

Döpfner, Manfred und Lehmkuhl, Gerd

Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 8, S. 519-547

urn:nbn:de:bsz-psydok-40037

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
GRISSEMANN, 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

VERHALTENS- UND PSYCHODIAGNOSTIK

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln (Direktor: Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl)

Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik

Manfred Döpfner und Gerd Lehmkuhl

Summary

From Categorical to Dimensional Assessment

The concepts of categorical and dimensional assessment approaches and their specific advantages – and disadvantages are described. A combination of both concepts within the framework of Multiple Assessment of Psychiatric Disturbances is proposed. This includes the different levels of behavioural and emotional disturbances, different assessment methods, the situational specificity of behavioural and emotional disturbances and individually tailored and treatment related assessment procedures. Thereby two phases are distinguished. In the first phase basic procedures of the Multiple Assessment of Psychiatric Disturbances are accomplished, which cover a broad spectrum of behavioural and emotional problems. In the second phase a differentiated picture of the specific disturbance is assessed by using symptomspecific instruments of the Multiple Assessment of Psychiatric Disturbances. In a case report the diagnostic procedure is explained.

Zusammenfassung

Die Konzepte der kategorialen und der dimensionalen Diagnostik mit ihren spezifischen Vor- und Nachteilen werden einander gegenübergestellt. Eine Kombination der beiden Ansätze im Rahmen einer multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik wird vorgeschlagen, welche die verschiedenen Ebenen psychischer Störungen einbezieht, dabei unterschiedliche Erfassungsmethoden berücksichtigt, die der Situationspezifität von Verhaltensauffälligkeiten Rechnung tragen und die eine auf die individuellen Probleme des Patienten zugeschnittene und behandlungsbezogene Diagnostik beinhalten. Dabei werden zwei Phasen unterschieden. In der ersten Phase werden Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik durchgeführt, die ein breites Spektrum psychischer Störungen abdecken. In der zweiten Phase soll in einer stö-

rungsspezifischen multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik ein differenziertes Bild der einzelnen Störungen erhoben werden. Anhand eines Fallbeispiels wird das Vorgehen erläutert.

1 Einleitung

Der Entwicklung diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wurde in den letzten Jahrzehnten vor allem international viel Beachtung geschenkt. Einen wesentlichen Anstoß hierzu stellten die Arbeiten an den beiden wichtigsten klinischen Klassifikationssystemen, der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (1991, 1994; World Health Organisation 1993) und dem DSM-IV der American Psychiatric Association (1994; Sass et al. 1996) dar. Beide Klassifikationssysteme sind der *kategorialen Diagnostik* verpflichtet. Zur Erfassung dieser diagnostischen Kategorien wurden strukturierte Interviews entwickelt. International wurden unter anderem das *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*, *DICA* (HERANJIC u. REICH 1982), das *Diagnostic Interview Schedule for Children*, *DISC* (COSTELLO et al. 1987) oder *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*, *CAPA* (ANGOLD et al. im Druck) entwickelt. Im deutschen Sprachraum legten ESSER und Mitarbeiter (1989) das *Mannheimer Eltern-Interview*, (*MEI*) auf der Basis von ICD-9 und UNNEWEHR und Mitarbeiter (1995) das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS) auf der Basis von ICD-10 und DSM-IV vor. Die Auswertungsergebnisse dieser Interviews stellen Diagnosen dar. Die meisten Interviews liegen in einer Fassung für Eltern und einer Fassung für Kinder vor. Die Beurteilerübereinstimmung auf Diagnoseebene ist für einige Diagnosen zufriedenstellend, für andere jedoch ungenügend, vor allem bei den Interviews für Kinder (BIRD et al. 1996; SCHWAB-STONE 1996). Aufgrund des erheblichen Durchführungsaufwandes werden diese Verfahren hauptsächlich zu Forschungszwecken eingesetzt.

Parallel zu diesen Arbeiten an den kategorialen diagnostischen Klassifikationssystemen und den daraus abgeleiteten diagnostischen Interviewverfahren gewann ein zweiter Ansatz zur Erfassung psychischer Störungen immer stärkere Beachtung, der ausschließlich auf der methodischen Grundlage der Psychometrie und multivariater statistischer Verfahren basiert und psychische Auffälligkeiten anhand von empirisch gewonnenen Dimensionen beschreibt.

QUAY (1986) gibt eine Übersicht über die Ergebnisse von 61 multivariaten Studien mit Kindern und Jugendlichen, die diesem *dimensionalen Ansatz* verpflichtet sind. Tabelle 1 faßt diese Ergebnisse zusammen. Danach konnte am häufigsten die Dimension der *aggressiven Verhaltensstörung* extrahiert werden. Die Hauptmerkmale dieser Dimension sind in der Reihenfolge der Häufigkeit, mit der sie in den einzelnen Studien ermittelt wurden, in Tabelle 1 wiedergegeben. Die Dimension setzt sich hauptsächlich aus Merkmalen zusammen, die verschiedene Formen aggressiven und oppositionellen Verhaltens beschreiben; in einigen Merkmalen werden auch hyperkinetische Auffälligkeiten (lärmendes Verhalten, Ruhelosigkeit, Hyperaktivität) beschrieben.

Tab. 1: Übersicht über empirisch gewonnene Dimensionen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach QUAY (1986)

Dimensionen (Merkmale in der Reihenfolge der Auftretenshäufigkeit)	Anzahl der Studien
Aggressives Verhalten Körperliche Aggressionen, mangelnde Regelbefolgung und Trotzreaktionen, Wutausbrüche, Destruktivität, provokatives Verhalten, unkooperatives und rücksichtsloses Verhalten, aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, dominieren und bedrohen anderer, störendes Verhalten, lärmendes Verhalten, Irritierbarkeit, Verweigerung von Anweisungen, Ruhelosigkeit, Unehrllichkeit, Hyperaktivität.	42
Aufmerksamkeitsstörungen Geringe Konzentrationsfähigkeit bzw. kurze Aufmerksamkeitsspanne oder Ablenkbarkeit, Tagträumen, Ungeschicktheit, Verträumtheit, Passivität, Nervosität und Ruhelosigkeit, fehlende Ausdauer und Unterbrechen von Tätigkeiten, Trägheit, Interesselosigkeit, Hyperaktivität, Schläfrigkeit.	31
Hyperaktivität Motorische Unruhe, Impulsivität und Erregbarkeit, Nervosität, Zitterigkeit, Logorrhoe, Lärmen.	6
Dissoziales und delinquentes Verhalten „Schlechte Freunde“, Schuleschwänzen, Weglaufen von zu Hause, Stehlen gemeinsam mit anderen, Mitglied in einer „Gang“, loyal gegenüber delinquenten Freunden, bleibt nachts lange weg, Stehlen zu Hause, Lügen.	10
Ängstlichkeit, sozialer Rückzug und Dysphorie Angst oder Furcht und Angespanntheit, Scheu und Schüchternheit, traurige Verstimmung, Sensibilität, Gefühle der Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit, Befangenheit und Gehemmtheit, fehlendes Selbstvertrauen, Erregbarkeit und Verwirrtheit, häufiges Weinen, Zurückhaltung und Besorgtheit.	35
Sozial unreifes Verhalten (Wenig Kontakt zu Gleichaltrigen, lieber alleine sein, gehänselt werden, lieber mit Jüngern zusammen sein, scheu und zurückgezogen, mit Erwachsenen zusammen sein).	10
Schizoides/unkommunikatives Verhalten Möchte nicht sprechen, zurückgezogen, scheu, kühl und nicht reagierend, mangelndes Interesse, traurig, ins Leere starren, verwirrt, verschlossen, lieber alleine.	4
Psychotische Auffälligkeiten Inkohärent, repetitive Sprache, bizarres Verhalten, visuelle Halluzinationen, akustische Halluzinationen, seltsame Ideen/seltsames Verhalten.	5

In vielen Untersuchungen wurden jedoch *Aufmerksamkeitsstörungen* auch als eigenständiger Faktor extrahiert, wobei die meisten Merkmale, die dieser Dimension zuge-

ordnet wurden, Störungen der Aufmerksamkeit und Ablenkbarkeit beschreiben und Hyperaktivität eher zu den Randmerkmalen dieser Dimension zählen (s. Tab. 1). In wenigen Studien konnte daneben eine eigenständige Dimension isoliert werden, die *Hyperaktivität* abbildet.

Neben der Dimension, die aggressives Verhalten beschreibt, ließ sich in mehreren Studien eine Dimension abbilden, die *dissoziales und delinquentes Verhalten* zusammenfaßt, wie Tabelle 1 zeigt.

Am zweithäufigsten wurden in den von QUAY (1986) untersuchten Studien eine Dimension ermittelt, die *Ängstlichkeit, sozialen Rückzug und Dysphorie* abbildet. Eine weitere in wenigen Analysen isolierte Dimension erfaßt *sozial unreifes Verhalten*, das sich durch Kontaktarmut und nicht altersgemäßes Sozialverhalten auszeichnet. In einzelnen Studien wurden schließlich Dimensionen extrahiert, die *schizoide und un-kommunikative Verhaltensweisen* sowie *psychotische Auffälligkeiten* beschreiben (s. Tab. 1). In Faktorenanalysen zweiter Ordnung ließen sich weitgehend übereinstimmend die beiden globalen Dimensionen *externale* (externalisierende, expansive) und *internale* (internalisierende, introversive) Verhaltensstörungen nachweisen.

Die von THOMAS ACHENBACH (1991a,b,c) entwickelten Fragebogen zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Urteil von Eltern, von Lehrern und im Selbsturteil von Jugendlichen (s. Tab. 4) sind international am weitesten verbreitet. Mittlerweile wurden sie in mehr als 45 Sprachen übersetzt und stellen in den meisten neueren empirischen Studien einen wichtigen Bezugspunkt dar. Die dimensionale Struktur dieser Verfahren konnte in den Niederlanden und in Deutschland repliziert werden (DEGROOT 1994; 1995, DÖPFNER et al. 1994g, 1995a, b). Kulturvergleichende Analysen zeigen zwar einige Variationen in den Ausprägungen auf den Skalen; teilweise lassen sich aber auch hohe Übereinstimmungen nachweisen (VERHULST u. ACHENBACH 1995; CRINJEN et al. in Vorb.; DÖPFNER et al. 1996a).

2 Vergleich von kategorialer und dimensionaler Diagnostik

Beide diagnostischen Traditionen, die der kategorialen und die der dimensionalen Diagnostik unterscheiden sich bereits im Ansatz voneinander. Die kategoriale Diagnostik, bei der psychische Auffälligkeiten in verschiedene voneinander klar abgegrenzte diagnostische Einheiten unterteilt werden, beinhaltet sich gegenseitig weitgehend ausschließende Kategorien und steht in der Tradition der medizinischen Diagnostik und Klassifikation. Sie gilt als Substrat klinischer Erfahrungen und empirischer Untersuchungen und bildet den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ab (RUTTER u. GOULD 1987). Ein dimensionales Diagnosesystem klassifiziert psychische Auffälligkeiten nicht durch die Zuweisung zu Kategorien, sondern anhand quantifizierter Merkmale und läßt von vornherein bei einem bestimmten Prozentsatz Auffälligkeiten auf mehreren Dimensionen zu (WERRY et al. 1987). Abbildung 1 stellt die Unterschiede zwischen kategorialer und dimensionaler Diagnostik beispielhaft grafisch dar. In einem dreidimensionalen Raum, der durch die Dimensionen Hyperaktivität, Aggressivität und Depressivität definiert wird, lassen

sich einzelne Individuen entsprechend ihrer Ausprägung auf diesen Dimensionen lokalisieren und beschreiben. Die kategoriale Klassifikation verlangt die Bestimmung von Grenzwerten, die eine Zuordnung der Individuen zu den diskreten Diagnoseklassen (Diagnose einer hyperkinetischen Störung, einer Störung des Sozialverhaltens oder einer depressiven Störung) ermöglichen.

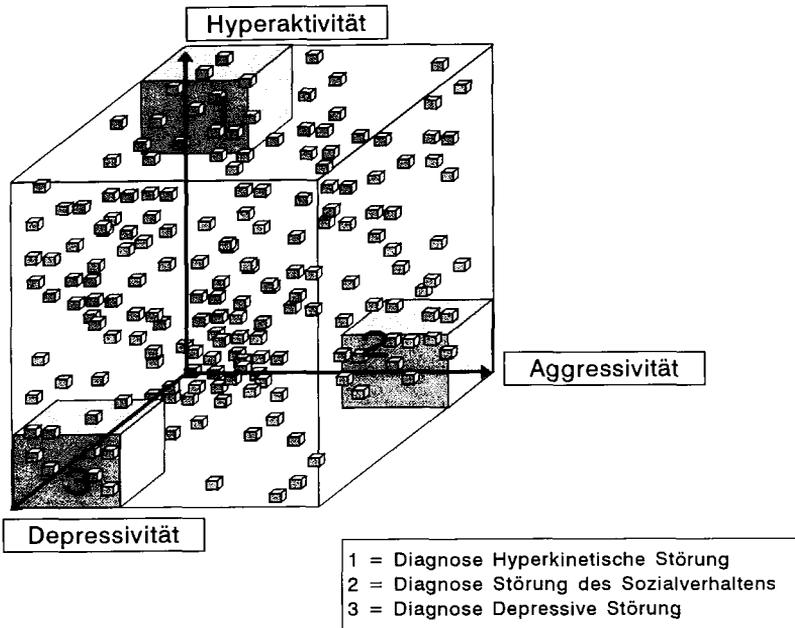


Abb. 1: Vergleich von kategorialer und dimensionaler Diagnostik

Mit dem kategorialen und dem dimensionalen Ansatz sind jeweils verschiedene Vor- und Nachteile verbunden, die im folgenden näher diskutiert werden sollen.

(a) *Bestimmung der Grenzwerte in der kategorialen Diagnostik:* Ein kategorialer Ansatz ist dann besonders angemessen, wenn alle Mitglieder einer diagnostischen Klasse weitgehend homogen sind, wenn klare Grenzen zwischen den diagnostischen Klassen und zur Normalität hin identifizierbar sind und wenn die Klassen sich gegenseitig ausschließen (vgl. auch American Psychiatric Association 1994). Ein dimensionaler Ansatz ist besonders dann angezeigt, wenn das zu beschreibende Phänomen kontinuierlich verteilt ist und keine eindeutig bestimmbaren Grenzen hat. Dies ist vermutlich bei vielen klinischen Phänomenen, wie Aggression, Angst, Depression oder Hyperaktivität der Fall. Selbst bei psychischen Störungen, die lange Zeit als qualitativ unterschiedlich von Normalität und Normvariationen eingestuft wurden, beispielsweise bei autistischen Phänomenen oder auch bei psychopathologischen Phänomenen aus dem schizophrenen Formenkreis, liegen mittlerweile Befunde vor, die darauf hinweisen, daß Verdünnungsformen oder sogenannte Spektrum - Störungen relativ häufig vorkommen. Mit dieser Frage der qualitativen Abgrenzung psychischer Störungen von Normvariationen

beschäftigen sich vor allem RUTTER aber auch andere Autoren in mehreren Arbeiten (BOYLE et al. 1996; CANTWELL u. RUTTER 1994; CARON u. RUTTER 1991; RUTTER 1991; RUTTER u. GOULD 1985; RUTTER u. SCHOPLER 1987, 1988, RUTTER u. TUMA 1988).

Die Autoren des DSM-IV betonen, man dürfe nicht davon ausgehen, daß jede Kategorie einer psychischen Störung eine völlig diskrete Einheit darstellt und daß alle Individuen mit der gleichen Diagnose sich in allen wesentlichen Aspekten gleichen. Bei der Anwendung von DSM-IV sollte man sich deshalb immer bewußt sein, daß sich Individuen mit der gleichen Diagnose sehr wahrscheinlich auch hinsichtlich der Diagnosekriterien unterscheiden und daß Grenzfälle nur schwer zu diagnostizieren sind (American Psychiatric Association 1994). Das Problem der Definition von Grenzwerten bei der Anwendung diskreter Kategorien zur Erfassung kontinuierlich verteilter Merkmale erscheint unlösbar. So verlangt beispielsweise das DSM-III-R für die Diagnose einer *Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung*, daß acht von 14 Symptom-Kriterien erfüllt sein müssen. DuPAUL und Mitarbeiter (1991) weisen darauf hin, daß ein solcher fixer Grenzwert dem Entwicklungsaspekt der Störung nicht gerecht werden kann. So mag für jüngere Kinder ein höherer Grenzwert notwendig sein, während bei älteren Kindern möglicherweise bereits sechs von 14 Kriterien für die Diagnose genügen müßten. Bei einer dimensional Einordnung ließe sich der Entwicklungsaspekt über altersbezogene Normen relativ einfach einbeziehen.

(b) Definition von Komorbidität: Neben dem Problem der Definition von Grenzwerten für die Abgrenzung zu Normalität stellt die Komorbidität ein zentrales Problem kategorialen Diagnostik dar. Epidemiologische und klinische Studien weisen weitgehend übereinstimmend darauf hin, daß Komorbidität, d.h. das Vorliegen mehrerer Diagnosen häufig anzutreffen ist. CARON u. RUTTER (1991) nennen u.a. als Ursachen dieser hohen Komorbiditätsraten überlappende diagnostische Kriterien und artifizielle Unterteilungen von Störungen in der kategorialen Diagnostik. Die Autoren diskutieren auch die Möglichkeit, daß eine dimensionale Erfassung zumindest für einige Störungen der angemessenere Ansatz sein könnte. So ließen sich beispielsweise Kinder mit hyperkinetischen Auffälligkeiten dimensional erstens nach dem Grad an hyperkinetischen Symptomen, zweitens nach dem Ausmaß an aggressiven Auffälligkeiten, drittens nach dem Grad an emotionalen Störungen beurteilen, anstatt neben der kategorialen Diagnose einer hyperkinetischen Störung weitere komorbide Störungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens) zu diagnostizieren.

(c) Mangelnde Reliabilität von Diagnosen: Mit dem Problem der Grenzwerte in der kategorialen Diagnostik ist das Problem der mangelnden Reliabilität von Diagnosen eng verknüpft. Während die Beurteilerübereinstimmungen hinsichtlich der Diagnosekategorien zumindest für einige Störungen sehr gering ausfallen, tragen dimensionale Systeme zu einer Verbesserung der Reliabilität bei (American Psychiatric Association 1994). So mußten SHAFFER und Mitarbeiter (1996) bei der Prüfung der Reliabilität des *Diagnostic Interview Schedules for Children (DISC 2.3)* für Diagnosekategorien teilweise geringe Reliabilitäten feststellen, während die Reliabilitäten von Symptomskalen, bei denen die Anzahl der Symptome addiert werden, deutlich besser ausfielen. Die Autoren führen dies auf Reliabilitätsminderungen bei kategorialen Diagnosen zurück, die durch Unschärfen im Bereich der Grenzwerte bedingt sind.

(d) *Informationsgehalt kategorialer und dimensionaler Systeme*: Ein weiterer Vorteil dimensionaler Systeme liegt in ihrem höheren klinischen Informationsgehalt, weil sie nicht nur in dichotomer Weise das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Diagnose feststellen, sondern weil sie auch Informationen über die Stärke der Störung sowie über subklinische Ausprägungen liefern. So kann beispielsweise ein Kind als hochgradig hyperkinetisch auffällig, als mittelgradig aggressiv auffällig und als geringfügig depressiv auffällig beurteilt werden.

(e) *Anzahl und Art von Dimensionen*: Ein Problem der dimensionalen Diagnostik liegt in der Tatsache, daß es bisher keinen Konsens über die für eine Klassifikation optimalen Dimensionen gibt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß sich psychische Phänomene auf unterschiedlichen Auflösungs niveaus betrachten lassen. Die Anzahl der Dimensionen ist nicht in der Wirklichkeit vorgegeben, sondern hängt von dem Auflösungs niveau des Instrumentes ab, mit dem ein Phänomen betrachtet wird (DÖPFNER et al. 1995d). Fragebogen, die ein relativ breites Spektrum an psychischen Auffälligkeiten mit einer begrenzten Zahl von Items zu erfassen suchen, bieten zwangsläufig nur ein relativ grobes dimensionales Raster. So läßt sich beispielsweise ein Kind im *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, VBV* (DÖPFNER et al. 1993), als sozial kompetent, als mittelgradig aggressiv auffällig, als emotional unauffällig und als ausgeprägt hyperkinetisch auffällig beschreiben. In der *Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen, DCL-HKS* (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997), mit der eine detailliertere Beschreibung der hyperkinetischen Auffälligkeiten möglich ist, kann dieses Kind auf der Symptomskala *Aufmerksamkeitsstörungen* als ausgeprägt auffällig, auf der Symptomskala *Impulsivität* als deutlich auffällig und auf der Symptomskala *Hyperaktivität* als leicht auffällig eingeschätzt werden.

(f) *Berücksichtigung ätiologischer Faktoren*: In der dimensionalen Diagnostik werden ausschließlich Symptome berücksichtigt, während die kategoriale Diagnostik auch andere Kriterien einbeziehen kann, beispielsweise den Beginn der Störung, die Dauer der Störung oder ätiologische Faktoren. So ist es zweifelsohne von Bedeutung, ob der aktuellen manischen Phase eine depressive Episode oder eine andere manische Phase vorhergegangen ist oder ob dieser Zustand durch eine Alkoholintoxikation ausgelöst wurde. Dieser Vorteil der kategorialen Diagnostik ist vor allem dann gravierend, wenn sich die diagnostische Einordnung nicht nur auf eine rein deskriptive Kategorisierung begrenzt, sondern ätiologische Faktoren einbezieht und sich damit nosologischen Einheiten nähert. In den letzten Jahrzehnten fanden ätiologische Gesichtspunkte bei der Weiterentwicklung der kategorialen Diagnosesysteme jedoch immer weniger Beachtung, während ausschließlich deskriptive an der Symptomatik orientierte Einteilungen zunehmend an Bedeutung gewannen. Diese Entwicklung wurde damit begründet, daß das gesicherte Wissen zur Ätiologie der meisten psychischen Störungen zu gering ist, um darauf ein Klassifikationssystem aufzubauen. In den aktuellen Diagnosesystemen werden ätiologische Faktoren meist nur dann berücksichtigt, wenn ihre kausale Funktion eindeutig belegt ist. Je mehr kategoriale Systeme auf einer ausschließlich symptombezogenen Deskription basieren, um so mehr fallen die Vorteile der dimensionaler Systeme ins Gewicht.

(g) *Praktikabilität*: Diagnostische Einordnungen dienen auch der Kommunikation zwischen Fachleuten. Numerische dimensionale Beschreibungen sind jedoch weniger

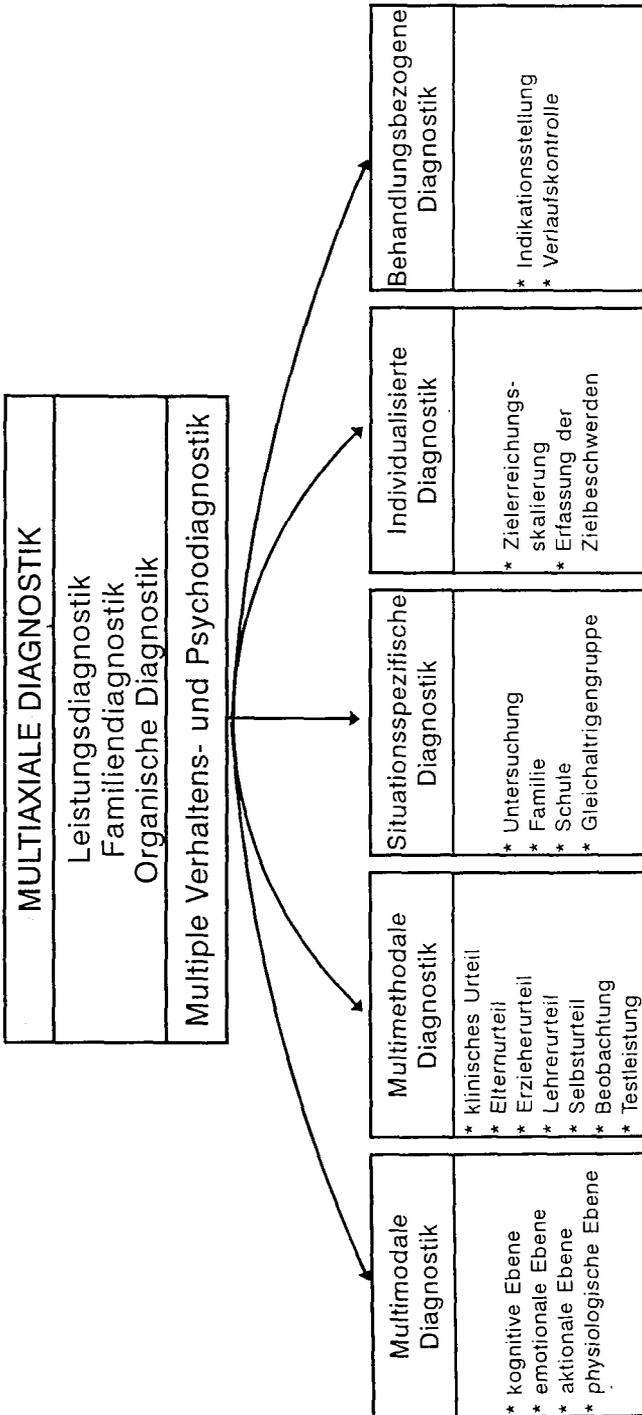


Abb. 2: Komponenten der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

geläufig und weniger plastisch als kategoriale Ansätze. Durch eine Kombination dimensionaler und kategorialer Systeme ließe sich dieser Nachteil dimensionaler Systeme allerdings vermindern. Ein Beispiel hierfür stellt die Diagnostik und Klassifikation von Intelligenz und Intelligenzminderungen dar. Zur Erleichterung der Kommunikation werden Kategorien wie Lernbehinderung, geistige Behinderung, Hochbegabung benutzt, obwohl die dimensionale Eigenschaft von Intelligenz (mit Ausnahme schwerer Formen der geistigen Behinderung) unbestritten ist. Durch diese Kombination beider Ansätze werden auch einige Nachteile der kategorialen Diagnostik relativiert. So ist bei der kategorialen Klassifikation der Intelligenz ganz offensichtlich, daß die Grenzen der einzelnen Kategorien unscharf sind und eine gewisse Beliebigkeit darstellen. In diesem Sinne kann die kategoriale Diagnostik als eine Simplifizierung des dimensional Systems angesehen werden.

Die Diskussion zeigt, daß der kategorialen wie der dimensional Diagnostik spezifische Vor- und Nachteile zugeordnet werden können und daß deshalb eine Kombination beider Systeme helfen könnte, die Nachteile des einen Ansatzes durch den jeweils anderen Ansatz zu kompensieren.

3 Das Konzept der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

Die multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik ist Teil einer umfassenden *multiaxialen Diagnostik*, die neben der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik, die Leistungsdiagnostik, die Familiendiagnostik und die organische Diagnostik umfaßt. Das Konzept der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik bezieht sich auf eine multimodale, multimethodale, situationsspezifische, individualisierte und behandlungsorientierte Verhaltens- und Psychodiagnostik (SEIDENSTÜCKER u. BAUMANN 1987; WITTMANN 1987). Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die Komponenten dieses Konzeptes

Die *multimodale Diagnostik* berücksichtigt die verschiedenen Ebenen psychischer Störungen – die kognitive, emotionale, aktionale und physiologische Ebene. Häufig erscheint eine getrennte Betrachtung dieser Ebenen angezeigt, weil eine geringe Übereinstimmung zwischen diesen Ebenen eher die Regel darstellt. So korrelieren beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen, erfaßt über ein entsprechendes Testverfahren meist nur gering mit der Beurteilung des Lehrers über die Aufmerksamkeitsfähigkeit des Kindes (vgl. DÖPFNER 1996b). Vergleichbare Befunde gibt es zum Zusammenhang der einzelnen Ebenen beispielsweise bei Angststörungen.

Die *multimethodale Diagnostik* wendet zur Erfassung psychischer Störungen verschiedene Methoden an – Verfahren zur Erfassung des klinischen Urteils, des Urteils von Eltern, Erziehern, Lehrern und des Patienten selbst sowie Verhaltensbeobachtungen und Testleistungen. Auf die Notwendigkeit einer multimethodalen Diagnostik weist eine Vielzahl von empirischen Studien hin, die zeigen, daß die Korrelationen zwischen Eltern-, Lehrer- und Selbsturteilen eher im unteren bis mittleren Bereich liegen. In einer Meta-Analyse verschiedener Untersuchungen errechneten ACHENBACH und Mitarbeiter (1987) folgende durchschnittliche Korrelationen:

– $r=0.27$ zwischen Eltern- und Lehrerurteilen (Varianzaufklärung: 7%);

- $r=0.20$ zwischen Lehrer- und Selbsteinschätzungen von Jugendlichen (Varianzaufklärung: 4%);
- $r=0.25$ zwischen Eltern- und Selbsteinschätzungen von Jugendlichen (Varianzaufklärung: 6%).

Zwischen den weitgehend itemgleichen Skalen aus dem von ACHENBACH (1991a,b,c) entwickelten Elternfragebogen, Lehrerfragebogen sowie dem Fragebogen für Jugendliche liegen die Korrelationen zwar höher, selten jedoch über $r=0.50$ (ACHENBACH 1991d). Damit werden maximal 25% der Varianz aufgeklärt. Auch bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren liegen die Korrelationen zwischen Eltern- und Erzieherurteil fast durchweg unter $r=0.50$ (DÖPFNER et al. 1993). Diese insgesamt geringe Übereinstimmung zwischen Beurteilern, läßt sich prinzipiell auf folgende Quellen zurückführen:

- *Meßfehler der Meßinstrumente*: Der Meßfehler läßt sich auf der Basis von Reliabilitätskennwerten (z.B. interne Konsistenz, Wiederholungszuverlässigkeit) der Meßinstrumente abschätzen. Da die Wiederholungszuverlässigkeiten und internen Konsistenzen der Verfahren im Allgemeinen gut sind, spielen Meßfehler eine eher untergeordnete Rolle.
- *Simulations- oder Dissimulationstendenzen*: Die einzelnen Beurteiler können aus unterschiedlichen Gründen zur Simulation oder Dissimulation neigen. Eltern oder Lehrer, die eine Vorstellung eines Kindes in einer Institution veranlaßt haben, können beispielsweise dazu neigen, die Problematik zu aggravierern, um deutlich zu machen, daß Hilfe dringend benötigt wird. Kinder und Jugendliche können bei der Einschätzung von aggressivem/oppositionellem Verhalten bewußt dissimulieren.
- *Unterschiedliche Urteilsanker*: Die verschiedenen Beurteiler können unterschiedliche Urteilsanker haben: Ein Verhalten, das die Mutter als oppositionell und verweigernd beurteilt, kann vom Jugendlichen selbst ganz anders gesehen werden. Depressive Eltern können die Problematik ihrer Kinder aufgrund ihrer eigenen Depressivität als gravierender empfinden.
- *Unterschiedliche Informationsbasis*: Jugendliche berichten in strukturierten Interviews und in Fragebogen durchweg in höherem Maße über emotionale Auffälligkeiten als Eltern oder Lehrer (s. PLÜCK et al. in diesem Heft). Solche Befindlichkeiten sind von Beobachtern oft nur schwer zu beurteilen und Jugendliche teilen diese Befindlichkeiten ihren Hauptbezugspersonen nicht im vollen Ausmaß mit. Auch dissoziales Verhalten oder Drogenkonsum wird von Jugendlichen in größerem Umfang beschrieben als von den Eltern, was vermutlich daran liegt, daß die Eltern keine hinreichenden Informationen darüber haben.
- *Situationsspezifisch unterschiedliches Verhalten*: Ein beträchtlicher Teil der Unterschiede in den Beurteilungen wird vermutlich dadurch verursacht, daß ein Verhalten in verschiedenen Situationen unterschiedlich ausgeprägt ist. Darauf weisen Studien hin, die zeigen, daß zwischen zwei Beurteilern, die das Kind/den Jugendlichen im gleichen Lebensbereich (in der Schule, in der Familie) erleben, deutlich bessere Übereinstimmungen zu finden sind als zwischen Beurteilern, die das Kind in unterschiedlichen Lebensbereichen erleben (vgl. ACHENBACH 1991d). Das aggressive Verhalten kann primär in der Familie oder in der Gleichaltrigengruppe auftreten; Konzentrationsschwächen können in der Schule stärker auftreten als in der Familie, das gleiche gilt für soziale Ängste, um nur einige Beispiele zu nennen.

Diese Situationsabhängigkeit von Verhaltensauffälligkeiten weist auf die Bedeutung einer *situationsspezifischen Diagnostik* hin, die das Auftreten psychischer Störungen in verschiedenen sozialen Kontexten – in der Familie, im Unterricht oder in der Gleichaltrigengruppe erfaßt. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie kommt einer situationsspezifischen Diagnostik eine herausragende Bedeutung zu. Kinder und Jugendliche stehen nämlich in besonderer Abhängigkeit von ihrem sozialen Umfeld; stärker als bei Erwachsenen werden psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen durch deren Bezugspersonen definiert. In einer dimensional begründeten Klassifikation, welche die Situationsspezifität der Störung berücksichtigt, ließe sich ein hyperkinetisch auffälliges Kind beispielsweise als ausgeprägt aufmerksamkeitsgestört, mittelgradig hyperkinetisch und nicht oppositionell auffällig in der Schule und als ausgeprägt hyperkinetisch und oppositionell auffällig und mittelgradig aufmerksamkeitschwach in der Familie einordnen (vgl. DÖPFNER u. LEHMKUHL 1994b).

Eine *individualisierte Diagnostik* ist notwendig, um der individuellen Ausprägung psychischer Störungen gerecht zu werden, die sich anhand von standardisierten Instrumenten häufig nicht hinreichend beschreiben läßt. Beispiele für eine solche individualisierte Diagnostik stellt die Erfassung der Zielerreichung (goal attainment scaling) und die Erhebung der Zielbeschwerden (target complaints) dar. 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 (vgl. KIRE-SUK u. SHERMAN 1983; MINTZ u. KIESLER 1982). DÖPFNER und Mitarbeiter (1997) setzen zur individualisierten Diagnostik und Therapiekontrolle sogenannte Individuelle Problemlisten ein. Zum Abschluß des diagnostischen Prozesses werden dabei gemeinsam mit den Eltern unter Einbeziehung des Kindes drei bis vier konkrete Verhaltensprobleme definiert, deren Verminderung das Ziel der Behandlung darstellen. Diese individuellen Probleme werden von den Eltern in regelmäßigen Abständen hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit und der subjektiv empfundenen Problembelastung beurteilt. In analoger Weise werden gemeinsam mit dem Erzieher/der Erzieherin bzw. dem Klassenlehrer/der Klassenlehrerin die individuellen Probleme des Kindes im Kindergarten bzw. in der Schule festgelegt (s. auch FRÖLICH u. DÖPFNER in diesem Heft).

Die Diagnostik sollte als *behandlungsbezogene Diagnostik* schließlich konkrete Hinweise für die Therapie liefern und eine Erfolgskontrolle ermöglichen. Eine multimodale, situationsspezifische und individualisierte Diagnostik liefert vielfältige Hinweise für konkrete Ansatzpunkte der Therapie und ihrer Verlaufskontrolle, so daß damit die Forderung einer behandlungsbezogenen Diagnostik erfüllt ist.

Die multiple Psycho- und Verhaltensdiagnostik ist, wie Abbildung 3 zeigt, in zwei Phasen unterteilt:

- In der ersten Phase werden *Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psycho-diagnostik* durchgeführt. Durch standardisierte Breitbandverfahren werden das klinische Urteil, das Urteil der Eltern, der Lehrer oder Kindergarten-Erzieherinnen und das Selbsturteil des Jugendlichen erhoben. Diese Verfahren decken ein breites Spek-

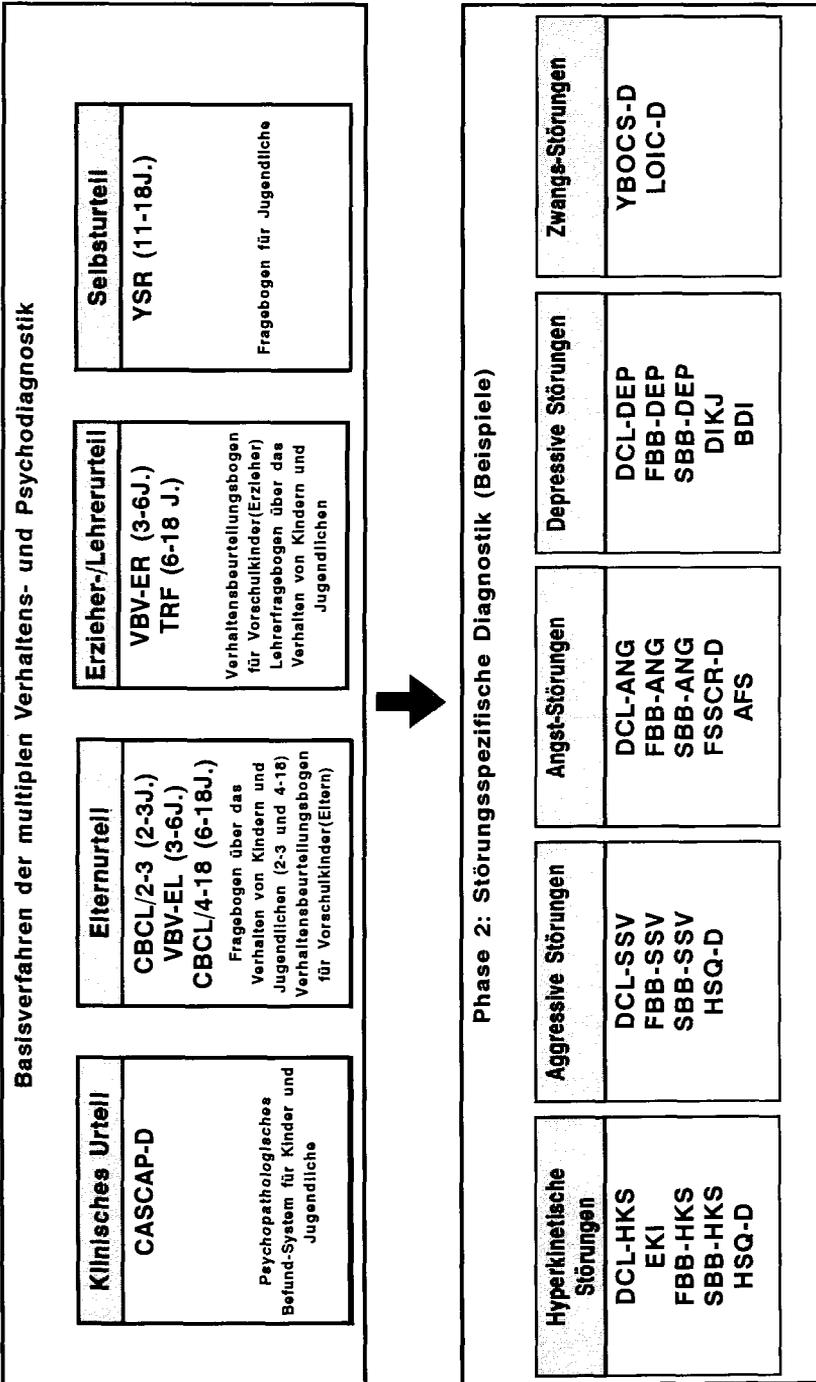


Abb. 3: Phasen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

Legende zu Abb. 3:

AFS	Angstfragebogen für Schüler (WIECZERKOWSKI et al. 1974).
BDI	Beck-Depressions-Inventar (HAUTZINGER et al. 1994).
DCL-HKS	Diagnose-Checkliste – Hyperkinetische Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
DCL-SSV	Diagnose-Checkliste – Störungen des Sozialverhaltens (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
DCL-ANG	Diagnose-Checkliste – Angststörungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
DCL-DEP	Diagnose-Checkliste – Depressive Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (STIENSMEIER-PELSTER et al. 1989).
EKI	Elterninterview zur Eltern-Kind-Interaktion (DÖPFNER et al. 1997a).
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen – Hyperkinetische Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen – Störungen des Sozialverhaltens (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
FBB-ANG	Fremdbeurteilungsbogen – Angststörungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
FBB-DEP	Fremdbeurteilungsbogen – Depressive Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
FSSCR-D	Angstinventar für Kinder und Jugendliche (deutsche Fassung des Fear Survey Schedule for Children-Revised)(DÖPFNER u. SCHNABEL 1997).
HSQ-D	Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie. (DÖPFNER et al. 1997a).
LOIC-D	Leyton Obsessional Inventory – Child Version (BERG et al. 1986, DÖPFNER 1993b).
SBB-HKS	Selbstbeurteilungsbogen – Hyperkinetische Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
SBB-SSV	Selbstbeurteilungsbogen – Störungen des Sozialverhaltens (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
SBB-ANG	Selbstbeurteilungsbogen – Angststörungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
SBB-DEP	Selbstbeurteilungsbogen – Depressive Störungen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997).
YBOCS-D	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BERG et al. 1989, DÖPFNER 1993b).

trum psychischer Auffälligkeiten ab und werden standardmäßig bei allen Störungsbildern eingesetzt.

- Auf der Grundlage der diagnostischen Ergebnisse in der ersten Phase wird in der zweiten Phase eine *störungsspezifische multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik* durchgeführt, die ein differenziertes Bild der einzelnen Störung liefern soll. Abbildung 3 zeigt beispielhaft für ausgewählte Störungsbilder einige Verfahren. Auch im Rahmen der störungsspezifischen multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik wird eine multimodale, multimethodale, situationspezifische und behandlungsbezogene Diagnostik durchgeführt.

3.1 Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

Die Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik setzen sich aus Instrumenten zusammen, welche die Einschätzung verschiedener Beurteiler erheben:

- Grundlage jeder diagnostischen Beurteilung stellt die klinische Exploration des Kindes oder Jugendlichen und seiner Bezugsperson(en) dar. Das aus dieser Exploration hervorgehende *klinische Urteil* wird durch das *Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)* erfaßt (DÖPFNER et al. 1997b,c), mit dem sich ein breites Spektrum psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen einschätzen läßt.
- Das *Elternurteil* wird durch den *Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern (CBCL 2-3)* bzw. durch den *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL4-18)* erfaßt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior

Checklist 1993a, d, DÖPFNER et al. 1994f, FEGERT 1996). Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren kann alternativ der *Elternfragebogen des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV-EL)* eingesetzt werden (DÖPFNER et al. 1993a), der alterstypische Verhaltensauffälligkeiten besser erheben kann als der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL4-18).

- Das *Erzieher- bzw. Lehrerurteil* wird bei Kindergartenkindern im Alter von drei bis sechs Jahren durch den *Erzieherfragebogen des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV-ER)* (DÖPFNER et al. 1993a) und bei Schulkindern durch den *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* erhoben.
- Das *Selbsturteil* von Kindern und Jugendlichen kann ab dem Alter von elf Jahren durch den *Fragebogen für Jugendliche (YSR)* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993c, DÖPFNER et al. 1994a) erfaßt werden.

Die Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik werden im folgenden näher beschrieben:

Das *Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)* (DÖPFNER et al. 1997b,c) ist die deutsche Fassung der *Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP)* (Döpfner et al. 1995e) und stellt eine Weiterentwicklung der *Psychopathologischen Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche* dar (vgl. DÖPFNER et al. in diesem Heft). CASCAP-D umfaßt 98 psychopathologische Merkmale, die in 13 Merkmalsbereichen zusammengefaßt sind. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Merkmalsbereiche.

Tab. 2: Übersicht über die Merkmalsbereiche des Psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)

	Merkmalsbereiche	Anzahl der Merkmale
1	Interaktion	8
2	Regelbezogenes Verhalten	8
3	Entwicklungsstörungen	8
4	Aktivität und Aufmerksamkeit	4
5	Psychomotorik	4
6	Angst	7
7	Zwang	2
8	Stimmung und Affekt	11
9	Essverhalten	6
10	Körperliche Beschwerden	11
11	Denken und Wahrnehmung	13
12	Gedächtnis, Orientierung und Bewußtsein	3
13	Andere	13
	Gesamt	98

Die in Untersuchungssituationen aktuell explorierbare und beobachtbare Symptomatik (aktuelle Befindlichkeit, aktuelles Verhalten des Patienten) unterscheidet sich häufig deutlich von der Symptomatik außerhalb der Untersuchungssituation, die durch die Exploration des Patienten

und seiner Bezugspersonen erfaßt wird. Deshalb wird sowohl die Symptomatik während der sechs letzten Monate (außerhalb der Untersuchungssituation) als auch die aktuelle Symptomatik während der Untersuchung getrennt beurteilt. Neben dem Beurteilungsbogen liegt ein Glossar und ein Explorationsleitfaden vor (DÖPFNER et al. 1997c). Anhand von Faktoren- und Konsistenzanalysen wurden mit diesem Instrumentarium Symptomskalen entwickelt, die sich weitgehend als hinreichend intern konsistent erwiesen (s. DÖPFNER et al. in diesem Heft)

Die *Verhaltensbeurteilungsbögen für Vorschulkinder (VBV)* setzen sich aus einem *Elternfragebogen (VBV-EL)* mit 53 Items und einem *Erzieherfragebogen (VBV-ER)* mit 93 Items zusammen, in denen sozial-emotionale Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren erfaßt werden. Beide Fragebögen werden durch jeweils eine Symptomliste ergänzt, in der umschrieben Auffälligkeiten (z. B. Einnässen oder Einkoten) erfaßt werden. Für beide Fragebögen wurden weitgehend parallele, faktoriell gesicherte und intern konsistente Skalen konstruiert (DÖPFNER et al. 1993; BERNER et al. 1992). Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die internen Konsistenzen der Skalen beider Fragebögen.

Tab. 3: Interne Konsistenzen der Skalen des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV 3-6)(nach DÖPFNER et al. 1993a)

Skala	Eltern VBV-EL	Erzieher VBV-ER
Sozial-emotionale Kompetenz	befriedigend	sehr gut
Oppositionell-aggressives Verhalten	sehr gut	sehr gut
Aufmerksamkeitsschwächen und Hyperaktivität versus Spielausdauer	gut	sehr gut
Emotionale Auffälligkeiten	gut/ befriedigend	gut
Gesamtauffälligkeit	sehr gut	sehr gut

Beurteilungskriterien:

Alpha ≥ 0.90 sehr gut

Alpha 0.80-0.89 gut

Alpha 0.70-0.79 befriedigend

Alpha 0.50-0.70 eingeschränkt

Alpha < 0.50 unbefriedigend

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, CBCL4-18* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991a, DÖPFNER et al. 1994f) ist die deutsche Fassung der *Child Behavior Checklist* (ACHENBACH 1991a) und dient der Erfassung von Kompetenzen und psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren. Im ersten Teil des Fragebogens werden Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfragt, der zweite Teil besteht aus 120 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Der Beurteilungszeitraum umfaßt die letzten sechs Monate. Die Beurteilung erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von 0= „nicht zutreffend“ bis 2= „genau oder häufig zutreffend“. Eine Übersicht über den Fragebogen geben DÖPFNER et al. (1994e).

Tab. 4: Skalen des *Elternfragebogens* und des *Lehrerfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL4-18 bzw. TRF)* sowie des *Fragebogens für Jugendliche (YSR)*.

Internale Störungen

Sozialer Rückzug

Kinder mit hoher Ausprägung auf der Skala möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt.

Körperliche Beschwerden

Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen).

Angst/Depressivität

Die Skala erfaßt neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.

Externale Störungen

Dissoziales Verhalten

Die Skala erfaßt dissoziale Verhaltensweisen, wie lügen, stehlen, Schule schwänzen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten (z. B. ist lieber mit Älteren zusammen).

Aggressives Verhalten

Die Skala erfaßt verbale und körperlich aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit aggressivem Verhalten auftreten (spielt den Clown, redet viel, sehr laut).

Gemischte Störungen

Soziale Probleme

Die Skala umfaßt vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten.

Schizoid/zwanghaft

Die Skala erfaßt neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten. Achenbach gibt dieser Skala die Bezeichnung „Thought Problems“.

Aufmerksamkeitsstörungen

Die Skala setzt sich aus Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und aus Items zusammen, die häufig in Verbindung mit hyperkinetischem Verhalten auftreten (z. B. verhält sich zu jung, tapsig).

Aus den Items zur Erfassung von Kompetenzen im ersten Teil des Fragebogens werden drei sehr kurze Skalen gebildet: *Aktivitäten*, *Soziale Kompetenzen* und *Schulische Leistungen*. Die Items aller drei Skalen werden zur Gesamtskala Kompetenzen zusammengefaßt. Aus den 120 Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet. Diese acht Skalen sind aufgrund von Faktorenanalysen zweiter Ordnung (Faktorenanalysen der Skalenrohwerte) zu drei Gruppen zusammengefaßt: den internalen Störungen, den externalen Störungen, und den gemischten Störungen, die weder den internalen noch den externalen Störungen zugeordnet wer-

den können. Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Skalen des Fragebogens. Alle Items, die internale bzw. externale Störungen beschreiben, werden zu gleichnamigen Skalen zweiter Ordnung zusammengefaßt. 33 Items sind keiner Skala zugeordnet und gehen zusammen mit den anderen Items in den 118 Items umfassenden Gesamtaufälligkeitwert ein.

Der *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b, DÖPFNER et al. 1994b) ist die deutschsprachige Fassung der *Teacher's Report Form* der *Child Behavior Checklist* (ACHENBACH 1991b) und wurde auf der Basis des Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) entwickelt. Im ersten Teil des Lehrerfragebogens werden Schulleistungen und die soziale Anpassungsfähigkeit des Schülers erfaßt. Der zweite Teil besteht wie der Elternfragebogen aus 120 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Davon sind 93 Items identisch mit denen des Elternfragebogens. 15 Items des Elternfragebogens, die nur in der Familie beobachtbare Verhaltensweisen beschreiben, wurden durch Items ersetzt, die Verhaltensprobleme erfassen, die nur in der Schulsituation beobachtet werden können. Die Skalenbildung auf der Basis der Problemitems entspricht der bereits beschriebenen Skalenbildung des Elternfragebogens (s. Tab. 4).

Das Selbsturteil kann ab dem Alter von elf Jahren durch den *Fragebogen für Jugendliche (YSR)* erfaßt werden (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993c; DÖPFNER et al. 1994a). Dieser Fragebogen wurde auf der Basis des Elternfragebogens entwickelt und stellt die deutsche Fassung des *Youth Self-Report* der *Child Behavior Checklist* dar (ACHENBACH 1991c). Im ersten Teil, in dem Kompetenzen erfaßt werden, ist der Fragebogen für Jugendliche mit dem Elternfragebogen weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 alle Items des Elternfragebogens übernommen. Die nicht übernommenen Items, die zur Selbstbeurteilung durch Jugendliche nicht geeignet sind (z.B. „Starrt ins Leere“ oder „Richtet mutwillig Zerstörungen an“), wurden durch Items ersetzt, die positive, sozial erwünschte Verhaltensweisen beschreiben. Damit soll den Jugendlichen die Gelegenheit gegeben werden, nicht nur Verhaltensprobleme, sondern auch positive Eigenschaften zu berichten. Diese Items werden jedoch in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Die Skalenbildung auf der Basis der Problemitems entspricht der bereits beschriebenen Skalenbildung des Elternfragebogens (s. Tab. 4).

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern (CBCL 2-3)* wurde hinsichtlich der faktoriellen Validität der Skalenbildung von ACHENBACH (1992) und hinsichtlich der internen Konsistenz untersucht (FEGERT 1996). Die faktorielle Validität der Skalenbildung nach ACHENBACH konnte nur teilweise bestätigt werden. Die Skalen zur Erfassung von externalen Auffälligkeiten und von Schlafproblemen erwiesen sich als weitgehend intern konsistent, während die Skalen zur Erfassung internaler Auffälligkeiten keine zufriedenstellenden Konsistenzen aufwiesen. Eine geschlechtsspezifische Skalenbildung auf der Basis von Faktorenanalysen in der deutschen Stichprobe erbrachte Skalen von guter bis zufriedenstellender interner Konsistenz.

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL4-18)*, der *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* und der *Fragebogen für Jugendliche (YSR)* wurden in einer deutschen klinischen Stichprobe auf ihre interne Konsistenz und faktorielle Validität geprüft (DÖPFNER et al. 1994a,b,f,g, 1995a,b). Die überwiegende Anzahl der Problemskalen konnte dabei faktorenanalytisch repliziert werden. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse zur internen Konsistenz der Skalen der Fragebogen für Eltern, Lehrer und Jugendliche. Der Beurteilung der internen Konsistenzen liegen die von LIENERT (1969) formulierten Kriterien zugrunde, nach denen für die Individualdiagnostik die interne Konsistenz zumindest bei $r_{it}=0.70$ liegen sollte und für gruppenstatistische Auswertungen interne Konsistenzen von $r_{it} \geq 0.50$ notwendig sind. Die internen Konsistenzen der Problemskalen sind mit wenigen Ausnahmen für die Individualdiagnostik hinreichend intern konsistent. In El-

ternfragebogen und im Fragebogen für Jugendliche sind die Kompetenzskalen für die Individualdiagnostik überwiegend nicht geeignet.

Tab. 5: Interne Konsistenzen der Skalen des Eltern- und des Lehrerfragebogens für Kinder und Jugendliche und des Fragebogens für Jugendliche in klinischen Stichproben (nach DÖPFNER et al. 1994a,b,f,g; 1995a,b)

Skala	Eltern CBCL	Lehrer TRF	Jugendliche YSR
Kompetenzen	eingeschränkt	gut	eingeschränkt
Aktivitäten	unbefriedigend	-	eingeschränkt/ unbefriedigend
Soziale Kompetenzen	eingeschränkt	-	eingeschränkt
Schulische Leistungen	unbefriedigend	-	-
Internale Störungen	gut	gut	gut
Sozialer Rückzug	befriedigend	befriedigend	eingeschränkt
Körperliche Beschwerden	befriedigend	befriedigend	befriedigend
Angst/Depressivität	gut	gut	gut
Externale Störungen	sehr gut	sehr gut	gut
Dissoziales Verhalten	gut	befriedigend	befriedigend
Aggressives Verhalten	sehr gut	sehr gut	gut
Gemischte Störungen			
Soziale Probleme	befriedigend	gut	eingeschränkt/ befriedigend
Schizoid/zwanghaft	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt
Aufmerksamkeitsstörungen	befriedigend	sehr gut	befriedigend
Gesamtauffälligkeit	sehr gut	sehr gut	sehr gut

Beurteilungskriterien:

Alpha ≥ 0.90 sehr gut

Alpha 0.80 - 0.89 gut

Alpha 0.70 - 0.79 befriedigend

Alpha 0.50 - 0.70 eingeschränkt

Alpha < 0.50 unbefriedigend

1) Nur CBCL 4-11jährige Jungen und Mädchen

2) Nur YSR Jungen

3.2 Störungsspezifische multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik

Auf der Grundlage der Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik wird, wie Abbildung 3 zeigt, in einer zweiten Phase eine *störungsspezifische multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik* durchgeführt, die ein differenziertes Bild der ein-

zelen Störungen liefern soll. In Abbildung 3 sind nur einige Verfahren für ausgewählte Störungsbilder beispielhaft aufgeführt. Wie in der ersten Phase der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik kommen auch in dieser zweiten Phase verschiedene Methoden zum Einsatz. Beispielhaft sollen hier einige Verfahren der spezifischen Verhaltens- und Psychodiagnostik zur Erfassung hyperkinetischer Störungen dargestellt werden.

Zur differenzierten Exploration hyperkinetischer Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in der Familie, im Kindergarten bzw. in der Schule und im Kontakt mit Gleichaltrigen wird die *Diagnose-Checkliste – Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS)* eingesetzt. Diese *Diagnose-Checkliste* ist Bestandteil des umfassenden Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, *DISYPS-KJ* (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1997). *DISYPS-KJ* besteht aus sieben Diagnose-Checklisten zur klinischen Beurteilung, sechs Fremdbeurteilungsbögen für Eltern, Lehrer oder Erzieher und fünf Selbstbeurteilungsbögen für Kinder und Jugendliche im Alter von elf bis 18 Jahren.

Die Instrumente sind auf der Grundlage der Symptomkriterien von ICD-10 und DSM-IV für Hyperkinetische Störung, für Störungen des Sozialverhaltens, für tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, Tic-Störungen und für Störungen sozialer Funktionen (Bindungsstörungen und Mutismus) entwickelt worden. Für diese Störungen liegen mit Ausnahme der Tic-Störungen und der Störungen sozialer Funktionen auch entsprechende Fremdbeurteilungsbögen für Eltern, Lehrer oder Erzieher vor. Die Selbstbeurteilungsbögen für Kinder und Jugendliche im Alter von elf bis 18 Jahren beziehen sich auf hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und depressive Störungen. Die entsprechende *Diagnose-Checkliste*, der *Fremdbeurteilungsbogen* und der *Selbstbeurteilungsbogen* sind jeweils aufeinander bezogen und enthalten weitgehend identische Items.

Abbildung 4 zeigt eine beispielhafte Beurteilung anhand der *Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS)* mit dem Entscheidungsbaum für ICD-10-Diagnosen. Da sich die Symptomkriterien nach ICD-10 (Forschungskriterien) und nach DSM-IV weitgehend entsprechen, ist nur eine einzige Checkliste mit den Symptomkriterien notwendig. Inhaltlich bedeutsame Abweichungen in den Symptomkriterien beider Diagnosesystemen sind entsprechend gekennzeichnet.

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

Die Auswertung der Diagnose-Checklisten erfolgt erstens kategorial und zweitens dimensional. Zur *dimensionalen Auswertung* werden Kennwerte für Aufmerksamkeitsstörungen, für Überaktivität und für Impulsivität gebildet, indem die Ausprägungen auf den entsprechenden Items summiert und durch die Anzahl der Beurteilungen dividiert werden. Die *kategoriale Auswertung* erfolgt mit Hilfe eines

Entscheidungsbaumes. Da sich beide Diagnosesysteme zwar kaum in den Symptomkriterien, wohl aber in den Regeln zur Kombination dieser Symptomkriterien zu Diagnosen unterscheiden, enthalten die Diagnose-Checklisten für ICD-10 und DSM-IV getrennte Entscheidungsbaume, die an die Liste der Symptomkriterien angelegt werden können.

Wie die beispielhafte Beurteilung in Abbildung 4 zeigt, sind die ICD-10-Forschungskriterien für eine Aufmerksamkeitsstörung, für Impulsivität, für Überaktivität und die Zusatzkriterien erfüllt. Außerdem trifft keines der Ausschlußkriterien zu. Anhand der *Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens (DCL-SSV)* konnte ausgeschlossen werden, daß die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind. Damit kann die Diagnose einer „einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) gestellt werden. Für die klinische Diagnostik müssen nicht alle Forschungskriterien nach ICD-10 voll erfüllt sein. Als Orientierung sind diese Kriterien jedoch auch für die klinische Praxis sehr hilfreich.

Korrespondierend zu diesen Diagnose-Checklisten beurteilen die Eltern und die Lehrerin in den entsprechenden Fremdbeurteilungsbögen die Symptomkriterien direkt. Damit ist auf dimensionaler Ebene ein direkter Vergleich zwischen dem klinischen Urteil, dem Elternurteil und dem Selbsturteil möglich. Weitere Verfahren der spezifischen Verhaltens- und Psychodiagnostik sind Abbildung 3 zu entnehmen.

3.3 *Integration der Ergebnisse der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik*

Die Integration der Ergebnisse der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik, insbesondere die Integration der Einschätzungen verschiedener Beurteiler, ist zwar in der Regel ein recht aufwendiges Unterfangen, dabei können jedoch wichtige Hinweise auf notwendige therapeutische Interventionen gewonnen werden. Abbildung 5 gibt eine Übersicht über die einzelnen Schritte bei der Integration der Ergebnisse. Sind zwischen den Beurteilern keine bedeutsamen Diskrepanzen feststellbar, so liegt eine situationsübergreifend stabile Symptomatik vor, die von den Beurteilern in vergleichbarer Weise wahrgenommen wird. Dies kann in der Regel als eine gute Voraussetzung für therapeutische Interventionen interpretiert werden. Häufig sind jedoch Diskrepanzen zwischen den Beurteilern feststellbar. In diesem Fall sind die Ursachen für diese unterschiedlichen Einschätzungen näher zu explorieren:

- Beruhen die Diskrepanzen auf einer unterschiedlichen Informationsbasis, dann kann zunächst eine Aufklärung indiziert sein. Wenn beispielsweise ein Jugendlicher im Selbsturteil ausgeprägte emotionale Auffälligkeiten beschreibt, die Mutter und der Klassenlehrer jedoch nicht, so kann eine Information und Beratung der Bezugspersonen eine wichtige Intervention darstellen.
- Liegen der Diskrepanz zwischen den Beurteilern Simulations- oder Dissimulations-tendenzen zugrunde, dann kann zunächst die Bearbeitung der Ursachen solcher Tendenzen von Bedeutung sein. So mag beispielsweise ein aggressiv auffälliger Jugendlicher seine Problem durch eine Verleugnung dieser Problematik zu lösen versuchen. In einem solchen Fall kann die Akzeptanz der eigenen Verhaltensauffälligkeiten eine wichtige Voraussetzung für weitergehende Interventionen darstellen.

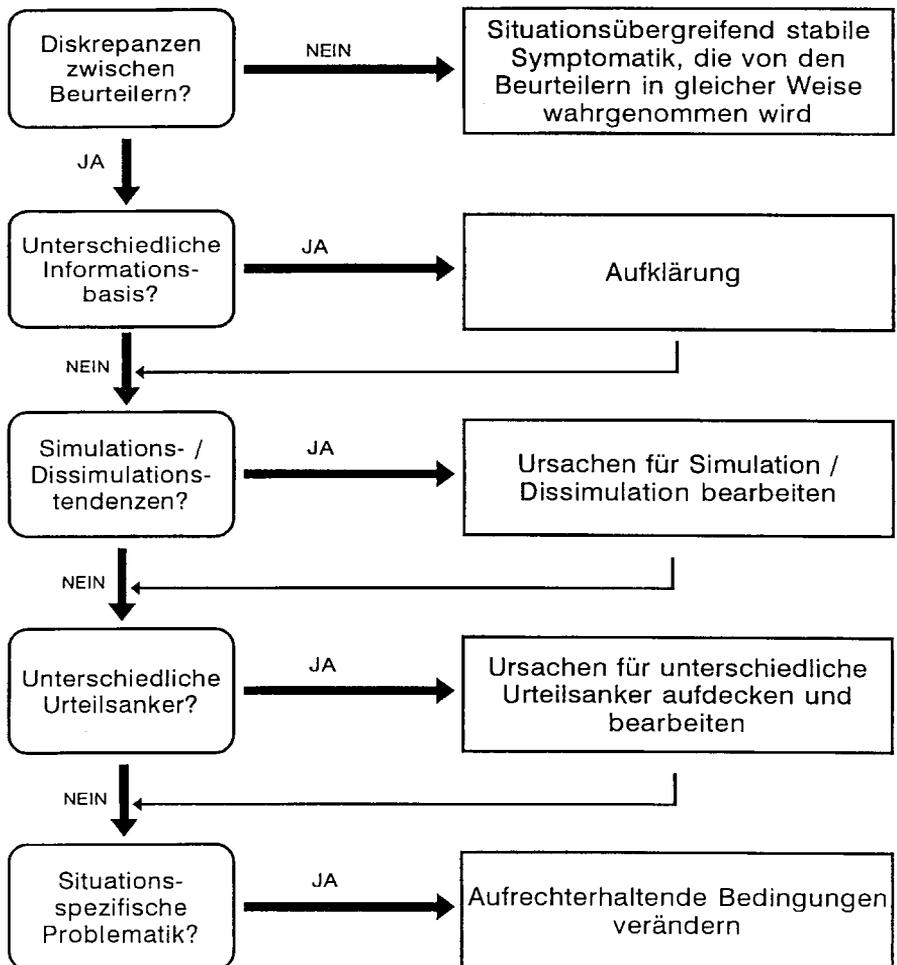


Abb. 5: Integration der Ergebnisse der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik

- Werden die Diskrepanzen durch unterschiedliche Urteilsanker der Beurteiler verursacht, so können die Ursachen für die Divergenz der Urteilsanker aufgedeckt und bearbeitet werden. So kann es beispielsweise notwendig sein, daß bei einer Mutter mit ausgeprägt depressiver Symptomatik die verzerrte Wahrnehmung der Verhaltensprobleme des Kindes aufgrund der eigenen Depressivität thematisiert wird.
- Lassen sich die Unterschiede zwischen den Beurteilern durch eine situationspezifische Ausprägung der Problematik erklären, so sind jene Bedingungen herauszuarbeiten und zu bearbeiten, welche die Problematik in der entsprechenden Situation aufrechterhalten. Das aggressive Verhalten des Kindes, das ausschließlich in der Familie und nicht im Kindergarten auftritt, kann beispielsweise durch inkonsistentes Erziehungsverhalten der Eltern aufrechterhalten werden, das es zu verändern gilt.

3.4 Ergebnisse der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik: ein Fallbeispiel

Abbildung 6 zeigt beispielhaft das Ergebnis der Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik bei dem zwölfjährigen Thomas. Auf diesem Übersichtsbogen sind die Beurteilungen der externalen und der internalen Symptome sowie des Merkmalsbereiches der Entwicklungsdysfunktionen aus dem *Psychopathologischen Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)* aufgeführt. Außerdem können weitere Symptome, die in CASCAP-D als auffällig beurteilt wurden, eingetragen werden. In dem in Abbildung 5 gezeigten Beispiel beurteilt der Untersucher Thomas in der Untersuchungssituation als unruhig, impulsiv, dominant, deutlich distanzgemindert; er beobachtet Entwicklungsdysfunktionen in der expressiven Sprache und er erkennt ausgeprägte Leistungsängste sowie Insuffizienzgefühle in der Untersuchungssituation. Außerhalb der Untersuchungssituation, in anderen Kontexten, beispielsweise in der Familie oder in der Schule, beurteilt der Untersucher Thomas auf der Basis der Exploration von Thomas und seiner Mutter als ausgeprägt unruhig und impulsiv, als ausgeprägt oppositionell und verbal aggressiv, als gereizt und affektlabil. Bei den internalen Symptomen lassen sich lediglich Leistungsängste explorieren.

Im *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18)* wird Thomas von der Mutter auf den Skalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsstörung*, und *Aggressives Verhalten* als deutlich auffällig beschrieben. Der Klassenlehrer beurteilt Thomas mit dem *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* ebenfalls auf den Skalen *Aufmerksamkeitsstörungen* und *Soziale Probleme* als auffällig. Auf der Skala *Aggressives Verhalten* wird Thomas von seinem Klassenlehrer ebenfalls als auffällig, jedoch weniger stark ausgeprägt als im Urteil der Mutter eingeschätzt. Außerdem beschreibt der Klassenlehrer Thomas auch auf der Skala *Angst/Depressivität* als auffällig.

Im *Fragebogen für Jugendliche (YSR)* beschreibt Thomas sich selbst auf den Skalen *Angst/Depressivität*, *Soziale Probleme* und *Aufmerksamkeitsstörung* als auffällig, während aggressives Verhalten von Thomas selbst als unauffällig eingeschätzt wird.

Insgesamt lassen sich in allen Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik Aufmerksamkeitsstörungen feststellen, während im Urteil der Mutter zusätzlich aggressive Verhaltensauffälligkeiten deutlich werden, die auch der Untersucher anhand der Exploration der Mutter als solche eingeschätzt. Sowohl Untersucher als auch Lehrer beurteilen Thomas als ängstlich und depressiv. Diese Einschätzung wird auch durch das Selbsturteil von Thomas gestützt. Bei der Diskussion dieser Ergebnisse mit der Mutter wurde deutlich, daß das aggressive Verhalten von Thomas zu Hause in erheblichem Maße durch eine Geschwisterrivalität bedingt ist und die Mutter aufgrund der häufigen Auseinandersetzungen mit Thomas dessen emotionale Problematik nicht erkennen konnte.

In der spezifischen Verhaltens- und Psychodiagnostik wird anhand der *Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS)* die ICD-10-Diagnose einer einfachen Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0) bestätigt, während die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens, überprüft anhand der *Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens (DCL-SSV)* nicht erfüllt sind. Im *Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)* beschreibt der Lehrer von allem ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen und eine ebenfalls stark ausgeprägte Impulsivität bei geringer ausgeprägter motorischer Unruhe. Die Mutter beurteilt Thomas mit diesem Instrument vor allem als unruhig und impulsiv und weniger als aufmerksamkeitsgestört. Im Elterninterview zur Eltern-Kind-Interaktion (EKI) und im Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (HSQ-D) (DÖPFNER et al. 1997a) lassen sich als zentrale familiäre Problemsituation die Durchführung der Hausaufgaben, das Beachten von Aufforderungen und das Zubettgehen herausarbeiten. Im Angstfragebogen für Schüler, AFS (WIECZERKOWSKI et al. 1974) beschreibt Thomas ausgeprägte Prüfungsängste bei gering ausgeprägter manifester Angst und hoher Schulunlust.

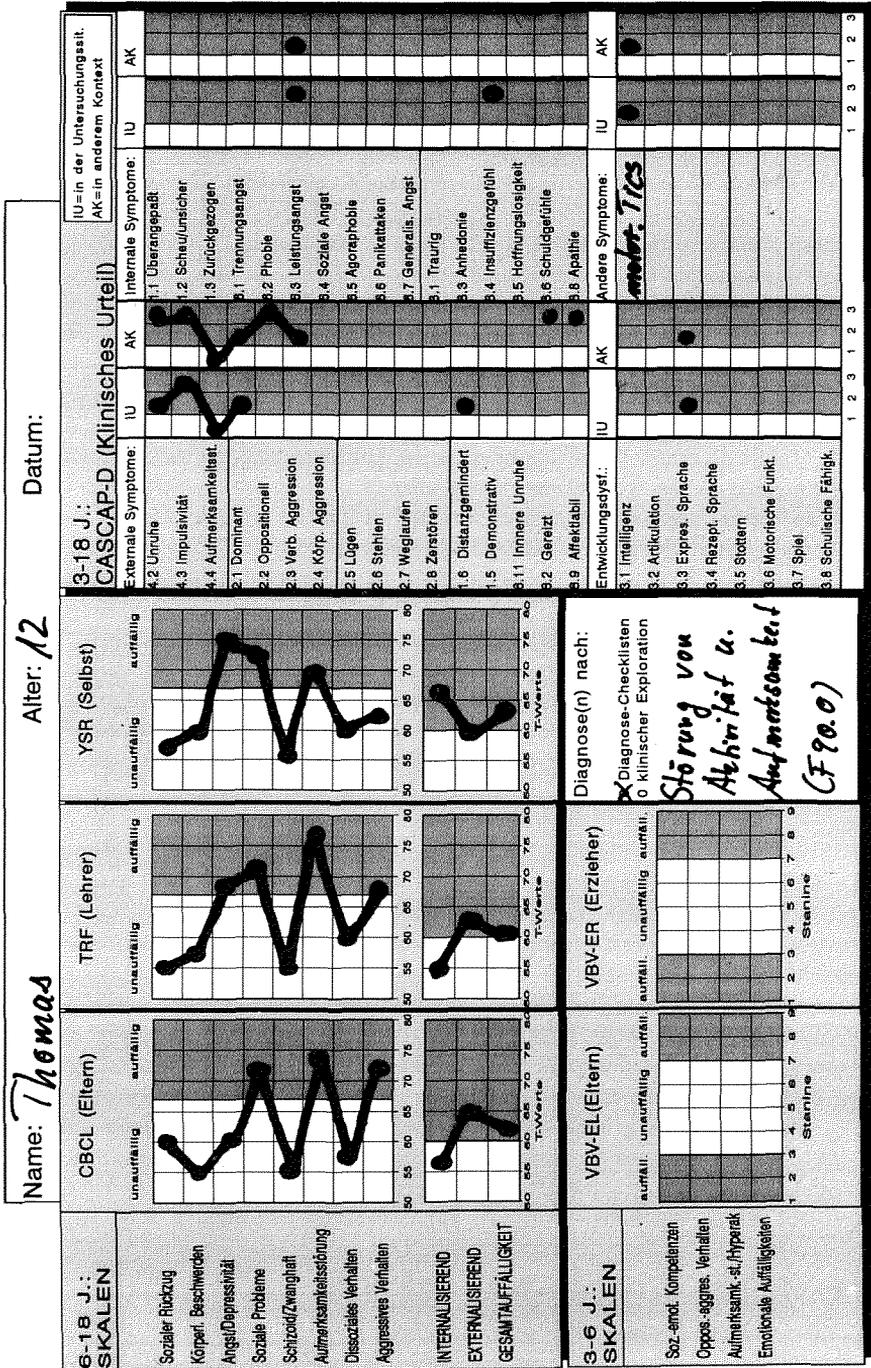


Abb. 6: Ergebnis der Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik, Beispiel Thomas

4 Diskussion

Das vorgestellte Modell der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik unterstreicht die Notwendigkeit einer systematischen Erfassung und Beschreibung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen auf der Basis eines dimensionalen Ansatzes für die Diagnostik psychischer Störungen. Überschneidungen mit anderen Modellen lassen sich erkennen. Bereits Ende der 50er Jahre wiesen CAMPBELL und FISKE (1959) mit der Entwicklung der multitrait-multimethod Matrix auf die Bedeutung der systematischen Variation von Erfassungsmethoden hin. ACHENBACH (ACHENBACH u. MCCONAUGHY 1987; ACHENBACH 1993) entwickelte ein Modell der multiaxialen empirisch begründeten Diagnostik (*Multiaxial Empirically Based Assessment, MEBA*) und definierte Beurteilungen der Eltern, Beurteilungen von Lehrern, Beobachtungen und Beurteilungen von Kindern und Jugendlichen, die Messung kognitiver Funktionen und die Erfassung körperlicher Befunde als Achsen seines multiaxialen Systems. Das Konzept der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik ist im Unterschied zum Ansatz von ACHENBACH, wie Abbildung 2 zeigt, zwar in eine multiaxiale Diagnostik eingebettet, bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Erfassung psychischer Auffälligkeiten und grenzt davon die Leistungs-, Familien- und körperliche Diagnostik ab. Die klinische Beurteilung bleibt in dem Ansatz von ACHENBACH weitgehend unberücksichtigt. Außerdem unterscheidet das vorliegende Konzept zwischen Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik und störungsspezifischen Verfahren.

Multiaxiale Klassifikationssysteme, beispielsweise die multiaxiale Fassung des ICD 10 (World Health Organization 1991), das DSM-IV oder das Multiaxiale Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986) sind der traditionellen kategorialen Diagnostik verpflichtet und unterscheiden sich somit deutlich von dem hier vorgestellten Ansatz.

Allerdings wurde bereits auf die Notwendigkeit zur Kombination und Integration von dimensionaler und kategorialer Diagnostik hingewiesen. Abbildung: 7 zeigt die Integration des dimensional und des kategorialen Ansatzes in der Diagnostik psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Basisverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik stellen demnach die Grundlage dar. Sie ermöglichen eine dimensionale Beschreibung entlang grundlegender Dimensionen psychischer Auffälligkeiten. Die Anwendung störungsspezifischer Verfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik in der zweiten Stufe des diagnostischen Prozesses erlaubt eine weitere Ausdifferenzierung der dimensional Beschreibung. In der Diagnose können schließlich die auf den vorgeschalteten Stufen erhobenen Befunde zusammengefaßt werden.

Eine multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik stellt eine optimale Voraussetzung für die Planung einer multimodalen Therapie dar, in der Interventionen auf verschiedenen Ebenen, in unterschiedlichen Situationen und Lebensbereichen des Kindes oder Jugendlichen unter Anwendung verschiedener therapeutischer Methoden kombiniert werden.

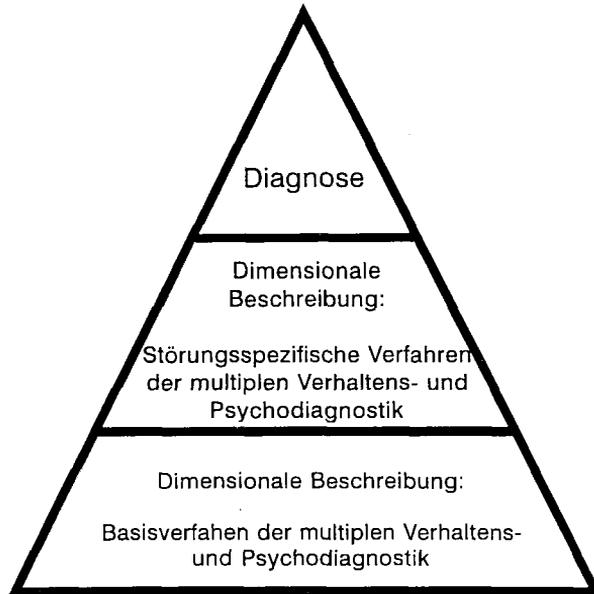


Abb. 7: Integration des dimensionalen und des kategorialen Ansatzes in der Diagnostik psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Literatur

- ACHENBACH, T.M. (1991a): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. (1991b): Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. (1991c): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. (1991d): Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. (1992): Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. (1993): Implications of empirically based assessment for behavior therapy with children. *Behavior Therapy*, 24, 91-116.
- ACHENBACH, T.M./McCONAUGHY, S.H. (1987): Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. Newbury Park: Sage.
- ACHENBACH, T.M./McCONAUGHY, S.H./TOWELL, C.T. (1987): Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- ANGOLD, A./PRENDERGAST, M./COX, A./HARRINGTON, R./SIMONOFF, E./RUTTER, M. (in press): The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*.
- 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).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993c): Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von DÖPFNER M./MELCHERS P. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993d): Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern (CBCL/2-3). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- BERG, C.Z./RAPOPORT, J.L./FLAMENT, M. (1986) The Leyton Obsessional Inventory – Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 84-91.
- BERG, C.Z./RAPOPORT, J.L./WOLFF, R.P. (1989) Behavioral treatment for obsessive compulsive disorder in childhood. In: RAPOPORT, J.L. (Ed.) *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*, 169-187. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- BERNER, W./FLEISCHMANN, T./DÖPFNER, M. (1992): Konstruktion von Kurzformen des Eltern- und Erzieherfragebogens zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter. *Diagnostica* 38, 142-154.
- BIRD, H. (1996): Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37, 35-49.
- BOYLE, M./OFFORD, D.R./RACINE, Y./SZATAMARI, P./FLEMING, J. E./SANFORD, M. (1996): Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 1440-1448.
- CAMPBELL, D.T./FISKE, D.W. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin* 56, 81-105.
- CANTWELL, D.P./RUTTER, M. (1994): Classification: conceptual issues and substantive findings. In: RUTTER, M./TAYLOR, E./HERSOV, L. (Eds.): *Child and Adolescent Psychiatry* (3rd edition). Oxford: Blackwell Scientific, 3-31.
- CARON, C./RUTTER, M. (1991): Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues, and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 1063-1080.
- COSTELLO, A./EDELBRÖCK, J./DULCAN, M.K./KALAS, R./KLARIC, S. (1987): Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Western Psychiatric Institute and Clinic, School of Medicine, University of Pittsburgh.
- Crijnen, A.A./Achenbach, T.M./Verhulst, F. (in Vorb.): Comparisons of problems reported by parents of children in twelve cultures: total problems, externalizing, and internalizing. Paper submitted for publication.
- DEGROOT, A./KOOT, H.M./VERHULST, F.C. (1994): The Cross-cultural generalizability of the CBCL cross-informant syndromes. *Psychological Assessment* 6, 225 - 230.
- DEGROOT, A./KOOT, H.M./VERHULST, F.C. (1995): The Cross-cultural generalizability of the TRF and YSR cross-informant syndromes. Submitted for publication.
- DÖPFNER, M. (1993a): Verhaltensdiagnostik und Therapiekontrolle. In: DÖPFNER, M./SCHMIDT, M. (Hrsg): *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter*. München: Verlag Quintessenz, 38-53.
- DÖPFNER, M. (1993b) Zwangsstörungen. In: STEINHAUSEN, H.-C./VON ASTER, M. (Hrsg): *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*, 267-318. Beltz, Psychologie-Verlags-Union, Weinheim.
- 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./BERNER, W./FLECHTNER, H./SCHWITZGEBEL, P./LEHMKUHL, G. (1994c): *Handbuch: Forschungsergebnisse zur Psychopathologischen Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche (PB-KJ)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- DÖPFNER, M./BERNER, W./FLEISCHMANN, T./SCHMIDT, M.H. (1993): *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV)*. Weinheim: Beltz.
- DÖPFNER, M./BERNER, W./LEHMKUHL, G. (1994a): *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth Self-Report Form (YSR) der Child Behavior Checklist*. 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./BERNER, W./LEHMKUHL, G. (1995a): Reliabilität und faktorielle Validität der Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica* 41, 221-244.
- DÖPFNER, M./BERNER, W./SCHMECK, K./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F. (1995b): *Internal consistency and validity of the CBCL and the TRF in a German sample – a cross cultural comparison*. In: J. SERGEANT (Ed.): *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder*. Zürich: Fotorotar. Egg, 51-81.
- DÖPFNER, M./FLECHTNER, H./BERNER, W./LEHMKUHL, G./STEINHAUSEN, H.-C. (1997c): Psychopathologisches Befund-System (CASCAP-D). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M./GOODEYER, I./LEHMKUHL, G./STEINHAUSEN, H.-C./VERHULST, F. (1995e): The Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1994b). Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 3, 244-252.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1997): Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Bern: Huber.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./FLECHTNER, H./BERNER, W./VON ASTER, M./STEINHAUSEN, H.C. (1997b): Das CASCAP-D in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*, 98 – 107, Göttingen: Hogrefe.
- DÖPFNER, M./MELCHERS, P./FEGERT, J./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./SCHMECK, K./STEINHAUSEN, H.C./POUSTKA, F. (1994e): Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 3, 54-59.
- DÖPFNER, M./SCHMECK, K./BERNER, W. (1994f): 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./SCHMECK, K./BERNER, W./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F. (1994g): Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 189-205.
- DÖPFNER, M./SCHMECK, K./BERNER, W./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F. (1995d): Zurück zu Jaspers? Zum Stellenwert empirischer Erforschung psychopathologischer Phänomene. Eine Erwiderung auf die Kritik von Sponcel. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23, 212-216.
- DÖPFNER, M./SCHNABEL, M. (1997): Das Angstinventar für Kinder und Jugendliche (FSSCR-D). Universität zu Köln: Unpubliziertes Manuskript
- DÖPFNER, M./SCHÜRMAN, S./FRÖLICH, J. (1997a): Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- DÖPFNER, M./SCHÜRMAN, S./LEHMKUHL, G. (1994h): Hausaufgabenprobleme? Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und Interaktionsstörungen bei der Durchführung der Hausaufgaben. *Kindheit und Entwicklung* 3, 227-237.
- ESSER, G./BLANZ, B./GEISEL, B./LAUCHT, M. (1989): *Mannheimer Elterninterview (MEI)*. Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- FEGERT, J.M. (1996): Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45, 83-94.
- HAUTZINGER, M./BAILER, M./WORALL, H./KELLER, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber
- HERANJIC, B./REICH, W. (1982): Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent of individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 10, 307-304.
- 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.
- KRUG, D.A./ARICK, J./ALMOND, P. (1980): Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior
- LIENERT, G. (1969): Testaufbau und Testanalyse (3. Aufl). Weinheim: Beltz.
- MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (1987): *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin: de Gruyter Verlag.

- 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.
- OLLENDICK, T.H.: Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSFC-R). *Behaviour Research and Therapy* 22, 1988.
- QUAY, H.C. (1986): Classification. In: QUAY, H.C./WERRY, J.S. (Eds.): *Psychopathological disorders of childhood*. New York: Wiley, 1-34.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (1986)(Hrsg.): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter/Shaffer/Sturge (2. Auflage)*. Bern: Huber.
- RUTTER, M./GOULD, M. (1985): Classification. In: RUTTER, M./HERSOV, L. (Eds.): *Child And Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific, 304-324.
- RUTTER, M./SCHOPLER, E. (1987): Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 17, 159-186.
- RUTTER, M./SCHOPLER, E. (1988): Autism and Pervasive Developmental Disorders. In: Rutter, M./Tuma, A.H./Lann, I.S.: *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. London: Longman, 408-436.
- RUTTER, M./TUMA, A.H. (1988): Diagnosis and Classification: Some Outstanding Issues. In: Rutter, M./Tuma, A.H./Lann, I.S.: *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York – London: Guilford Press, 437-452.
- RUTTER, M. (1991): Nature, nurture, and psychopathology: A new look at an old topic. *Development and Psychopathology* 3, 125-136.
- SEIDENSTÜCKER, G./BAUMANN, U. (1987): Multimodale Diagnostik als Standard in der Psychologie. *Diagnostica* 33, 243-258.
- STIENSMEIER-PELSTER, J./SCHÜRMAN, M./DUDA, K. (1989): *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- UNNEWEHR, S./SCHNEIDER, S./MARGRAF, J. (Hrsg.)(1995): *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- VERHULST, F.C./ACHENBACH, T.M. (1995): Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 4, 61 – 76.
- VERHULST, F.C./AKKERHUIS, G.W. (1986): Mental health in dutch children: (III) behavioral-emotional problems reported by teachers of children aged 4-12. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74, Supplementum No. 330.
- VERHULST, F.C./AKKERHUIS, G.W./ALTHAUS, M. (1985): Mental health in dutch children: (I) a cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, Supplementum No. 323.
- WIECZERKOWSKI, W./NICKEL, H./JANOWSKI, A./FITTKAU, B./RAUER, W. (1974): *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Braunschweig: Westermann.
- WITTMANN, W.W. (1987): Grundlagen erfolgreicher Forschung in der Psychologie: Multimodale Diagnostik, Multiplismus, multivariate Reliabilitäts- und Validitätstheorie. *Diagnostica* 33, 209-226.

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.