

van den Bergh, Peter M. / Knorth, Erik J. / Tausendfreund, Tim und
Klomp, Martin

**Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen
Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und Aufgaben**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 9, S. 637-651

urn:nbn:de:bsz-psydok-45291

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache)	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlor, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplflug, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und Aufgaben

Peter M. van den Bergh, Erik J. Knorth, Tim Tausendfreund
und Martin Klomp

Summary

Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks

Much has been invested in the development of dealing with problematic childrearing situations in a professional diagnostic way in the Netherlands over the past few decades. In this article three developments that have been of importance in this respect will be discussed. In connection with these developments the so-called Hypothetical Testing Model (HTM) has been drawn up. Beside the fact that the Hypothetical Testing Model can provide precise guidelines for the training of future professionals as well as for the work of current professionals, general underlying assumptions of the model will be discussed in regard to the qualitative improvement of the care and the active involvement of the clients.

Keywords: child psychology – child and youth care – diagnosis – professionalization

Zusammenfassung

In den Niederlanden ist in den letzten Jahrzehnten viel investiert worden in die Professionalisierung diagnostischen Handelns im Kontext problembehafteter Erziehungssituationen. In diesem Artikel werden drei Entwicklungslinien aufgezeigt, die in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung sind. In inhaltlicher Verbindung hierzu wird im Anschluss das so genannte Hypothesen Testende Modell (HTM) vorgestellt. Neben der Tatsache, dass das Hypothesen Testende Modell deutliche Richtlinien für die Diagnostikerausbildung und die in der Diagnostik tätigen Professionellen bieten kann, werden die dem Modell zugrunde liegenden Annahmen der qualitativen Verbesserung nachfolgender Interventionen und des aktiven Einbezugs der Klientel zur Diskussion gestellt.

Schlagwörter: Kinderpsychologie – Kinder- und Jugendhilfe – Diagnostik – Professionalisierung

1 Einleitung

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts haben sich in Europa dramatische Veränderungen in der Sichtweise auf Kinder und den Umgang mit ihnen vollzogen. Aus der kritisch würdigenden Auseinandersetzung mit Ellen Keys 1900 veröffentlichtem Buch heraus können diese Entwicklungen unter dem Begriff des „am Kinde orientierten Jahrhunderts“ zusammengefasst werden und sind im engen Zusammenhang mit der Ausdifferenzierung und fortschreitenden Modernisierung der erzieherischen Hilfen zu sehen (Dekker 2002). So steht heutzutage in den Niederlanden Eltern und Kindern, die sich in Schwierigkeiten befinden, eine breite Palette von verschiedenartigen Hilfsangeboten zur Verfügung, die sie zur Auflösung oder Entschärfung ihrer Problemlage in Anspruch nehmen können (Schoorl et al. 2000). Eine gründliche diagnostische Erforschung der Problemlage einschließlich der ihr zugrunde liegenden Faktoren wird als notwendig vorausgesetzt, um zu einer angemessenen Arbeitsweise oder Behandlung kommen zu können.

In den Niederlanden sind, was die Diagnostik betrifft, drei Entwicklungen von besonderer Bedeutung gewesen. Diese Entwicklungen werden der Reihe nach ausführlicher dargestellt und können unter den folgenden Überschriften zusammengefasst werden:

- Verwissenschaftlichung der Diagnostik,
- Professionalisierung der Hilfeleistung,
- Handlungsorientierung der Diagnostik.

Nachfolgend geht es um das so genannte *Hypothesen Testende Modell* (HTM). Dieses Modell gilt heutzutage als „das Modell“ in der Diagnostik und der akademischen Ausbildung in den Niederlanden. Im Anschluss an den darstellenden Teil werden einige Fragen bezüglich der Weiterentwicklung der Diagnostik in den Niederlanden diskutiert.

2 Verwissenschaftlichung der Diagnostik

In den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde die Diagnostik in den Niederlanden dominiert von den phänomenologischen Methoden. Die Gütekriterien der Zuverlässigkeit und Validität in diagnostischen Verfahren wurden nur selten thematisiert. Das war auch nicht im Sinne der phänomenologischen Methoden. Darauf abzielend, den Menschen in allen Aspekten seines Seins zu verstehen, richteten sie sich in ihrer, durch den Begriff des *Verstehens* gekennzeichneten Methodik darauf aus, das Wesen eines Phänomens mittels der Exploration der lebensweltlichen Bezüge des *einzelnen* Subjektes zu erfassen.

In der Periode der „Verwissenschaftlichung“ der Pädagogik und der Psychologie, in den 1960er und 1970er Jahren, trat als Kritik zutage, dass in der phänomenologischen Methode Vorurteile und persönliche Auffassungen des Diagnostikers ungenügend kontrolliert werden können. Es ist der Kritik zufolge notwendig, dass diagnostische Aussagen auf wissenschaftlich überprüfbaren Tatsachen basieren. Dies

hatte damals zur Folge, dass die phänomenologische und hermeneutische Diagnostik verketzert und empirische Methoden favorisiert wurden. Die allgemeine Grundstruktur wissenschaftlichen Erkenntnisserwerbs unter dem Paradigma der empirischen Diagnostik kann unter dem Begriff des *Erklärens* zusammengefasst werden und wird in den Niederlanden meist anhand des *empirischen Zyklus* (Abb. 1) wiedergegeben. In ihm steht das Generieren und Überprüfen erklärender Hypothesen im Mittelpunkt (De Groot 1968).

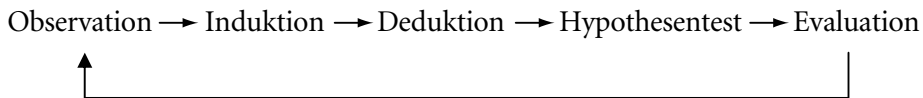


Abb. 1: Der empirische Zyklus (vgl. De Groot 1968)

- *Observation*: Im ersten Schritt werden beobachtbare (empirische) Tatbestände systematisch gesammelt und angeordnet. Die Observation betrifft immer konkrete und in dieser Hinsicht besondere Fälle.
- *Induktion*: Anlässlich der Beobachtungen werden, unter Bezugnahme auf relevante Referenztheorien, Hypothesen formuliert, in denen allgemeine Annahmen über den Zusammenhang zwischen den beobachteten Tatbeständen und allgemeinen Gesetzmäßigkeiten formuliert werden.
- *Deduktion*: Aus den Hypothesen werden Konsequenzen in Form von überprüfbaren Voraussagen derart abgeleitet, dass jede der allgemeinen Annahmen und der in ihnen enthaltenen Aussagen der empirischen Überprüfung zugeführt werden können.
- *Hypothesentest*: Es wird in der Folge überprüft, ob die Voraussagen eintreffen oder nicht. Die Überprüfung findet in der empirischen Realität statt, d.h., dass die in der Hypothese verwendeten Bezeichnungen so operationalisiert sein müssen, dass eine zuverlässige und valide Messung möglich ist.
- *Evaluation*: Abschließend findet eine Beurteilung der Hypothesen und der ihnen zugrunde liegenden Theorien auf der Grundlage der Testergebnisse statt.

Die Bedeutung dieses Modells für die Diagnostik wird in Abschnitt 4 wieder aufgegriffen.

3 Professionalisierung der Hilfeleistung

Ein weiterer wesentlicher, für die Diagnostik relevanter Entwicklungsschritt ist gekennzeichnet durch die Einführung des Begriffs der *professionellen Hilfe*. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgten Hilfsangebote in den Niederlanden zu einem Großteil auf karitativer Basis, während sich anschließend, im Zuge der „Verwissenschaftlichung“ des Kindheitsalters und der Einführung von Kinder- und Jugendschutzgesetzen, eine breite Angebotspalette entwickelte, die Unterstützung und Hilfe auf profes-

sioneller Basis umfasste (Dekker 2002). Im engen Zusammenhang mit der Professionalisierung steht das verantwortete berufliche Handeln: Es reicht heutzutage in der professionellen sozialen Arbeit nicht mehr aus etwas „in bester Absicht“ zu tun. Man muss über die Arbeit Rechenschaft ablegen und die Tätigkeiten anhand professionsbezogener Terminologien erläutern können (Knorth et al. 2002). Es sollte klar nachweisbar sein, welche Fortschritte in welchem Ausmaß erzielt wurden. All das erfordert ein planmäßiges Vorgehen (Van den Bergh u. Klomp 1998), sowohl in Bezug auf die individuelle Arbeit mit jungen Menschen und ihren Familien als auch auf die Organisation der Hilfsangebote und deren Integration in die institutionsübergreifende Jugendhilfeplanung. Notwendige Voraussetzung hierfür ist eine höhere berufliche Ausbildung und eine professions- und tätigkeitsbereichbezogene Qualifikation der in der Kinder- und Jugendhilfe Tätigen.

Bei der Entwicklung hin zu einem professionelleren und planmäßigeren Handeln fällt dem *diagnostischen Entscheidungsprozess* eine zentrale Rolle zu. Seit Anfang der 1980er Jahre wird daran gearbeitet, diesen Prozess klar und transparent zu gestalten.¹

4 Handlungsorientierung der Diagnostik

Ein dritter Aspekt der Entwicklungen in der Diagnostik in den Niederlanden wird unter dem Begriff der *Handlungsorientierung* zusammengefasst. In der professionell ausgestalteten Hilfeleistung gibt es einen Bedarf an zielgerichteter Diagnostik, die nicht nur beschreibt, klassifiziert oder erklärt, sondern auch Hinweise für die Ausgestaltung der Hilfeleistung geben kann (Van Aarle et al. 1996). Die Diagnostik steht dann unter dem Zeichen von Handeln und Behandeln. In den Niederlanden sind in der handlungsorientierten Diagnostik drei Ansatzpunkte in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung (Pameijer u. Van Beukering 1997):

- Die Arbeit auf der Grundlage eines Bezugsrahmens, welcher auch Perspektiven für das „Behandeln“ der Umgebung des Kindes (nämlich der Erziehungsberechtigten) bieten soll.
- Die Einbeziehung schützender Faktoren in die Diagnose.
- Die Ausrichtung des diagnostischen Prozesses auf Faktoren, die für die Beratung² relevant sind.

¹ Die *Niederländischen Berufsvereine für Pädagogen (NVO)* und *Psychologen (NIP)* haben an drei Stellen einen wesentlichen Einfluss gehabt bzw. Beitrag geleistet in Bezug auf die Weiterentwicklung der Diagnostik im Zusammenhang mit der Anwendung von Testinstrumentarien: a) indem alle auf dem niederländischen Markt verwendeten Testverfahren anhand eines festgelegten Kriterienrasters von einem interdisziplinären Ausschuss (*Commissie Test Aangelegenheden Nederland [COTAN]*) bewertet werden; b) indem Diagnostiker ihr Handeln vor einem Forum von Berufskollegen verantworten können müssen, sobald eine Beschwerde gegen sie eingelegt wurde; c) indem man das Hypothesen Testende Modell (HTM) als normatives Modell in der Ausbildung der Diagnostiker festgeschrieben hat (siehe Abschnitt 4).

² Beratung soll hier verstanden werden als eine durch Hilfe charakterisierte Interaktion zwischen mindestens zwei Personen, bei der die Berater oder Beraterinnen Rat suchende Klienten oder Klientinnen unterstützen, in Bezug auf eine oder mehrere Fragen und/oder Probleme ein Mehr an Klarheit, Orientierung und/oder Wissen zu gewinnen, welches auf Bearbeitung und Bewältigung hin ausgerichtet ist (vgl. Sickendiek et al. 1999).

4.1 *Transaktionistische Perspektive*

In den 1980er Jahren bekam die Diagnostik im Sog der Systemtheorien und ökologischen Theorien (Bronfenbrenner 1979) eine stärker *umfeldbezogene* Ausrichtung. Außerdem verloren in den 1970er Jahren die so genannten *linearen Modelle*, in denen Probleme aus bestimmten Ursache-Wirkungszusammenhängen heraus erklärt wurden, an Boden. Das Denken in eindimensionalen Ursache-Wirkungsschemata stellte sich als zu vereinfachend heraus: Eine deviante Entwicklung bei einem jungen Menschen konnte selten unmittelbar zurückgeführt werden auf einen Risikofaktor in dem Kind oder Jugendlichen selbst oder in dessen Umgebung. Es wurde deutlich, dass es stets das Zusammenspiel war zwischen unterschiedlichen Faktoren, die Anlass zur Diagnose von Entwicklungsproblemen gaben. So verschob sich der Blickwinkel auch in der Diagnostik immer mehr auf die Interaktionen zwischen Variablen, die in dem jungen Menschen, den erzieherisch Tätigen und in den situationsgebundenen Gegebenheiten verortet werden konnten. Dieses so genannte *transaktionistische Modell* trägt der Tatsache Rechnung, dass der junge Mensch und seine Umgebung sich ständig verändern und dass diese Veränderungen zum Teil auf dem gegenseitigen Einfluss, den sie aufeinander haben, beruhen (Sameroff u. Chandler 1975; Belsky u. Vondra 1989).

4.2 *Schützende Faktoren als Puffer*

Mit „schützenden Faktoren“ werden meistens jene Aspekte umschrieben, die sich günstig oder positiv auf die Erziehungssituation auswirken (Pameijer u. Van Beukering 1997). Ihnen gegenüber stehen die „Risikofaktoren“. Im Kontext der handlungsorientierten Diagnostik ist bedeutsam, dass schützende Faktoren auch Anknüpfungspunkte für die Behandlung bieten können: Indem man die protektiven Seiten des jungen Menschen, der Eltern und/oder der Situation fördert, vergrößert man die Chance auf eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung (s. auch De Bruyn et al. 2003).

Wenn wir in der Diagnostik von einer transaktionistischen Perspektive ausgehen, dann reicht es nicht aus, schützende Faktoren nur zu inventarisieren. Denn es handelt sich hier um Wechselwirkungen und gegenseitige Beeinflussung von Faktoren, welche die Erziehung entscheidend mitgestalten. Die Essenz einer transaktionsorientierten Diagnostik ist es, sich einen Überblick über das Kräftespiel zwischen den protektiven Faktoren und den Risikofaktoren zu verschaffen. Der Einbezug schützender Faktoren als wesentliche Ressource stellt somit den zweiten Ansatzpunkt einer handlungsorientierten Diagnostik dar.

Ein weiterer Grund, schützende Faktoren in die Diagnostik mit einzubeziehen ist, dass einer rein an Defiziten ausgerichteten Sichtweise auf den Klienten entgegenge wirkt werden kann. So ist es z. B. bei der Vermittlung eines Kindes oder Jugendlichen in ein (weiteres) Jugendhilfe-Angebot bedeutsam, neben der Beschreibung der Problemlage auch die Ressourcen, über die der Klient und sein Umfeld verfügen, umfangreich aufzuzeigen.

4.3 Relevanz für die Beratung

Eine letzte Anforderung an eine handlungsorientierte Diagnostik ist die Beschränkung der Informationsbeschaffung auf die Faktoren, die für die Beratung relevant sind. Mit anderen Worten: Es wird im Prinzip nach Informationen gesucht, die Anhaltspunkte für die Behandlung geben. Diese Forderung legt einerseits dem Diagnostiker Restriktionen auf: Schon am Anfang des diagnostischen Prozesses muss man sich fragen, welche Information man braucht für die Beantwortung der Hilfefrage³ und das Lösen der (erzieherischen) Probleme. Es wird nicht immer nötig sein, sich eine „völlige Übersicht“ über das Kind zu verschaffen. Dies macht das Durchführen einer ganzen Menge von Untersuchungen überflüssig, ja sogar unerwünscht.

Andererseits fungiert diese Richtlinie wie ein Scheinwerfer während des Prozesses der Informationssammlung: Der Diagnostiker wird sich vor allem an der Erforschung der Bedingungen, von denen man annimmt, dass sie die Probleme beheben können, orientieren beziehungsweise ein solches Vorgehen beibehalten und sich auf „das Veränderbare“ konzentrieren (De Bruyn et al. 2003).

5 Das Hypothesen Testende Modell (HTM)

Der im ersten Abschnitt bereits dargestellte empirische Zyklus lieferte die Grundstruktur, auf der das *Hypothesen Testende Modell* (nachfolgend: HTM) aufbaut: Die Analyse einer Problemsituation führt zum Aufstellen von Hypothesen, die meistens deduktiv aus relevanten Referenztheorien gewonnen werden. Die im Anschluss operationalisierten Hypothesen müssen im Folgeschritt durch die „Konfrontation mit den real vorfindbaren Tatsachen“ auf ihren Geltungsanspruch hin überprüft werden, um abschließend zu einer diagnostischen Aussage gelangen zu können. Diese Grundidee verleiht dem HTM seinen Namen, welches hier anhand des diagnostischen Zyklus von De Bruyn et al. (2003) skizziert werden soll (Abb. 2).

Der hier dargestellte diagnostische Zyklus ist von präskriptiver Natur: Er schreibt einzelne Schritte vor, die für eine vollständige Diagnose durchlaufen werden müssen. Die Pfeile zeigen die möglichen Abfolgen an, in denen die einzelnen Schritte durchgeführt werden können. Die Schritte werden im Prinzip den durchgezogenen Pfeilen folgend durchlaufen, ohne dass dabei ein Schritt ausgelassen wird. Es können einzelne Schritte wiederholt werden, wenn dies zu einem größeren Maß an Sicherheit über die Informationen führt, die den Schritt betreffen; hierbei kann auch mehrere Schritte zurückgesprungen werden.

³ Der in der aktuellen niederländischen Fachliteratur häufig verwandte Begriff der *Hilfefrage* stammt aus dem Kontext des niederländischen Konzeptes der „Frageausgerichteten Hilfeleistung“ [vraaggericht werken]. Er wird meist an Stelle des Begriffs des Hilfebedarfs verwandt. Die terminologische Neuerung soll die Notwendigkeit einer am dialogischen Prinzip ausgerichteten Ausgestaltung der Hilfeleistungen hervorheben und ist im Zusammenhang zu sehen mit einer Entwicklung professioneller Hilfeleistungen, die den Subjektstatus der Klientel und deren partizipative Rechte und Pflichten betont (vgl. Welling 2003).

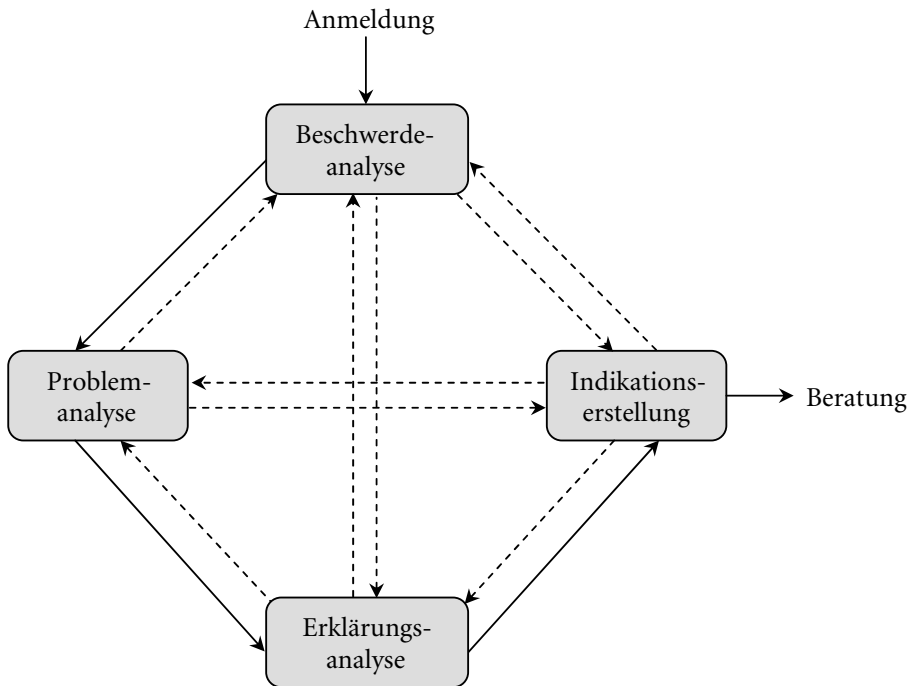


Abb. 2: Der diagnostische Zyklus (nach De Bruyn et al. 2003)

In jedem Fall bildet die (komplexe) Hilfefrage des Klienten den Ausgangspunkt. Sie bestimmt über das Typisieren der Art des Bedarfs, z. B. an Verdeutlichung einer Situation oder an präventiven Handlungsstrategien, die Ausrichtung der diagnostischen Methoden, z. B. verdeutlichend oder präventiv. Aufgrund der Tatsache, dass Informationen über die Hilfefrage meist unsystematisch und/oder mehrdeutig ausformuliert werden, ist für deren Beantwortung oft eine Kombination unterschiedlicher diagnostischer Methoden, Techniken und Instrumentarien (z. B. Tests oder projektive Verfahren) notwendig.⁴ Eine Übersicht über einen beispielhaften Verlauf einer Diagnose nach dem HTM bietet die Tabelle auf der folgenden Seite.

5.1 Beschwerdeanalyse

Das Modell beginnt mit der Analyse von Beschwerden des Klienten. Unter dem Begriff der Beschwerde sollen im Kontext des diagnostischen Zyklus nach De Bruyn et al. (2003, S. 38) Informationen verstanden werden, die, meist in Form subjektiver

⁴ Da eine detaillierte Wiedergabe der einzelnen methodischen Schritte des diagnostischen Zyklus den Rahmen dieses Beitrags überschreiten würde, liegt der Fokus im Wesentlichen auf den zentralen Grundgedanken, welche anhand einzelner methodischer Anmerkungen beispielhaft verdeutlicht werden sollen.

Tab. 1: Hauptschritte im diagnostischen Zyklus mit jeweils zugehörigen Resultaten
(nach De Bruyn et al. 2003)

Schritt 1	Beschwerdeanalyse	Analyse dessen, was der Klient meist in Form von subjektiven Informationen einbringt.
	Resultat	Eine Liste von Beschwerden oder Beschwerdekomp-lexen, die vom Klienten oder dessen Umfeld aner-kannt und der zugestimmt wird.
Schritt 2	Problemanalyse	Beschreibung, Einordnung, Benennung und Ein-schätzung des Ernstes des Problemverhaltens.
	Resultat	Eine Liste des Problemverhaltens, der (potenziell) durch die Berufsgemeinschaft der Diagnostiker zugestimmt werden kann.
Schritt 3	Erklärungsanalyse	Formulierung und Überprüfung der diagnostischen Hypothesen.
	Resultat	Eine oder mehrere Diagnosen, die mit einer be-stimmten Wahrscheinlichkeit als Problemerkklärung Geltung beanspruchen können.
Schritt 4	Indikationserstellung	Formulierung von Empfehlungen für die, dieser Diagnose zufolge, beste Herangehensweise.
	Resultat	Eine Liste von Indikationen/Empfehlungen für mögliche Interventionen.

Äußerungen (Gedanken, Gefühle, Handlungen) des Klienten oder seines Umfeldes, Auskunft über als negativ erlebte Situationen, Verhalten oder deren Folgen geben. Ziel ist es Einsicht zu bekommen in die Intensität und Art der Wahrnehmungen von Diskrepanzen zwischen dem gewünschten und tatsächlichen Erleben von Situatio-nen, Verhalten oder deren Folgen. Die Erfahrungen und Sinngebungen des Klienten sind wesentlicher Bestandteil der Beschwerdeanalyse. Ziel ist es mit dem Klienten zu einer Übereinkunft über die gesammelten Beschwerden und angestrebte(n) Zielset-zung(en) zu kommen. Eine die Beschwerdeanalyse abschließende Liste gibt die vom Klienten oder dessen Umfeld geäußerten Beschwerden oder Beschwerdekomplexe systematisiert wieder und kann erst dann als zufrieden stellend angesehen werden, wenn sie durch die Zustimmung aller Beteiligten anerkannt wird.

5.2 Problemanalyse

Im folgenden Schritt, der Problemanalyse, sollen die in der Beschwerdeanalyse ge-sammelten Informationen präzisiert und an allgemeineres Wissen über vergleichba-re Verhaltensweisen oder Situationen gekoppelt werden. Ziel der Problemanalyse ist es, durch Kopplung der Beschreibung des Einzelfalles an allgemeinere Wissenskate-gorien wissenschaftlich fundierte und theoriegestützte Erkenntnisse für den Einzel-fall verwertbar machen zu können. Dies soll im diagnostischen Zyklus über vier Schritte erreicht werden: Beschreibung, Einordnung, Benennung und Einschätzung

des Ernstes des Problemverhaltens (De Bruyn et al. 2003, S. 115 ff.). Im ersten Schritt, der Beschreibung, geht es um eine objektive Darstellung und Aufzählung von spezifisch dysfunktionalen Verhaltens-Situationsrelationen (VS-Relationen), die in der aktuellen Lebenssituation des Klienten unterscheidbar sind. Neben der Erfassung von problematischen VS-Relationen sollen in diesem Schritt ebenso Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenz fördernde VS-Relationen erfasst werden.

Da innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe-Diagnostik noch kein allgemein anerkanntes System zur Einordnung, Benennung und Einschätzung des Ernstes des Problemverhaltens besteht, wird zu diesem Zweck auf verschiedene bestehende Klassifikationssysteme zurückgegriffen. Insbesondere auf empirische Systeme wie die *Child Behavior Checklist* (CBCL) nach Achenbach (1991b) und klinische Systeme wie das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) kann, in ihrer jeweils aktuellsten Ausgabe, zurückgegriffen werden. Ein Beispiel für die Entwicklung von standardisierten Verfahren zur kombinierten Verwendung der beiden Systeme ist das computergestützte System *Machine Aided Diagnosis* (MAD), welches bei der Übertragung von CBCL/YSR⁵/TRF⁶ Daten in DSM-IV-Klassifikationen behilflich sein soll. Erste Ergebnisse der Evaluation des Systems zeigen sowohl positive Ergebnisse als auch Raum für Verbesserungen auf (vgl. De Bruyn et al. 2001). Im Kontext der Einschätzung des Ernstes des Problemverhaltens wird ebenfalls auf die oben genannten Klassifikationssysteme zurückgegriffen. Zum einen können, im Falle der Verwendung der CBCL, Aussagen anhand der Anzahl der als problematisch beurteilten Verhaltensweisen getroffen werden, zum anderen kann durch den Rückgriff auf das DSM-IV eine Einschätzung der allgemeinen psychischen Verfasstheit des Klienten über die *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF, Achse V) zweckdienlich sein.

5.3 Erklärungsanalyse

Die Erklärungsanalyse im diagnostischen Zyklus nach De Bruyn et al. (2003, S. 141 ff.) umfasst zwei Hauptschritte: erstens die Formulierung von Erklärungen, verstanden als Hypothesen, und zweitens deren Überprüfung. Die Formulierung der Hypothesen findet auf der Grundlage der Informationen statt, die aus der Beschwerde- und Problemanalyse gewonnen wurden. Die Überprüfung der Hypothesen vollzieht sich über die Anwendung verschiedener standardisierter und genormter Testverfahren und über die Beurteilung der Ergebnisse anhand des aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Kenntnisstandes.

Angestrebt wird mit diesen beiden Schritten ein „zusammenfassendes Bild“ auf der Grundlage der vorangegangenen Schritte oder auch eine „idiografische Theorie“. Unter Letzterem soll hier die Totalität von Aussagen über Entstehen und Weiterbestehen einer Problematik verstanden werden, einschließlich der gewünschten Vorgehensweisen bezüglich der Auflösung oder Entschärfung der Problematik in einem individuellen Fall (Van Strien 1986). Die „idiografische Theorie“ erfährt ihre

⁵ Youth Self Report (Achenbach 1991a).

⁶ Teacher Report Form (Achenbach 1991a).

Ausrichtung durch das angestrebte Ziel des diagnostischen Zyklus: die Formulierung von Handlungsalternativen für mögliche Interventionen. Strukturell beinhalten die diagnostischen Hypothesen Aussagen über folgende Komponenten:

- ein oder mehrere *Probleme*, thematisch gruppiert nach Verhaltensweisen;
- eine oder mehrere *Konditionen*, verstanden als Ursachen struktureller (u.a. physischer), funktioneller (psychologischer) und genetischer Natur;
- eine kausale *Relation* zwischen der ersten und zweiten Komponente, spezifiziert nach drei Typen: hervorrufend, verstärkend oder beides.

Die Hypothesenformulierung nimmt ihren Ausgangspunkt in der Identifizierung von Problem-Konditionsrelationen. Die Problemanalyse des Einzelfalls schließt hierbei an eine ausführliche Fachliteraturrecherche bezüglich wissenschaftlich fundierter Theorien, empirischer Untersuchungen und klinischen Erfahrungswissens an. Ebenso besteht Raum für intuitives Vorwissen des Diagnostikers, des Klienten und seines Umfeldes. Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten in den Beschreibungen werden anschließend systematisch aufgezeigt. Das Gültigkeitskriterium der Aussagen ist ihre Fähigkeit, Sachverhalte legitim, anhand von wissenschaftlich anerkannten Kategorien zu erklären (vgl. Bunge 1985). Die Hypothesenformulierung abschließend, sollen die als mögliche Ursachen für ein Problemverhalten angesehenen Konditionen jeweils in Verbindung mit einer oder mehreren problematischen Verhaltensweisen gebracht werden.

Im zweiten Hauptschritt der Erklärungsanalyse werden Aussagen über die vermuteten Zusammenhänge zwischen Verhalten, Situation und den daraus resultierenden Problemen oder Problemkomplexen und den jeweiligen Konditionen in der (empirischen) Realität der Überprüfung zugeführt. Zu diesem Zweck werden die einzelnen, in der Hypothese enthaltenen Aussagen in Teilbewährungsschritte gegliedert und Methoden, Techniken und Instrumentarien zu deren Überprüfung ausgewählt. Beispielhaft seien hier genannt: Beobachtungsmethoden, Interviewmethoden, projektive Techniken, Techniken der Gesprächsführung, Tests, Fragebogenerhebung und Verfahren der Aktenanalyse. Die Angemessenheit eines Verfahrens wird maßgeblich bestimmt über die Validität und Zuverlässigkeit der in dem Verfahren verwandten Methoden, Techniken und Instrumentarien in Bezug auf die Eigenart der zu überprüfenden Kondition(en) (z.B. einmaliges Ereignis, beobachtbare Verhaltensweise, kognitive Fähigkeit). Vor der Durchführung des Testverfahrens gilt es anhand des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes festzulegen, welche Ergebnisse als erklärend i. S. eines bestehenden Zusammenhangs angesehen werden können. Die Evaluation der Testergebnisse folgt den Prinzipien der Falsifikation und Verifikation (De Bruyn et al. 2003, S. 158). Im Sinne des Falsifikationsprinzips wird eine Hypothese dann angenommen, wenn für jeden ihrer Teilbewährungsschritte in den Testverfahren kein Gegenbeweis gefunden werden kann. Mit der Verifikation von Hypothesen, d.h. deren mehrfacher positiver empirischer Bestätigung, steigt ihr Maß an Wahrscheinlichkeit. Abschließend werden die annehmbaren Hypothesen unter Angabe des Maßes an Wahrscheinlichkeit der erklärenden Zusammenhänge in einem abschließenden diagnostischen „Bild“ integriert. Nicht überprüfbare Annahmen sollen hierbei deutlich hervorgehoben werden.

5.4 Indikationserstellung

Während in den vorangegangenen Schritten des diagnostischen Zyklus die Situation des Klienten in Verbindung mit seiner Problemlage (Beschwerde- und Problemanalyse) sowie deren Entstehungs- und Instandhaltungsfaktoren (Erklärungsanalyse) im Mittelpunkt standen, wird im letzten Schritt die zukünftige Entwicklung des Klienten fokussiert. Unter Indikationserstellung wird nach De Bruyn et al. (2003, S. 192) das Formulieren von theoretisch und empirisch fundierten Empfehlungen für eine oder mehrere Behandlungen verstanden. Diese sollen konkrete Anweisungen und Aussagen über mögliche Behandlungsformen und deren Ausrichtungen enthalten. In Zusammenarbeit mit dem Klienten formuliert der Diagnostiker auf der Grundlage der vorangegangenen Schritte die Behandlungsziele, inventarisiert die in Frage kommenden Behandlungsschritte und Behandlungsalternativen, trifft Aussagen anhand von Indikationskriterien über die Angemessenheit der in Frage kommenden Behandlung(en), gibt eine Einschätzung über die Erfolgchancen der Behandlung(en) und verfasst letztendlich eine systematische Auflistung der Behandlungsempfehlung(en).

5.5 Die Rolle des Klienten im HTM

An dieser Stelle soll der Rolle des Klienten in der Diagnostik nach dem HTM gesondert Aufmerksamkeit gewidmet werden. Im diagnostischen Zyklus nach De Bruyn et al. (2003) können zwei Rollen des Klienten unterschieden werden: Zum einen ist der Klient Informant und Gegenstand der Untersuchungen und zum anderen Evaluations- und Konsultationspartner. Das jeweilige, der Interaktion des Diagnostikers mit dem Klienten zugrunde liegende Rollenverständnis ist an die einzelnen Phasen des diagnostischen Zyklus gebunden. In der Beschwerdeanalyse, die den Ausgangspunkt bildet, und der abschließenden Indikationserstellung wird der Klient sowohl als Informant als auch als Konsultationspartner angesehen. Besonderes Gewicht wird hierbei auf die gemeinsame hierarchiearme, dialogische Ausgestaltung der professionellen Beziehung gelegt. In den Phasen der Problemanalyse und Diagnoseerstellung liegt die Verantwortung eindeutig bei dem Diagnostiker. Hierdurch wird auch die Art des Einbezuges des Klienten je nach Fall individuell bestimmt: Er ist bei der Erforschung seiner Problemlage entweder Partner in der Evaluation, z. B. durch Zuhilfenahme von leitfadenunterstützten (Eigen-) Beobachtungsinstrumentarien, oder Objekt der Untersuchung, z. B. durch die Teilnahme an Testverfahren. Zum Abschluss der Diagnose versuchen der Diagnostiker und der Klient gemeinsam eine eindeutige Empfehlung für (eine) kontrollierbare Intervention(en) abzugeben, die der Klient dann mit einem zu bestimmenden Maß an Unterstützung von Professionellen ausführt.

5.6 Kritik am HTM

Das HTM gab auch Anlass zur Kritik (s. Van Gemert u. Van der Kooij 1994; Van der Wolf 1995). Es wird als zu zwingend empfunden (Van Aarle et al. 1996). Kritisch angemerkt wird ein zu starker Reduktionismus bei der Hypothesenbildung. Dies wird

in Zusammenhang mit der Forderung nach der Einrahmung der Hypothesen in eine jeweils zu bestimmende Theorie gesehen. Es wird gefordert, dass die einzelnen Faktoren des Problems stärker in den diagnostischen Prozess einbezogen werden müssen, und es wird dafür plädiert die Fragestellung so lange wie möglich offen zu halten. Die besondere Aufmerksamkeit für die Gefahr eines Reduktionismus hat möglicherweise ihren Ursprung in der Erfahrung, dass Diagnostiker dazu neigen, ein Problem zu eingeschränkt zu analysieren und schon frühzeitig glauben, ein Bild von der Problemsituation zu haben, welches wesentlich auf früheren Erfahrungen beruht und nicht auf einer tiefer greifenden Problemanalyse des Einzelfalls (Ruijs-senaars 1999). Außerdem ist es denkbar, dass die Ergebnisse nicht ausreichend in ihrem Kontext interpretiert werden. Die Kritik hat dazu geführt, dass in der heutigen Anwendung des HTM die kontextbezogene Problemanalyse und der interpretative Charakter der Ergebnisse stärker betont werden.

Anfangs wurde das Ziel des HTM als erreicht angesehen, wenn das Problem „erklärt“ werden konnte. Die Praxis musste anschließend selbst eine praxisgerechte Vorgehensweise zur Umsetzung des diagnostischen Befundes ausarbeiten. Heutzutage hat man dieses distanzierte „Sachkenntnismodell“ verlassen und dem Klienten kommt nun eine aktivere Rolle in der Erforschung der Problemlage zu (Pameijer u. Van Beukering 1999).

6 Diskussion

In den Niederlanden findet das HTM in Wort und Schrift eine weite Verbreitung unter Pädagogen und Psychologen; in der Fachliteratur wird vielfach auf das HTM verwiesen und es wird häufig als normative Basis diagnostischen Handelns vorausgesetzt. Doch findet es in der Praxis nicht immer eine so weite Verbreitung (Pijnenburg u. De Bruyn 1999). Dies ist im Wesentlichen im Zusammenhang mit der dargestellten Kritik zu sehen. Darüber hinaus gibt es hinsichtlich der praktischen Anwendung zwei weitere Schwierigkeiten.

Mit der „Disziplinierung“ des diagnostischen Prozesses durch die Verwendung des HTM wird eine Erhöhung der inhaltlichen Qualität der Diagnose und der damit zusammenhängenden Hilfeangebote bezweckt. Es ist allerdings unklar, ob dies auch tatsächlich der Fall ist, d. h. ob das gegebene Urteil inhaltlich überwiegend richtig ist. Der wissenschaftliche Kenntnisstand bezüglich der Frage, welche Behandlung für welches psychosoziale Problem „die Beste“ ist, ist noch zu gering (Veerman 1997; Van Yperen 2003). Die Anwendung des HTM schafft vielmehr *eine* der Bedingungen für ein wirksames diagnostisches Urteil, sie ist aber keinesfalls eine Garantie dafür.

Außerdem wird angenommen, dass das HTM sich über den Dialog mit dem Klienten ausgestalten muss: Es soll eine Partnerschaft zwischen dem Diagnostiker und dem Klienten entstehen, wobei Letzterem ein großer Anteil bei der Erforschung der Problemsituation beigemessen werden sollte. Es gibt aber noch keine klaren Verfahrensweisen im Umgang mit Widersprüchen von Seiten des Klienten oder signifikanten Personen aus seinem sozialen Umfeld, was in der Praxis oft vorkommt (vgl. Sonuga-Barke u. Balding 1993; Pijnenburg 1997), – oder wenn der Klient mit dem

professionellen Rat, den der Diagnostiker auf der Grundlage seiner Investigationen formuliert, für nicht annehmbar hält. Das ist im Hypothesen Testenden Modell nicht vorgesehen.

Pameijer und Van Beukering (1999) plädieren dafür, im Kontext der Beratung oder in der Indikationserstellung verschiedene Behandlungsvorschläge zu machen, welche zwischen einem maximal Möglichen (aus der Sicht der professionellen Diagnose) und einem minimal Notwendigen (aus der Sicht des Bedarfes, den ein Kind und eine Familie bei einer Intervention haben können) liegen – nicht zuletzt weil der Klient bei einer größeren „Bandbreite“ an Beratungsalternativen im Prinzip noch eine Wahlmöglichkeit hat oder aber somit zumindest eine weitere Basis für Verhandlungen geschaffen werden kann (siehe auch Van Yperen u. De Ruyter 2001).

Besonders in Bezug auf diesen letzten Punkt, den aktiven Einbezug signifikanter Personen aus dem sozialen Umfeld des Klienten in den diagnostischen Prozess, hat das Modell einen Schwachpunkt. Es stellt bestimmte Ansprüche und Erwartungen an die Eltern und die jungen Menschen, die auch in der gewählten Terminologie zum Ausdruck kommen, wie z. B. Problembewusstsein, Bereitschaft zur Selbsterforschung oder Verhandlungsfähigkeit. Diese Fähigkeiten können aber nicht bei jedem vorausgesetzt werden. So hat die Forschung zur stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in den erzieherischen Hilfen deutlich werden lassen, dass bei weitem nicht alle Eltern bereit oder imstande sind, mit Institutionen der Jugendhilfe zusammenzuarbeiten (Knorth u. Smit 1997). Zugleich ist gerade dies der Aspekt, der von der niederländischen Jugendhilfepolitik befürwortet wird und auch gesetzlich im niederländischen Jugendhilfegesetz verankert ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das HTM für die Qualitätsverbesserung der Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe und der professionsbezogenen Ausbildung mehrere Möglichkeiten bietet, von denen hier drei hervorgehoben werden sollen: die Verringerung von subjektgebundenen Fehlerquellen durch die präskriptive Systematisierung des diagnostischen Prozesses, das Fungieren als Standardmodell, welches allgemeine Richtlinien für die Bestimmung einer verantworteten Praxis bieten kann, und die Beschränkung der diagnostischen Exploration auf die für eine mögliche Intervention relevanten Faktoren durch die Handlungsausrichtung des HTM.

Es bleibt aber auch Kritik anzumerken: Von einer konsistenten und umfangreichen Anwendung in der Praxis kann auch heute noch nicht gesprochen werden (vgl. Pameijer u. Beukering 1999). Auch mangelt es an empirisch fundiertem Wissen über die Auswirkungen des HTM auf die Qualität der Intervention in Bezug auf die Auflösung oder Entschärfung der zugrunde liegenden Problemlage, die Realisierbarkeit einer umfangreichen und konsistenten Durchführung in der Praxis sowie über die notwendigen Bedingungen. Der Einbezug von protektiven Faktoren in die Diagnose und die darauf folgende Intervention kann einen wesentlichen Beitrag für eine erfolgreichere Behandlung liefern. Es besteht allerdings im HTM noch kein umfangreiches Verfahren zu deren systematischer Erfassung und Einbindung in die Intervention. Dies kann nicht zuletzt auf den allgemein als gering anzusehenden wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Identifizierung von protektiven Faktoren zurückgeführt werden (De Bruyn et al. 2003). Und „last but not least“ gilt es die

Art des aktiven Einbezugs der Kinder, Jugendlichen und Eltern sowie von signifikanten Bezugspersonen näher zu bestimmen und stärker in die wissenschaftliche Evaluation und Konzeptionalisierung des Modells sowie dessen Ausgestaltung in der Praxis einzubeziehen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991a): Integrative Guide to the 1991 CBCL/4–18, YSR and TRF Profiles. Burlington, VT: Department of Psychology, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b): Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behaviour Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Belsky, J.; Vondra, J. (1989): Lessons from child abuse: the determination of parenting. In: Cichetti, D.; Carlson, V. (Hg.): Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. Cambridge (MA): Cambridge University Press, S. 153–203.
- Bronfenbrenner, U. (1979): The ecology of human development. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Bunge, M. (1985): Types of psychological explanation. In: Mc Gaugh, J. (Hg.): Contemporary psychology: biological processes and theoretical issues. Amsterdam: Elsevier Science, S. 489–501.
- De Bruyn, E. E. J.; Pameijer, N. K.; Ruijsenaars, A. J. M.; Van Aarle, E. J. M. (2003): De diagnostische cyclus. Een praktijkleer. Leuven, Amersfoort: Acco.
- De Bruyn, E. E. J.; Krol, N. P. C. M.; Van Aarle, E. J. M.; Van den Bercken, J. H. L. (2001): Computerized screening for DSM classifications using CBCL/YSR extended checklists: a clinical try-out. *Computers in Human Behavior* 17: 315–337.
- De Groot, A. D. (1968): Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. 's-Gravenhage: Mouton.
- Dekker, J. J. H. (2002): Demystification in the century of the child: the conflict between romanticism and disenchantment in (residential) youth care from the 1830s to 2000. In: Knorth, E. J.; Van den Bergh, P. M.; Verheij, F. (Hg.): Professionalization and participation in child and youth care. Aldershot u.a.: Ashgate, S. 27–48.
- Key, E. (1900): Das Jahrhundert des Kindes. Berlin: Fischer.
- Knorth, E. J.; Smit, M. (1997): Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46: 696–708.
- Knorth, E. J.; Van den Bergh, P. M.; Verheij, F. (2002): Professionalization and participation in child and youth care: two sides of one coin? In: Knorth, E. J.; Van den Bergh, P. M.; Verheij, F. (Hg.): Professionalization and participation in child and youth care: Challenging understandings in theory and practice. Aldershot u.a.: Ashgate, S. 1–23.
- Pameijer, N. K.; Van Beukering, J. T. E. (1997): Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleer- en opvoedingsproblemen. Leuven, Amersfoort: Acco.
- Pameijer, N. K.; Van Beukering, J. T. E. (1999): Diagnostiek in de praktijk: hypothesetoetsend en cliëntgericht? [Diagnose in der Praxis: hypothesentestend und klientengerecht?], *Kind en Adolescent* 20: 2–21.
- Pijnenburg, H. C. E. (1997): Consensus over psychiatrische problemen van een kind. Ph. D. Dissertation. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Pijnenburg, H. M.; De Bruyn, E. E. J. (1999): De systematiek van psychodiagnostische besluitvorming tijdens teamoverleg: Een verkenning. In: Knorth, E. J.; Smit, M. (Hg.): Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening [Planmäßig Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe]. Leuven: Garant. S. 211–232.
- Ruijsenaars, A. J. J. M. (1999): Het diagnostisch proces. In: Knorth, E. J.; Smit, M. (Hg.): Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening [Planmäßig Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe]. Leuven: Garant, S. 97–113.

- Sameroff, J. A.; Chandler, M. J. (1975): Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Hetherington, E. M. (Hg.): Review of child development research. Bd. 4. Chicago: University of Chicago Press, S. 187–244.
- Schoorl, P. M.; Van den Bergh, P. M.; Ruijsenaars, A. J. J. M. (2000): Inleiding in de theoretische orthopedagogiek. Hulpverlening bij Opvoeden. Leuven, Apeldoorn: Garant.
- Sickendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F. (1999): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim: Juventa.
- Sonuga-Barke, E.; Balding, J. (1993): British parents' beliefs about the causes of three forms of childhood psychological disturbance. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21: 367–376.
- Van Aarle, E. J. M.; Carlier, E.; Van der Aalsvoort, G. M.; Kosterman, W. M. (Hg.) (1996): Diagnostiek in beweging: weging van context of door context bewogen? Orthopedagogen in discussie. [Diagnostiek in Beweging: Wiegen des Kontextes oder durch Kontext bewogen? Orthopedagogen in der Diskussion]. Leuven, Amersfoort: Acco.
- Van den Bergh, P. M.; Klomp, M. (1998): Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 10: 767–772.
- Van der Wolf, J. C. (1995): Mag het wat meer orthopedagogiek zijn? Zorgen over diagnostiek volgens het hypothesentoetsend model. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs* 2: 73–85.
- Van Gemert, G. H.; Van der Kooij, R. (1994): Doelgerichte diagnostiek. Hypothesen toetsen in een pedagogische context. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs* 2: 103–114.
- Van Strien, P. J. (1986): Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen. Assen, Maastricht: Van Gorcum.
- Van Yperen, T. A.; De Ruyter, D. (2001): Vraaggerichte diagnostiek en indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg. In: Pelzer, H.; Steerneman, P. (Hsg.): Diagnose van de diagnostiek. Leuven, Apeldoorn: Garant, S. 69–88.
- Van yperen, T. A. (2003): Gaandeweg: Werken aan de effectiviteit van de Jeugdzorg. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Veerman, J. W. (1997): Meten en weten in de jeugdzorg. Inaugurale rede bij aanvaarding professorat Speciale Jeugdzorg. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Welling, M. (2003): Vraaggericht werken in de jeugdhulpverlening. Utrecht: Lemma.

Korrespondenzadresse: Dr. Peter M. van den Bergh, Universiteit Leiden, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Orthopedagogik, Abteilung für Kinder- und Jugendhilfe, Postfach 9555, NL-2300 RB Leiden; E-Mail: vdbergh@fsw.leidenuniv.nl