

Breuer, Dieter und Döpfner, Manfred

Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 8, S. 583-596

urn:nbn:de:bsz-psydok-40066

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Erziehungsberatung

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

Familientherapie

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

Forschungsergebnisse

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

Kinder und Gewalt

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

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

Praxisberichte

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

Psychotherapie

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

Übersichten

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

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

Väter und Jugendliche

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

Verhaltens- und Psychodiagnostik

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

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

Buchbesprechungen

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

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

Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie

Dieter Breuer und Manfred Döpfner

Summary

The Assessment of Problem Situations within the Family

Goal of the study is the analysis of the German version of Barkley's Home Situations Questionnaire. The analysis is accomplished in a clinical sample of $N=76$ children at the age of six to ten years with the diagnosis of a hyperkinetic disorder according to ICD-10 or an Attention deficit -/hyperactivity disorder according to DSM-III-R and in a representative sample of $N=263$ children aged seven to ten years. Parents of hyperkinetic children experience many family situations with their child as very problematic which is essentially more often than parents in the representative sample. Analyses of the factorial structure of the questionnaire yielded no clear and well interpretable solutions. The instrument has a good internal consistency. The HSQ-D scores correlate significantly with other parent questionnaires for the assessment of behaviour problems, the highest correlations were found with scales for the assessment of hyperkinetic behaviour problems and social problems. In the clinical practice the instrument has proven helpful within symptomspecific assessment of children with hyperkinetic and oppositional behavior disorders and for the planning of interventions.

Zusammenfassung

Ziel der Studie ist die Analyse des Elternfragebogens über Problemsituationen in der Familie (HSQ-D), der deutschen Fassung des Home Situations Questionnaire von Barkley. Die Analyse wird in einer klinischen Stichprobe von $N=76$ Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 oder einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-III-R und in einer repräsentativen Vergleichsstichprobe von $N=263$ Kindern im Alter von sieben bis zehn Jahren durchgeführt. Eltern hyperkinetischer Kinder erleben viele familiäre Situationen mit ihrem Kind als sehr problematisch und dies wesentlich häufiger als Eltern der repräsentativen Vergleichsstichprobe. Untersuchungen zur faktoriellen Struktur des Fragebogens ergaben keine eindeutigen und gut interpretierbaren Lösungen. Das Verfahren hat eine gute interne Konsistenz. Die Kennwerte des HSQ-D korrelieren mit anderen Elternfragebögen zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten signifikant, am deutlichsten mit

Skalen zur Erfassung von hyperkinetischen Auffälligkeiten und von sozialen Problemen. In der klinischen Praxis hat sich das Instrument bei der störungsspezifischen Diagnostik von Kindern mit hyperkinetischen und mit oppositionellen Verhaltensstörungen und bei der Therapieplanung als ausgesprochen hilfreich erwiesen.

1 Einleitung

Sowohl die Basisverfahren als auch die meisten störungsspezifischen Verfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (s. DÖPFNER u. LEHMKUHL in diesem Heft) erfassen die Intensität oder Häufigkeit von auffälligen Verhaltensweisen, sie erheben jedoch im allgemeinen nicht exakt genug die Situationen, in denen das problematische Verhalten stattfindet. Für die Planung therapeutischer Interventionen, insbesondere verhaltenstherapeutischer Verfahren ist jedoch eine genauere Beschreibung und Analyse des Verhaltens in umschriebenen sozialen Situationen notwendig (vgl. DÖPFNER 1993). So stellen beispielsweise bei Eltern-Kind-Trainings für hyperkinetisch oder oppositionell auffällige Kinder die spezifischen problematischen Eltern-Kind-Interaktionen die Ansatzpunkte der Intervention dar (DÖPFNER et al. 1996a).

DÖPFNER und Mitarbeiter (1997) entwickelten im Rahmen des Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) auf der Basis des *Parent-Child-Interaction Interview* von BARKLEY (1987) das *Elterninterview zur Eltern-Kind-Interaktion (EKI)*. In der deutschen Fassung wurden sowohl die familiären Situationen als auch die Explorationsfragen gegenüber der amerikanischen Fassung erweitert. Dieses niedrigstrukturierte Elterninterview erhebt die Art und die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten und es erfaßt die familiären Situationen, in denen problematische Verhaltensweisen auftreten sowie die Reaktion der Eltern auf das Problemverhalten in diesen Situationen.

Für die einzelnen Problemsituationen können verschiedene problematische Verhaltensweisen exploriert werden: grob- und feinmotorische Unruhe, Ausdauer und Ablenkbarkeit, Impulsivität, oppositionelles Verhalten, Frustrationstoleranz, aggressives Verhalten und andere Verhaltensprobleme.

Zu Beginn des Interviews werden die individuellen Spielvorlieben und -abneigungen des Kindes erfragt, um dann Verhaltensprobleme in Situationen, in denen das Kind alleine oder mit anderen spielt, genauer erfragen zu können. Danach werden die Eltern zu 18 alltäglichen Situationen exploriert, die in Familien mit hyperkinetisch/oppositionell auffälligen Kindern häufig zu Problemen führen (z.B. beim Essen, beim Baden, bei den Hausaufgaben, wenn die Mutter beschäftigt ist). Für jede Situation wird neben der Topographie, der Häufigkeit und Intensität von Verhaltensproblemen auch die Reaktionen der Bezugsperson(en) erfaßt. Der Interviewer kann außerdem anhand einer neunstufigen Skala die Problemstärke des Verhaltens beurteilen.

Das Interview dient vor allem der Erhebung spezifischer Informationen, die für die Durchführung von verhaltenstherapeutischen Interventionen von besonderer Relevanz sind, da die Informationen auf konkrete Situationen bezogen sind und nicht nur das problematische Verhalten, sondern auch die Reaktionen der Bezugspersonen erfaßt

wird. Zur quantitativen Auswertung wird die Anzahl der Problemsituationen und ein durchschnittlicher Problemwert ermittelt. Das Verfahren ist nach unserer Erfahrung für die Informationserhebung in der klinischen Praxis besonders wertvoll, empirische Studien liegen bislang allerdings nicht vor.

Das Interview sollte nach Möglichkeit nicht in Anwesenheit des Kindes mit einem, besser mit beiden Elternteilen gemeinsam durchgeführt werden. Die Anwesenheit des Kindes ist vor allem deshalb nicht wünschenswert, weil das Kind die Situation häufig als eine einzige Anklage erlebt. Es ist sinnvoller, nach der Durchführung des Interviews und der Herausarbeitung der am meisten problematischen Situationen das Kind in Anwesenheit der Eltern zu explorieren, weil dann der Verlauf des Gespräches vom Interviewer leichter zu gestalten ist. Das Interview ist für Eltern von Kindern im Alter von drei bis etwa zwölf Jahren geeignet.

Korrespondierend zu diesem Interview entwickelte BARKLEY (1981, 1987) den *Home Situations Questionnaire*, einen Elternfragebogen, in dem die Eltern einschätzen, wie problematisch sie das Verhalten des Kindes in 16 typischen familiären Situationen erleben. Der *Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie, (HSQ-D)* ist die deutsche Fassung dieses Verfahrens. Abbildung 1 zeigt beispielhaft eine Beurteilung mit diesem Instrument. Für jede Situation geben die Eltern zunächst an, ob in dieser Situation Probleme auftreten, wenn das Kind Aufforderungen, Anweisungen oder Regeln befolgen soll (Antwort: ja/nein). Falls die Situation als problematisch eingestuft wird, beurteilen die Eltern anhand einer neunstufigen Skala (von 1=schwach bis 9=sehr stark), wie stark die Problematik ausgeprägt ist. Bei der Adaptation des amerikanischen Fragebogens wurde das Item „while with a babysitter“ nicht übernommen, da diese Situation in Deutschland nicht als alltäglich einzustufen ist. Dieses Item wurde durch das Item 11: „Wenn die Mutter zu Hause beschäftigt ist“ ersetzt. Zur normativen Auswertung werden zwei Werte ermittelt:

1. Die Anzahl der problematischen Situationen (Anzahl der mit „ja“ beantworteten Items).
2. Die durchschnittliche Problemstärke (Summe der Beurteilungen der Problemstärke dividiert durch die Anzahl der problematischen Situationen).

Darüber hinaus wird ein Gesamtwert der Problemstärke durch die Summierung der Problemeinschätzungen pro Item (Ausprägung 1 bis 9) gebildet, wobei die Beurteilung eines Items als unproblematisch als Ausprägung von 0 gewertet wird.

BARKLEY und EDELBROCK (1987) fassen die Ergebnisse mit dem HSQ im angloamerikanischen Sprachraum zusammen. ALTEPETER und BREEN (1989) legen Normen und Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen mit dem HSQ vor. Danach liegen die internen Konsistenzen der Skalen zwischen $\alpha=0.82$ und $\alpha=0.87$.

Die Stabilität der Koeffizienten liegen in einem Intervall von einer bis vier Wochen zwischen $r_{tt}=0.62$ und $r_{tt}=0.81$. In keiner Studie konnten signifikante Unterschiede der Rohwerte zwischen Erst- und Zweittestung festgestellt werden (BARKLEY u. EDELBROCK 1987; BARKLEY et al. 1988).

BREEN und ALTEPETER (1991) untersuchten die Faktorenstruktur des HSQ in einer repräsentativen Stichprobe von 955 Kinder im Alter von vier bis elf Jahren und konnten vier Faktoren mit Eigenwerten ≥ 1 extrahieren, die 57% der Varianz erklären. Auf dem

Name des Kindes: _____ Datum heute: _____ Beurteilt von: _____

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

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

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

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

Abb. 1: Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (HSQ-D); Beispiel

ersten Faktor laden Items, die Interaktionssituationen mit Personen außerhalb der Familie beschreiben, in denen die Aufmerksamkeit der Eltern sich auf andere Personen richtet (z.B. wenn Besuch kommt, wenn Eltern telefonieren). Der zweite Faktor faßt Situationen zusammen, in denen bestimmte Routinetätigkeiten durchgeführt werden und das Kind unter einer Aufsicht steht (beim Anziehen, beim Essen, beim Zubettgehen). Der dritte Faktor beschreibt Situationen, in denen das Kind bestimmte Aufgaben

und Pflichten zu erfüllen hat (Hausaufgaben, andere Pflichten). Der vierte Faktor faßt Situationen zusammen, in denen das Kind sich alleine beschäftigt. ALTEPETER und BREEN (1992) führten eine Faktorenanalyse in einer Stichprobe von 163 Kindern mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung durch und können die Faktorenstruktur weitgehend bestätigen. Sie weisen auch nach, daß sich die Stichprobe der hyperkinetisch auffälligen Kinder auf allen vier Skalen signifikant von der Repräsentativstichprobe aus der Studie von BREEN und ALTEPETER (1991) unterscheidet.

Zur Validität des HSQ liegen ebenfalls mehrere Ergebnisse vor. BREEN und BARKLEY (1988) können in einer gemischten Stichprobe aus $N=52$ unauffälligen, hyperkinetisch auffälligen und anderweitig auffälligen Kindern folgende Korrelationen zwischen der Anzahl der Problemsituationen/der durchschnittlichen Problemstärke im HSQ und der früheren Skalierung der Child Behavior Checklist (ACHENBACH u. EDELBROCK 1983) nachweisen: mit aggressivem Verhalten $r=0.83/r=0.69$, mit Hyperaktivität $r=0.73/r=0.66$, mit Delinquenz $r=0.48/r=0.60$, mit Depressivität $r=0.62/r=0.46$ und mit sozialem Rückzug $r=0.62/r=0.61$. Außerdem korrelieren die HSQ-Werte signifikant mit dem Parenting Stress Index (BREEN u. BARKLEY 1988) und dem Personality Inventory for Children, einem Selbsturteilsfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten (BREEN u. BARKLEY 1983). Schließlich konnten auch Korrelationen mit einem Testverfahren zur Erfassung von Vigilanz (BREEN u. BARKLEY 1988) und mit der Depression der Mutter aus dem Beck-Depressionsfragebogen ($r=0.27$ für Anzahl der Problemsituationen und $r=0.35$ für durchschnittliche Problemstärke) nachgewiesen werden.

Die diskriminative Power des HSQ konnte ebenfalls belegt werden. BARKLEY (1981) verglich 30 Kindern mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung mit 30 unauffälligen Kindern und konnte auf allen Items sowohl hinsichtlich der Anzahl der Problemsituationen als auch der Problemstärke signifikante Unterschiede nachweisen. TARVER-BEHRING und Mitarbeiter (1985) zeigen, daß der HSQ zwischen hyperkinetischen Kindern und ihren unauffälligen Geschwistern diskriminiert. Der HSQ wurde auch in Therapiestudien (Pharmakotherapie, Elterntraining) eingesetzt und erwies sich dabei als änderungssensitiv (BARKLEY et al. 1984, 1988; BEFERA u. BARKLEY 1985; POLLARD et al. 1983).

In einer noch unpublizierten Studie der eigenen Arbeitsgruppe (DÖPFNER et al. 1994) wurde die deutsche Adaptation des HSQ in einer Repräsentativstichprobe von $N=263$ Kindern im Alter von sieben bis zehn Jahren untersucht. Bei $N=60$ Kindern wurde eine Meßwiederholung nach zwei Monaten durchgeführt. Ein Gesamtwert wurde durch die Summierung der Problemeinschätzungen pro Item (Ausprägung 1 bis 9) ermittelt, wobei die Beurteilung eines Items als unproblematisch als Ausprägung von 0 gewertet wurde. Die interne Konsistenz dieses Gesamtwertes liegt bei $\alpha=0.85$ und ist damit mit den Ergebnissen der amerikanischen Studien vergleichbar. Die Wiederholungszuverlässigkeit liegt mit $r_{tt}=0.90$ über den in den amerikanischen Studien ermittelten Werten. In der Faktorenanalyse wurden zwei Faktoren mit Eigenwert ≥ 1 extrahiert, die zusammen 33,5% der Varianz aufklären. Auf dem ersten Faktor laden Items, die Interaktionssituationen mit Personen beschreiben, die nicht Familienmitglieder sind und in denen sich die Aufmerksamkeit der Eltern auf andere Personen richtet. Dieser Faktor zeigt hohe Übereinstimmung mit dem ersten Faktor, den BREEN und ALTEPETER (1991)

extrahierten. Der zweite Faktor faßt Situationen zusammen, in denen bestimmte Routinetätigkeiten durchgeführt werden und das Kind unter einer Aufsicht steht (beim Anziehen, beim Essen, beim Zubettgehen) und in denen das Kind bestimmte Aufgaben und Pflichten zu erfüllen hat (Hausaufgaben, andere Pflichten). Dieser zweite Faktor entspricht dem zweiten und dritten Faktor in der Analyse von BREEN und ALTEPETER (1991). Die beiden Items, die in der Analyse von BREEN und ALTEPETER (1991) den vierten Faktor aufmachen (alleine spielen, fernsehen), weisen auf keinem der beiden Faktoren eine substantielle Ladung auf.

Die Ziele der vorliegenden Studie sind:

- Die Analyse der Häufigkeit, mit der die einzelnen familiären Situationen des HSQ-D von den Eltern hyperkinetischer Kinder im Vergleich zu Eltern aus einer Repräsentativstichprobe als problematisch eingeschätzt werden.
- Die Untersuchung der faktoriellen Struktur des Fragebogens.
- Die Überprüfung der Reliabilität der Skalen des Fragebogens.
- Die Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität des Fragebogens durch die Analyse der Beziehungen zu Skalen, die ähnliche bzw. andere Konstrukte erfassen.

Die Untersuchung wurde im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen durchgeführt. Ziel dieser umfassenden Studie ist die Überprüfung der Effekte eines individualisierten, multimodalen Therapieprogrammes und die vergleichende Analyse einzelner therapeutischer Ansatzpunkte, vor allem von Verhaltens- und von Pharmakotherapie (vgl. DÖPFNER et al. 1996a; DÖPFNER 1996a).

2 Methodik und Stichprobe

In der Kölner Multimodalen Therapiestudie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen wurden 76 Kinder zu Beginn einer umfassenden Therapie untersucht (DÖPFNER 1996a). 75 Kinder wurden in die Therapiestichprobe aufgenommen.

In die Untersuchungsstichprobe wurden Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren aufgenommen, die folgende Kriterien erfüllten:

- (1) Besuch der Grundschule bzw. einer der ersten vier Klassen einer Sonderschule.
- (2) Diagnose einer Einfachen Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0) *oder* einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) nach den vorläufigen Forschungskriterien des ICD-10 (World Health Organisation 1989) *oder* einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (314.0) nach DSM-III-R (WITTCHEN et al. 1989) auf der Basis eines strukturierten Elterninterviews und/oder eines strukturierten Lehrerinterviews.
- (3) Ein Intelligenzquotient $IQ > 85$ im CFT 1 (Subtests 3 bis 5) bzw. CFT 20 (WEISS u. OSTERLAND 1977; WEISS 1987).
- (4) Bereitschaft der Eltern, sich aktiv an einer mehrmonatigen ambulanten Behandlung mit Kontakten im wöchentlichen Rhythmus zu beteiligen.

In die Untersuchungsstichprobe wurden 71 Jungen und fünf Mädchen aufgenommen. Die Jungen-Mädchen Relation liegt damit bei 14:1 und ist extremer ausgeprägt als in den meisten Repräsentativstudien angegeben (vgl. DÖPFNER 1996b). Dies mag daran liegen, daß die Eingangskriterien relativ hoch liegen. 65 Kinder (86%) besuchten eine Grundschule, während die restlichen 14% eine Sonderschule besuchen, wobei mit sechs Kindern die Sonderschule für Lernbehinderte am häufigsten besucht wird, obwohl bei allen Kindern eine durchschnittliche Begabung vorliegt.

Die Diagnosen einer *externalen* (d.h. hyperkinetischen oder aggressiven) *Verhaltensstörung* wurden sowohl nach DSM-III-R als auch nach ICD-10 gestellt. Nach DSM-III-R wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Bei allen Kindern wurde die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (314.0) entweder auf der Basis des Elterninterviews oder des Lehrerinterviews gestellt.
- Bei 63 Kindern (83%) wurde diese Diagnose auf der Basis des Elterninterviews gestellt.
- 56 Kinder (74%) erhielten diese Diagnose auf der Basis des Lehrerinterviews.
- 43 Kinder (57%) erfüllten sowohl auf der Basis des Eltern- als auch des Lehrerinterviews die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung.
- Bei 48 von 76 Kindern (63%) wurde auf der Basis des Elterninterviews neben der Diagnose der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung zusätzlich die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten gestellt.
- Nach den vorläufigen Forschungskriterien der ICD-10 erhielten:
- 27 Kinder (36%) die Diagnose einer hyperkinetischen Störung (F90.0) bzw. einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) auf der Basis des Elterninterviews, wobei die Kombinationsdiagnose doppelt so häufig vergeben wurde wie die einfache Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit.
- Sowohl im Elterninterview als auch im Lehrerinterview erfüllten lediglich 22 Kinder (29%) die entsprechenden Kriterien.
- Im Lehrerinterview wurden die Kriterien bei 57 Kindern (75%) erfüllt.
- Bei 25 Kindern (33%) wurde nach ICD-10 auf der Basis des Elterninterviews keine hyperkinetische Störung, wohl aber eine Störung des Sozialverhaltens (entweder eine auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, F91.0 oder eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, F91.3) gestellt.
- Weitere 24 Kinder (32%) erhielten nach ICD-10 auf der Basis des Elterninterviews weder eine hyperkinetische Störung noch eine Störung des Sozialverhaltens.

Bei 17 Kindern (22%) wurden zusätzlich zu diesen externalen Störungen weitere psychische Störungen (auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems) diagnostiziert, am häufigsten Enuresis in acht Fällen.

In einer noch unpublizierten Studie der eigenen Arbeitsgruppe (DÖPFNER et al. 1994) wurde der *Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (HSQ-D)* in einer Repräsentativstichprobe von N=263 Kindern im Alter von 7;0 bis 10;11 Jahren untersucht. Die Befragung erfolgte postalisch aufgrund einer Zufallsstichprobe von 608 Adressen des Einwohnermeldeamtes Köln. Die Rücklaufquote betrug 43,3%. 51% der untersuchten Kinder waren Jungen. 93,5% besuchten eine Grundschule; 2,7% eine Sonderschule; 0,8% eine Vorschule und 1,9% eine weiterführende Schule (keine Angabe: 1,1%). Diese Stichprobe wurde entsprechend der Altersverteilung und der Geschlechtsverteilung in der Untersuchungsstichprobe gewichtet, um Alters- und Geschlechtseffekte auszuschließen.

Neben dem HSQ-D wurden in der Untersuchungsstichprobe weitere Verfahren der Verhaltens-, Leistungs- und der Familiendiagnostik eingesetzt. Im Rahmen der vorlie-

gen Studie werden die Beziehungen des HSQ-D zum *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18)* und zum *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a,b; siehe Plück et al. in diesem Heft) sowie zum *Elternfragebogen des Diagnostikums Externaler Verhaltensauffälligkeiten (DEVA-EL)* analysiert. DEVA-EL besteht aus 48 Items zur Erfassung externaler Verhaltensauffälligkeiten, die auf der Basis der Diagnosekriterien von ICD-10 (vorläufige Forschungskriterien; World Health Organization 1989) und DSM-III-R formuliert wurden. 23 Items beschreiben Symptome von Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität; in 25 Items werden oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten erfaßt. Für jedes Item beurteilen die Eltern den Grad, in dem die in dem jeweiligen Item beschriebene Verhaltensauffälligkeit bei ihrem Kind auftritt (Schweregrad-Beurteilung). Hierzu wird eine vierstufige Antwortskala von 0=stimmt auf keinen Fall bis 3=stimmt vollkommen benutzt. Zusätzlich geben die Eltern auf einer zweistufigen Skala (ja/nein) an, ob das sie das Verhalten als problematisch einschätzen (Problembewertung).

Auf der Basis der Faktoren- und Konsistenzanalysen wurde eine hierarchische Skalenbildung auf drei Aggregationsebenen durchgeführt. Auf der höchsten Aggregationsebene werden zwei Skalen gebildet, die *Hyperkinetische Auffälligkeiten* und *Oppositionell-aggressiv-dissoziales Verhalten* zusammenfassen.

Auf der mittleren Aggregationsebene wurden diese beiden Skalen unter Berücksichtigung inhaltlicher Gesichtspunkte sowie der Ergebnisse der Faktorenanalysen und der Konsistenzanalysen in jeweils zwei Skalen aufgeteilt – die Skala *Hyperkinetische Auffälligkeiten* in die beiden Subskalen *Geringe Spieldauer/motorische Unruhe* und *Aufmerksamkeitsschwäche/Impulsivität*; die Skala *Oppositionell-aggressiv-dissoziales Verhalten* in die beiden Subskalen *Oppositionell-aggressives Verhalten* und *Dissoziales Verhalten*. Auf der niedrigsten Aggregationsebene werden schließlich die beiden Subskalen zur Erfassung hyperkinetischer Auffälligkeiten nochmals in zwei Skalen aufgeteilt: Die Skala *Geringe Spieldauer/motorische Unruhe* in die Subskalen *Geringe Spieldauer* und *Motorische Unruhe*; die Skala *Aufmerksamkeitsschwäche/Impulsivität* in die Subskalen *Aufmerksamkeitsschwäche* und *Impulsivität* (siehe Tab. 4).

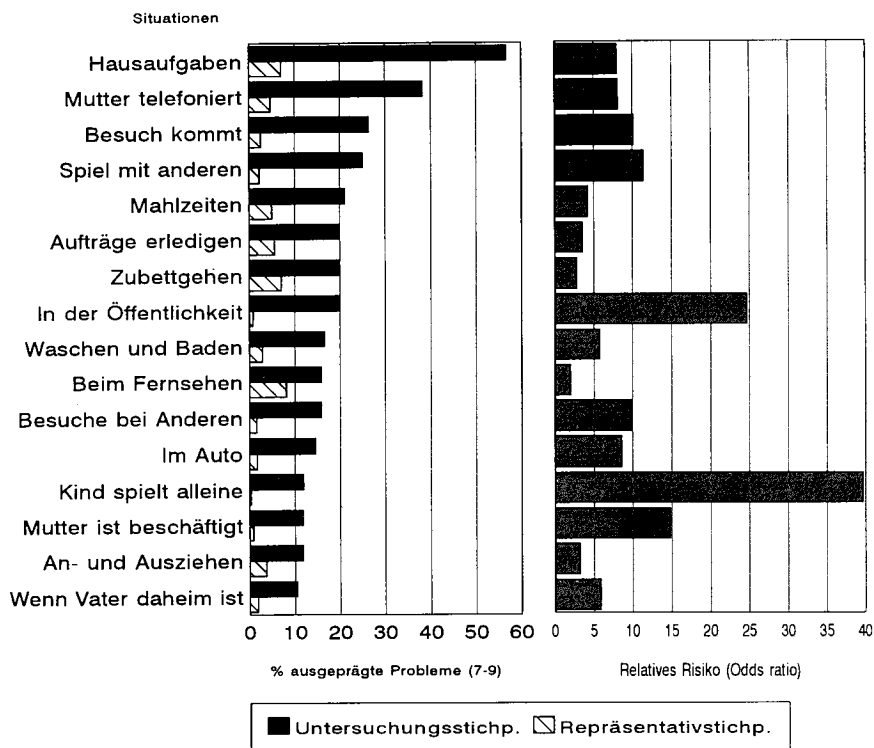
Entsprechend der getrennten Erhebung von Schweregrad- und Problembewertungen auf der Itemebene werden auf Skalenebene Schweregrad- und Problemskalen gebildet.

3 Ergebnisse

3.1 Itemanalysen

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit, mit der die einzelnen Situationen von den Eltern in der Untersuchungstichprobe und in der nach Alter und Geschlecht gewichteten Repräsentativstichprobe (Gesamt-N=263) als ausgeprägt problematisch (Ausprägung 7 bis 9) eingeschätzt wird. Außerdem sind die Odds Ratios dargestellt, die in diesem Falle

den Faktor anzeigen, um den die Situationen in der Untersuchungsstichprobe im Vergleich zur Repräsentativstichprobe häufiger als ausgeprägt problematisch beurteilt werden.



Repräsentativstichprobe entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung in der Untersuchungsstichprobe gewichtet.

Abb. 2: Häufigkeit problematischer familiärer Situationen in der Untersuchungsstichprobe (N=76) und in der Repräsentativstichprobe (N=263)

Danach werden von den Eltern hyperkinetisch gestörter Kinder Hausaufgaben-Situationen in mehr als der Hälfte der Fälle als ausgeprägt problematisch erlebt (57%); das ist achtmal häufiger als in einer unausgelesenen Stichprobe. Nur knapp 20% der Eltern hyperkinetisch gestörter Kinder beurteilen die Hausaufgaben-Situation als wenig problematisch (im Vergleich zu 79% in der repräsentativen Stichprobe). Wenn das Kind alleine spielt, dann wird dies in der Untersuchungsstichprobe zwar nur in knapp 12% der Fälle als ausgeprägt problematisch erlebt. Dies ist allerdings knapp 40mal häufiger als in der Repräsentativstichprobe, wie die Odds Ratios zeigen. Das Verhalten in der Öffentlichkeit – z.B. in Geschäften, Restaurants – wird von den Eltern hyperkinetisch gestörter Kinder im Vergleich zur Repräsentativstichprobe fast 25mal häufiger als problematisch beurteilt.

3.2 Faktorenanalysen

Die Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation) wurden für die dichotomen Problemurteile und die Problemintensitätsurteile durchgeführt. Dabei wurden bis zu drei Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 extrahiert. In der *dreifaktoriellen* Lösung der *dichotomen Problemurteile* (Varianzaufklärung; 37,3%) werden auf dem ersten Faktor innerfamiliäre Kontaktsituationen, auf dem zweiten Faktor überwiegend Kontaktsituationen mit anderen Personen außerhalb der Familie und auf dem dritten Faktor überwiegend Anforderungssituationen an das Kind zusammengefaßt (siehe Tab. 1). Der erste Faktor aus der zweifaktoriellen Lösung wird in zwei Faktoren (Faktor 1 und Faktor 3) aufgespalten, während der zweite Faktor weitgehend stabil bleibt.

Tab. 1: Faktorenanalyse der dichotomen Problem-Urteile (ja/nein) des HSQ-D in der Untersuchungstichprobe (N=76)(Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation), 3-faktorielle Lösung (Varianzaufklärung: 37.3%), Ladungen ≥ 0.30

Faktor 1: Eigenwert: 3.79, Varianzaufklärung: 23.7

Faktor 2: Eigenwert: 1.13, Varianzaufklärung: 7.1

Faktor 3: Eigenwert: 1.05, Varianzaufklärung: 6.6

Item (Itemformulierung verkürzt)	Faktorenladungen			h ²
	F1	F2	F3	
12. Wenn der Vater zu Hause ist	0.96			0.95
13. Wenn Kind etw. erledigen soll	0.94			0.91
11. Wenn Mutter beschäftigt ist	0.58	0.35		0.54
06. Wenn Sie telefonieren	0.38	0.32		0.26
08. Wenn Besuch kommt		0.71		0.52
10. In der Öffentlichkeit		0.57		0.34
09. Wenn Sie andere besuchen		0.48		0.32
02. Wenn Kind mit anderen spielt		0.40		0.22
16. Im Auto	0.30	0.32		0.20
15. Beim Zubettgehen		0.30		0.21
05. Beim Waschen und Baden			0.76	0.61
07. Beim Fernsehen			0.54	0.33
01. Wenn Kind alleine spielt			0.38	0.21
04. Beim An- und Ausziehen			0.38	0.14
03. Bei den Mahlzeiten				0.11
14. Bei den Hausaufgaben				0.10

In der *dreifaktoriellen* Lösung der Analyse der *Problemintensitätsurteile* (Varianzaufklärung; 41,2%) liegt der dritte Faktor mit einem Eigenwert von 0.99 an der Grenze der Interpretierbarkeit. Die Faktorenstruktur zeigt nur teilweise Übereinstimmungen zu den bei der Analyse der dichotomen Problemurteile gewonnenen Faktoren. Die extra-

hierten Faktoren weisen gewisse Übereinstimmungen zu den Ergebnissen der Analysen von BREEN und ALTEPETER (1991) und ALTEPETER und BREEN (1992) auf, vor allem die sich andeutende Trennung zwischen innerfamiliären Situationen und Kontaktsituationen mit Personen außerhalb der Familie. Insgesamt konnte jedoch keine stabile und gut interpretierbare Lösung extrahiert werden, so daß auf eine Subskalenbildung verzichtet wurde. Da der Fragebogen mit 16 Items einen begrenzten Umfang aufweist und die Informationen auf Itemebene für die Therapieplanung besonders wertvoll sind, ist der Verzicht auf eine Subskalenbildung gut begründbar.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) für die beiden Gesamtwerte liegen mit $\alpha=0.80$ für den *Gesamtwert Probleme* (Anzahl der global als problematisch eingeschätzten Situationen) bzw. $\alpha=0.83$ für den *Gesamtwert Problemintensität* (Summe der Problemintensitätsurteile) im akzeptablen Bereich.

3.3 Vergleich der Skalenwerte in Untersuchungs- und Repräsentativstichprobe

Tabelle 2 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtwerte *Probleme* und *Problemintensität* des HSQ-D in der Untersuchungsstichprobe (N=76) und der gewichteten Repräsentativstichprobe (N=268) wieder. Wie erwartet, lassen sich in der Untersuchungsstichprobe auf beiden Skalen signifikant höhere Werte als in der gewichteten Repräsentativstichprobe feststellen. Die Werte in der Untersuchungsstichprobe liegen im Mittel um mehr als eine Standardabweichung über den entsprechenden Werten in der Repräsentativstichprobe.

Tab.2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtwerte Probleme und Problemintensität des HSQ-D in der Untersuchungsstichprobe (N=76) und der gewichteten Repräsentativstichprobe (N=268)

Gesamtwerte	Untersuchungsstichp.		Repräsentativstichp.		t-Test
	AM	SD	AM	SD	
Probleme	0.62	0.23	0.35	0.21	-9.99***
Problemintensität	3.22	1.59	1.17	1.03	-10.68***

*** $p \leq 0.001$ (zweiseitig).

3.4 Korrelationsanalysen

Tabelle 3 zeigt die Korrelationen des HSQ-D mit dem *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL). Insgesamt korrelieren die CBCL-Skalen enger mit der HSQ-D-Skala *Problemintensität* als mit der HSQ-D-Skala *Probleme*, die nur wenige schwach signifikante Korrelationen zu CBCL-Skalen aufweist. Neben den übergeordneten CBCL-Skalen korrelieren vor allem die beiden CBCL-Skalen *Soziale Probleme* und *Aufmerksamkeitsschwächen* mit der HSQ-D-Skala *Problemintensität*. Zwischen den Skalen des *Lehrerfragebogens über das Verhalten von Kindern und Ju-*

gendlichen (TRF) und den Skalen des HSQ-D konnten keine signifikanten Korrelationen nachgewiesen werden.

Tab. 3: Korrelationen zwischen den CBCL-Skalen und den Skalen der HSQ-D in der Untersuchungss Stichprobe (N=76)

CBCL-Skala	HSQ-D-Skala	
	Probleme	Problemintensität
Aggressives Verhalten	0.21	0.29*
Dissoziales Verhalten	0.25	0.34*
Aufmerksamkeitsstörungen	0.26	0.40**
Soziale Probleme	0.35*	0.56**
Sozialer Rückzug	0.21	0.29*
Körperliche Beschwerden	0.28*	0.27*
Schizoid/zwanghaft	0.18	0.25
Angst/Depressivität	0.26	0.34*
Internale Störungen	0.31*	0.38**
Externale Störungen	0.31*	0.46**
Total	0.36**	0.50**

* $p < 0.01$ ** $p < 0.001$ (einseitig).

Tabelle 4 können die Korrelationen des HSQ-D mit den Schweregradskalen des Elternfragebogens aus dem Diagnostikum Externaler Verhaltensauffälligkeiten (DEVA-EF) entnommen werden. Die Korrelationen der beiden HSQ-D-Skalen *Probleme* und *Problemintensität* sind etwa gleich. Die übergeordnete DEVA-EF-Skala *Hyperkinetische Auffälligkeiten* und die ihre zugeordneten Subskalen korrelieren stärker mit den beiden HSQ-D-Skalen als die übergeordnete DEVA-Skala *Oppositionell-Aggressiv-Dissoziales Verhalten*. Dies weist darauf hin, daß die im HSQ-D erfaßten Situationen in der Familie vor allem durch hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in diesen Situationen als problematisch beurteilt werden. DEVA-EF-*Problemskalen* korrelieren etwa in gleicher Höhe wie die DEVA-EF-Schweregradskalen mit den HSQ-D-Skalen.

4 Diskussion

Die Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Eltern hyperkinetischer Kinder erleben viele familiäre Situationen mit ihrem Kind als sehr problematisch und dies wesentlich häufiger als Eltern einer repräsentativen Vergleichsstichprobe. Zwischen den einzelnen familiären Situationen gibt es jedoch erhebliche Unterschiede, eine genaue Analyse der einzelnen Situationen ist daher für therapeutische Interventionen von besonderer Bedeutung.
- Untersuchungen zur faktoriellen Struktur des Fragebogens ergaben keine eindeutigen und gut interpretierbaren Lösungen, so daß auf eine Bildung von Subskalen verzichtet wurde, was angesichts des geringen Umfangs des Verfahrens gut vertretbar ist.

(c) Das Verfahren hat eine gute interne Konsistenz.

(d) Die Kennwerte des HSQ-D korrelieren mit anderen Elternfragebögen zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten signifikant. Absolut gesehen liegen die Korrelationen im unteren bis mittleren Bereich. Die Korrelationen liegen geringfügig unter den von BREEN und BARKLEY ermittelten Werten. Am höchsten sind die Korrelationen zu Skalen zur Erfassung von hyperkinetischen Auffälligkeiten und sozialer Probleme, während die Korrelationen zu Skalen, die aggressives Verhalten und internale Störungen erfassen, eher geringer ausfallen. Diese Ergebnisse sind Hinweise darauf, daß das Verfahren konvergent und divergent valide ist.

In der klinischen Praxis hat sich das Instrument vor allem in Kombination mit dem *Elterninterview zur Eltern-Kind-Interaktion (EKI)* bei der störungsspezifischen Diagnostik von Kindern mit hyperkinetischen und mit oppositionellen Verhaltensstörungen und bei der Therapieplanung als ausgesprochen hilfreich erwiesen.

Tab. 4: Korrelationen zwischen den Schweregrad-Skalen des Elternfragebogens aus dem Diagnostikum Externaler Verhaltensauffälligkeiten (DEVA-EF) und den Skalen des HSQ-D in der Untersuchungsstichprobe (N=76)

DEVA-EF-Schweregrad-Skala	HSQ-D-Skala	
	Probleme	Problemintensität
Hyperkinetische Auffälligkeiten (HYP)	0.55**	0.64**
– Spieldauer/motorische Unruhe (SAMU)	0.52**	0.56**
– Geringe Spieldauer (SA)	0.46**	0.52**
– Motorische Unruhe (MU)	0.52**	0.53**
– Aufmerksamkeitsschwäche/Impulsivität (ASIM)	0.48**	0.60**
– Aufmerksamkeitsschwäche (AS)	0.38**	0.48**
– Impulsivität (IM)	0.56**	0.45**
Oppositionell-aggressiv-dissoziales Verhalten (OPAGDI)	0.28*	0.39**
– Oppositionell-aggressives Verhalten (OPAG)	0.30*	0.40**
– Dissoziales Verhalten (DI)	0.16	0.26

* $p < 0.01$ ** $p < 0.001$ (einseitig).

Literatur

- ACHENBACH, T.M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- ACHENBACH, T.M./EDELROCK, C. (1983): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ALTEPETER, T.S./BREEN, M. (1989): the Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative data and an evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychoeducational Assessment* 7, 312-322.
- ALTEPETER, T.S./BREEN, M.J. (1992): Situational variation of behavior at home and school in attention deficit disorder with hyperactivity: A factor analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 4, 741-747.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18). Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln; Arbeitsgemeinschaft Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD): Köln.

- 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).
- BARKLEY, R.A. (1981): *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- BARKLEY, R.A. (1987): *Defiant children. A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford.
- BARKLEY, R.A./EDELBRÖCK, C. (1987): Assessing situational variation in children's problem behaviors: The Home and School Situations Questionnaires. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families* 3, 157-176.
- BARKLEY, R.A./FISCHER, M./NEWBY, R./BREEN, M. (1988): Development of a multithreshold protocol for assessing stimulant drug responses in ADD children. *Journal of Clinical Child Psychology* 17, 14-24.
- BARKLEY, R.A./KARLSSON, J./STRZELECKI, E./MURPHY, J.V. (1984): Effects of age and Ritalin dosage on the mother/child interactions of hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52, 750-758.
- BEFERA, M./BARKLEY, R.A. (1985): Hyperactive and normal boys and girls: Mother-child interactions, parent psychiatric status, and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26, 439-452.
- BREEN, M.J./ALTEPETER, T.S. (1991): Factor structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. *Journal of Pediatric Psychology* 16, 59-67.
- BREEN, M./BARKLEY, R.A. (1983): The Personality Inventory for Children (PIC): Its clinical utility with hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology* 8, 359-366.
- BREEN, M./BARKLEY, R.A. (1988): Child Psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology* 13, 265-280.
- DÖPFNER, M. (1993): Verhaltensdiagnostik und Therapiekontrolle. In: Döpfner, M./SCHMIDT, M. (Hrsg.): *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter (38-53)*. München: Quintessenz.
- 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: F. PETERMANN (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, 2. kor. u. erg. Auf., 165-217. Göttingen: Hogrefe.
- DÖPFNER, M./BERNER, W./MÜLLER-CARSTENS, K./LEHMKUHL, G. (1994): Problemsituationen in Familien von Kindern im Alter von 6-10 Jahren – Eine Studie mit der deutschen Fassung des Home-Situations-Questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Köln.
- DÖPFNER, M./SCHÜRMANN, S./FRÖLICH, J. (1997): *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./SCHÜRMANN, S. (1996a): *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) – Aufbau und Einzelfall-Evaluation*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 24, 145-163.
- POLLARD, S./WARD, E.M./BARKLEY, R.A. (1983): The effects of parent training and ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Behavior Therapy* 5, 51-69.
- TRAVER-BEHRING, S./BARKLEY, R.A./KARLSSON, J. (1985): The mother-child interactions of hyperactive boys and their normal siblings. *American Journal of Orthopsychiatry* 55, 202-209.
- WEISS, R./OSTERLAND, J. (1977): *Grundintelligenztest CFT 1*. Handanweisung. Braunschweig: Westermann.
- WEISS, R.H. (1987): *Grundintelligenztest CFT 20; 3., verb. u. erw. Auf.* Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Herausgegeben von: DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation (1994): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F)*. Forschungskriterien. Herausgegeben von: DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H./SCHULTE-MARKWORT, E. Bern: Huber.
- WITTCHEN, H.U./SASS, H./ZAUDIG, M./KOEHLER, K. (Hrsg.) (1989): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- World Health Organization (1989): *International classification of diseases ICD 10, WHO – document: WHO/MNH/MEP/87.1 Rev.2, Fassung vom 8.5.1989*.

Anschrift der Verfasser: Dipl.-Psych. Dieter Breuer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln.