del>
15. Beim Zubettgehen	Nein	(Ja) →	1	2	3	<del>X</del>	5	6	7	8	9
16. Im Auto	Nein	(Ja) →	1	2	3	<del>X</del>	5	6	7	8	9

Prüfen Sie bitte noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!  
Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Wird vom Arzt/Psychologen ausgefüllt	RW	Norm
Anzahl der Probleme = PROB		
Summe der Problemintensität/16 = PROBINT		

**Abbildung 3:**

Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie, HSQ-D (Döpfner et al., 1998, S. 238; illustriert an einem Beispiel).

*milie (HSQ-D)*. In beiden Verfahren wird Verhalten in konkreten Situationen erfaßt – beim *EAS* in konkreten Konfliktsituationen (s. Scheithauer & Petermann in diesem Buch), beim *HSQ-D* in konkreten familiären Situationen (s. Abb. 3). Damit wird mit diesen Verfahren die für eine Verhaltensanalyse bedeutsame Verbindung von Situation und Verhalten hergestellt (s. Abschnitt 8). Der *EAS* unterscheidet sich darüber hinaus aus einem weiteren Grund von klassischen Fragebogenverfahren: Er versucht vor dem Hintergrund der Kritik an der traditionellen Fragebogendiagnostik (z.B. hinsichtlich der bloßen Darbietung einzelner Testfragen und deren Interpretation), Text- und Bildinformationen zu verbinden, um eine Identifikation mit der dargestellten Information zu erleichtern. Dadurch wird dem Kind ein besserer Zugang zu den eigenen Erfahrungen ermöglicht und die Testsituation aufgelockert.

### 3.4 Verhaltensbeobachtung und Selbstbeobachtung

Bei der Exploration von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen sowie bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten durch Fragebögen wird nicht das Verhalten direkt erhoben, sondern es wird ein retrospektives Urteil über ein Verhalten eingeholt; damit treten Urteils- und Antworttendenzen der Beurteiler auf. Anhand des klinischen Urteils auf der Basis der Exploration des Kindes/Jugendlichen oder seiner Bezugspersonen werden zwar die Informationen nochmals durch eine klinische Einschätzung gefiltert, dennoch macht sich der Kliniker kein eigenes Bild von der Problematik, sondern bildet sich ein Urteil auf der Basis dieser Informationen. Methoden der Verhaltens- und der Selbstbeobachtung können dazu dienen, diese Verzerrungen zu korrigieren.

Methoden der *Verhaltensbeobachtung* können nach dem Ort der Verhaltensbeobachtung, nach dem Strukturierungsgrad und danach eingeteilt werden, ob das nonverbale oder Verbalverhalten einer einzelnen Person oder aber Interaktionen zwischen mehreren Personen erfaßt werden (z.B. Mutter-Kind-Dyade, Gruppenbeobachtungen; s. im weiteren Wallbott, 1994). Verhaltensbeobachtungen können in Untersuchungs- und Testsituationen (analogen Situationen) oder in natürlichen Situationen durchgeführt werden; sie können niedrig- oder höher-strukturiert sein.

In der klinischen Routine-Diagnostik sind *niedrig-strukturierte Verhaltensbeobachtungen* in Untersuchungs- und Testsituationen als Teil eines Eindrucksbildungsprozesses am häufigsten anzutreffen. Der Kliniker schätzt das Verhalten des Kindes/Jugendlichen während

- der Exploration des Kindes/Jugendlichen,
- der Durchführung von Testverfahren,

- einer Spielsituation mit dem Kind oder
- einer gemeinsamen Exploration von Eltern und Kind/Jugendlichen ein.

Diese Beobachtungen fließen in das klinische Urteil ein. Die Beobachtungen können anhand von verschiedenen Verfahren kodiert und damit stärker systematisiert werden. So liegen beispielsweise Verfahren vor, denen umfassende Verhaltensbeschreibungen verschiedener psychischer Störungen zugrunde liegen. Aus der Auswertung solcher Verfahren lassen sich Hinweise auf bestimmte psychische Störungen ableiten.

Die Verhaltensbeobachtung, mit deren Hilfe im Rahmen der Exploration ein globales Eindrucksurteil über das Verhalten von Individuen eingeholt wird, ist von der Verhaltensbeobachtung mit Hilfe von Verfahren zu unterscheiden, mit der eine möglichst systematische und objektive *Verhaltensbeobachtung (Fremdbeobachtung)* oder *Selbstbeobachtung* angestrebt wird.

Die Verhaltensbeobachtung während einer diagnostischen Situation ist relativ ökonomisch und leicht durchführbar, sie ist jedoch auch mit mehreren Problemen behaftet. Das größte Problem stellt die *Repräsentativität* des beobachteten Verhaltens dar (= *ökologische Validität*). Untersuchungen stellen zunächst für Kinder und Jugendliche ausgesprochen untypische Situationen dar; das Verhalten in dieser Situation muß daher nicht zwingend das für andere Lebensbereiche typische Verhalten des Kindes/Jugendlichen repräsentieren. Daher ist es notwendig, die Verhaltensbeobachtungen mit anderen Informationen abzugleichen (s. Abschnitt 3.4).

Eine Möglichkeit diesem Problem entgegenzuwirken, besteht in der weitgehend natürlichen Nachbildung einer Situation, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens erhöht. Wird die Beobachtung mit Hilfe von Videoaufzeichnungen unterstützt, so kann auch das Problem der fehlenden Beobachterübereinstimmung gelöst werden.

Verhaltensbeobachtungen in natürlichen Situationen (z.B. im Kindergarten, in der Schule oder in der Familie) sind meist besser geeignet, das reale Verhalten abzubilden. Allerdings kann die natürliche Situation durch die Anwesenheit eines Beobachters derart verändert werden, daß sich ebenfalls Probleme hinsichtlich der ökologischen Validität ergeben. Außerdem haben diese Verhaltensbeobachtungen den Nachteil, daß sie sehr zeitintensiv sind und deshalb überwiegend in der Forschung eingesetzt werden. Ein Beispiel für ein solches Verfahren stellt das von Patterson (1982) entwickelte *Family Interaction Coding System (FICS)* dar, anhand dessen das Verhalten von Familienmitgliedern in 29 Verhaltenskategorien beurteilt wird. Ein wesentlich einfacheres und deshalb auch in der klinischen Praxis gut durchführbares System ist der *Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten (BAV)*; Petermann &

Urteil	Verhalten
	1. Kind wird beschimpft und angeschrien.
	2. Schadenfreudiges Lachen, zynische Bemerkungen gegenüber Erwachsenen und Kindern, Spotten über andere.
	3. Anschreien, anbrüllen und beschimpfen von Erwachsenen und Kindern.
	4. Kind wird geboxt, getreten, gestoßen, gekratzt, an den Haaren gezogen und bespuckt.
	5. Hinterhältiges beinstellen, stuhlwegziehen, stoßen, schadenfreudiges hilfverweigern.
	6. Boxen, treten, schlagen, stoßen, beißen, kratzen, spucken, haareziehen, beschmutzen von Personen.
	7. Selbstbeschimpfen, Selbstironie, Fluchen über eigenes Verhalten (z. B. über einen Fehler).
	8. Nägelbeißen, Haareraufen, Kopfanschlagen, selbstschädigende Kopf- und Körperbewegungen.
	9. Beschimpfen und verfluchen von Gegenständen.
	10. Beschädigen von Gegenständen: beschmieren, treten, zerreißen, beschmutzen, Türen zu knallen, und Sachen durch die Luft werfen.
	11. Sich angemessen selbstbehaupten: in normaler Lautstärke seine Meinung oder Kritik äußern, keine verletzenden Worte benutzen.
	12. Kooperativ- und kompromißbereit: Vorschläge unterbreiten, nachgeben, Regeln einhalten, andere unterstützen.
	13. Selbstkontrolle: bei Wut sich mit einer anderen Beschäftigung ablenken, der Steigerung des Konfliktes aus dem Wege gehen, Aufforderungen nachkommen, unaufgefordert Verpflichtungen nachkommen.
	14. Einfühlen und Eindenken in das Gegenüber: anderen zuhören, die Meinung eines anderen akzeptieren, nach Ursachen für Konflikte fragen und nachfragen, wie der andere sich fühlt.
Besondere Beobachtungen und Anmerkungen: <hr/> <hr/>	

**Abbildung 4:** Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten (BAV; Petermann & Petermann, 1997, S. 40).

Petermann, 1997). Er besteht aus 14 Kategorien, wobei die ersten zehn aggressives und die weiteren Kategorien sozial kompetentes Verhalten beschreiben (s. Abb. 4). Der BAV gestattet die Beurteilung der Aktivitäten des Kindes auf einer Abstufungsskala von „1“ (tritt nie auf) bis „5“ (tritt immer auf). Weitere Beobachtungsverfahren werden in Abschnitt 7 angeführt.

Die Beobachtungsdaten müssen nach bestimmten Kriterien zergliedert werden (Kötter & Nordmann, 1996). Eine *Kodierung* kann in *zeit-* (z.B. Anzahl der Blickkontakte innerhalb von zwei Minuten) oder *ereignisbezogenen Einheiten* (z.B. Auftreten von Panikattacken zwischen zwei Therapiesitzungen) erfolgen. Eine ereignisbezogene Kodierung bietet sich beispielsweise bei eher selten auftretenden Verhaltensweisen an; die Kodierung zeitbezogener Einheiten erscheint beispielsweise bei komplexen Interaktionsprozessen sinnvoll. Es kann zwischen *mikro-* und *makroanalytischen Kodier-einheiten* und somit in der Gruppe der Kodierinstrumente zwischen mikro- und makroanalytischen Methoden unterschieden werden. Während mikroanalytische Verfahren das zu beobachtende Verhalten in sehr kleine Sequenzen zergliedern, stellen makroanalytische Verfahren eher globale Einschätzungsverfahren dar, mit deren Hilfe größere Beobachtungseinheiten kodiert werden können. Mikroanalytische Verfahren werden beispielsweise in der Säuglingsforschung zur Untersuchung der Interaktionen zwischen Vater/Mutter und dem Säugling auf nonverbaler Kommunikationsebene eingesetzt.

Grundsätzlich können für *Beobachtungen im Labor* folgende Kodierverfahren unterschieden werden (Kötter & Nordmann, 1996):

- **mikroanalytische Kategoriensysteme:** Das gesamte Verhaltensrepertoire soll kodiert werden; unterschiedliche Strategien liegen vor, so zum Beispiel kontinuierliches Kodieren oder aber Kodieren innerhalb ausgesuchter Zeiteinheiten.

- **Zeichensysteme:** Aus der gesamten Interaktion wird nur die Auftretenshäufigkeit bestimmter Verhaltensaspekte protokolliert.
- **makroanalytische Einschätzskalen:** Diese Verfahren (s.o.) sind für den klinischen Alltag besser geeignet.

Neben der Verhaltensbeobachtung stellt die *Selbstbeobachtung* einen weiteren diagnostischen Zugang dar. Im Unterschied zum Selbsteurteil, das Kinder und Jugendliche in Fragebogenverfahren abgeben, registrieren sie bei der Selbstbeobachtung ihr Verhalten unmittelbar in der Situation, in der das Verhalten auftritt. Der Einsatz von Selbstbeobachtungsverfahren (aber auch von Selbstbeurteilungsverfahren; s. Abschnitt 3.3) ist besonders geeignet, wenn Merkmale erfaßt werden sollen, die nur schwer oder gar nicht einer Fremdbeobachtung oder –beurteilung zugänglich sind (z.B. Emotionen, Kognitionen).

Ein Beispiel für ein Selbstbeobachtungsverfahren stellt der von Petermann und Petermann (1997) entwickelte *Detektivbogen* dar, auf dem das Kind täglich beurteilt, ob es ein bestimmtes Zielverhalten zeigen konnte (s. Abb. 5).

Verfahren der Verhaltensbeobachtung und der Selbstbeobachtung sind oft eng mit Interventionen verknüpft (wie z.B. im *Eltern-Kind-Interaktions-Training in vivo*, bei der es sich um eine diagnostisch-therapeutische Methode der Früherkennung und –behandlung psychischer Störungen im Vorschulalter handelt; Kusch, 1993); sie stellen häufig sogar selbst schon eine Intervention dar. Diese Verfahren werden daher oft im Rahmen der *therapiebegleitenden Diagnostik* eingesetzt.


### 3.5 Projektive Verfahren

Projektive Verfahren basieren auf einem psychoanalytischen Interpretationsmodell und zeichnen sich dadurch aus, daß durch mehrdeutiges Testmaterial ein Zugang zu intrapsychischen Prozessen (z.B. Bedürfnisse, Motive, Verarbeitungsstile) gefunden werden soll. Man kann die projektiven Verfahren in *Formdeutungsverfahren*, *verbal-thematische* und *Gestaltungsverfahren* einteilen. Folgende Verfahren werden im Kindes- und Jugendalter am häufigsten durchgeführt:

- Der *Scenotest* (von Staabs, 1995; Ermert, 1994) ist ein Gestaltungsverfahren und wird vor allem bei jüngeren Kindern eingesetzt. Er besteht aus einem Testkasten mit Bausteinen und mehreren Figuren, die Kinder und Erwachsene, Tiere und andere Sym-

Ich, ... *Stephan* ... bin mein eigener Detektiv:

Was habe ich diese Woche alles geschafft?



	1. Beweis: <i>In der Deutschstunde bin ich heute auf meinem Platz sitzen geblieben.</i>	2. Beweis: <i>Ich habe meine Schultasche für morgen gepackt.</i>
Montag (20. 2. 1999)	Nein ☹️ Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> Ja 😊
Dienstag (21. 2. 1999)	Nein <input type="radio"/> Ja 😊	Nein <input type="radio"/> Ja 😊
Mittwoch (23. 2. 1999)	Nein <input type="radio"/> Ja 😊	Nein <input type="radio"/> Ja 😊
Donnerstag (24. 2. 1999)	Nein <input type="radio"/> Ja 😊	Nein ☹️ Ja <input type="radio"/>
Freitag (25. 2. 1999)	Nein ☹️ Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> Ja 😊
Samstag (26. 2. 1999)	Nein ☹️ Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Sonntag (27. 2. 1999)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Nein ☹️ Ja <input type="radio"/>

Zusatzbeweis: *keinen*

**Abbildung 5:**

Ausgefüllter Detektivbogen zur Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle (aus Petermann & Petermann, 1997, S. 79).

bole sowie Gegenstände des täglichen Lebens darstellen. Das Kind wird aufgefordert, mit diesen Elementen eine Szene zu gestalten, die dann anschließend gedeutet wird.

- Beim Verfahren *Familie in Tieren* (Brem-Gräser, 1995) wird das Kind aufgefordert, seine eigene Familie einschließlich sich selbst als Tiere zu zeichnen. Das Kind wird üblicherweise anschließend zu diesen Tieren befragt. Die Interpretation erfolgt hinsichtlich formaler und inhaltlicher Merkmale und soll familiäre Beziehungsmuster offenlegen.
- Der *Thematische Apperzeptionstest* (TAT; Revers, 1979) und der *Thematische Gestaltungstest* (TGT; Revers & Allesch, 1985) finden vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen Anwendung. Der TAT ist das ältere Verfahren und besteht aus 30 Schwarzweißbildern und einer weißen Tafel, die sich je nach Alter und Geschlecht zu 20 Testtafeln zusammenstellen lassen. Das Kind oder der Jugendliche erhält die Aufgabe, zu jeder Tafel eine möglichst dramatische Geschichte zu erfinden.

Die drei genannten Verfahren werden von Rollett (1997), Petermann (1997) und Deegener (1997) kritisch gewürdigt. Insgesamt haben projektive Verfahren heutzutage einen geringeren Stellenwert, da sie nur be-

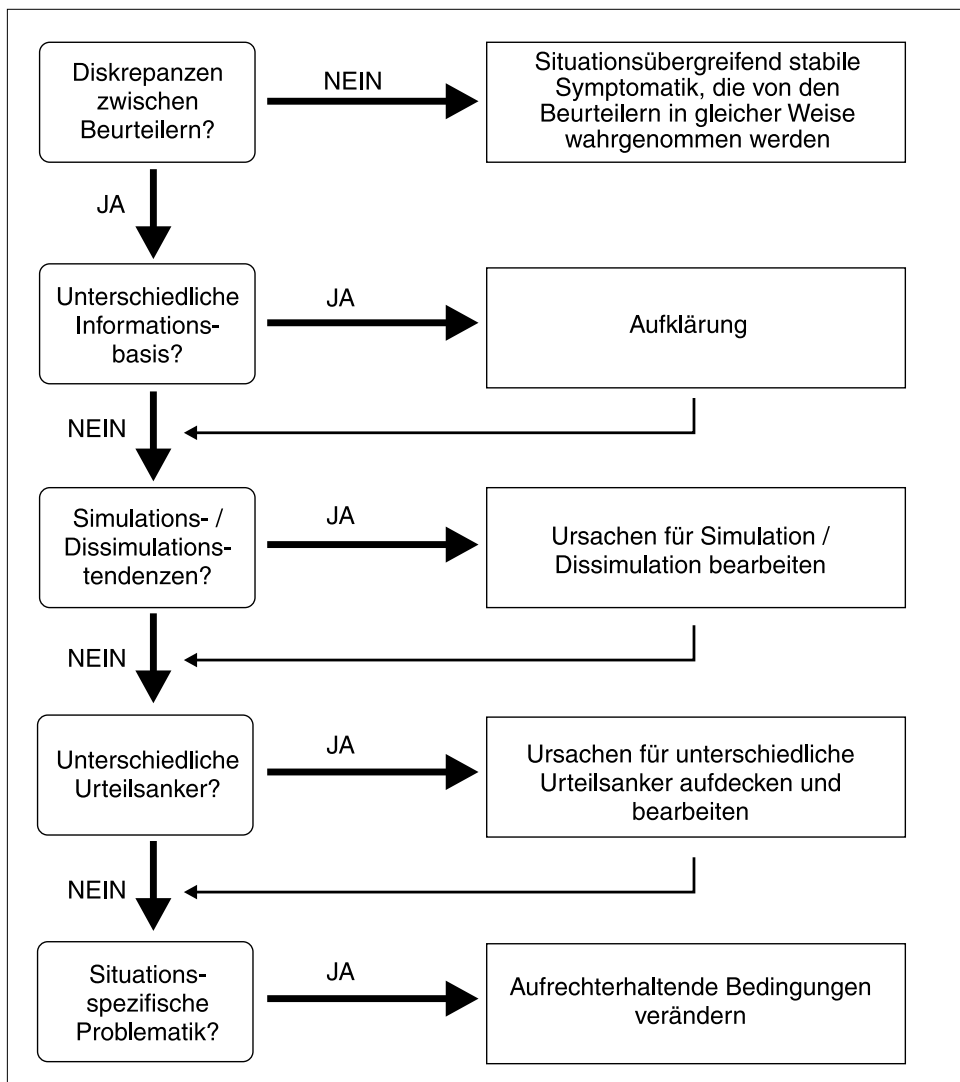
grenzt den Gütekriterien der modernen Diagnostik entsprechen; sie sollten daher nur mit größter Vorsicht eingesetzt werden. Als explorative Techniken können sie jedoch weiterhin wichtige Informationen über die Vorstellungswelt von Kindern und ihre Verarbeitungsstrategien liefern, vor allem, wenn sie mit Informationen aus anderen Quellen (Exploration der Eltern, Fragebogenverfahren) verknüpft werden und zur Hypothesenbildung beitragen.

### 3.6 Integration der Ergebnisse der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik

In der Regel stellt es ein recht aufwendiges Unterfangen dar, die Ergebnisse der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik zu integrieren, insbesondere bei

Einschätzungen verschiedener Beurteiler (einschließlich der Verhaltensbeobachtung). Aus einem solchen Schritt können jedoch wichtige Hinweise auf notwendige therapeutische Interventionen gewonnen werden.

Abbildung 6 gibt eine Übersicht über die einzelnen Schritte bei der Integration der Ergebnisse. Sind zwischen den Beurteilern/Verfahren keine bedeutsamen Diskrepanzen erkennbar, so liegt eine situationsübergreifend stabile Symptomatik vor, die von den Beurteilern in vergleichbarer Weise wahrgenommen wird. Dies kann in der Regel als eine gute Voraussetzung für eine Intervention interpretiert werden. Häufig sind jedoch Diskrepanzen zwischen den Beurteilern festzustellen (s. Kasten 4). In diesem Fall sind die Ursachen für diese unterschiedlichen Einschätzungen, für mögliche Täuschungsversuche und für das situationspezifische Auftreten des Problemverhaltens abzuklären.



**Abbildung 6:**

Integration der Ergebnisse der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (aus Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

## 4 Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik

Der Begriff der *Entwicklungsdiagnostik* wird meist auf das Kleinkind- und Vorschulalter angewandt und umfaßt die Diagnostik der kognitiven Fähigkeiten und spezifischer Leistungen (z.B. die Sprachentwicklung oder die Wahrnehmungsfähigkeit). Die *Intelligenzdiagnostik* erfaßt die kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern. In der *Leistungsdiagnostik* werden umschriebene (meist schulische) Leistungen von Kindern und Jugendlichen erfaßt (z.B. Rechtschreibleistung); darüber hinaus kann man auch überprüfen, ob ein Kind in der Lage ist, seine Alltagsanforderungen zu bewältigen.

Eine zumindest orientierende *Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik* ist bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten aus drei Gründen unverzichtbar, da

- psychische Auffälligkeiten auch einen Hinweis auf eine schulische Überforderung (in Einzelfällen auch Unterforderung) darstellen können; hierbei ist abzuklären, ob eine generelle Überforderung oder eine Überforderung in Teilbereichen aufgrund von umschriebenen Entwicklungsstörungen vorliegt,
- Auffälligkeiten in Folge von Lernstörungen im Schulalter auftreten, die wiederum eine Folge von Entwicklungsdefiziten sein können und
- die Verhaltensbeobachtung während der Leistungsdiagnostik Hinweise auf den Generalisierungsgrad von Verhaltensauffälligkeiten in Leistungssituationen liefert.

Im Kindergartenalter ist eine Entwicklungsdiagnostik um so wichtiger, weil eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den Lehrer, der das Kind in einer relativ standardisierten Situation beobachten kann, entfällt. Neben den Eltern können die Erzieher wertvolle Hinweise auf Entwicklungsdefizite geben. Bei der testpsychologischen Abklärung von Entwicklungsdefiziten hat sich die deutsche Bearbeitung der *K-ABC* als hilfreich erwiesen. Daneben sind aber auch häufig noch andere Verfahren, vor allem zur Diagnostik des expressiven Sprachniveaus, der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit oder der motorischen Fähigkeiten des Kindes indiziert. Ausgewählte Verfahren sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Mit Hilfe der Leistungsdiagnostik sollen zunächst *hirnorganische Beeinträchtigungen* ausgeschlossen oder der Anteil einer solchen Beeinträchtigung an der psychischen Störung eingeschätzt werden (Rist, 1994). Darüber hinaus können leistungsdiagnostische Untersuchungen als Entscheidungshilfe bei *Rehabilitationsmaßnahmen* herangezogen werden; so wird beispielsweise untersucht, ob nach Abklängen einer psychischen Störung noch kognitive Defizite vorliegen und auf wel-

chen unbeeinträchtigten Leistungsbereichen rehabilitative Maßnahmen aufbauen können. Weiterhin stehen innerhalb rehabilitativer Fragen die Bewältigung sowie Einschränkungen in der Bewältigung alltäglicher Probleme im Zentrum der Betrachtung.

Die Leistungsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit *psychischen Störungen* versucht, eine quantitative Aussage über vorhandene *kognitive Leistungen oder Leistungsminderungen* zu geben. Vor dem Hintergrund alters-, geschlechts- und bildungsspezifischer Normen wird die individuelle Leistung des Kindes/Jugendlichen danach beurteilt, ob sie noch im Rahmen normaler Fluktuationen liegt und ob sich einzelne Leistungsbereiche bedeutend voneinander unterscheiden. Im Therapieverlauf unterstützt die Leistungsdiagnostik die Überprüfung von Leistungsverbesserungen.

Hinweise auf Auffälligkeiten im Leistungsbereich ergeben sich aus der Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen (s. Abschnitt 2). Bei Schulkindern gibt die Einschätzung der schulischen Leistungen im *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a)* einen guten Überblick über die schulische Leistungsfähigkeit des Kindes. Generell sollte zumindest ein orientierender Intelligenztest durchgeführt werden, der die weitgehend *sprach- und bildungsunabhängige* intellektuelle Leistungsfähigkeit des Kindes überprüft (z.B. *CPM, CFT1* oder *CFT 20*; s. Tab. 4). Bei Kindern mit schulischen Leistungsproblemen sollte ein differenzierter Intelligenztest, wie der *Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK-R)* oder die *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)* sowie klassenspezifische Schulleistungstests (Lese-, Rechtschreib-, Rechentest; s. Esser & Wyszkon in diesem Buch) durchgeführt werden. Im engeren Sinne neuropsychologische Testbatterien, wie die *Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI)*, können ebenfalls eingesetzt werden. Die Beobachtung des Testverhaltens kann Hinweise auf psychische Auffälligkeiten in einer Leistungssituation geben. Hinweise auf weitere Verfahren geben Döpfner und Schmidt (1993).

Beim Einsatz von Verfahren zur Intelligenz- bzw. Leistungsdiagnostik sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen (vgl. Halperin & McKay, 1998; Rist, 1994; Wurst, Huder & Zadra, 1997a; b):

- Bei Patienten mit *psychischen Störungen* muß sichergestellt werden, daß sie verstehen, was geprüft werden soll;
- bei Patienten mit einer durch die psychische Störung bedingten *Leistungsschwäche* (z.B. Antriebslosigkeit infolge einer Depression) dürfen nicht zu langwierige Verfahren eingesetzt werden; unter Umständen muß ein längerer Zeitraum

**Tabelle 4:**

Ausgewählte Verfahren zur Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik im Kindesalter.

Testverfahren	Autoren*	Altersbereich	Testaufbau	Ergänzende Informationen
<b>Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik:</b>				
<b>CPM</b> Raven-Matrizen-Test Coloured Progressive Matrices	Schmidtke, Schaller & Becker (1980)	4 – 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farbige, geometrische Figuren oder Muster, die mit Hilfe vorgegebener Alternativen zu ergänzen sind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachfreies Verfahren</li> </ul>
<b>CFT 1</b> Grundintelligenztest, Skala 1 (Culture Fair Intelligence Test – Scale 1)	Weiss & Osterland (1980)	5 – 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Paralleltestformen (identische Items, geänderte Reihenfolge)</li> <li>• 5 Unterstests in zeichnerischer Darstellungsform</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachfreies Verfahren</li> </ul>
<b>CFT 20</b> Grundintelligenztest, Skala 2	Weiss (1987)	8 – 18 Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Paralleltestformen (identische Items, geänderte Reihenfolge und Lösungsposition)</li> <li>• 2 Testteile mit je 4 Subtests</li> <li>• ergänzend Wortschatz- und Zahlenfolgetest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermittlung der Leistungsfähigkeit unabhängig von soziokulturellen Einflüssen</li> <li>• Sprachfreies und kulturunabhängiges Testmaterial</li> </ul>
<b>HAWIK-R</b> Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – Revision 1983	Tewes (1983)	6 – 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermittlung eines allgemeinen Intelligenzfaktors</li> <li>• Verbal- und Handlungsteil, insgesamt 11 Untertests zur Ermittlung spezifischer Intelligenzfähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Version für das Vorschulalter (4 – 6 Jahre, HAWIVA; Eggert, 1975)</li> </ul>
<b>K-ABC</b> Kaufmann-Assessment-Battery for Children	Melchers & Preuss (1994)	2 – 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 Unterstests, von denen in der Einzeluntersuchung max. 13 durchgeführt werden</li> <li>• 2 Skalen (Fertigkeitsskala und Skala intellektueller Fähigkeiten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skalen mit unterschiedlichen Altersanforderungen</li> <li>• Sprachfreie Skala (für Kinder im Alter von 4–12)</li> </ul>

für die Durchführung angesetzt werden als bei „normalen“ Personen;

- eine mögliche *Medikation* (z.B. bei psychischen Störungen aber auch bei körperlichen Erkrankungen) kann Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit und Konzentration des Patienten haben;
- zwar erweisen sich die Ergebnisse aus Intelligenztests als relativ stabil, der *Grad der Stabilität* nimmt allerdings mit steigendem Alter zu, so daß Messungen in der frühen Kindheit für die Vorhersage einer späteren Leistungsfähigkeit weniger aussagekräftig sind als zu späteren Entwicklungsperioden;
- sollen *Leistungsverbesserungen* überprüft werden, so ist bei der Verwendung desselben Testverfahrens auf mögliche *Lerneffekte* zu achten.

Unterschiedliche Verfahren können jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, so daß sich die Verwendung desselben Verfahrens mit genügend großem Abstand (ca. 12 Monate) empfiehlt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Verwendung verschiedener Verfahren, die aufgrund ihrer weitgehenden *Parallelität* für Verlaufsuntersuchungen geeignet sind (vgl. Heubrock & Petermann, 1996);

- Stichprobenmittelwerte unterliegen einem mehr oder weniger stark einzuschätzenden *Verfall*, so daß dem ausgewählten Intelligenz-Testverfahren aktuelle Normierungen zugrunde liegen sollten, da mit *Normverschiebungen* über die Zeit zu rechnen ist.

Fortsetzung Tabelle 4:

Testverfahren	Autoren*	Altersbereich	Testaufbau	Ergänzende Informationen
<b>Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik:</b>				
<b>TÜKI</b> Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder	Deegener et al. (1993)	5 – 16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 Untertestbereiche zu Motorik, Wahrnehmung, mnestiche und Denkprozesse, Sprache etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breitgefächerter neuropsychologischer Untersuchungsbereich</li> </ul>
<b>ET 6-6</b> Entwicklungstest für Kinder im Alter von sechs Monaten bis sechs Jahre	Petermann & Stein (2000)	6 Monate – 6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Skalen (Körpermotorik, Handmotorik, Kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung, Soziale Entwicklung, emotionale Entwicklung, Selbständigkeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breitgefächerter Untersuchungsbereich</li> </ul>
<b>HSET</b> Heidelberger Sprachentwicklungstest	Grimm & Schöler (1991)	3 – 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Bereiche mit insgesamt 13 Subtests zur Ermittlung des Entwicklungsstandes sprachlicher Fähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung der Antworten gemäß Entwicklungsabfolge in Stufen (von 0 bis 2)</li> </ul>
<b>FEW</b> Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung	Lockowandt (1996)	4 – 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Untertests zu unterschiedlichen visuellen Wahrnehmungsbereichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung der Antworten gemäß Entwicklungsabfolge in Stufen (von 0 bis 2)</li> </ul>
<b>KTK</b> Körperkoordinations-test für Kinder	Kiphard & Schilling (1974)	5 – 13 ältere, behinderte Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Aufgaben zur Überprüfung der Gesamtkörperbeherrschung</li> </ul>	
<b>MOT 4-6</b> Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder	Zimmer & Volkamer (1985)	4 – 6, bei Entwicklungsrückstand darüber hinaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Aufgaben zur Grob- und Feinmotorik, Koordinations- und Reaktionsfähigkeit etc.</li> </ul>	

## 5 Neuropsychologische Diagnostik

Die *neuropsychologische Diagnostik* im Kindesalter hat neben dem Nachweis von Hirnschädigungen auch die Aufgabe, mit Hilfe entsprechender Verfahren das kognitive Funktionsniveau des Kindes/Jugendlichen zu ermitteln. Bei der neuropsychologischen Leistungsdiagnostik werden spezifische Unterbereiche erfaßt, wie zum Beispiel die Problemlösefertigkeiten oder die Abstraktionsfähigkeit; die Ergebnisse werden als Indikator des Zustandes spezifischer Hirn- und kognitiver Funktionen bewertet (vgl. Heubrock & Petermann, 2000; Wittling, Schweiger & Roschmann, 1995).

Die *neuropsychologische Diagnostik* wird insbesondere bei Kindern mit vermuteten Entwicklungs- und Lernstörungen durchgeführt (Halperin & McKay, 1998). Entwicklungsstörungen verzögern oder verändern die Entstehung einer altersentsprechenden Leistungsfähigkeit; sie führen somit nicht zum Verlust erworbener Funktionen, sondern bewirken, daß sich kognitive und soziale Fähigkeiten vor Abschluß ihrer normalen Entwicklung in altersuntypischer Weise ausprägen. Umschriebene Entwicklungsstörungen (s. Esser & Wyschkon in diesem Buch) beschreiben Minderleistungen in einzelnen, abgrenzbaren Funktionsbereichen bei sonst unbeeinträchtigter Intelligenz und kognitiver Leistungsfähigkeit in den Bereichen, die nicht von der Entwicklungsstörung betroffen sind. Hierzu zählen beispiels-

weise intellektuelle Funktionen (problemlösendes Denken), mnestiche Funktionen (Gedächtnis, Lernfähigkeit), motorische Funktionen, sensorische Funktionen, gnostische Funktionen (Fähigkeit zur Sinnentnahme aus Wahrnehmungsinhalten) oder sprachliche Funktionen. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (s. Kusch & Petermann in diesem Buch) hingegen beinhalten eine schwerwiegende, in der frühen Kindheit einsetzende Abweichung von einer normentsprechenden sozial-kognitiven Entwicklung (Heubrock & Petermann, 1996; 1998).

Die *Leistungsdiagnostik im Rahmen neuropsychologischer Untersuchungen* umfaßt drei grobe Bereiche (Heubrock & Petermann, 2000):

- **Aufmerksamkeit:** mit den Aspekten Aufmerksamkeitskontrolle, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, selektive, geteilte und Daueraufmerksamkeit;
- **Gedächtnis:** mit den Aspekten Informationsaufnahme, Behalten neuer Informationen und Abruf neuer sowie alter Gedächtnisinhalte;
- **Denken:** mit den Aspekten induktives und divergentes Denken, Planen und Problemlösen.

Ein Teil dieser Komponenten kann dabei nicht unabhängig voneinander getestet werden; eine Bewertung der einzelnen Leistungsaspekte ist nur aus dem Ergebnismuster verschiedener Tests möglich.

Da im Kindesalter Entwicklungsaspekte eine herausragende Funktion einnehmen, spielen in der neuropsychologischen Diagnostik von Kindern vor allem jene psychometrischen Verfahren eine Rolle, die einen Vergleich zwischen den vom untersuchten Kind erbrachten Teilleistungen mit altersbezogenen Normwerten erlauben (*interindividueller Vergleich*). Darüber hinaus müssen die diagnostischen Verfahren innerhalb des Leistungsprofils des Kindes signifikant abweichende Testwerte aufzeigen können (*intraindividueller Vergleich*). Die psychometrische Entwicklungsdiagnostik versucht somit, mit Hilfe standardisierter Aufgaben die Verhaltensweisen des Kindes zu erfassen, zu kategorisieren und innerhalb eines relevanten Bezugssystems (z.B. Normwerte altersgleicher Kinder) zu vergleichen (Heubrock & Petermann, 1996). Nach Heubrock und Petermann (2000) umfaßt die neuropsychologische Diagnostik in der Klinischen Kinderneuropsychologie verschiedene Untersuchungsschritte, die letztlich zur Syndromanalyse, Identifikation unbeeinträchtigter Leistungsbereiche, neuropsychologischen Diagnose und damit zur Therapieempfehlung führen (s. Kasten 5). Zu den angeführten Schritten können ergänzend weitere Untersuchungsschritte, beispielsweise zur Differentialdiagnose, nötig sein. Spezifische Verfahren für die einzelnen diagnostischen Aspekte können Heubrock und Petermann (2000) entnommen werden.

#### **Kasten 5:**

Untersuchungsschritte der neuropsychologischen Diagnostik innerhalb der Klinischen Kinderneuropsychologie (nach Heubrock, 1999).

<b>Studium vorliegender Befundunterlagen und anderer Informationen:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbriefe, Befundberichte, Akten und Unterlagen zu bisherigen medizinischen Untersuchungen etc.;</li> <li>• Entwicklungsberichte aus Kindergärten, Heimen etc.;</li> <li>• Untersuchungsheft für Kinder, ggf. auch Mutterpaß;</li> <li>• Schulzeugnisse;</li> <li>• Psychologische Gutachten (z.B. Befunde nach schul- und erziehungspsychologischen Beratungen);</li> <li>• Schwerbehinderten-Ausweis.</li> </ul>
<b>Neuropsychologische Anamnese:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaftsverlauf (z.B. Komplikationen, Medikamente, Substanzmißbrauch, Unfälle);</li> <li>• Geburt (z.B. Komplikationen, Art und Verlauf der Geburt);</li> <li>• Postnatale Entwicklung (z.B. Schlaf-Wach-Rhythmus, Ernährung, soziale und kommunikative Entwicklung);</li> <li>• Kindergartenzeit (z.B. Spielverhalten, motorische Geschicklichkeit, Selbständigkeit);</li> <li>• Schulzeit (z.B. Lern- und Leistungsverhalten, schulische Neigungen, Freizeitverhalten, Kontakt zu Mitschülern und Lehrern);</li> <li>• Ausbildung (z.B. Verlauf und Ergebnisse der Ausbildung, Entscheidung zur Berufswahl, Gründe für mögliche Schwierigkeiten bzw. Beendigung).</li> </ul>
<b>Allgemeine neuropsychologische Exploration:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühere und gegenwärtige Beeinträchtigungen;</li> <li>• (erfolgreicher und mißlungener) Umgang mit den Beschwerden und Beeinträchtigungen;</li> <li>• Ziele der Diagnostik/Therapie/Rehabilitation.</li> </ul>
<b>Orientierende Untersuchung wichtiger Basisfunktionen:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung zu Person, Situation, Zeit und Ort;</li> <li>• Kulturtechniken (Lese- Schreib- und Rechenproben unter verschiedenen Bedingungen);</li> <li>• Rechts-Links-Differenzierung;</li> <li>• Basale Wahrnehmungsleistungen (visuell, akustisch, olfaktorisch, haptisch);</li> <li>• Praxie;</li> <li>• Handpräferenz.</li> </ul>
<b>Psychometrische Untersuchung:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handdominanz;</li> <li>• Allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit;</li> <li>• Individuelles Leistungsprofil;</li> <li>• Sprachbezogene Funktionen;</li> <li>• Psychomotorische Funktionen;</li> <li>• Mnestiche Funktionen;</li> <li>• Aufmerksamkeit und Konzentration;</li> <li>• Exekutive Funktionen.</li> </ul>

## 6 Diagnostik körperlicher Bedingungen

Die körperliche Untersuchung und eine weitere apparative Diagnostik stellen bei entsprechenden anamnestischen Hinweisen einen wichtigen Beitrag zur Diagnosestellung und Therapieplanung dar. Die Bedeutung somatischer Befunde für die Bewertung psychischer Störungen wird unterschiedlich beurteilt; einige diagnostische Kategorien der ICD-10 und des DSM-IV verlangen ausdrücklich eine somatische Abklärung. So besteht beispielsweise das Charakteristikum der Somatoformen Störungen in der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome, wobei die Patienten hartnäckig eine medizinische Untersuchung einfordern, auch wenn diese wiederholt belegen, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Es darf auch nicht übersehen werden, daß körperliche Erkrankungen, insbesondere wenn sie das zentrale Nervensystem betreffen, mit einem deutlich erhöhten Risiko für psychische Störungen einhergehen.

Es gibt mehrere Gründe, die für eine *körperliche Untersuchung* als Teil der Routinediagnostik sprechen (vgl. Bailey, 1995):

- Psychische Störungen können *somatische Ursachen* haben, wobei ein breites Spektrum verschiedener ätiologischer Mechanismen beachtet werden muß. Hierzu gehören Medikamente- und Drogeneffekte, Infektionen – insbesondere des zentralen Nervensystems wie zum Beispiel Meningitis, Enzephalitis – Schädel-Hirn-Verletzungen, perinatale cerebrale Schädigungen, endokrinologische Störungen, genetische Defekte oder auch der Einfluß toxischer Substanzen wie zum Beispiel Blei.
- Psychische Störungen können *somatische Auswirkungen* haben oder im Zusammenhang mit somatischen Symptomen auftreten (z.B. bei einer Pubertätsmagersucht oder einer Bulimie; s. Fichter & Warschburger in diesem Buch).

In den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen ist deshalb die körperliche Untersuchung für viele Diagnosen als notwendig eingestuft worden, während eine apparative Diagnostik meistens erst dann nötig ist, wenn bestimmte Hinweise auf körperliche Komplikationen vorliegen. Bei der Beurteilung möglicher körperlicher Befunde muß abgewogen werden, bei welchen Syndromen gehäuft pathologische Ergebnisse zu erwarten sind. Bailey (1995) sieht routinemäßige Untersuchungen bei Patienten mit emotionalen, aggressiven und dissozialen Störungen als wenig ergiebig an, während es bei psychotischen Störungen, Somatisierungsstörungen, dissoziativen Störungen, Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, Autismus, Entwicklungsstörungen sowie bei Lern- und geistigen Behinderungen entsprechender

Bemühungen bedarf, um eine somatische Ätiologie beziehungsweise Mitbeteiligung zu prüfen.

Die hierarchische *Reihenfolge der einzelnen Untersuchungsschritte* sollte sich hierbei am folgenden Schema orientieren:

- Erhebung der Krankengeschichte, der körperlichen Entwicklung des Auftretens früherer körperlicher Erkrankungen und familiärer Belastungen; zudem müssen Angaben zu bisherigen körperlichen Untersuchungen erfragt werden. Ebenso sind Schwangerschafts- und Geburtsrisiken und Auffälligkeiten aus dem Heft der Vorsorgeuntersuchungen unbedingt zu beachten.
- Bei der körperlichen Untersuchung ist es zunächst bedeutsam, das äußere Erscheinungsbild des Kindes zu beachten und dann spezifische Funktionsbereiche wie Motorik, sensorische Funktionen (Sehen, Hören, Reflexstatus) und die Feinmotorik zu überprüfen. Größe, Gewicht und Kopfumfang sollten gemessen und mit den entsprechenden Normwerten verglichen werden. Die Beurteilung der Reifeentwicklung spielt bei einer Vielzahl von Störungsbildern (wie z.B. Anorexia nervosa) eine wichtige Rolle.
- Bei einer Vielzahl von Entwicklungsverzögerungen des Sehens und Hörens sind Untersuchungen der Fein- und Grobmotorik mit standardisierten Verfahren sowie Funktionsprüfungen erforderlich (z.B. bei der Autistischen Störung).
- Eine weitergehende apparative Diagnostik ergibt sich vor allem dann, wenn bei den genannten Untersuchungen Hinweise auf Auffälligkeiten festgestellt wurden. Auf der Basis dieser Befunde sollten dann gezielte Untersuchungen durchgeführt werden. Die Indikationsstellung ergibt sich einerseits aus der Vorgeschichte und den erhobenen Vorbefunden sowie dem diagnostischen Stellenwert der jeweiligen angewandten Methode (z.B. EEG). Die *Elektroenzephalographie (EEG)* ist für die funktionelle Diagnostik bei psychischen Erkrankungen ein nicht-invasives Verfahren (Rothenberger, 1987). Ableitungen der Hirnströme während des Schlafes, insbesondere wenn die Atmung, Herzfrequenz, Muskelaktivität sowie Augenbewegungen erfaßt werden, erweitern die Beurteilung von Schlafstörungen. Als bildgebende Verfahren des Gehirns können die *Computertomographie (CT)*, die *Magnet-Resonanztomographie (MRT)*, die *Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT)* und die *Positronen-Emissions-Tomographie (PET)* angeführt werden, die biochemische Vorgänge auf molekularer Ebene abbilden (Weissert & Bekier, 1991).

- Laboruntersuchungen umfassen ein breites Spektrum von Parametern, die im Blut, Urin und Liquor (Rückenmarksflüssigkeit) bestimmt werden. Bedeutsam sind insbesondere das Drogenscreening im Blut und Urin sowie Plasmaspiegel von Psychopharmaka. Der Labordiagnostik kommt sowohl eine Bedeutung für die organische Ausschlussdiagnostik als auch für die Therapieüberwachung bei psychopharmakologischen Behandlungen zu.

Das wichtigste Ziel bei der körperlichen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen besteht darin, eine akute körperliche Erkrankung auszuschließen, die möglicherweise das Krankheitsbild bedingt und aufrechterhält. Wiederholte medizinische Diagnoseprozeduren können jedoch auch eine Fixie-

rung hervorrufen und damit eine weitere psychologische Behandlung erschweren. So ist im Einzelfall abzuwägen, ob die bereits erhobenen Befunde den Verdacht einer organischen Ursache hinreichend ausschließen. Im Kindes- und Jugendalter genügt es bei körperlichen Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen oder Erbrechen) nicht, diese psychodynamisch oder durch eine Verhaltensanalyse erklären zu wollen, da solche Befunde einer umfassenden Einordnung bedürfen. Um diagnostische Fehleinschätzungen zu vermeiden, sollten sich daher somatische und psychologische Diagnose-schritte ergänzen und aufeinander abgestimmt erfolgen (Lehmkuhl & Kohlmeyer, 1987). Eine Kooperation zwischen dem psychologischen Therapeuten/Kinderpsychotherapeuten und einem Arzt sollte daher eine Selbstverständlichkeit sein.

## 7 Familiendiagnostik

Die meisten psychischen Störungen äußern sich in der Gestaltung sozialer Beziehungen. Aus diesem Grund kann man aus der Analyse der Gleichaltrigen- und familiären Beziehungen oder des Verhaltens in der Gruppe wichtige Informationen ableiten; in der Klinischen Kinderpsychologie nehmen dabei insbesondere familiendiagnostische Strategien einen großen Stellenwert ein.

Grundlage der *Familiendiagnostik* ist die allgemeine Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen. In der allgemeinen Anamnese und Exploration wird jedoch nicht immer genügend Zeit sein, familien- und umfelddiagnostische Fragen zu berücksichtigen, so daß eine spezielle Sitzung nötig erscheint. Die Exploration mit der gesamten Familie kann besonders aufschlußreich sein, weil familiäre Interaktionen direkt beobachtbar sind. Das diagnostische Erstgespräch nimmt dabei eine wichtige Funktion ein, beeinflusst es doch wesentlich die Motivation der Eltern, einer Familienberatung zuzustimmen und den weiteren Therapieverlauf aktiv mitzugestalten (Sanders & Dadds, 1993). Mögliche Leitlinien zur Durchführung des Erstgesprächs, zur Gestaltung der Gesprächssituation und zum Umgang mit problematischen Situationen in der Befragung des Kindes (z.B. bei Verweigerungen) führen Sanders und Dadds (1993) an.

Nach einem eingehenden Erstgespräch werden erste Annahmen hinsichtlich der möglichen Ursachen der Problematik gebildet, die es im weiteren diagnostischen Prozeß zu überprüfen gilt. Der weitere *familiendiagnostische Prozeß* besteht aus

- dem Sammeln von Informationen von Quellen/Institutionen, die bereits Kontakt zu dem Kind und der Familie hatten (z.B. Hausarzt, Schule),
- der Durchführung ausgewählter *Selbstbeurteilungsfragebögen* und Checklisten,
- dem möglichen Einsatz von *Selbstbeobachtungsverfahren*,
- der *direkten Beobachtung* der familiären und Eltern-Kind-Interaktionen und
- der Befunddarstellung gegenüber den Eltern und dem Erstellen eines Behandlungsplans.

Eine detaillierte Familiendiagnostik zielt darauf ab, die Qualität der *familiären Beziehungen* und *Interaktionen* zu ermitteln (Sanders & Dadds, 1993; vgl. Cierpka, 1996b), so etwa

- die Qualität der Beziehung zwischen den Eltern,
- der Eltern-Kind-Interaktion sowie
- der Beziehungen des Kindes zu seinen Geschwistern und zu wichtigen Personen innerhalb der Familie (z.B. zu den Großeltern),
- die elterlichen Erwartungen an das Kind sowie familiäre Regeln und
- die Beteiligung des Kindes an Entscheidungen hinsichtlich seiner Belange (z.B. Kauf von Kleidung) und an familiären Entscheidungen (z.B. hinsichtlich des Urlaubsziels).

Eine gründliche, multimodale Familiendiagnostik (vgl. Abschnitt 3.1) ist insbesondere dann nötig, wenn eine *familienbezogene Intervention* angezeigt ist. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es im diagnostischen Erstgespräch bedeutende Hinweise darauf gibt, daß wesentliche, soziale Lernmechanismen innerhalb der Familie für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der

psychischen Probleme des Kindes verantwortlich sein könnten beziehungsweise komplexe Wechselwirkungen vorliegen. So ist beispielsweise denkbar, daß die gesamten familiären Beziehungen und das gesamte Familienleben durch die psychischen Probleme eines Familienmitglieds gestört oder, daß die individuellen Verhaltensweisen durch die familiären Interaktionsmuster beeinflusst werden. Neben der *Problem- und Motivationslage der Familie* sollen auch *die familiären Ressourcen* erfaßt werden, die den weiteren Therapieverlauf positiv beeinflussen könnten.

Eine Vielzahl unterschiedlicher familiendiagnostischer Verfahren und Techniken kann angeführt werden (vgl. Cierpka, 1996a), wobei zwischen *subjektiven Selbsteinschätzungen* (zumeist Fragebogenverfahren) sowie *Beobachtungsverfahren* (direkte Beobachtung der familiären Interaktionen durch den Kliniker) zu unterscheiden ist. Der Einsatz dieser strukturierten Verfahren ist von der *unstrukturierten, unsystematischen Beobachtung* der Familie während der gesamten Exploration zu unterscheiden, die beispielsweise erste Hinweise auf Faktoren gibt, die dem Problemverhalten vorausgehen oder mit ihm einhergehen sowie auf Umgebungsfaktoren, die das Problemverhalten beeinflussen (z.B. bestimmte räumliche Bedingungen, familiäre Tagesabläufe).

Die von Cierpka und Frevert (1994) publizierten *Familienbögen* dienen der Erfassung von Stärken und Problemen in Familien. Aus der subjektiven Sicht der Familienmitglieder wird die Familie als Ganzes, einzelne Zweierbeziehungen und die eigene Stellung in der Familie erfaßt. Dementsprechend bestehen die Familienbögen aus drei Modulen:

- dem *Allgemeinen Familienbogen*, mit dessen Hilfe die Familie als *System* fokussiert wird,
- dem *Zweierbeziehungsbogen*, der die Beziehungen zwischen bestimmten *Dyaden* untersucht und
- dem *Selbstbeurteilungsbogen*, in dem nach der Funktion des *einzelnen Familienmitglieds* in der Familie gefragt wird.

In jedem der drei Bögen werden sieben Skalen gebildet, die Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle sowie Werte und Normen beschreiben. Mit dem Familienbogen lassen sich vor allem die Elterneinschätzungen erfassen; sie können aber auch von Kindern ab dem Alter von zwölf Jahren beantwortet werden.

Der *Erziehungsstil der Eltern* kann durch Beobachtung oder mit Hilfe von Fragebögen ermittelt werden. Dabei besteht ein Zugang über eine Selbstbeurteilung der Eltern oder über die Beurteilung durch das Kind oder den Jugendlichen; es können generelle Einstellungslagen oder -praktiken beurteilt werden. Die *Skala zur Messung eines entwicklungsförderlichen Erziehungs-*

*verhaltens (EFE-Skala; Peterander, 1997)* beispielsweise erfaßt Elternverhalten, das besonders *förderlich* für eine positive Entwicklung des Kindes ist (z.B. kognitive Kompetenzen der Eltern oder Qualität der emotionalen Eltern-Kind-Beziehung).

Das *Familiendiagnostische Testsystem* von Schneewind (1988) stellt ein Fragebogensystem dar, das zur Erfassung von innerfamiliären Beziehungen entwickelt wurde. Es ist so aufgebaut, daß durch separate Fragebögen jede Beziehungskonfiguration jeweils aus der Perspektive aller beteiligten Familienmitglieder erfragt werden kann. Vor allem die Fragebögen zur Erfassung der mütterlichen/väterlichen Erziehungspraktiken gegenüber dem Sohn oder der Tochter können nützliche Informationen liefern.

Das *Familien-Self-Monitoring-System (FASEM; Perez, Berger & Wilhelm, 1998)* stellt ein Selbstbeobachtungsverfahren zur Erfassung des Erlebens und der Verarbeitung von Belastungen (chronische Belastungen, kritische Lebensereignisse und alltägliche Mikrostressoren) innerhalb der Familie dar. Familiärer Streß wird dabei als Störung des Gleichgewichts auf verschiedenen Personenebenen (individuelles Gleichgewicht der einzelnen Personen, Gleichgewicht zweier oder mehrerer Familienmitglieder sowie der gesamten Familie) betrachtet, so daß die Reaktionen auf diesen verschiedenen Ebenen von Bedeutung sind. Alle Familienmitglieder, die älter als 13 Jahre sind, sollen mit Hilfe dieses Verfahrens Selbstbeobachtungen zu elf Bereichen protokollieren (z.B. Stimmung, Emotion, Ursachenzuschreibung, Kontrollierbarkeit; insgesamt ca. 130 Fragen). Die Protokollierung erfolgt über sieben Tage zu den gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten und zu vier weiteren Zeitpunkten des Tages, die durch ein akustisches Signal angezeigt werden. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt dabei pro Aufzeichnung ca. 3 ½ Minuten. Erste Untersuchungen belegen zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse hinsichtlich der Meßgütekriterien. Das klinische Urteil über *psychosoziale Belastungen* inner- und außerhalb der Familie läßt sich anhand der fünften Achse der ICD-10 erfassen (Poustka et al., 1994). Die fünfte Achse beschreibt in neun Bereichen mit insgesamt 39 Aussagen abnorme psychosoziale Umstände, unter denen Kinder und Jugendlichen leben und die die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinflussen können (s. Kasten 2 bei Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch).

Der *Family-Relations-Test (Kinder-Version; Bene & Anthony, 1957)* stellt zwar schon ein relativ altes Verfahren dar, gibt jedoch häufig wertvolle Hinweise auf die Verteilung positiver und negativer Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander aus der Perspektive des Kindes. Für dieses Verfahren liegt eine grobe deutsche Normierung und eine Übersetzung der Items vor (Flämig & Wörner, 1977a; b). In der klinischen Praxis hat sich der *Family-Relations-Test* gut

bewährt, weil er ein ausgesprochen kindgemäßes Verfahren darstellt. Es liegt eine Fassung für jüngere Kinder (im Alter von fünf bis sechs Jahren) und für ältere Kinder vor. Vor allem die Fassung für ältere Kinder erweist sich für die klinische Praxis als sehr geeignet. Zur Erfassung der subjektiven Familienstruktur bei etwas älteren Kindern kann darüber hinaus das *Subjektive Familienbild* (SFB; Mattejat & Scholz, 1994) verwendet werden. Den Familienmitgliedern werden Adjektivpaare vorgegeben, anhand derer sie die Beziehungen innerhalb ihrer Familie beschreiben sollen. Mit Hilfe dieses Verfahrens kann untersucht werden, ob die Familienmitglieder ein hohes oder aber geringes Maß an emotionaler Verbundenheit sowie individueller Autonomie wahrnehmen.

Innerhalb der Familiendiagnostik werden neben unsystematischen Verhaltensbeobachtungen während der Exploration auch *Beobachtungsverfahren* (s. Abschnitt 3.4) eingesetzt. Diese sind von Bedeutung, um neben der subjektiven Einschätzung der Familienbeziehungen durch die Familienmitglieder selbst, einen *objektiven Zugang zum Interaktionsverhalten* zu gewinnen.

Für *jüngere Kinder* erweisen sich eher *unstrukturierte Beobachtungssituationen* als nützlich, in denen beispielsweise eine Spielsituation zwischen der Mutter und dem Kind und anschließend gemeinsam zu bewältigende Aufgaben vorgegeben werden. Forehand und McMahon (1981) beispielsweise entwickelten ein Verfahren zur Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion. Die Beobachtung findet in einem Spielzimmer statt, wobei zwei Spielsituationen hergestellt werden. In der ersten Situation soll sich die Mutter beim Spiel auf das Kind einstellen und sich vom Kind führen lassen. In der zweiten Situation soll die Mutter das Spiel strukturieren und bestimmen. Mit Hilfe einer Verhaltensbeobachtung hinter einem Einwegspiegel wird das Verhalten der Mutter und das des Kindes in 30-Sekunden-Intervallen beobachtet und anschließend anhand vorgegebener Kategorien kodiert.

Bei *älteren Kindern* bieten sich *strukturierte Situationen* an. Während Beobachtungen in der häuslichen Umgebung insbesondere Informationen zum familiären Alltag erbringen, sollten familiäre Interaktionen unter standardisierten Bedingungen erfaßt werden. Standardisierte Verfahren beinhalten beispielsweise *Problemlöse-, Entscheidungs- oder Konfliktlöseaufgaben*. Problemlöseaufgaben tragen dazu bei, die Problemlösefähigkeiten der Familienmitglieder in einer abstrakten Problemsituation zu erfassen. Entscheidungsaufgaben ermitteln, ob und wie eine Familie zu Entscheidungen gelangt; diese Situationen spiegeln gegenüber Problemlöseaufgaben oft Bedingungen wider, wie Familien unter Normalsituationen (im Alltag) agieren. Konfliktauslösende Verfahren konfrontieren die Familie mit einer Problemlage, die sie bewältigen sollen. Einzelne Verfahren können Kötter und Nordmann (1996) entnommen werden.

Beobachtungsverfahren werden auch zur Bewertung der *Interaktionen* und der *Kommunikation* zwischen den Eltern und dem Säugling eingesetzt. Die Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter möchte Entwicklungsprozesse abbilden; sie versucht, angepaßte und fehlangepaßte Kommunikations- und Beziehungsmuster zu ermitteln, die sich im Sinne risikoe erhöhender oder -mildernder Faktoren auf die Entwicklung psychischer Störungen in späteren Jahren auswirken können (Papoušek, 1996a). Frascarolo, Cornut-Zimmer und Fivaz-Depeursinge (1996) stellen beispielsweise das *Lausanner Spiel-zu-dritt* vor, ein halbstandardisiertes, videogestütztes Untersuchungs- und Auswertungsverfahren zur Analyse und diagnostischen Einschätzung der triadischen Mutter-Vater-Säuglings-Interaktionen. Dieses Verfahren kann insbesondere bei Familien mit nachgeburtlichen Anpassungsproblemen eingesetzt werden. Beurteilungsskalen zur klinischen Einschätzung der präverbalen Kommunikation zwischen den Eltern und dem Säugling führt beispielsweise Papoušek (1996b) an.

## 8 Verhaltensanalyse

Interventionen setzen nicht nur eine differenzierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten voraus, sondern auch eine Analyse jener Bedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Diese Faktoren und Bedingungen des Problemverhaltens können mit Hilfe einer Verhaltensanalyse ermittelt werden (Haynes, 1998; Kanfer et al., 1996; Schulte, 1998).

Vor Therapiebeginn wird mit Hilfe der Verhaltensanalyse versucht, Teilprobleme zu isolieren. Schulte (1998) unterscheidet mehrere Schritte auf verschiedenen diagnostischen Ebenen:

- **Problemstrukturierung:** Der gegenwärtige Zustand sowie mögliche Ressourcen (z.B. bestimmte Kompetenzen) des Patienten werden ermittelt und eine Diagnose gestellt (Zustandsanalyse). Diese Informationen werden im Rahmen der ersten Stufen des diagnostischen Prozesses erhoben, wie er in Abbildung 1 dargestellt ist. In einem weiteren Schritt werden die Wünsche und Ziele, mit denen der Patient in die Therapie kommt und somit der zu verändernde Ist- und der zu erreichende Soll-Zustand festgelegt (Zielanalyse).
- **Bedingungsanalyse:** Es werden Bedingungen ermittelt, die den Ist-Zustand des Patienten auslösen oder aufrechterhalten, zum Beispiel Stressoren in der Umgebung, soziale Bedingungen oder kognitive Faktoren werden ermittelt. Auch diese Informationen werden im Rahmen der ersten Stufen des diagnostischen Prozesses erhoben (s. Abb.1).
- **Störungsanalyse:** Dieser Schritt bezieht sich auf das konkrete Problemverhalten des Patienten und umschreibt die Verhaltensanalyse im klassischen Sinne. Im Rahmen einer allgemeinen, therapieschulenunabhängigen Störungsanalyse wird zunächst abgeklärt, ob äußere Rahmenbedingungen oder körperliche Bedingungen für das Problemverhalten verantwortlich sein könnten. Darauf folgt eine therapieschulenspezifische Störungsanalyse der verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren

des Problemverhaltens (z.B. auf der Basis eines lerntheoretischen oder kognitiven Ansatzes).

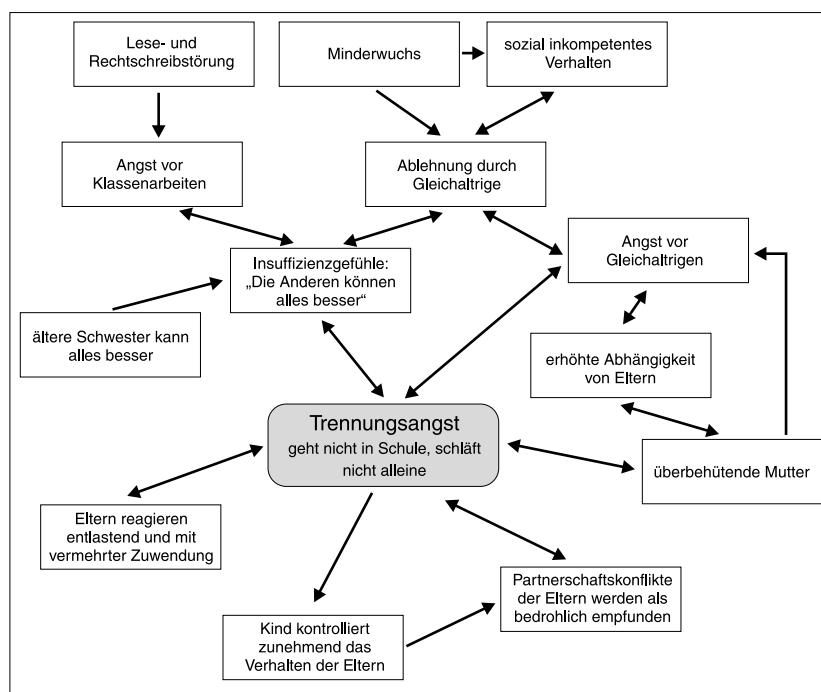
- **Therapieplanung:** Es sollen mögliche Risiken für den Therapieverlauf berücksichtigt werden (Motivations- und Beziehungsanalyse); zudem wird therapiebegleitend überprüft, ob und in welchem Umfang positive Veränderungen eingetreten sind.

Für den Einzelfall sollen anhand der Verhaltensanalyse die nötigen und geeigneten Interventionen, einzelne Komponenten der Interventionen (z.B. Verstärkermaßnahmen, Time-Out-Verfahren) sowie die zu modifizierenden Problemverhaltensweisen ausgewählt werden.

Kanfer und Mitarbeiter (1996) unterscheiden zwei Ebenen der Verhaltensanalyse, nämlich die

- **kontextuelle Verhaltensanalyse** (Makro-Ebene) und die
- **situative Verhaltensanalyse** (Mikro-Ebene).

In der *kontextuellen Verhaltensanalyse* werden sowohl die persönlichen Pläne und Verhaltensregeln von Kindern und vor allem von Jugendlichen als auch die Systembedingungen analysiert, die das Verhalten des Kindes/Jugendlichen beeinflussen. Kanfer und Mitarbeiter (1996) gehen davon aus, daß einzelnen Verhaltensweisen übergeordnete kognitive Ziele und Pläne zugrunde liegen. Diese Ziele und Pläne sind mit indivi-



**Abbildung 7:** Hypothetisches Störungsmodell als Ergebnis einer kontextuellen Verhaltensanalyse bei einem zehnjährigen Jungen mit Trennungsangst.

duellen Verhaltensregeln in spezifischen Situationen verknüpft; die Struktur jeder Handlung wird durch die übergeordneten kognitiven Ziele und Pläne beeinflusst. Da nach dynamischen Einflüssen und Wechselwirkungen hinsichtlich des Problemverhaltens gesucht wird, ist es erforderlich, die betroffene Person in ihrer netzwerkartigen Einbettung in ein Gefüge unterschiedlicher Faktoren sowie sozialer Beziehungen zu sehen. Mit Hilfe dieser Makro-Analyse soll ein Gesamteindruck von den relevanten Problem- und Lebensbereichen des Patienten gewonnen werden.

Die mit Hilfe der einzelnen diagnostischen Verfahren erhobenen Daten und Informationen werden in ein *hypothetisches Störungsmodell* des Patienten integriert (Haynes, 1998; Kanfer et al., 1996). Abbildung 7 gibt ein Beispiel für ein hypothetisches Störungsmodell als Ergebnis einer kontextuellen Verhaltensanalyse bei einem zehnjährigen Jungen mit Trennungsangst. Die Trennungsangst des Jungen war so stark, daß er nicht mehr die Schule besuchen konnte und jede Nacht im Bett der Eltern schlief. Die Pfeile in Abbildung 7 verdeutlichen die hypothetischen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren. Eine vergleichbare Herangehensweise stellen sogenannte Functional Analytic Causal Models (FACMs) oder Functional Analytic Clinical Case Models (FACCMs; vgl. Haynes, 1998; Haynes, Leisen & Blaine, 1997) dar, bei denen es sich um Modelle einer Verhaltensanalyse handelt, die mit Hilfe eines computergestützten Programms erstellt wurden.

In der *situativen Verhaltensanalyse*, die in Kasten 6 beispielhaft für den zehnjährigen Jungen mit Trennungsangst ausgeführt ist, werden auf molekularer Ebene die Bedingungen und Faktoren des Problemverhaltens in konkreten Situationen betrachtet, die unmittelbar zur Entstehung und

### Kasten 6:

Beispiel einer situativen Verhaltensanalyse bei einem zehnjährigen Jungen mit Trennungsangst.

<b>1. Beschreibung des Ist-Zustandes</b>
<p>Als repräsentatives Problem wird die Schulverweigerung ausgewählt</p> <p><b>Subjektiv-kognitive Ebene (<math>\alpha</math>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, der Mutter könnte etwas passieren</li> <li>• Angst, er selbst könne krank werden</li> </ul> <p><b>Physiologische Ebene (<math>\gamma</math>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fühlt sich elend, hat Bauchschmerzen</li> <li>• Herzklopfen</li> </ul> <p><b>Verhaltensebene (<math>\beta</math>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klagt über Beschwerden</li> <li>• Bleibt im Bett liegen und weigert sich, aufzustehen</li> </ul> <p><b>Intensität und Frequenz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit vier Wochen an jedem Schultag, besonders heftig montags</li> </ul> <p><b>Oszillation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptome sind konstant vorhanden, nehmen eher zu. Vor vier Wochen traten die Angstsymptome ebenfalls schon auf, aber die Schule wurde noch unregelmäßig besucht</li> </ul>
<b>2. Horizontale Analyse des Problemverhaltens</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>S:</b> Wecker klingelt an einem Schultag, Mutter weckt das Kind auf</li> <li>• <b>O:</b> Allgemeine Ängstlichkeit Minderwuchs Allgemeine Insuffizienzgefühle</li> <li>• <b>R:</b> <math>\alpha</math> Trennungsangst <math>\beta</math> Vermeidet Schulbesuch <math>\gamma</math> Bauchschmerzen, Herzklopfen</li> <li>• <b>C:</b> Angst vermindert sich wieder (negative Verstärkung) Vermehrte Zuwendung der Eltern (positive Verstärkung)</li> <li>• <b>K:</b> Negative Verstärkung durch Angstminderung erfolgt kontinuierlich Positive Verstärkung durch vermehrte Zuwendung der Eltern erfolgt intermittierend (s. Kasten 7)</li> </ul>
<b>3. Analyse der Entstehung des Problemverhaltens</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auslöser waren heftige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern vor drei Monaten mit Drohung der Mutter, das Haus zu verlassen (klassische Konditionierung von Angst).</li> </ul>
<b>4. Analyse subjektiver Störungskonzepte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Junge:</b> Hat das Gefühl, die Angst nicht beeinflussen zu können; sieht keinen Zusammenhang zwischen der Symptomatik und anderen eigenen Problemen oder Familienproblemen; möchte am liebsten einen Hauslehrer haben.</li> <li>• <b>Eltern:</b> Mutter ist sehr besorgt, daß der Junge nicht doch körperlich krank sei; erkennt eigene überbehütende Tendenz und Eheprobleme als Hintergrund für die Entwicklung der Symptomatik; glaubt, daß der Junge Entlastung brauche; Vater meint, der Junge solle sich nicht so anstellen.</li> </ul>
<b>5. Analyse des bisherigen Umgangs mit Problemen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bislang starke Entlastung und Zuwendung durch die Mutter. Eltern streiten sich über den richtigen Weg. Vater meint, die Mutter müsse strenger sein, hält sich aber zurück.</li> </ul>

Aufrechterhaltung der Problematik beitragen (Kanfer et al., 1996):

- **Beschreibung des Ist-Zustandes (Deskriptiv):** Einzelne, für das Problemverhalten repräsentative Verhaltensepisoden werden ausgewählt. Die Beschreibung des Problemverhaltens erfolgt auf allen Manifestationsebenen (auf der subjektiv-kognitiven [a], verhaltensmäßigen [b] und physiologischen [g] Ebene).
- **Horizontale Analyse des Problemverhaltens:** Die dem Problemverhalten vorhergehenden und nachfolgenden Bedingungen werden analysiert. Die horizontale, situative Verhaltensanalyse wird im sogenannten *SORKC-Modell* dargestellt. Diese Verhaltensformel stellt die kleinste Analyseeinheit einer Verhaltensperiode dar. Im Kasten 7 sind die Komponenten dargestellt, die während sowie unmittelbar vor und nach dem Problemverhalten auftreten und dessen Auftretenswahrscheinlichkeit beeinflussen oder bedingen; Punkt 2 im Kasten 6 gibt ein Beispiel für die einzelnen Aspekte des SORKC-Modells.
- **Analyse der Entstehung des Problemverhaltens:** Mit Hilfe einer Analyse, die biologische, soziale und verhaltensmäßige Veränderungen berücksichtigt, soll die Entstehung des Problemverhaltens über die Zeit betrachtet werden, sofern sie für die derzeitige Situation und deren Veränderung noch relevant ist.
- **Analyse subjektiver Störungskonzepte:** Die subjektiven Vorstellungen des Patienten und seiner Familie über die Entstehung seiner Probleme sind von Bedeutung. Anhand der subjektiven Störungskonzepte kann man erkennen, warum ein Patient und/oder seine Familie bestimmte Schritte unternimmt oder unterläßt.
- **Analyse des bisherigen Umgangs mit Problemen:** Um Maßnahmen zu ermitteln, die möglicherweise mit positiven, kurz- sowie langfristigen Veränderungen verknüpft sein könnten, werden die bisherigen Versuche des Patienten analysiert, das Problemverhalten positiv zu beeinflussen oder mit den einhergehenden Schwierigkeiten umzugehen.

Die Verhaltensanalyse bietet ein komplexes Ordnungsschema an, mit dem man

- das zu verändernde Verhalten identifizieren,
- die Interventionsziele präzisieren und
- die funktionalen Beziehungen zwischen den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen schrittweise modifizieren kann.

#### Kasten 7:

Komponenten des SORCK-Modells.

<b>S = Stimulus:</b>
Stellt die das Problemverhalten auslösende Situation dar.
<b>O = Organismusvariable:</b>
Beschreibt biologische Bedingungen (z.B. Minderwuchs, Alkoholeinfluß) und überdauernde Merkmale und Einstellungen der Person (z.B. Intelligenz, impulsives Temperament, perfektionistische Tendenz).
<b>R = Reaktion:</b>
Stellt die Reaktion der Person auf der subjektiv-kognitiven Ebene, der Verhaltensebene und der physiologischen Ebene dar.
<b>C = Konsequenz:</b>
Beschreibt die Folgen auf ein Verhalten, in Form von positiver Verstärkung (angenehmes Ereignis tritt als Folge eines Verhaltens auf), von negativer Verstärkung (unangenehmes Ereignis wird als Folge eines Verhaltens beendet), von Bestrafung (unangenehmes Ereignis tritt als Folge eines Verhaltens auf) oder von Löschung (angenehmes Ereignis wird als Folge eines Verhaltens beendet).
<b>K = Kontingenz:</b>
Bezeichnet die Regelmäßigkeit, mit der die Konsequenz auf das Verhalten in der Situation erfolgt. Ein Verhalten kann beispielsweise kontinuierlich positiv verstärkt werden (d.h. die positive Verstärkung erfolgt immer, wenn das Verhalten auftritt) oder es kann intermittierend verstärkt werden (d.h. die positive Verstärkung erfolgt nur in etwa 50% der Fälle).

Darüber hinaus werden Wechselwirkungen zwischen den Einflußgrößen ermittelt, so daß die aktive Rolle des Patienten und seines sozialen Umfeldes (insbesondere der Familie) bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Problemverhaltens berücksichtigt wird (Haynes, 1998; Haynes et al., 1997).

### Zusammenfassung

Grundlage des diagnostischen Prozesses, der in mehreren Schritten abläuft, ist die Anamnese und Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen. In einer folgenden detaillierten Informationssammlung werden Grundinformationen zu allen vier Aspekten von Diagnostik erhoben – der Verhaltens- und Psychodiagnostik, der Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik, der Diagnostik körperlicher Bedingungen und der Diagnostik psychosozialer Bedingungen; diese werden in weiteren diagnostischen Schritten ausdifferenziert. Falls nötig, wird eine gründlichere Familien- oder eine neuropsychologische Diagnostik durchgeführt. Das Ergebnis dieser diagnostischen Schritte stellt eine kategoriale Diagnose und eine dimensionale Beschreibung der psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen, seiner kognitiven Defizite und Fähigkeiten sowie der psychosozialen Bedingungen dar. Diese Informationen werden im Rahmen einer Verhaltensanalyse in ein Bedingungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik integriert.

In der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik werden verschiedene Ebenen psychischer Störungen mit unterschiedlichen Methoden erfaßt, die mehrere Informanten einschließt. Neben strukturierten klinischen Beurteilungsinstrumenten (z.B. Diagnose-Checklisten, Interviews) können Fragebogenverfahren, Verfahren zur Verhaltensbeobachtung und zur Selbstbeobachtung sowie projektive Verfahren eingesetzt werden. Durch die Diagnostik körperlicher Bedingungen werden mögliche Ursachen oder auch Folgen psychischer Störungen auf somatischer Ebene erfaßt. Die Beziehungs- und Familiendiagnostik erhebt spezifische Bedingungen des psychosozialen Umfeldes, die möglicherweise zur Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen. In der Verhaltensanalyse wird anhand eines funktionalen Bedingungsmodells das Zusammenwirken verschiedener biologischer, sozialer und persönlichkeitsbezogener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung geordnet.

### Verständnisfragen

1. In welchen Schritten verläuft der diagnostische Prozeß?
2. Welche Bereiche werden bei der Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen thematisiert?
3. Was versteht man unter dem Konzept der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik?
4. Welche Vorgehensweisen zur Familiendiagnostik kennen Sie?
5. Welche Vor- und Nachteile besitzen Beobachtungsverfahren?
6. Was versteht man unter einer Verhaltensanalyse?

## Weiterführende Literatur

- Bellack, A.S. & Hersen, M. (Eds.). (1998). *Behavioral assessment. A practical handbook* (4th edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.). (1995). *Psychologische Diagnostik* (3., korrigierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

## Literatur

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991d). *Integrative Guide for the 1991 CBCL / 4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Towell, C.T. (1987). Child / adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Ambrosini, P.J., Metz, C., Prabucki, K. & Lee, C.J. (1989). Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 723-728.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1995). Practice Parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1386-1402.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (1997). Practice Parameters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, supplement.
- Ammerman, R.T. & Hersen, M. (1993). Developmental and longitudinal perspectives on behavior therapy. In R.T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy with children and adults* (3-9). Boston: Allyn & Bacon.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E. & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- APA (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R)*. Weinheim: Beltz.
- APA (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). (Bezug: Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993b). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern (CBCL / 2-3)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). (Bezug: Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL / 4-18)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). (Bezug: Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). (Bezug: Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln)
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Hove: Guilford.
- Bailey, A. (1995). Physical examination and medical investigations. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (3rd edition, 79-93). London: Blackwell.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (1994). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (3-20). Stuttgart: Enke.
- Bellack, A.S. & Hersen, M. (Eds.). (1998). *Behavioral assessment. A practical handbook* (4th edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Bene, E. & Anthony, J. (1957). *Manual for the Family Relations Test*. London: NFER Publishing Company.
- Berner, W., Fleischmann, T. & Döpfner, M. (1992). Konstruktion von Kurzformen des Eltern- und Erzieherfragebogens zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter. *Diagnostica*, 38, 142-154.
- Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 35-49.
- Brem-Gräser, L. (1995). *Familie in Tieren*. München: Reinhardt.
- Brown, J.S. & Achenbach, T.M. (1998). *Bibliography of published studies using the Child Behavior Checklist and related materials*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1999). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung*, 8, im Druck.
- Cantwell, D.P., Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (1996a). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (1996b). Familiendiagnostik. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (1-22). Berlin: Springer.
- Cierpka, M. & Frevort, G. (1994). *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe.

- Deegener, G. (1997). Testrezension zu Thematischer Apperzeptionstest (TAT). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 29-31.
- Deegener, G., Diemel, B., Hamster, W., Koch, C., Matthaei, R., Nödl, H., Rückert, N., Stephani, U. & Wolf, E. (1997). *Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI, 2., überarbeitete Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Marchia, E. & Poustka, F. (1998). *Diagnostisches Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version. Deutsche Forschungsversion*. Universität Frankfurt.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M.H. (1993a). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV)*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Berner, W., Schwitzgebel, P. & Lehmkuhl, G. (1994). Dimensionen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf der Basis klinischer Beurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 299-317.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1994). Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 244-252.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 519-547.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., von Aster, M. & Steinhausen, H.C. (1995). Die Beurteilung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen anhand der Psychopathologischen Befunddokumentation. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 51-60.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Flechtner, H., Berner, W., von Aster, M. & Steinhausen, H.C. (1997). Das CASCAP-D in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung* (98 – 107). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Schmidt, M. (Hrsg.). (1993). *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter*. München: Quintessenz.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP; 2. korrigierte Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Kalas, R. & Conover, N.C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development*, 56, 265-275.
- Eggert, D. (Hrsg.). (1975). *Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter (HAWIVA)*. Bern: Huber.
- Ehlers, B., Ehlers, T. & Makus, H. (1978). *Marburger Verhaltensliste (MVL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ermert, C. (1994). *Spielverhalten im Scenotest*. Bern: Huber.
- Esser, G., Blanz, B., Geisel, B. & Laucht, M. (1989). *Mannheimer Elterninterview (MEI). Manual*. Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI; 6., ergänzte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Flämig, J. & Wörner, U. (1977a). Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6 bis 11 Jahren, Teil 1: Testmaterial, Durchführung des Tests und Auswertung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 26, 5-11.
- Flämig, J. & Wörner, U. (1977b). Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6 bis 11 Jahren, Teil 2: Eichstichprobe, Normtabellen, Interpretation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 26, 38 – 46.
- Forehand, R.L. & McMahon, R.J. (1981). *Helping the non-compliant child*. New York: Guilford Press.
- Frascarolo, F., Cornut-Zimmer, B. & Fivaz-Depeursinge, E. (1996). Vater-Mutter-Säuglings-Interaktionen im „Lausanner Spiel-zu-dritt“. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 147-154.
- Frölich, J. & Döpfner, M. (1997). Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 597-609.
- Goodyer, I.M. (1990). Annotation: Recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 839-847.
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991). *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET, 2., verbesserte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Halperin, J.M. & McKay, K.E. (1998). Psychological testing for child and adolescent psychiatrists: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 575-584.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Haynes, S.S. (1998). The changing nature of behavioral assessment. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment. A practical handbook* (4th edition; 1-21). Boston: Allyn & Bacon.
- Haynes, S.N., Leisen, M.B. & Blaine, D.D. (1997). Design of individualized behavioral treatment programs using functional analytic clinical case models. *Psychological Assessment*, 9, 334-348.
- Heubrock, D. (1999). *Klinische Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Therapie*. Bremen: Habilitationsschrift im Fach Psychologie, Universität Bremen.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1996). Psychometrische Diagnostik von Entwicklungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 19-23.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1998). Neuropsychologische Diagnostik und Therapie bei umschriebenen Teilleistungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 50-57.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie*. Göttingen: Hogrefe, im Druck.

- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1974). *Körper-Koordinations-test für Kinder (KTK)*. Weinheim: Beltz.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-999.
- Kötter, S. & Nordmann, E. (1996). Die Analyse der familiären Interaktionen – Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (381-411). Berlin: Springer.
- Kusch, M. (1993). Eltern-Kind-Interaktionstraining in vivo mit verhaltensgestörten Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 43-46.
- Laux, G., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Lehmkuhl, G. & Kohlmeyer, K. (1987). Wie spezifisch sind psychopathologische Symptome bei Kindern mit Hirntumoren? *Pädiatrische Praxis*, 35, 597-603.
- Lockowandt, O. (1996). *Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW, 8., überarbeitete Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Mattejat, F. & Scholz, M. (1994). *Das subjektive Familienbild (SFB)*. Leipzig-Marburger Familientest. Göttingen: Hogrefe.
- Melchers, P. & Preuss, U. (1994). *Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC; deutschsprachige Fassung)*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Ollendick, T.H., King, N.J. & Yule, W. (Eds.). (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum.
- Papoušek, M. (1996a). Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 136-139.
- Papoušek, M. (1996b). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140-146.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family processes*. Eugene: Castalia.
- Perrez, M., Berger, R. & Wilhelm, P. (1998). Die Erfassung von Belastungserleben und Belastungsverarbeitung in der Familie: Self-monitoring als neuer Ansatz. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 45, 19-35.
- Peterander, F. (1997). Interaktions- und kommunikationszentrierte Gesprächsführung in Familien mit Problemkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 67-78.
- Petermann, F. (1996a). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis* (3., neu ausgestattete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. (1996b). *Psychologie des Vertrauens* (3., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (1997). Testrezension zu Familie in Tieren – die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 90-92.
- Petermann, F. & Kusch, M. (1995). Klinische Diagnostik. In R.S. Jäger & F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (3., korr. Auflage, 510-533). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS-J / EAS-M; 3., korrigierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern* (8. überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Stein, I.A. (2000). *Entwicklungstest ET 6-6*. Frankfurt: Swets.
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Englert, E., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 566 – 582.
- Poustka, F., Burk, B., Bästlein, M., Denner, S., van Goor-Lambo, G. & Schermer, D. (1994). *Assoziierte aktuelle abnorme Umstände. Achse fünf des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10)*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Revers, W.J. (1979). *Der thematische Apperzeptionstest (TAT)*. Bern: Huber.
- Revers, W.J. & Allesch, C.G. (1985). *Thematischer Gestaltungstest (Salzburg; TGT-S)*. Weinheim: Beltz.
- Rist, F. (1994). Leistungsdiagnostik aus psychiatrischer Sicht. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (126-137). Stuttgart: Enke.
- Rollett, B. (1997). Testrezension zu Scenotest. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 102-104.
- Rossmann, P. (1993). *Depressionstest für Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Rothenberger, A. (1987). *EEG und evozierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Sanders, M.R. & Dadds, M.R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schmidtke, A., Schaller, S. & Becker, P. (1980). *Raven Matrizen Test, Coloured Progressive Matrices (CPM)*. Weinheim: Beltz.
- Schneewind, K.A. (1988). Das familiendiagnostische Testsystem (FDTS): Ein Fragebogeninventar zur Erfassung familiärer Beziehungen auf unterschiedlichen Systemebenen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik* (320-342). Berlin: Springer.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung* (2., unveränderte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwab-Stone, M., Shaffer, D., Dulcan, M.K., Jensen, P.S., Fisher, P., Bird, H., Goodman, S., Lahey, B.B., Lichtman, J.H., Canino, G., Rubio-Stipec, M. & Rae, D.S. (1996). Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 878-888.

- Seidenstücker, G. (1995). Indikation und Entscheidung. In R.S. Jäger & F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (3., korr. Auflage; 478-491). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1987). Multimodale Diagnostik als Standard in der Psychologie. *Diagnostica*, 33, 243-258.
- Seitz, W. & Rausche, A. (1992). *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PFK 9-14)*; 3., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., Lahey, B.B., Bourdon, K., Jensen, P.S., Bird, H., Canino, G. & Regier, D.A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Silverman, W.K. (1991). *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children – Revised*. Albany: Graywind Publication.
- Steinhausen, H.C. & Hautzinger, M. (in Vorb.). *Deutsche Fassung des DISC-IV*. Universität Zürich.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H. & Eisert, H.G. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 184-200.
- Tewes, U. (1983). *HAWIK-R. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Revision 1983*. Bern: Huber.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- von Staabs, G. (1992). *Der Scenotest* (8. Auflage). Bern: Huber.
- Wallbott, H., G. (1994). Verhaltensbeobachtung. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (95-106). Stuttgart: Enke.
- Weiss, R.H. (1987). *Grundintelligenztest, Skala 2 (CFT20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgetest (ZF)*; 3., verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Weiss, R.H. & Osterland, J. (1977). *Grundintelligenztest CFT I, Skala 1*. Braunschweig: Westermann.
- Weissert, M. & Bekier, A. (1991). SPECT in der neuropädiatrischen Diagnostik. In J. Lütschg (Hrsg.), *Aktuelle Neuropädiatrie* (196-210). Berlin: Springer.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K.G. & Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 649-653.
- Westmeyer, H. (1994). Zu Selbstverständnis und Perspektiven der Verhaltensdiagnostik. *Diagnostica*, 40, 270-292.
- WHO (1980). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-9, Kapitel V*. Berlin: Springer.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Braunschweig: Westermann.
- Wittling, W., Schweiger, E. & Roschmann, R. (1995). Neuropsychologische Diagnostik. In F. Petermann & R.S. Jäger (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (3., korr. Auflage; 575-602). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wurst, E., Huter, D. & Zadra, C. (1997a). Zur Problematik vergleichender Intelligenzdiagnostik in der Pädiatrie. I. Testtheoretische Voraussetzungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 291-301.
- Wurst, E., Huter, D. & Zadra, C. (1997a). Zur Problematik vergleichender Intelligenzdiagnostik in der Pädiatrie. II. Praxisorientierte Veranschaulichung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 357-366.
- Zimmer, R. & Volkamer, M. (1987). *Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder (MOT 4 – 6)*; 2., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.