

Fröhlich, Jan und Döpfner, Manfred

Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 8, S. 597-609

urn:nbn:de:bsz-psydok-40070

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life). . 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) . . 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention). . . .	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy)	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMAN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen

Jan Frölich und Manfred Döpfner

Summary

Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders

Individualized diagnostic procedures assess the individual pattern of emotional and behavioural problems. Different individualized assessment procedures were developed. The advantages of individualized assessment are discussed. The Individual Problemlist is presented as an instrument of the individualized diagnostics. In a sample of N=76 children with hyperkinetic disorders aged six to ten years together with the parents and the teachers the therapeutic important problems of the child in the family and in the school were developed by using the Individual Problemlist. The frequency of the individual problems are presented. Using a single subject design the employment of this instrument for monitoring is elucidated.

Zusammenfassung

Eine individualisierte Diagnostik ermöglicht die Erfassung der individuellen Ausgestaltung von psychischen Auffälligkeiten. Dazu wurden verschiedene Ansätze entwickelt. Die Vorteile einer individualisierten Diagnostik werden diskutiert. Die Individuelle Problemliste wird als ein Instrument der individualisierten Diagnostik vorgestellt. In einer Stichprobe von N=76 Kindern mit einer hyperkinetischen Störung im Alter von sechs bis zehn Jahren wurden mit den Eltern und den Klassenlehrern die therapie relevanten Problembereiche des Kindes in der Familie und in der Schule anhand der Individuellen Problemliste erarbeitet. Die Häufigkeit der einzelnen Problembereiche werden dargestellt. Anhand einer Einzelfallstudie wird der Einsatz dieses Instrumentes für die Verlaufskontrolle verdeutlicht.

1 Zur Bedeutung individualisierter Diagnostik

Standardisierte diagnostische Verfahren sind für eine objektive, reliable, und valide Diagnostik unersetzlich. Sie ermöglichen die Beschreibung von Patienten anhand

wichtiger Dimensionen des Erlebens und Verhaltens sowie die diagnostische Einordnung der psychischen Auffälligkeiten. Die individuelle Ausprägung psychischer Störungen läßt sich anhand von standardisierten Instrumenten jedoch häufig nicht hinreichend beschreiben. Psychotherapeutische Interventionen zielen aber auf die Verminderung von individuellen psychischen Auffälligkeiten und Beschwerden. Eine *individualisierte Diagnostik* ermöglicht die Erhebung der individuellen Ausgestaltung psychischer Störungen auf der Basis einer standardisierten Diagnostik. Beispiele für eine solche individualisierte Diagnostik sind die Erfassung der Zielerreichung (goal attainment scaling) und die Erhebung von Zielbeschwerden (target complaints). In beiden Ansätzen werden die Probleme, die verändert werden sollen, gemeinsam mit dem Patienten spezifiziert. Mittels der Zielerreichungs-Skalierung werden die individuellen Probleme auf unterschiedlichen Intensitätsstufen beschrieben, während bei der Erfassung von Zielbeschwerden der mit den Problemen verbundene Leidensdruck erhoben wird (KIREŠUK u. SHERMAN 1983; MINTZ u. KIESLER 1982). Die individualisierte Diagnostik erfüllt damit auch die Merkmale einer behandlungsbezogenen Diagnostik (DÖPFNER u. LEHMKUHL, in diesem Heft), weil sie die behandlungsrelevanten Auffälligkeiten erfaßt.

Die Eingrenzung und Definition der individuellen Probleme, die Gegenstand der Therapie sein sollen, ist somit wesentliche Voraussetzung für eine individualisierte Diagnostik (KAZDIN 1993). Diese Festlegung führt der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten bzw. den Bezugspersonen zum Abschluß der diagnostischen Phase durch. Bei Kindern und Jugendlichen spielen dabei nicht nur der Patient, sondern auch wichtige Bezugspersonen, beispielsweise die Eltern oder auch der Klassenlehrer eine zentrale Rolle. Bei jüngeren Kindern erfolgen diese Definitionen ausschließlich durch die Bezugspersonen und den Therapeuten. Je älter das Kind ist, um so wichtiger ist jedoch auch seine Perspektive. Der Therapeut kann mit den einzelnen Bezugspersonen und dem Patienten unterschiedliche Festlegungen vereinbaren. So mag für den Lehrer eines Kindes mit hyperkinetischen Auffälligkeiten besonders zentral sein, daß es im Unterricht nicht mehr so häufig dazwischenredet; für die Eltern können die Probleme bei den Hausaufgaben im Mittelpunkt stehen und für das Kind selbst kann es besonders wichtig sein, daß es lernt, feste Freunde zu gewinnen.

Im Rahmen des Therapieprogrammes für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) entwickelten DÖPFNER und Mitarbeiter (1997) *Individuelle Problemlisten* zur individualisierten Diagnostik und Therapiekontrolle bei Kindern mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörungen. THOP ist ein multimodales Interventionsprogramm, das verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Eltern-Kind-Programm), im Kindergarten bzw. in der Schule und beim Kind selbst (kindzentrierte Interventionen im Rahmen des Eltern-Kind-Programmes) miteinander verbindet und auch in Kombination mit medikamentösen Interventionen durchgeführt werden kann. Das Programm kann zur Behandlung von Kindern im Alter von drei bis etwa zwölf Jahren eingesetzt werden. Es wurde im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen entwickelt (DÖPFNER et al. 1996). Das Programm ist auch bei Kindern mit ausschließlich oppositionellen Verhaltensstörungen einsetzbar.

Als erster Behandlungsschritt werden nach Abschluß der standardisierten Diagnostik gemeinsam mit den Eltern unter Einbeziehung des Kindes drei bis vier konkrete Verhaltensprobleme definiert, deren Verminderung Ziel der Behandlung sein soll. Durch die Formulierung der individuellen Probleme werden somit auch die Therapieziele definiert. Die Verhaltensauffälligkeiten werden gemeinsam mit den Eltern auf der Basis der Ergebnisse der standardisierten Diagnostik möglichst konkret operationalisiert und soweit möglich situativ spezifiziert.

Die einzelnen Verhaltensprobleme sollten möglichst konkret formuliert und gegeneinander abgegrenzt werden. Die Konkretisierung sollte sich auf die Situationen und auf die Intensität beziehen, mit der das Verhalten in den Situationen auftritt. Eine Konkretisierung der Situation gelingt nicht immer, sollte aber nach Möglichkeit angestrebt werden, weil situationsunabhängig definierte Verhaltensprobleme im allgemein schwieriger zu behandeln sind. Tabelle 1 zeigt eine Liste häufiger Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie und gibt Beispiele für konkrete Formulierungen (DÖPFNER et al. 1997).

Tab. 1: Beispiele für die Formulierung der Verhaltensprobleme
des Kindes in der Familie (nach DÖPFNER et al. 1997)

-
- Ist fast den ganzen Tag auf Achse und kann sich selten länger als 10 Minuten beschäftigen.
 - Reagiert auf fast keine Aufforderung unmittelbar, sondern nur manchmal nach mehrfacher Wiederholung und wenn die Mutter laut wird
 - Beachtet folgende Regeln in der Familie so gut wie nie: Straßenschuhe ausziehen, Hände vor dem Essen waschen, Spielsachen nicht im Wohnzimmer und der Küche liegen lassen.
 - Ärgert und traktiert die kleine Schwester jeden Tag mindestens viermal, so daß sie heulend zu mir kommt.
 - Läßt seinen kleinen Bruder nie mitspielen
 - Kommt nie pünktlich nach Hause, sondern bleibt bis zu zwei Stunden länger weg.
 - Stört ständig und macht Lärm, wenn Besuch kommt.
 - Ist beim Essen sehr unruhig. Steht mindestens zweimal auf, häufig fallen Dinge auf den Boden.
 - Trödelt morgens extrem, reagiert auch nicht auf mehrfache Anweisungen sich anzuziehen, zu waschen, zum Frühstück zu kommen.
 - Platzt ständig in die Unterhaltungen anderer Familienmitglieder.
 - Schreit sofort, wenn er etwas nicht bekommt oder tun darf (z.B. abends nicht mehr auf die Straße darf; keine Süßigkeiten bekommt).
 - Bekommt jeden Tag mindestens zwei heftige Wutausbrüche, wirft dann mit Gegenständen um sich und schreit bis zu einer halben Stunde lang.
 - Braucht für die Hausaufgaben bis zu 3 Stunden, beschäftigt sich immer wieder mit anderen Dinge oder starrt Löcher in die Luft.
 - Schimpft und mault während der Hausaufgaben fast unablässig.
 - Macht die Hausaufgaben extrem unordentlich. Texte sind meist nicht leserlich. Macht in fast jeder Rechenaufgabe Flüchtigkeitsfehler.
 - Hat permanent ein extrem unordentliches Kinderzimmer. Der Boden ist mit Kleidungsstücken, Spielsachen und Essensresten übersät. Auf dem Schreibtisch türmt sich ein Berg von Spielsachen.
-

Für die Beurteilung der Häufigkeit des Problemverhaltens ist eine sechsstufige Antwortskala (von 0=nie bis 5=ständig) vorgegeben. Die subjektive Problembelastung wird anhand einer zehnstufigen Skala von „0=kein Problem“ bis „9=es hätte nicht schlimmer sein können“ eingeschätzt. Zusätzlich wird auf dieser Skala global beurteilt, wie problematisch das Verhalten des Kindes insgesamt im Beurteilungszeitraum erlebt wurde. Die zweifache Beurteilung sowohl hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit des Problemverhaltens als auch der dadurch ausgelösten subjektiven Belastung der Bezugsperson wurde gewählt, weil Häufigkeit und Problembelastung nicht immer übereinstimmen. So können beispielsweise seltene Wutausbrüche, im Vergleich zu der fast ständig vorhandenen motorischen Unruhe eines Kindes, insgesamt als wesentlich belastender erlebt werden. Abbildung 1 zeigt beispielhaft eine Problemliste, die von der Mutter des siebenjährigen Peter beurteilt wurde.

Problemliste: Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie		
Name des Kindes: <i>Peter</i>	heutiges Datum:	Beurteiler: <i>Mutter</i>
Beurteilen Sie bitte für die vergangene Woche: 1. wie häufig das beschriebene Problemverhalten aufgetreten ist 2. wie belastend oder beeinträchtigend Sie das Problem empfunden haben		
Problemverhalten	Wie häufig trat das Problemverhalten auf?	Wie belastend war das Problem?
1. <i>Wagt sich, ins Bett zu gehen, kommt mehrmals mehrmals heraus</i>	nie ein- 2-3 täg- mehr- stän- mal Mal lich lög- dig 0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5	Kein Problem Es hätte nicht schlimmer sein können 0 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7 8 9
2. <i>läßt sich bei den Hausaufgaben nicht helfen, schimpft und weault</i>	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6 7 <input checked="" type="checkbox"/> 9
3. <i>Unvollständigt Hausaufgaben, streicht und brummt sehr lange</i>	0 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9
4. <i>/</i>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Wie problematisch war das Verhalten des Kindes insgesamt?		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Arbeitsblatt 102 Problemliste Verhaltensprobleme des Kindes		

Abb. 1: Individuelle Problemliste (nach DÖPFNER et al. 1997), Beispiel Peter

Diese individuellen Probleme werden von den Eltern in regelmäßigen Abständen (in der Regel zu Beginn jeder Therapiesitzung) hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit und der subjektiv empfundenen Problembelastung beurteilt. Analog werden die individuellen Probleme des Kindes im Kindergarten bzw. in der Schule gemeinsam mit der Erzieherin/dem Erzieher bzw. der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer festgelegt. Anhand eines *Kontrollbogens: Verhaltensprobleme des Kindes* (DÖPFNER et al. 1997) können die Problembeurteilungen übersichtlich zusammengefaßt werden, wodurch die Verlaufskontrolle erleichtert wird. Abbildung 2 zeigt beispielhaft einen solchen Kontrollbogen für Peter, der den Verlauf der von der Mutter zu Beginn jeder Therapiesitzung

abgegebenen Beurteilungen während der ersten acht Sitzungen einer Verhaltenstherapie wiedergibt. Danach vermindert sich die Problematik beim Zubettgehen innerhalb der ersten acht Behandlungswochen deutlich, vor allem nach der vierten Sitzung, in der mit der Mutter entsprechende Interventionen für diesen Problembereich erarbeitet wurden. Die beiden anderen Hauptprobleme, die sich um die Hausaufgabenituation drehen, zeigen noch keine eindeutige Veränderung. Das zweite Problem (läßt sich bei den Hausaufgaben nicht helfen, schimpft) tritt zwar nicht täglich auf, wird aber von der Mutter als besonders belastend erlebt.

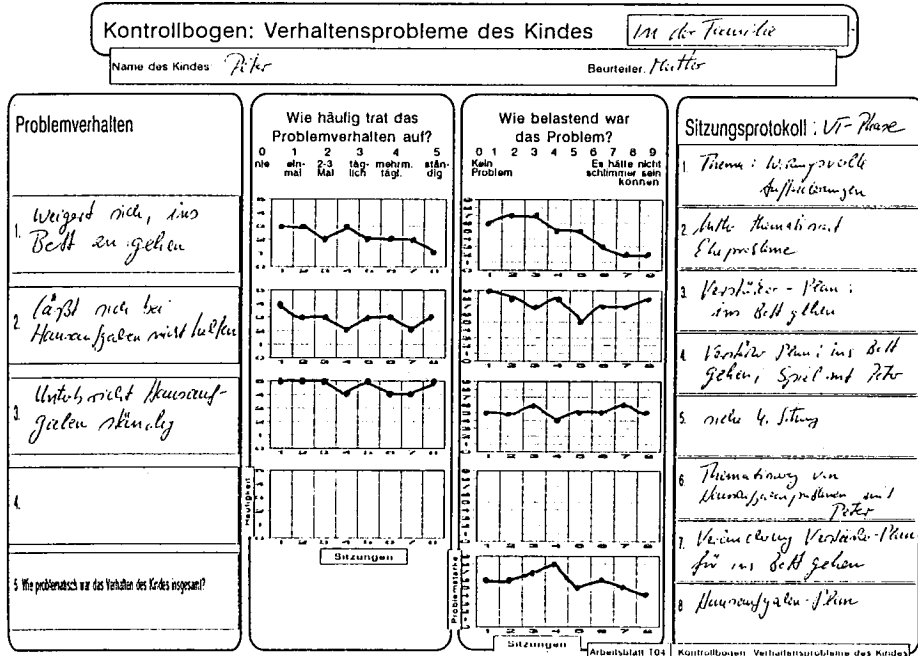


Abb. 2: Kontrollbogen: Verhaltensprobleme des Kindes (nach DÖPFNER et al. 1997), Beispiel Peter

Mithilfe der *Individuellen Problemliste* läßt sich eine individualisierte Diagnostik auch für andere Störungsbilder durchführen. So setzten DÖPFNER und REISTER (1997) eine modifizierte Problemliste zur Verlaufskontrolle bei der Behandlung eines Patienten mit Tourette-Störung ein. Gemeinsam mit dem jugendlichen Patienten wurden zunächst die einzelnen Ausprägungsformen seiner Tic-Störung definiert und voneinander abgegrenzt. Der Patient schätzte jeder Tag selbst die Häufigkeit der einzelnen Tics und den Grad der subjektiven Belastung durch diese ein. Abbildung 3 zeigt einen solchen Tagesbeurteilungsbogen des zwölfjährigen Michael. Die drei voneinander abgrenzbaren Tic-Reaktionen (Kopfnicken, Zucken mit Mundwinkel und Räuspern) traten unterschiedlich häufig auf, wobei sie in der Häufigkeit deutlichen Schwankungen unterworfen waren. Am häufigsten beobachtete der Patient das Zucken mit dem Mundwinkel, das er jedoch als weniger belastend empfand als das seltener auftretende Kopfnicken. Am meisten belastete ihn jedoch das Räuspern.

Tagesbeurteilung: Tics				
Name des Kindes/ Jugendlichen: <i>Michael</i>		Beurteilung vom: bis:		Beurteiler <input checked="" type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Eltern
Tics 0 nicht beobachtet 1 mehr als 2 Std. täglich 2 bis zu 3 Std. täglich 3 bis zu 5 Std. täglich 4 etwa 5-10 Min. täglich 5 etwa 2-3 Min. täglich 6 (nahezu) ständig	Wie häufig traten die Tics auf? 	Wie belastend waren die Tics? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 gar nicht extrem	Tagesprotokoll 1. 2. 3. <i>11.9.: Schlechte Nacht zurück bekommen.</i> 4. 5. 6. 7.	
1. <i>Kopfnicken</i> 2. <i>Zucken mit Mundwinkel</i> 3. <i>Räuspern</i> 4. 5. Tics insgesamt	 	 	1. 2. 3. <i>11.9.: Schlechte Nacht zurück bekommen.</i> 4. 5. 6. 7.	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13		

Abb. 3: Tagesbeurteilungsbogen für Tic-Störungen (nach DÖPFNER & REISTER 1997), Beispiel Michael

Mithilfe einer *Individuellen Problemliste* lassen sich jedoch nicht nur beobachtbare Verhaltensweisen sondern auch subjektive Befindlichkeiten oder kognitive Phänomene erfassen, beispielsweise den Grad der empfundenen Angst bei einem Patienten mit Angststörungen (DÖPFNER 1995; DÖPFNER u. BREUER 1997) oder die Häufigkeit von Zwangsgedanken bei einem Patienten mit Zwangsstörungen (vgl. DÖPFNER 1997). Neben der Beurteilung psychopathologischer Phänomene kann die Problemliste auch zur Beurteilung anderer behandlungsrelevanter Probleme oder Kriterien für den Therapieerfolg eingesetzt werden, die zumindest in der Therapieforschung bislang wenig Beachtung fanden (vgl. DÖPFNER 1997) – beispielsweise zur Erfassung des Ausmaßes, in dem Eltern und Kind in der Lage sind, sich gegenseitig zuzuhören oder anderer Aspekte der familiären Beziehungen.

Insgesamt lassen sich mehrere Vorteile bei der Anwendung der individualisierten Diagnostik in der klinischen Praxis nennen:

- Individualisierte Diagnostik hilft, den Behandlungsauftrag zu spezifizieren und damit für alle Beteiligten Klarheit hinsichtlich der Zielsetzung der Therapie zu verschaffen. Ändern sich im Verlauf der Behandlung die Zielsetzungen, dann können *Individuelle Problemlisten* entsprechend adaptiert werden. Änderungen von Zielsetzungen werden somit explizit gemacht. Durch eine solche Transparenz lassen sich auch Widerstandsphänomene in der Therapie leichter bearbeiten, die auf divergierenden Therapiezielen beruhen (vgl. DÖPFNER u. LEHMKUHL 1996).
- Individualisierte Diagnostik erlaubt eine kontinuierliche Kontrolle der Therapieverlaufs durch die Erfassung von Veränderungen bei den als therapielevant definierten Pro-

blemen. Phasen der Stagnation oder der Zunahme der Problematik können frühzeitig und relativ objektiv erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

- Individualisierte Diagnostik eignet sich auch zur Überprüfung der Effekte pharmakologischer Behandlung. So fordern beispielsweise TAYLOR und Mitarbeiter (1997) in den europäischen Leitlinien für die Diagnose und Therapie hyperkinetischer Störungen, daß die Wirksamkeit medikamentöser Therapie an der Verminderung individuell definierter Verhaltensprobleme zu bemessen sei.
- Individualisierte Diagnostik ist ein ausgesprochen ökonomisches Verfahren, weil nur wenige relevante Problembereiche erfaßt werden. Dadurch können auch leichter kontinuierliche Informationen von Bezugspersonen erhoben werden, zu denen der Therapeut keinen engen Kontakt halten kann (beispielsweise zu Klassenlehrern oder zu Kindergartenerziehern).
- Individualisierte Diagnostik kann therapeutisch wirksam sein. Werden individuelle Problemlisten von Bezugspersonen bearbeitet, dann können Wahrnehmungsverzerrungen durch die kontinuierliche Beobachtung vermindert werden. Bearbeitet der Patient selbst die Problemlisten, so kann eine solche Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung auch zu einer Verminderung von psychischen Auffälligkeiten beitragen. Dieser Effekt wird vor allem im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes genutzt.

Die vorliegende Studie hat zwei Zielsetzungen: (a) Zunächst sollen am Beispiel der *Individuellen Problemlisten* bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen die Inhalte der von den Therapeuten mit den Eltern und den Lehrern erarbeiteten individuellen Verhaltensprobleme untersucht werden. (b) Danach soll anhand einer Einzelfallstudie die Anwendung der Problemlisten in der Verlaufskontrolle verdeutlicht werden.

2 Stichprobe und Methodik

Die Untersuchungsstichprobe besteht aus N=76 Kindern, die im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen eingehend untersucht wurden. Zum Abschluß der Diagnostik wurden mit den Eltern und den Klassenlehrern der Kinder *Individuelle Problemlisten* erarbeitet. Aufgenommen wurden Kinder:

- im Alter von sechs bis zehn Jahren, die eine Grundschule oder eine Sonderschule in den Klassenstufen eins bis vier besuchen;
- bei denen anhand von strukturierten Interviews der Eltern und der Lehrer die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (F90.x) oder einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-III-R (314.0) gestellt wurde,
- bei denen keine Intelligenzminderung vorlag
- und deren Eltern bereit waren, sich aktiv an einer mehrmonatigen ambulanten Behandlung mit Kontakten im wöchentlichen Rhythmus zu beteiligen.

In die Untersuchungsstichprobe wurden 71 Jungen und fünf Mädchen im Alter von sechs bis zehn Jahren aufgenommen. Die Stichprobe ist detailliert bei BREUER und DÖPFNER (in diesem Heft) beschrieben.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der therapierelevanten Problembereiche

Abbildung 4 zeigt die therapierelevanten Problembereiche, die mit den Eltern der Kinder aus der Untersuchungsstichprobe zu Beginn der Behandlung anhand der *Individuellen Problemliste* formuliert wurden. Am häufigsten wurden oppositionelle und aggressive Verhaltensauffälligkeiten sowie motorische Unruhe und Ablenkbarkeit des Kindes in der Familie als individuelles therapierelevantes Problem formuliert. Jeweils rund ein Drittel aller individuellen Probleme sind diesen beiden Problembereichen zugeordnet. 23% der individuellen Probleme beschreiben expansive Verhaltensauffälligkeiten, die sowohl oppositionelle und aggressive als auch hyperkinetische und impulsive Auffälligkeiten in einer Problemdefinition beinhalten und deshalb nicht näher klassifizierbar sind. Alle anderen Problembereiche – mangelnde Ordnung, dissoziales Verhalten, introversive Auffälligkeiten und andere Auffälligkeiten – werden selten thematisiert.

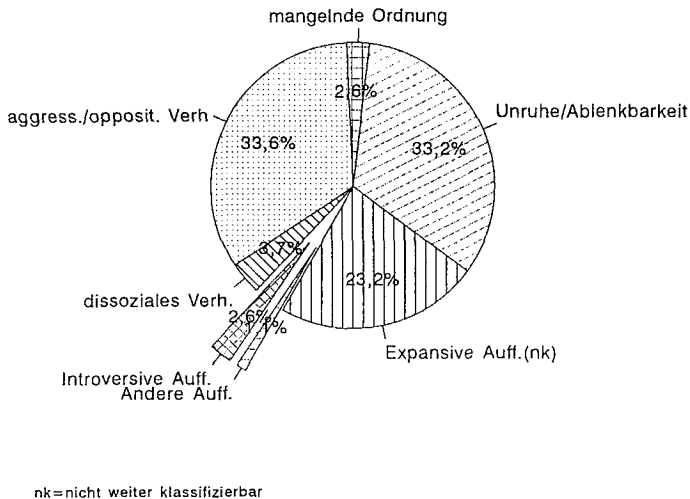
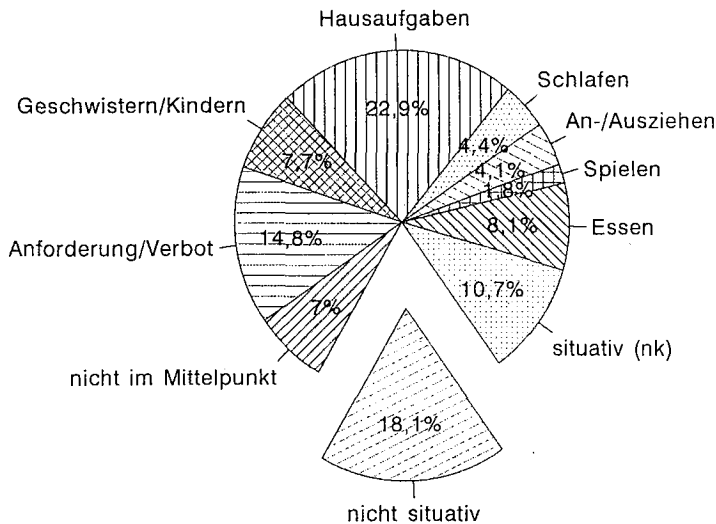


Abb. 4: Häufigkeit therapierelevanter Problembereiche in der Familie; *Individuelle Problemliste* der Eltern (Untersuchungsstichprobe, N=76)

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der familiären Situationen, in denen die individuellen Probleme auftreten. 18% der individuellen Probleme sind nicht situativ eingegrenzt. Am häufigsten wird die Hausaufgabensituation (23% aller Probleme) als Problemsituation identifiziert. An zweiter Stelle stehen Aufforderungs- und Grenzsetzungssituationen, gefolgt von Essens-Situationen und Situationen mit Geschwistern oder anderen Kindern. Relativ häufig werden auch Situationen genannt, in denen das Kind nicht im Mittelpunkt steht (beispielsweise, wenn sich die Eltern unterhalten oder wenn Besuch kommt).

Abbildung 6 zeigt die therapierelevanten Problembereiche, die mit den Klassenlehrern der Kinder der Untersuchungsstichprobe zu Beginn der Behandlung abgegrenzt



nk=nicht weiter klassifizierbar

Abb. 5: Familiäre Situationen, in denen therapier relevante Probleme auftreten; *Individuelle Problemliste* der Eltern (Untersuchungsstichprobe, N=76)

wurden. Am häufigsten wurden Ablenkbarkeit und motorische Unruhe im Unterricht als individuelles therapier relevantes Problem formuliert. In rund 28% aller individuellen Probleme werden allerdings auch Aggressivität (vor allem gegenüber Klassenkameraden), allgemeine Reizbarkeit und oppositionelles Verhalten gegenüber dem Lehrer genannt. Weitere 12% aller Probleme betreffen Störungen des Unterrichtes und impulsives Verhalten.

Insgesamt werden in der Schule und in der Familie sowohl hyperkinetische als auch aggressiv-oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten als therapier relevante Probleme genannt, während introversive Auffälligkeiten bei der Formulierung therapier relevanter Probleme kaum eine Rolle spielen.

3.2 Verlaufskontrolle mit der Individuellen Problemliste – eine Einzelfallanalyse

Die *Individuellen Problemlisten* stellen ein ökonomisches Instrument zur Verlaufskontrolle nicht nur für die Forschung sondern auch im Rahmen der klinischen Einzelfallkontrolle dar. Dies soll anhand einer Einzelfallanalyse dargestellt werden.

Diagnostische Befunde: Der siebenjährige Peter wird von der Mutter vorgestellt, weil er nach ihren Angaben sowohl in der ersten Klasse der Grundschule als auch in der Familie durch sein ausgesprochen unruhiges Verhalten auffalle. Zu Hause seien vor allem die Hausaufgaben sehr problematisch. Außerdem gebe es regelmäßig heftige Auseinandersetzungen, wenn Peter ins Bett gehen soll. In der Schule störe er auch häufig den Unterricht, vor allem indem er ständig dazwischenrufe und von seinem Platz aufstehe. Das Verhalten in der Schule sei so problema-

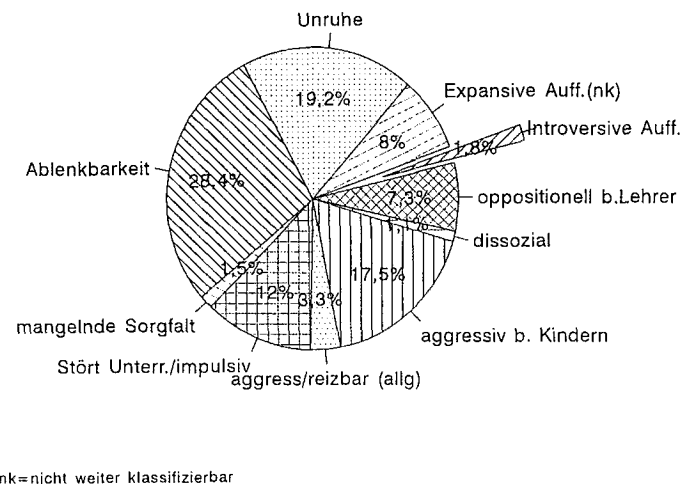


Abb. 6: Häufigkeit therapierelevanter Problembereiche in der Schule; *Individuelle Problemliste* der Eltern (Untersuchungsstichprobe, N=74)

tisch, daß eine Umschulung auf eine Sonderschule erwogen werde. Nach einer ausführlichen Exploration der Mutter und einem telefonischen Interview der Klassenlehrerin wurde die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 (F90.1) gestellt. Im *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL 4-18) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a; DÖPFNER et al. 1994a) beschreibt die Mutter in der Skala Aufmerksamkeitsstörungen überdurchschnittliche Auffälligkeiten (T-Wert=73), ebenso auf der Skala Aggressives Verhalten (T-Wert=67). Auf allen anderen Skalen wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Im *Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie* (HSQ-D) (DÖPFNER et al. 1997) gibt die Mutter mehrere Situationen in der Familie an, die sie als sehr belastend erlebt, insbesondere die Hausaufgabensituation und denn, wenn Peter andere Aufgaben oder Aufträge erledigen soll. Weitere sehr deutliche Schwierigkeiten zeigen sich bei den Mahlzeiten und wenn Besuch kommt.

Im *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (TRF) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b; DÖPFNER et al. 1994b) beschreibt die Lehrerin Peter auf der Skala Aufmerksamkeitsstörungen als auffällig (T-Wert=75) und auch das aggressive Verhalten ist nach ihrer Einschätzung überdurchschnittlich ausgeprägt (T-Wert=64).

Zum Abschluß der diagnostischen Phase werden gemeinsam mit den Eltern die in Abbildung 1 dargestellten therapierelevanten Verhaltensprobleme von Peter in der Familie eingegrenzt. Mit der Lehrerin werden folgende Verhaltensprobleme in der Schule definiert: (1) P. ruft ständig im Unterricht dazwischen. (2) P. steht mehrmals pro Unterrichtsstunde von seinem Platz auf und wandert durch die Klasse. (3) P. streitet sich körperlich mit anderen Kindern und bedroht sie.

Therapieverlauf: Abbildung 7 zeigt die Veränderungen in den therapierelevanten Verhaltensproblemen (der Problembelastungen: 0=kein Problem; 9=es hätte nicht schlimmer sein können) in der Familie und in der Schule. Die Behandlung wurde im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie durchgeführt, bei der die Behandlungen in Behandlungsphasen mit je sechs wöchentlichen Sitzungen unterteilt sind. Mit Peter wurden insgesamt drei Behandlungsphasen durchgeführt: eine Beratungsphase und zwei Phasen mit verhaltenstherapeutischen Interventio-

nen. Nach Beendigung dieser Intensivbehandlung mit einem Kontakt wöchentlich wurde die Nachsorge mit zunächst vierzehntägigen später monatlichen Kontakten eingeleitet. Die Nachtuntersuchungen (N1 bis N3) fanden im Abstand von jeweils einem halben Jahr statt.

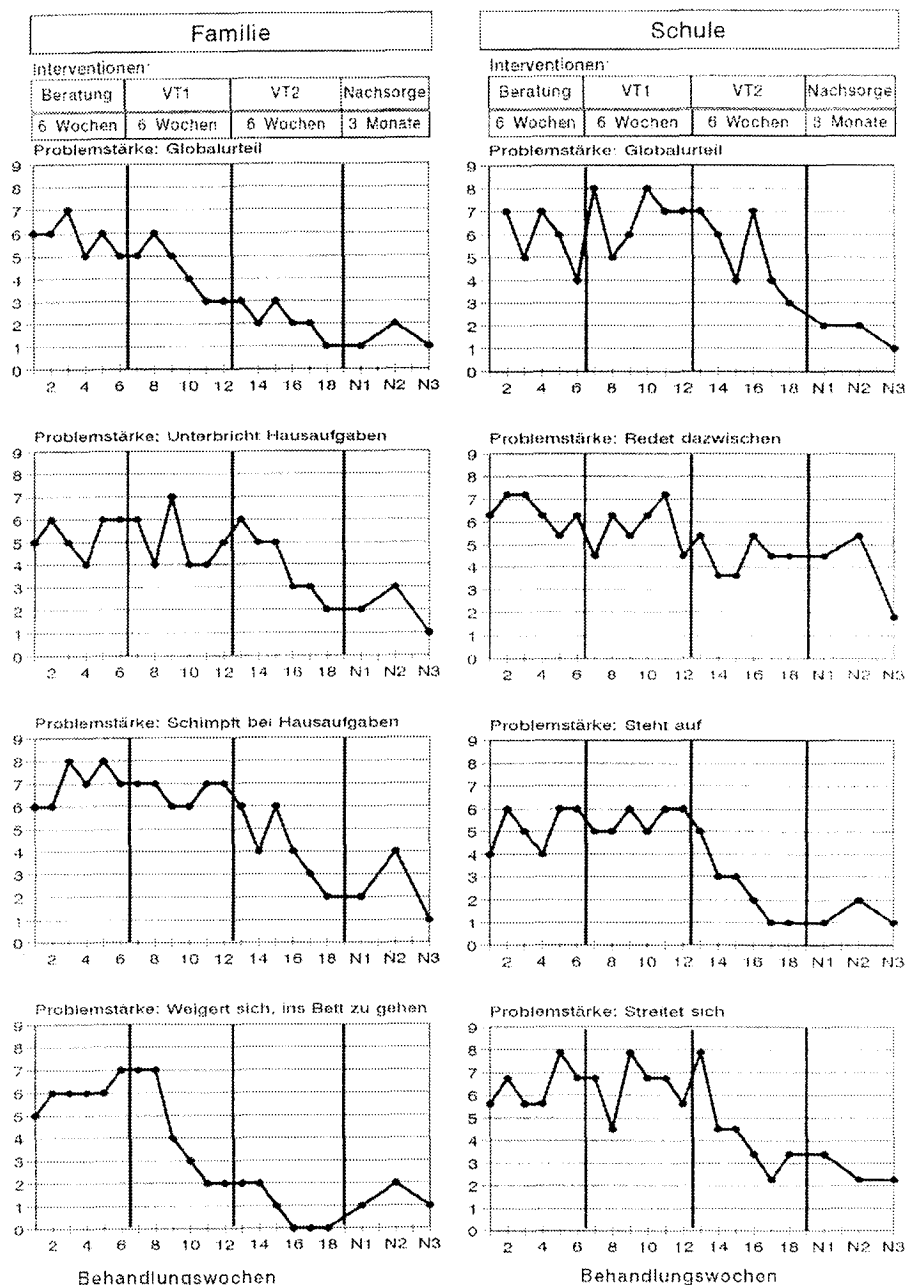


Abb. 7: Veränderungen der therapierelevanten Verhaltensauffälligkeiten von Peter in der Familie und in der Schule (*Individuelle Problemliste*)

Im Verlauf der sechswöchigen Beratungsphase verminderte sich die Problembelastung der Mutter in der Globaleinschätzung geringfügig, während in der Schule zwar deutliche Schwankungen jedoch kein eindeutiger Trend zu erkennen ist.

In der ersten verhaltenstherapeutischen Behandlungsphase, in der schwerpunktmäßig nach dem Eltern-Kind-Programm des Therapieprogrammes für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) gearbeitet wurde (DÖPFNER et al. 1997), verminderte sich in der Familie vor allem die Problematik beim Zubettgehen. In der zweiten Behandlungsphase wurden Tokensysteme und Response-Cost-Verfahren zur Begrenzung der motorischen Unruhe und des impulsiven Verhaltens (Dazwischenrufen) im Unterricht und zur Verminderung der Probleme bei der Durchführung der Hausaufgaben in der Familie durchgeführt. Wie Abbildung 7 zeigt, konnten die Hausaufgabenprobleme in der Familie in dieser dritten Behandlungsphase deutlich vermindert werden, während sich in der Schule zwar die motorische Unruhe und das aggressive Verhalten jedoch nicht die verbale Impulsivität abbauen ließ. Eine Fortführung der Interventionen in der Schule mit einer Verlagerung des Schwerpunktes auf die Verminderung der verbalen Impulsivität war jedoch nicht möglich, da die Klassenlehrerin sich verstärkt zwei weiteren sehr verhaltensauffälligen Kindern zuwandte. Dennoch ließen sich die Verhaltensänderungen in der Schule im Verlauf stabilisieren, wie die Nachuntersuchungen zeigen. Nach der zweiten Nachuntersuchung, ein Jahr nach Beendigung der Intensivphase, konnte durch eine weitere gezielte Intervention auch das Dazwischenreden im Unterricht nochmals vermindert werden. In der Familie nahmen die Probleme bei den Hausaufgaben ein Jahr nach Behandlungsende (N2) mit der Steigerung des Hausaufgabenpensums in der zweiten Klasse noch einmal zu, sie konnten aber durch entsprechende Interventionen wieder vermindert werden.

4 Diskussion

Methoden der individualisierten Diagnostik haben sich vor allem für die Entwicklung und Überprüfung einer auf die individuelle Situation des Patienten zugeschnittenen Therapie als hilfreich erwiesen. Grundlage der individuellen Diagnostik sollte jedoch eine breit angelegtes diagnostisches Vorgehen unter Anwendung standardisierter Verfahren sein. Die *Individuelle Problemliste* stellt ein ausgesprochen ökonomisches Instrument dar, das variabel nutzbar ist und für vielfältige Störungsbilder und Interventionen adaptiert werden kann.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von MELCHERS, P./DÖPFNER, M. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993b): 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 DÖPFNER, M./MELCHERS P. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- DÖPFNER, M./SCHMECK, K./BERNER, W. (1994a): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

- DÖPFNER, M./BERNER, W./LEHMKUHL, G. (1994b): Handbuch: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- DÖPFNER, M. (1993): Verhaltensdiagnostik und Therapiekontrolle. In: DÖPFNER, M./SCHMIDT, M. (Hrsg.): Kinderpsychiatrie – Vorschulalter. München: Quintessenz, 38-53.
- DÖPFNER, M. (1995): Behandlung eines Kindes mit Phonophobie und sozialer Angst. *Kindheit und Entwicklung* 4, 248-253.
- DÖPFNER, M. (1996a): Entwicklung, Bearbeitung und Überprüfung diagnostischer Verfahren zur Erfassung hyperkinetischer Störungen bei Kindern. Habilitationsschrift, Universität zu Köln.
- DÖPFNER, M. (1996b): Hyperkinetische Störungen. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, 2. korrigierte und ergänzte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 165-217.
- DÖPFNER, M. (1997): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven der Therapieforchung. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Kinderverhaltenstherapie, Grundlagen und Anwendungen. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 331- 366.
- DÖPFNER, M./BREUER, B. (1997): Zwangsstörungen. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 85-107.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1996): Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45, 10-19.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./SCHÜRMANN, S. (1996): Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) – Aufbau und Einzelfall-Evaluation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 24, 145-163.
- DÖPFNER, M./SCHÜRMANN, S./FRÖLICH, J. (1997): Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- DÖPFNER, M./REISTER, C. (1997): Tic-Störungen. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 59-83.
- KAZDIN, A.E. (1993): Evaluation in clinical practice: Clinically sensitive and systematic methods of treatment delivery. *Behavior Therapy* 24, 11-45.
- KIRESUK, T.J./SHERMAN, R.E. (1983): Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 443-453.
- MINTZ, J./KIESLER, D.J. (1982): Individualized measures of psychotherapy outcome. In: KENDALL, P.C./BUTCHER, J.N. (Eds.): *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley, 491-534.
- TAYLOR, E./SERGEANT, J./DÖPFNER, M./GUNNING, B./MÖBIUS, H./EISERT, H.G. (1997): Guidelines for treatment of hyperkinetic disorder and ADHD: An annotation with multimodal treatment guidelines. *European Child & Adolescent Psychiatry*, in press.

Anschrift der Verfasser: Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln.